



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**“DETERMINANTES DE LA SALUD EN PERSONAS
DIABÉTICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO
CHIMBOTE, 2014”**

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

AUTORA:

Melody Janett Gomez Rojas

ASESORA:

Dra. Enf. María Adriana Vilchez Reyes

CHIMBOTE-PERU

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. JULIA CANTALICIA AVELINO QUIROZ

PRESIDENTE

Mgtr. LEDA MARÍA GUILLEN SALAZAR

SECRETARIA

Dra. SONIA AVELINA GIRON LUCIANO

MIEMBRO

DEDICATORIA

A mí Madre Janett Rojas
Solís por qué siempre me guía
con sus consejos y sus
enseñanzas de seguir adelante
y nunca rendirme.

A mis Hermanos: Rosmery, Manuel,
Cesar y Medaly porque siempre
están a mi lado y juntos lograremos
todas nuestras metas y sueños.

AGRADECIMIENTO

A Dios porque con su ayuda,
Misericordia y bondad estoy
alcanzando mis metas
planteadas para ser un
profesional que agrade a
nuestro señor celestial. A mi
abuelita Margarita Solís
Baltazar que desde el cielo
guía mis pasos.

A Mis Padres por
darme su comprensión
y confianza, por estar
siempre a mi lado
apoyarme y darme la
fuerza para cumplir mis
objetivos.

A nuestra Docente de
investigación por guiarnos por
el camino de la sabiduría y
compartir sus ideas en especial
a la docente responsable del
curso Dra. Adriana Vílchez.

RESUMEN

Está presente investigación de tipo, descriptivo y cuantitativo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general describir los determinantes de la salud en personas diabéticas del hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014. La muestra estuvo constituida por 201 personas diabéticas, a los que se le llegó a aplicar un instrumento: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos, concluyendo que: En los determinantes del entorno biosocioeconómico un poco más de la mitad son de sexo femenino, la mayoría son adultos mayores, un poco menos de la mitad tienen grado de instrucción secundaria incompleta/completa menos de la mitad tienen un ingreso de 751.00 a 1000.00 soles. En los determinantes de estilos de vida más de la mitad consume frituras, menos de la mitad consume pan y cereales. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias. La mayoría no recibe apoyo social organizado, casi la totalidad no recibe apoyo de comedor popular.

Palabras clave: Determinantes, diabetes, Salud

ABSTRACT

This paper quantitative, descriptive research design one box. Its general objective is to describe the determinants of health in diabetics Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014. The sample consisted of 201 diabetics, who answered a questionnaire was applied: Questionnaire on the determinants of health, using the technique interview and observation. Data were processed in a database of Microsoft Excel and then be exported to a database in SPSS version 18.0 for their respective processing software. For analysis of data distribution tables absolute and relative percentage frequencies were constructed. And their respective graphs statistical, concluding that: the determinants of biosocioeconómico environment a little more than half are female, most are elderly, a little less than half have a degree of incomplete / complete secondary education less than half have an income of 751.00 to 1000.00 soles. The determinants of lifestyles consume more than half fried food, less than half consumes bread and cereal. The determinants of social and community networks. Most do not get organized social support, almost all is not supported by popular dining.

Keywords: Determinants, diabetes, Health

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCION	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Bases Teóricas.....	12
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación.....	19
3.2 Población y Muestra	19
3.3 Definición y Operacionalización de variables.....	20
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	34
3.5 Plan de análisis.....	37
3.6 Principios éticos.....	38
IV. RESULTADOS	
4.1 Resultados.....	39
4.2 Análisis de resultados.....	49
V.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.....	69
5.2 Recomendaciones.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	80

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1.....	39
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN PERSONAS DIABETICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014	
TABLA 2.....	40
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN PERSONAS DIABETICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014	
TABLA 3.....	43
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN PERSONAS DIABETICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014	
TABLA 4, 5, 6.....	46
DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN PERSONAS DIABETICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO 1.....103

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN PERSONAS
DIABÉTICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014

GRÁFICO 2.....105

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN
PERSONAS DIABÉTICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE,
2014

GRÁFICO 3..... 112

DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN
PERSONAS DIABÉTICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE,
2014

GRÁFICO 4, 5, 6.....116

DETERMINANTES DE LA SALUD DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIA
EN PERSONAS DIABÉTICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO
CHIMBOTE, 2014

I. INTRODUCCIÓN

La investigación obtuvo como propósito llegar a identificar los determinantes de la salud en personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014.

La meta social de salud, plasmada por los gobiernos del mundo representa un conjunto de valores fundamentales para contribuir al desarrollo, en la actualidad el desarrollo de la persona ha evolucionado a pensar como el mejoramiento sostenible del nivel de vida la cual comprende diversos aspectos como la mayor oportunidad de igualdades, el consumo material, el derecho a la educación y a la salud, la salud como medio y fin del desarrollo. (1)

Una cobertura sanitaria universal no es un lujo; son, ante todo, fundamentales para el descubrimiento, el desarrollo y la realización de las intervenciones que se necesitan para mantener la buena salud. Los estudios de casos realizados en muchos países demuestran la importancia que para mejorar la salud revisten las investigaciones nacionales y mundiales, investigaciones que abarcan desde la prevención y el control de enfermedades específicas hasta la mejora del funcionamiento de los sistemas de salud. (2).

El Análisis de Situación de Salud es un proceso analítico-sintético, dinámico y continuo lo cual permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, que incluye los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto (2).

En lo que es salud llegan a actuar numerosos factores y determinantes, que llegan ser necesarios para poder llegar a delimitar los conceptos sobre Salud, que se realizan las referencias a diversos aspectos variados como llegan ser los personales, sociales, alimenticios, familiares, valores, educativos biológicos, hereditarios, económicos, laborales, culturales. Se puede decir que casi la gran mayoría de estos factores se pueden llegar a modificar, por ejemplo tomando en cuenta los factores que son de tipos biológicos, dando origen en los diferentes logros en referente a los tecnológico genético, médico y científico (3)

Las determinantes son un conjunto en los que los factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de individuos o poblaciones que comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales. Combinados todos ellos crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud (4).

Se entiende como las condiciones sociales al determinante social de salud, en como el individuo vive y trabaja e impacta en salud. Ha sido fraseado de esta manera “las características sociales en que la vida se desarrolla”. Lo cual el determinante social de la salud con referido al contexto social y al proceso mediante el cual la condición social se convierte a consecuencia para la Salud. (5)

La Comisión Mundial de Determinantes Social de la Salud de la Organización mundial de la salud, ha designado al factor determinante como” las causas de las causas” de las enfermedades que reconocen la promoción de la salud como una habilidad segura de salud pública para evitar el aumento y apariciones de nuevos casos de enfermedades a niveles poblacionales, ya que esto ejerce encima del determinante. Se refiere a los contextos sociales al proceso el cual la condición social son traducidas como efectos para la salud. (5).

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

La situación de Salud es el resultado de la interacción de múltiples factores de gran dinamismo que modifican el perfil epidemiológico de un territorio y concomitantemente, el escenario en el cuál los tomadores de decisiones, los niveles operativos y la comunidad deben desplegar sus esfuerzos en búsqueda de alcanzar el ideal de salud para todos (6).

En los últimos años, La promoción de la salud se constituye como un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud. Por tanto, las estrategias de promoción de la salud (7).

La Equidad en lo que es salud es un valor dado a la definición de derechos humanos y justicia social. Se logra conceptualizar como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente.” (8).

Las inequidades es el conjunto de diferencias que son consideradas injustas”, la característica de injusticia, implica una valoración de las desigualdades son o no, potencialmente evitables en un inicio y aceptables o no posteriormente. En el mismo sentido, al retomar el debate sobre la controversia del complejo desigualdad-inequidad, Metzger concluye que el término desigualdad es un término puramente descriptivo que no acepta valoraciones morales (8)

En conclusión, los determinantes de la salud surgieron desde la mitad del siglo XX, el mayor expositor fue su modelo de Lalonde desde ello fue desarrollándose e insertando conjuntos sobre categorías o factores que hicieron crecer el determinante de salud en funciones de política de salud de países y órganos supranacionales y cambios sociales. Hay crecimiento de ámbitos como estudio en promociones de la salud, la educación para la salud y promoción a la salud. (9).

Los determinantes de la salud están conocidos, ahora en la actualidad con objetos de estudio y tratamiento en muchos foros (nacional, mundial, regional, etc.) La organización mundial de la salud en el 2005 ha determinado Comisiones sobre el determinante de la salud, la Unión Europea ha puesto programas de acciones comunitarias medio de la salud pública, finalmente en España hay autoridad sanitaria estatal, autonómica se encuentra en coordinación e implicación en desarrollos del determinante de salud (10).

El enfoque de los diversos determinantes sociales referente a la salud impone un modelo valórico – político. Pues la desigualdad en salud es el resultado de clasificaciones derivadas de la sociedad que no están acorde con la realidad y deben ser corregidas, pues no se encuentran debidamente justificadas, pues el crecimiento económico no se distribuye equitativamente en el sector de salud (11).

En Perú se dan constantes escenarios en los cuales se pueden reflejar las inequidades en el sector de la salud entre los usuarios. Existen por una parte, se producen las inequidades en los accesos a los servicios de salud y por otra parte, se dan las inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, estas son diferencias importantes en la esperanza de vida y en la incapacidad, esto posee una relación cercana con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin pasar a llevar lo establecido por el actual modelo socioeconómico, estas desigualdades en salud pueden entenderse como el resultado natural de la generalidad de un independiente mercado en todas las dimensiones de la vida social (11)

Estos determinantes, se manifiestan en el acceso al servicio, diferencias geográficas, que repercuten en la esperanza de vida, derivada de la malnutrición, ingresos económicos y tipos laborales de las personas. Esto es el resultado del mercantilismo adherido a todos los estados de la vida saludable. Las condiciones de salud establecidas en el ciclo de la vida y económicamente preestablecidas en niños y niñas determinan el estado en que su salud se encontrara en el transcurso de toda su vida. Estas condiciones se irán formando a lo largo de su vida de sus familia, comunidades, países e incluso a nivel mundial (11).

No escapa esta problemática de salud en el país, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamiento de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (12).

A esta realidad problemática no escapan los personas atendidos en el Hospital I Cono Sur de la Red Asistencial Ancash de EsSalud, ubicado en la cuadra 5 de la Av. Anchoqueta y esquina con la Av. Argentina de Nuevo Chimbote, cuya cobertura de atención abarca a toda la población asegurada de Nuevo Chimbote (48,875 asegurados) y Samanco (1,298 asegurados), haciendo un total de 50,173 asegurados, de los cuales 201 pacientes son únicamente

diabéticos. Asimismo, este hospital se rige por el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de EsSalud (13)

En el Hospital I Cono Sur de EsSalud se realizan actividades preventivas promocionales y asistenciales dirigidas hacia los asegurados y especialmente a los pacientes diabéticos que son un grupo importante de pacientes cuya morbimortalidad se ha incrementado en los últimos años, llegando a tener diversas complicaciones neurológicas, renales, cardiovasculares y de la retina, debido a los malos hábitos nutricionales y al avance de la nueva epidemia del siglo XXI como es la obesidad, siendo una gran preocupación para la salud pública de la Seguridad Social, nuestra región y el país.(13)

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 personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote ,2014?

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

Describir los determinantes de la salud en personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote ,2014

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

Identificar los determinantes del entorno Biosocioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno

físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) en personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote ,2014

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad salud en personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social salud en personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote ,2014.

Finalmente, la investigación se justifica en el campo de la salud de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, la cual ayudara a generar nuevas estadísticas para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población y así poder proponer estrategias y soluciones. Los estudios que lleguen ser bien dirigidas y de calidad tienden a ser primordiales para así disminuir desigualdades, y brindar un mejoramiento en la salud de las personas diabéticas del Hospital EsSalud y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

La presente investigación permite a los estudiantes de la salud, de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote a investigar más sobre estos temas y incentivar a educandos del área de la salud para que estudien la temática abordada e, igualmente, sobre su aplicación en las políticas en función del mejoramiento de los determinantes, los cuales forman el camino para apartarse tanto de la pobreza, como de la enfermedad; De este modo, se puede construir un Perú continuamente saludable. Por otra parte, el estudio, ayuda a comprender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para conseguir, promover y promocionar, por fin, una salud pública equitativa para toda la población, reforzando la acción comunitaria como un factor importante para afrontar los determinantes sociales de la salud.

Este estudio es necesaria para el hospital EsSalud de nuevo Chimbote porque los datos obtenidos podran contribuir a realizar un Programa Preventivo promocional de la salud en todos los ciclos de vida para poder lograr una disminuci3n de los diferentes factores de riesgo a su vez, perfeccionar los determinantes sociales, disminuir los problemas en salud de la poblaci3n incrementando las competencias profesionales en el 1rea de la Salud P1blica.

Estos resultados de la investigaci3n son necesarios para la autoridad regional de la direcci3n y municipios en los campos de la salud porque pueden ayudar a que los individuos reconozcan sus determinantes de la salud se animen a mejorar los cambios en las conducta promotora de salud y busquen soluciones y mejorar para calmar los riesgos de padecer enfermedades, la cual beneficia a la salud y el bienestar de los adolescentes y lo pongan en pr1ctica para que lleven una buena salud.

II. REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1. Antecedentes de la investigación:

2.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se localizaron los estudios alusivo a la presente estudio:

A nivel internacional:

Quezada L, (14). En su investigación “Desarrollo de un programa nutricional aplicado a adultos jóvenes con problemas de obesidad y sobrepeso”. Inicialmente se realizó un diagnóstico de la situación, por medio de una encuesta se analizó los siguientes parámetros de la población: peso, altura, edad, sexo, actividad física y enfermedades. De esta manera se logró conocer la situación actual y segmentar a la población por edad, sexo, actividad física, índice de masa corporal y presencia de enfermedades. En el segundo capítulo se presentó el desarrollo del programa nutricional, que se inició con la valoración nutricional, planteamiento de objetivos nutricionales, descripción de alimentos, elaboración y planeamiento de la dieta, equivalencia de alimentos y seguimiento del programa.

Tovar L y García G (15), En la presente estudio nombrada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, se determinó que en las condiciones de la salud son determinados por diferentes factores que se integran con lo que es el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud y lo que llega ser en condiciones de vida, así como también de los factores socioeconómicos como por ejemplo el ingreso económico, edad y referente a el nivel educativo,

buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

A nivel Nacional:

Mamani R y col, (16). En su investigación “Nivel de Conocimiento sobre Diabetes Mellitus en Adultos Jóvenes entre 20 y 30 años del Centro de Salud San Juan de Amancaes – Rímac”. Donde los datos obtenidos se confecciono una base de datos, se hizo uso de las estadísticas descriptivas, los datos para su análisis fueron reflejados en cuadro de distribución y gráficos circulares. El mayor número de pacientes tenía entre 23 y 25 años, mientras que en el grado de instrucción con un 55% que sería de las personas encuestadas el 22% tiene el grado de instrucción superior. El nivel de conocimientos sobre la Diabetes Mellitus en el Centro de Salud San de Amaneces- Distrito del Rímac con un conocimiento malo (0-10) es de un 72%.

A nivel local:

Melgarejo E. y col (17), en el estudio nombrada: “Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008.” Se llegó a determinar que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades a 8 de

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

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación:

El presente estudio se conforma a base de las teorías conceptuales de determinantes de la salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, quienes exhiben a los primordiales determinantes de la salud, con la finalidad de simplificar la comprensión de aquellos procesos sociales que inciden en la salud; De este modo se logran identificar las aristas por las cuales se puede iniciar la intervención (18).(19)

Determinantes para la salud



“Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano” (19).

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

relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales.”

“Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida.”

Las condiciones como las relaciones de producción del país y la situación económica, con vinculadas con nada una de las otras capas. El nivel de vida que se ha logrado en una sociedad, tenemos un ejemplo; podemos actuar en su elección de un individuo a la vivienda, trabajo, y su interacción social así también en su hábito de comidas y bebidas, la creencia cultural acerca sobre el lugar que las mujeres ocupan un lugar en la sociedad o el aspecto generalizado con mucho respeto a la comunidad étnica minoritaria incorporando sobre sus niveles de vida, este modelo intenta representar interacciones entre los factores.(19).



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

Según el modelo existen tres tipos de determinante social sobre la salud en lo cual el primer modelo son estructural, la que producen la inequidad saludable, está incluida vivienda, condición de trabajos, acceso a los servicios y contar con las instalaciones esenciales, el segundo son llamados determinantes intermediarios, resultaría de la influencia social y comunitaria, los cuales pueden dar ayuda a las personas de las comunidades, así como también no pueden ayudar, esto puede ser por las conductas personales y la forma de vida que pueden hacer daño a la salud. (20).

Los determinantes estructurales impactan directamente al bienestar personal y social, además de afectar a la equidad de la salud, todo mediante la acción de dicho determinante con sus intermediarios, es decir, los individuos afectados por los determinantes estructurales, pueden tener impactos en su salud y bienestar.

a) Determinantes estructurales

Según el modelo el determinante estructural están constituidos por tres por posición socioeconómica la estructura y la clase social; de los cuales se entienden por el nivel educativo. En este nivel es ubicada la relación del género y de etnia. Los determinantes sociales se encuentran influidos por contextos socio-económico, público y educación. Tanto como las culturas y los valores sociales (20).

b) Determinantes intermediarios

Esta incluido un conjunto del elemento categorizado en los materiales (condición de vida y trabajo, disponibilidades de los alimentos, etc.) conducta, factor psicológico y factor bilógico, el sistema saludable la cual será un determinante social intermediario. Todos estos ya que son diferentes generaran impacto sobre la equidad y del bienestar. (20).

c) Determinantes proximales

Son las conductas personales y la forma de vida que puede fomentar o afectar la salud. Dentro del marco conceptual se encuentran propuestas los determinantes sociales de la salud es el instrumento útil para que puedan estudiar los impactos que ocurren en la salud más sobresaliente para la comunidad, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y promover acciones nuevas (20)

La definición de salud es una continua interacción armónica, orgánica y funcional, entre el hombre y su entorno en el que se desarrolla, a la vez es el estado de perfecta armonía entre mente y cuerpo y se considera al proceso de salud enfermedad como una unidad dialéctica donde las luchas de contrarios y la solución de las contradicciones produce el desarrollo humano y de la humanidad (20).

Del mismo modo que el modelo de Dahlgren y Whithead presenta un desnivel, los ámbitos también presentan una gradiente que se encuentra desde lo holístico personal en cuanto a prácticas de la salud, hasta el estado nación, pasando por organismos intermedios tales como: la comunidad, el sistema de salud, territorio, trabajo, entre otros. Por lo tanto, los determinantes de la salud y sus ámbitos integran todos los elementos de acción significativos a nivel comunitario en cuanto a mapas mentales; de este modo busca provocar una semejanza ejemplar entre las bases teóricas de los determinantes sociales de la salud y las estructuras indispensables para la vida de las personas. Los ámbitos y sus definiciones se encuentran a continuación (20).

Mi salud: Es un estado de bienestar ya sea físico, mental o social que presenta cada persona .

Comunidad: Es aquel espacio en que un grupo humano desarrolla su vida e interacciones que en esta intervienen en las cuales pueden referirse a los sistemas de relaciones psicosociales y un grupo humano según determinados patrones o hábitos culturales.

Servicios de salud: Proporcionan protección social de la salud e igualdad de acceso a una adecuada atención, cuya función es de potenciar el crecimiento económico y el desarrollo.

Educación: Para la salud puede interpretarse como un elemento de promoción de la salud, la promoción de la salud y la educación para la salud tiene como objetivo proporcionar el acceso a la información y servicios relacionados con la salud.

Trabajo: Expresa todo tipo de acción realizada por el hombre independientemente de sus características o circunstancias; asociadas al crecimiento y desarrollo personal, como generador de valores y en los aspectos abstractos de los mismos, como proceso fisiológico.

Territorio (ciudad): Esta íntima e inseparablemente ligado con el de espacio y por lo tanto la forma en que se comprenda el territorio está estrechamente relacionada con la forma como se conciba el espacio.

Este medio señala el rol que cumple el estado como creador y gestor de política pública, también como legisladores y fiscalizadores de acción de sectores públicos y privados, la salud de la comunidad aborda al entorno social, personal y laboral que actúa en la salud de los individuos, estas condiciones permiten apoyar a los individuos en su selección de alternativa saludable y mantenimiento de la salud (20).

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo, nivel y diseño de la investigación

Tipo y Nivel: Cuantitativo, descriptivo (22,23).

Diseño de la Investigación: Diseño de una sola casilla (24,25).

3.2. Universo Muestral:

3.2.1.

El universo muestral estuvo conformada por 201 personas diabéticas del hospital EsSalud del distrito de Nuevo Chimbote.

3.2.2. Unidad de Análisis:

Las personas diabéticas del Hospital EsSalud, que formaron parte de la muestra y responde formaran parte de la investigación.

Criterios de Inclusión:

- Personas diabéticas que acudieron al Hospital EsSalud de Nuevo Chimbote durante 1 año.
- Personas diabéticas del Hospital EsSalud que aceptarán participar en el estudio.
- Las personas diabéticas del Hospital EsSalud que tuvieron la disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Personas diabéticas del Hospital EsSalud que tuvieron algún trastorno mental.
- Personas diabéticas del hospital EsSalud que tuvieron problemas de comunicación.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO

Edad

Definición Conceptual.

Es el tiempo que pasa desde el nacimiento de una persona siguiendo sus años cumplidos de los individuos en el instante de la investigación (26).

Definición Operacional

Escala de razón:

La operacionalización dependerá de la población a trabajar.

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

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (27).

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Se hace referencia al grado académico de estudios realizados que se ha alcanzado en la educación formal en conocimientos, habilidades y destrezas (28).

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Son una fuente de ingreso que llega a recibir una persona, una familia , organización , empresa , gobierno , etc. (29).

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Es un aspecto crucial de la experiencia humana, realizada principalmente por el encargado de la familia. (30).

Definición Operacional

Escala Nominal

- Trabajador estable
- Eventual

- Sin ocupación
- Jubilado
- Estudiante

II. “DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA”

Vivienda

Definición conceptual

La vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas. Este tipo de edificación ofrece refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas (31).

“Definición operacional

Escala nominal

Tipo

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

Tenencia

- Alquiler

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

- Madera, estera
- Adobe

- Estera y adobe
- Material noble ladrillo y cemento

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

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

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

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

Energía Eléctrica

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

- Diariamente
- Todas las semana pero no diariamente
- Al menos 2 veces por semana

- Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas

Eliminación de basura

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

III. “DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE

VIDA “Definición Conceptual

Determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar del ser humano (32).

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

Reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina

Si () No ()

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

Caminar () Deporte () Gimnasia () otros ()

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Deporte () otros ()

Alimentación

Definición Conceptual

Llega ser el conjunto de acciones que permiten introducir en el organismo humano los alimentos para poder llegar a cabo las funciones vitales con normalidad (33).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

IV. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Registradas como un servicio que permite a los individuos compartir una conexión mediante perfiles públicos dentro un sistema delimitado (34).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

- Familia
- Amigo
- Vecino
- Compañeros espirituales
- Compañeros de trabajo

- No recibo

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones del estado

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

“Acceso a los servicios de salud”

Definición Conceptual

Son una acción del lado del individuo (la demanda), el cual es responsable de acercarse o entrar en contacto con el establecimiento o persona a la que se busca acceso sin adjetivos, se refiere entonces a la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios (35).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento No 01

El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO N° 01)

- “Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno biosocioeconómico en las personas diabéticas del Hospital EsSalud (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, Vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida en las personas diabéticas del Hospital EsSalud: 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 las personas diabéticas del Hospital EsSalud: 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 en personas diabéticas en el Perú desarrollada por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.”

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: “Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos

en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).”

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

“Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador. (36)(37). (ANEXO 3)”

3.5. Plan de análisis

3.5.1 Procedimientos de recolección de datos:

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

- Se informó y se pidió el consentimiento a las personas diabéticas del Hospital EsSalud, recalcándoles a las personas que todo los datos obtenidos serán confidenciales.
- Se coordinó con las personas diabéticas del Hospital EsSalud su predisposición y el tiempo para ver el momento y lugar de la aplicación de la encuesta.
- Se aplicó el instrumento a cada persona diabética del Hospital EsSalud.
- La encuesta fue aplicada durante 25 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.5.2. Análisis y Procesamiento de los datos:

“Los datos fueron ingresados a una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de

frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos.”

3.6. Principios éticos

Este proyecto de investigación respetará los derechos de autor en cuanto a la información recopilada de revistas científicas, libros e información proporcionada por medios de comunicación. Se reportará las incidencias de las visitas de manera inmediata si se identifican factores de riesgo agravados. Se reportarán informes periódicos y el informe final al coordinador de la sede.(38).

Anonimato

Se aplicó la encuesta señalándoles a los pacientes diabéticos del Hospital EsSalud, esta encuesta será desconocido y que los datos obtenidos será para solo objetivos de la presente investigación.

Privacidad

Los datos recaudada en la actual investigación se mantuvo en anonimato y no será exhibido respetando la privacidad de las personas diabéticas del Hospital EsSalud , la cual solo serán proporcionadas para la investigación.

Honestidad

Se informó a las personas diabéticas del Hospital EsSalud en lo cual es objetivo del estudio, en que los resultados se encontraran desarrollados en la presente investigación.

Consentimiento

Se realizo el trabajó con las personas diabéticas del Hospital EsSalud que acepten voluntariamente participar en el presente trabajo (ANEXO N°04)

IV.-RESULTADOS

4.1.1 “DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICO”

TABLA 1.

“DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN PERSONAS DIABÉTICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014”

Sexo	N	%
Masculino	100	49,8
Femenino	101	50,2
Total	201	100,0
Edad (años)	N	%
Adulto Joven	0	0
Adulto Maduro	56	27,9
Adulto Mayor	145	72,1
Total	201	100,0
Grado de instrucción del adulto	N	%
Sin nivel instrucción	11	5,5
Inicial/Primaria	59	29,4
Secundaria: Incompleta/ Completa	96	47,7
Superior: Incompleta/ Completa	35	17,4
Total	201	100,0
Ingreso económico familiar	N	%
Menor de S/. 750.00	57	28,3
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	77	38,3
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	57	28,4
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	10	5
De S/. 1801.00 a más	0	0,0
Total	201	100,0
Ocupación del jefe de familia	N	%
Trabajador estable	49	24,4
Eventual	23	11,4
Sin ocupación	2	1
Jubilado	127	63,2
Estudiante	0	0,0
Total	201	100,0

“Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por Dra. Adriana Vílchez Reyes y aplicado en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014.”

4.1.2 “DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA”

TABLA 2

“DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN PERSONAS DIABETICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014”

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	120	59,7
Vivienda multifamiliar	81	40,3
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	201	100,0
Tenencia	N	%
Alquiler	0	0,0
Cuidador/alojado	0	0,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	0	0,0
Propia	201	100
Total	201	100,0
Material del piso	N	%
Tierra	24	11,9
Entablado	10	5,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	156	77,6
Láminas asfálticas	2	0,9
Parquet	9	4,6
Total	201	100,0
Material del techo	N	%
Madera, esfera	0	0,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	0	0,0
Material noble, ladrillo y cemento	153	76,1
Eternit	48	23,9
Total	201	100,0
Material de las paredes	N	%
Madera, estera	0	0,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	0	0,0
Material noble ladrillo y cemento	201	100
Total	201	100,0

Continúa...

TABLA 02

“DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN PERSONAS DIABÉTICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014”

N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	22	10,9
2 a 3 miembros	72	35,9
Independiente	107	53,2
Total	201	100,0
Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	24	11,9
Pozo	5	2,5
Red pública	26	13,0
Conexión domiciliaria	146	72,6
Total	201	100,0
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	0	0,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño público	0	0,0
Baño propio	201	100
Otros	0	0,0
Total	201	100,0
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	201	100,0
Leña, carbón	0	0,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	201	100,0
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	0	0,0
Energía eléctrica permanente	201	100,0
Vela	0	0,0
Total	201	100,0
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	35	17,4
Al río	0	0,0
En un pozo	0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	166	82,6
Total	201	100,0

Continúa...

TABLA 02

“DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN PERSONAS DIABÉTICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014”

Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	28	14,0
Todas las semana pero no diariamente	65	32,3
Al menos 2 veces por semana	106	52,7
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	2	1,0
Total	201	100,0

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	188	93,5
Montículo o campo limpio	0	0,0
Contenedor específico de recogida	13	6,5
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	201	100 ,0

“Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por Dra. Adriana Vílchez Reyes y aplicado en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014.”

4.1.3. “DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA”

TABLA 03

“DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN PERSONAS DIABETICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014”

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	12	6,0
Si fumo, pero no diariamente	13	6,5
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	105	52,2
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	71	35,3
Total	201	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	6	3,0
Una vez a la semana	2	1,0
Una vez al mes	10	5,0
Ocasionalmente	90	44,7
No consumo	93	46,2
Total	201	100,0
Nº de horas que duerme	N	%
[06 a 08)	167	83,0
[08 a 10)	30	15,0
[10 a 12)	4	2,0
Total	201	100,0
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	138	68,6
4 veces a la semana	63	31,3
No se baña	0	0,0
Total	201	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	N	%
Si	180	89,5
No	21	10,4
Total	201	100,0

Continúa...

TABLA 03

“DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN PERSONAS DIABETICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014”

Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%
Caminar	95	47,2
Deporte	12	6,0
Gimnasia	13	6,5
No realizo	81	40,2
Total	201	100,0
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	85	42,2
Gimnasia suave	18	8,9
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	12	5,9
Deporte	36	18,0
Ninguna	50	25,0
Total	201	100,0

Continúa...

TABLA 03

“DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN PERSONAS DIABÉTICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014”

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	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%
Frutas	91	45,2	76	37,8	30	14,9	4	2,0	0	0
Carne	57	28,4	114	56,7	24	11,9	4	2,0	2	1,0
Huevos	34	17,0	81	40,2	63	31,3	17	8,5	6	3,0
Pescado	52	26,0	95	47,2	45	22,3	9	4,4	0	0,0
Fideos	82	41,0	60	29,8	51	25,3	6	2,9	2	1,0
Pan, cereales	83	41,2	70	34,8	35	17,4	12	6,0	1	0,5
Verduras, hortalizas	99	49,2	66	32,8	27	13,4	8	4,0	1	0,5
Legumbres	43	21,3	69	34,3	62	30,8	22	11,0	5	2,5
Embutidos	20	10,0	30	15,0	49	24,3	63	31,3	39	19,4
Lácteos	31	15,4	60	30,0	50	24,8	28	13,9	32	15,9
Dulces	13	6,4	11	5,4	26	13,0	76	37,8	75	37,3
Refrescos con azúcar	19	9,4	14	7,0	22	11,0	85	42,2	61	30,3
Frituras	15	7,5	14	6,9	38	18,9	112	55,7	22	11,0

“Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por Dra. Adriana Vélchez Reyes y aplicado en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014.”

4.1.4. “DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS”

TABLA 04

“DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN PERSONAS DIABETICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014”

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	110	54,7
Centro de salud	44	21,8
Puesto de salud	9	4,5
Clínicas particulares	38	19,0
Otras	0	0,0
Total	201	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	44	22,0
Regular	101	50,2
Lejos	50	24,8
Muy lejos de su casa	6	3,0
No sabe	0	0,0
Total	201	100,0
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	201	100,0
SIS – MINSA	0	0,0
SANIDAD	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	201	100,0
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	30	15,0
Largo	73	36,3
Regular	98	48,7
Corto	0	0,0
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	201	100,0

Continúa...

TABLA 04

“DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN PERSONAS DIABETICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014”

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	20	10,0
Buena	80	39,8
Regular	95	47,2
Mala	6	3,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	201	100,0
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	30	15,0
No	171	85,0
Total	201	100,0

“Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por Dra. Adriana Vílchez Reyes y aplicado en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014”

TABLA 05

“DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN PERSONAS DIABETICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014”

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	69	34,3
Amigos	3	1,5
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	6	3,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	123	61,1
Total	201	100,0
Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	51	25,3
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	150	74,6
Total	201	100,0

“Fuente: Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por Dra. Adriana Vílchez Reyes y aplicado en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014.”

TABLA 06

“DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN PERSONAS DIABÉTICAS DEL HOSPITAL ESSALUD NUEVO CHIMBOTE, 2014”

Apoyo social de las organizaciones	Si		No	
	N	%	n	%
Pensión 65	26	13,0	175	87,0
Comedor popular	4	2,0	197	98,0
Vaso de leche	3	1,5	198	98,5
Otros	0	0,0	201	100,0
Total				

“Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por Dra. Adriana Vílchez Reyes y aplicado en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014.”

4.2 Análisis de resultado:

Tabla 1: Del 100 % (201) de las personas diabéticas que acuden al hospital ESSALUD, el 50,2%(101) son de sexo femenino, el 72,1 (175) son adultos mayores; en el grado de instrucción el 47,7%(96) tiene secundaria incompleta/completa; en el ingreso familiar el 38,3%(77) tiene un ingreso de S/. 751.00 a S/. 1000.00 soles; en la ocupación del jefe de familia el 63,2%(127) son jubilados.

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Yanes y autores (38), que en su investigación “Diabetes mellitus en el anciano, un problema frecuente” realizada en el 2009, refiere que a los 75 años el 20% de la población padece de ésta afección y el 44% de los pacientes diabéticos tienen más de 65 años; debido a las altas tasas de envejecimiento de la población mundial. Además, se considera que demográficamente existen más féminas que hombres en una proporción de 7:1; asimismo, en las mujeres después de los 50 años suceden cambios hormonales que favorecen la obesidad y el sedentarismo, cambian su estilo de vida y presentan malos hábitos dietéticos que pueden estar arraigados desde su juventud, factores que contribuyen a padecer dicha enfermedad.

También se relacionan con la investigación realizada por Norabuena A. (39), referente a la “Capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II y su relación con factores individuales y socioculturales en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen”, en 1991. En cuanto al estudio metodológico e

En un total de 578 pacientes, llego a obtener una muestra de 100 pacientes, el la forma de estudio fue descriptivo correlacional, el instrumento que realizo es la encuesta. Se llegó a concluir que : “La capacidad de autocuidado está relacionada con el sexo que posee el paciente, teniéndose que la mayoría de los pacientes que posee nivel de autocuidado regular son de sexo masculino (23%).”

Asimismo que : “La capacidad de autocuidado está relacionada muy significativamente con el ingreso económico, puesto que la mayoría de los pacientes (71%) que tienen un ingreso menos del sueldo mínimo vital poseen un nivel de autocuidado deficiente a diferencia de los pacientes (51%) con un ingreso económico que es el doble del sueldo mínimo o más poseen un nivel de autocuidado suficiente “(39).

En otra investigación hallada fue elaborada por Álvarez y M. (40), referente a la : “Influencia de algunos factores socioculturales y nivel de conocimiento en el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente del Hospital Cayetano Heredia, Noviembre-Diciembre”. Su diseño metodológico tuvo una muestra de 86 pacientes, el tipo de estudio fue prospectivo de corte transversal, la técnica que empleó fue la encuesta. Se llegó a concluir que : “Existe relación estadística significativa ente el nivel de conocimientos y el grado de autocuidado, donde se observa que a mayor nivel de conocimiento mayor grado de autocuidado.”

“El grado de instrucción un poco menos de la mitad tienen secundaria incompleta/completa, existiendo influencia significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento, ya que el grado de instrucción influye en la capacidad del paciente en comprender su enfermedad. El grado de autocuidado no es dependiente de la ocupación del paciente, puesto que depende de sí mismo y de la importancia que le da a su autocuidado” (40).

Así mismo podemos decir que el grado de instrucción, es un factor que garantiza la salud ya que las características y accesibilidad a la educación, puede ayudar a la gente a encarar mejor el medio en que vive (para aumentar sus ingresos, para protegerse mejor contra los riesgos y para modificar su comportamiento en beneficio de la salud). La educación puede, por tanto, influir en los estilos de vida, que se están transformando rápidamente en muchas ciudades de los países en desarrollo (41).

Asimismo, nuestros resultados concuerdan con el estudio realizado por Hidalgo C. (42), sobre “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos: factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo” en 2005. Encontrándose que : “La edad de los pacientes entrevistados, el 56% sus edades fluctúan entre 39 y 60 años; el 44% tienen más de 61 años. La edad es un factor importante en la distribución de patologías, según la OMS la diabetes se presenta entre los 35 y 64 años de

edad, lo que trae muchas repercusiones para la economía, debido a que las personas más afectadas se encuentran en edad laboral.”

Se puede comprobar que los pacientes encuestados oscilan en estas edades, lo que afectaría su economía. La mayoría, son sexo femenino y un porcentaje considerable de sexo masculino, esto se puede corroborar con un estudio realizado por Santisteban S. “Considerando los Nuevos Criterios para Diagnósticos de la Diabetes en 1997”, en el que, en el Perú la prevalencia de la diabetes en relación al género mostró una gran variabilidad con predominio de las mujeres en Lima (42).

Además, en la tesis de Hidalgo C. (42), de un total de 100 pacientes entrevistados, el 11% son solteros y el 60% son casados. En cuanto al grado de instrucción nuestros hallazgos son similares, la mayoría de pacientes, 47%, tiene primaria; el 36% secundaria; el 10% es analfabeto y sólo el 7% tiene instrucción superior. La instrucción, escolaridad en el individuo interviene como medio de desarrollo en el potencial intelectual, el nivel superior permitirá entender y aceptar el mayor grado de educación sanitaria y cumplir con más responsabilidad las medidas pertinentes para el cuidado de su salud.

Respecto al ingreso económico familiar mensual en la investigación realizada los resultados son diferentes debido a que la población que entrevistamos son asegurados de EsSalud; entre tanto, en el estudio de Hidalgo C. los entrevistados son del MINSA y la mayoría de pacientes, 85%,

tiene un ingreso económico familiar mensual menos de S/. 450 nuevos soles y solo una minoría, 15%, tiene un ingreso económico superior a S/. 450 nuevos soles (42).

Las personas con un nivel económico inferior son más vulnerables a enfermedades crónicas debido a la escasez de medios materiales, también van a tener condiciones de vida menos saludables y acceso limitado a los servicios sanitarios (servicios de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento). El nivel socioeconómico determina la morbilidad de un grupo definido tanto directamente como a través de su influencia decisiva sobre algunos factores como disponibilidad de recursos económicos, servicio de atención médica, viviendas, saneamiento básico, etc., cada comunidad tiene sus estructuras económicas y las relaciones que de ellos se establecen determinarán la morbilidad de diferentes grupos humanos tener mejores ingresos económicos equivale a tener una mejor alimentación, educación, vivienda, salud (43).

Tabla 2: Del 100%(201) de las personas diabéticas del hospital ESSALUD, según el tipo de familia 59,7%(120) viven una vivienda Unifamiliar; en tenencia el 100%(201) tiene una vivienda propia; en el material del piso el 77,6%(156) tiene Loseta, vinílicos o sin vinílico; en el material del techo el 76,1%(153) es de material noble, ladrillo y cemento; en el material de paredes el 100%(201) es de material noble , ladrillo y cemento ; en el número de personas que duermen por habitación el 53,2%(107) duermen en habitaciones

independientes; en el abastecimiento de agua el 72,6%(146) tienen conexión domiciliaria; en eliminación de excretas el 100%(201) tiene baño propio ; en combustible para cocinar el 100%(201) tiene gas, electricidad ; en energía eléctrica el 100%(201) tiene energía permanente ; en disposición de basura el 82,6%(166) se entierra , quema , carro recolector ; en la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa el 52,7%(106) pasa al menos 2 veces por semana ; en suelen eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares el 93,5%(188) lo elimina en el carro recolector.

Estos resultados se relacionan directamente con el lugar de residencia, sea urbana o rural, no obstante, los pacientes diabéticos de EsSalud Hospital I Cono Sur de Nuevo Chimbote, pertenecen en su totalidad al área urbana y, además, se encuentran inmersos en un programa de salud para el cuidado de la diabetes, por lo tanto, siendo sus viviendas de material noble y teniendo todos los servicios de saneamiento básico, se influye positivamente en el control de su enfermedad (44).

Estos hallazgos son validados por Saldaña B. y autores (45), en su tesis: “Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México” del 2007, en la cual encuentra que a los pacientes residentes en comunidades urbanas en comparación con las rurales se les invita en forma irregular a participar en actividades de acondicionamiento físico y cursos informales de autocuidado ofrecidos por las instituciones de salud. Para la mayoría de los pacientes urbanos la

información que habían recibido sobre diabetes mellitus fue impartida por el médico que cotidianamente los atiende en su consulta. Asimismo, el estrato socioeconómico que prevaleció en los pacientes que acudían al hospital rural y urbana fue en general medio o bajo, este nivel socioeconómico predominante de la prevaleciendo la tendencia a seguir costumbres y tradiciones ancestrales en el manejo de su enfermedad (45).

Otros estudios realizados en diabéticos de la zona geográfica rural, han encontrado que sus controles metabólicos son muy malos, menos del 15% de ellos se encuentran con niveles óptimos de glucemia. Se ha demostrado que el status social influye definitivamente en el control y prevención de las complicaciones de los pacientes diabéticos, estos tendrían la tendencia a tener un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad independientemente del conocimiento adecuado que poseyeran sobre su enfermedad (45).

Estudios similares como el realizado por Quispe R. (46), analizo el “Problema de la vivienda en el Perú, retos y perspectivas”. Concluye que una vivienda precaria tiene como factores la inaccesibilidad al agua potable, saneamiento básico, hacinamiento, etc., genera enfermedades.

Del mismo modo, nuestros resultados difieren a lo encontrado por Barrios A. (47), quien investigó el mejoramiento de viviendas en comunidades rurales en Paraguay durante el 2003, concluyendo que la mayoría de las viviendas tienen dos piezas (dormitorios). En cuanto al

material del techo el 90% es de paja, paredes el 65% es de abobe, el 49 % cuenta con piso de tierra. El servicio de energía eléctrica, llega al 100 %. Todos cuentan con pozo de agua. Un 65 % de la población tiene letrina en sus baños el resto cuenta con pozo ciego, algunos baños modernos. En lo que respecta a las cocinas, el 20 % tiene cocina a gas, pero no la utiliza. El 24% de los pobladores entierran sus desperdicios.

Contar con una vivienda adecuada es uno de los aspectos más importantes en la vida de una persona, pero lo más importante es el apoyo y el calor humano para formar un hogar saludable. La vivienda debe ser un sitio para dormir y descansar en el que las personas se sientan protegidas y gocen de privacidad y un espacio personal (46).

Una habitación es el espacio situado en una vivienda, generalmente, cerrado por paredes que se elevan desde el piso hasta el techo y que tiene por lo menos una superficie para dar cabida a la cama de una persona adulta. Cualquiera sea el material que se emplea para la construcción, la vivienda debe contar con estructuras firmes y seguras. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas, para evitar las plagas como ratas, pulgas, garrapatas y otros que pueden transmitir enfermedades. Los pisos deben ser

compactos, impermeables y de fácil limpieza. Los techos deben proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y de animales que generan enfermedades (46).

El abastecimiento de agua está referida a la forma de abastecimiento y procedencia del agua que utilizan los miembros del hogar en la vivienda, ya sea para beber, cocinar o realizar su aseo personal o de la vivienda. “Se denomina agua potable o agua para consumo humano, al agua que puede ser consumida sin restricción debido a que, gracias a un proceso de purificación, no representa un riesgo para la salud. El término se aplica al agua que cumple las normas de calidad dictadas por las autoridades locales e internacionales garantizando la trazabilidad de los procesos de salubridad” (47).

La Organización Mundial de la Salud, en su informe del 2002 (World Health Report 2002), en esta se define el uso de combustibles sólidos como la combustión de carbón y biomasa (tales como leña, carbón vegetal, estiércol, madera, o residuos de la agricultura como las cañas de maíz y otros) que debido a su disponibilidad y/o bajo costo, constituyen aun una fuente importante de energía. Los residuos sólidos son todas aquellas sustancias o productos en estado sólido que ya no se necesita, pero que pueden ser reaprovechados. El manejo inadecuado de los residuos sólidos contamina el aire, el agua superficial y subterránea, degrada y contamina los suelos cuando se vierten residuos químicos peligrosos.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos en nuestra investigación son similares a los encontrados por Santa María R. (48), en su estudio titulado: “La iniciativa de vivienda saludable en el Perú- 2008”, observándose que sigue siendo la casa independiente el tipo de vivienda en su mayoría en el Perú 85.61%, el 34.8% presenta paredes con exteriores de adobes o tapias; 9,7% de madera y el 46,7 %de viviendas con paredes de ladrillos o bloques de cemento. El tipo de vivienda repercute sobre la salud de las personas directamente por que esta actúa como una barrera de protección y de confort. La vivienda es esencial para cubrir las necesidades básicas, como la necesidad de abrigo, debe ser un sitio para dormir y descansar en el que las personas se sientan protegidas y gocen de privacidad y un espacio personal, un lugar donde puedan formar una familia.

Tabla 3 :Del 100%(201) de las personas diabéticas del hospital ESSALUD, el 52,2%(105) No fumo, actualmente, pero he fumado antes no fumo; en frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas el 46,2%(93) no consume; en el número de horas que duerme el 83,0%(167) duerme de 6 a 8 horas; en frecuencia con que se baña el 68,6%(138) se baña diariamente ; en si se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud el 89,5%(180) es que sí ; en actividad física que realiza en su tiempo libre el 47,2%(95) camina ; en las dos últimas semanas que actividad física realiza durante más de 20 minutos el 42,2%(85) camina; en alimentos que consume diariamente el 49,2 % (99) consume verduras , 3 o más veces a la semana el 56,7% (114) consume carnes, 1 o 2 veces a la semana el 31,3% (63) consume

huevos, en menos de 1 vez a la semana el 55,7% (112) consume frituras, nunca o casi nunca el 37,3 % (75) consume dulces.

Los resultados de la investigación realizada se ajustan a los estándares de alimentación para pacientes diabéticos y coinciden con Salas Salvado J, quién escribió: “Nutrición y dietética clínica” en 2008, manifestando que la evaluación nutricional y el plan de alimentación, son parámetros de gran utilidad para el control y seguimiento del paciente diabético. La dietoterapia es el pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes, ya que muchos pacientes controlan su enfermedad exclusivamente con dieta. Además, los pacientes con diabetes tipo 2 son obesos y ellos se beneficiarán con una alimentación hipocalórica, con una restricción de unas 500 calorías al día sobre la ingesta habitual, disminuyendo la ingesta de grasas (49).

Además, Salas S. (49), recomienda que el fraccionamiento de las comidas debe ser 4 veces al día para el paciente diabético adulto mayor, evitando la ingesta entre comidas, también, deben alternar entre carne vacuna magra, pescado y aves sin piel. Otra medida dietética importante es la ingesta de pan integral, agua purificada, consumo de edulcorantes y verduras y frutas, siendo recomendada una porción diaria de estas últimas. Finalmente, recomienda evitar la ingesta de alcohol, tabaco, frituras y gaseosas. Hechos que se correlacionan con los hallazgos del presente trabajo de investigación.

El cuidado y la higiene son muy importantes para la prevención del pie diabético, siendo una complicación grave e incapacitante en el tiempo. El

paciente diabético debe realizarse una revisión diaria de los pies en la búsqueda de alguna lesión, el uso de zapatos adecuados, visitar periódicamente al podólogo, evitar caminar descalzo y cortarse correctamente las uñas. En cuanto a la higiene comprende los elementos necesarios para el lavado de pies, secado cuidadoso y la temperatura ideal del agua (50).

Estas recomendaciones, son practicadas parcialmente por los pacientes diabéticos, tan como reflejan los resultados de nuestra investigación; que a la vez coinciden con el estudio de Hajar Rivera, quien afirma que los pacientes diabéticos presentan un nivel de conocimientos medio con relación al adecuado cuidado de los pies, siendo perjudicial para su calidad de vida (50).

Nuestros resultados son similares a los encontrados por Hidalgo C. (42), en su investigación: “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos: factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo” del 2005, en la cual concluye que “De un total de 100 pacientes (100%), el 69%, realiza ejercicios, solo 31% no lo realiza, por diferentes motivos tales como: enfermedad o laborales, debido a que tienen que trabajar para solventar los gastos de su hogar, u otro motivo personal como desgano. De los 69 pacientes que realizan ejercicios el 89.9% (62), realiza caminatas; el 4.3% (3) realiza otros ejercicios como Tai Chi y gimnasia; mientras que una minoría 2.9% (2) corre o trata. Los elementos claves en el tratamiento de la diabetes son el ejercicio, el cuidado farmacológico y dietético.”

El ejercicio tiene muchos efectos benéficos como oxigenación, aumento del gasto energético, controla la acción insulínica, entre otros; por lo que debe ser realizado 30 minutos en promedio por día, y entre las diferentes clases se encuentran caminatas, carreras, Tai Chi, entre otros. Se infiere que la mayoría de pacientes realiza ejercicios, que es uno de los elementos claves para el cuidado de la diabetes y la disminución de la aparición de complicaciones de la misma; encontrándose las caminatas como los ejercicios que más realizan por ser más accesible para ellos, lo que contribuye a disminuir su glucosa, aumentar la función cardiovascular, y el gasto energético, mejorar el perfil de lípidos, la presión arterial y además controlar el peso, y por ende, como menciona Colliere a mantener y conservar la vida y permitir que esta se continúe por más tiempo (51).

Hidalgo C. (42), al igual que en nuestra investigación, también encontró que de 100 pacientes encuestados (100%), un 86% y 87% consumen a diario verduras y frutas, respectivamente y el 69% y 62% consume de manera interdiaria harina y carne respectivamente, mientras que solo el 14% consume harina una vez a la semana y el 19% consume carne diariamente. El objetivo de la dieta del paciente diabético es mantener el nivel de glucosa dentro de los límites normales y mantener el peso ideal, por lo que el paciente debe consumir alimentos variados como: verduras, frutas frescas, carne, huevos, debe consumir de preferencia proteínas de origen no animal y fibras como leguminosas, avena, cereales y también pescado y otros alimentos de

origen marino ya que esto favorece la función de coagulación de los pacientes con diabetes tipo 2.

“Se infiere que los pacientes diabéticos consumen diariamente verduras y frutas e ínter diariamente carnes y harinas, lo que favorecería a mantener el nivel de glucosa dentro de los valores normales, así como el nivel de colesterol, triglicéridos y lípidos, sobre todo el nivel de LDL (lipoproteína de baja densidad) dentro de los límites normales y mantener el peso corporal. Estos resultados nos indican que los pacientes han asumido con responsabilidad el consumo de una alimentación saludable, por lo que, como menciona Orem, han adquirido autonomía de su autocuidado “(42).

González A. (39), en su investigación del 2010 titulada: “Nivel de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención médica”, se concluye que el nivel de conocimientos en la población de estudio es bajo. Se evidencia la necesidad de reforzar los programas de instrucción diabetológica, como una herramienta esencial en el control de la enfermedad.

De todos es aceptado que la educación de las personas con diabetes mellitus es una herramienta esencial para optimar el control metabólico y prevenir la aparición y la progresión de las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad, disminuyendo el número de hospitalizaciones, consultas en urgencias y número de amputaciones (51).

También se ha demostrado que el grado de control de la enfermedad está en relación con el nivel educativo de los pacientes, relacionándose ambos con la presencia de complicaciones crónicas y, por lo tanto, es razonable que la educación diabetológica sea la principal estrategia para conseguir los objetivos perseguidos en la declaración de Saint Vincent (51).

Algunos trabajos que han analizado cómo se beneficiarían los pacientes de un programa de educación sanitaria, han estimado que por cada dólar que se invierta en educación se ahorrarán 3 a 4 dólares. En España, Moncada y Bihimelis y colaboradores estimaron que un programa educativo podría ahorrar de 100 mil a 345 mil pesetas/paciente al año, con una proporción costo beneficio próxima a 1:10 (52).

Sáenz H. y autores (53), realizaron una revisión en la literatura de diferentes estudios sobre educación diabetológica y concluyeron que la educación grupal produce una reducción de peso y de HbA1 a los seis meses, que en algunos casos se mantiene hasta el año de iniciado el estudio.

La aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2 son los principales determinantes de importancia como problema de salud y de la mayor parte de los costes sanitarios y sociales. Por lo anterior, en las recomendaciones de los últimos años de la American Diabetes Association 2015, además de establecer estrictos criterios de control glucémico basados en las cifras de hemoglobina glucosilada, en los valores

deseables de control de presión arterial, del perfil lipídico y cese de tabaquismo, entre los objetivos principales en el cuidado de esta alteración, resalta la educación precoz del enfermo y de su familia, mediante el cumplimiento de un programa estandarizado (54).

En dicho programa se establece que la primera fase de este proceso debe consistir en el estudio y valoración de la demanda educativa de la población. Para ello será necesario evaluar, entre otras características, el grado de instrucción diabetológica de esa comunidad, a través del uso de cuestionarios adecuados de conocimientos teóricos y prácticos sobre la enfermedad. De este modo podrán determinarse las áreas en las que hubiera mayor necesidad de formación (54).

Es evidente la poca importancia que los pacientes le dan a la observancia de la dieta y la realización de ejercicio como parte del tratamiento de la enfermedad, probablemente porque el paciente no ha comprendido la importancia trascendental que tienen para él la prevención de complicaciones y el control metabólico de la enfermedad. Se debe priorizar la educación diabetológica como elemento fundamental para prevenir y retardar las complicaciones crónicas de la enfermedad, haciendo énfasis para educar a la población sana a fin de que puedan evitar los factores de riesgo de diabetes mellitus, y en los sujetos enfermos (diabéticos que no han sido diagnosticados) realizar la detección temprana con el objetivo de minimizar el impacto de la enfermedad (54).

Tabla 4,5,6: Del 100% (201) de las persona diabéticas del hospital ESSALUD, el 54,7% (110) se atendió en el hospital en estos últimos 12 meses ; en considera usted que el lugar donde lo atendieron esta , el 50,2% (101) respondió que está a tiempo regular de su casa, en tipo de seguro el 100% (201) tiene EsSalud; en el tiempo que espero para que lo atendieran el 48,7% (98) respondiendo que el tiempo es Regular ; en la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud el 47,2% (95) respondió que es regular; en si existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa el 85,0% (171) respondió que no; en la tabla 5 del 100% (201) de los adultos diabéticos del hospital ESSALUD, el 61,1% (123) no recibe apoyo social natural de sus familiares; en recibe apoyo social organizado el 74,6% (150) no recibe; finalmente en la tabla 6 del 100% (201) de los adultos diabéticos del hospital ESSALUD el 13,0% (26) recibe apoyo social de las organización de pensión 65; en comedor popular el 98,0% (197) no recibe apoyo; en vaso de leche el 98,5% (198) no recibe apoyo; en otros el 100% (201) no recibe apoyo.

Los resultados son similares a los reportados por Valera y Vargas (55), en su estudio de investigación: “Estilo de vida como promotor de salud, nivel de información y nivel de autocuidado en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2” en el Hospital Belén de Trujillo del 2009, encontraron que el mayor porcentaje (84.1%) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentó un nivel de autocuidado regular y un menor porcentaje (15.9%) presentó un nivel de autocuidado bueno. No se encontró pacientes con nivel de autocuidado malo.

Asimismo, compartimos los hallazgos de Saldaña B. y autores (45), en la tesis: “Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México”, en la cual concluyen que la relación médico paciente es un proceso importante en el cual los conocimientos científicos, la habilidad y la experiencia del médico juegan un papel fundamental, se debe de cuidar que no exista la actitud paternalista absoluta que pudiera dañar la confianza del paciente y sobre todo se deberá respetar su autonomía. Para que el paciente diabético aprenda, deberían tomarse en cuenta los siguientes aspectos: conocimientos previos, factores personales (edad, educación, creencias, experiencias, factores psicológicos, etc.) y factores ambientales.

El proceso de educación deberá por lo tanto transformar los aspectos de actitudes y comportamiento de los pacientes, para que haya cambios permanentes y por ende mejoría en la calidad de vida de los enfermos. Es indispensable que la educación que se imparta a los pacientes sea holística, donde el paciente participe tanto con sus experiencias como en la forma de impartirla. Se ha demostrado que el simple hecho de realizar actividades de información sin llegar a desarrollar habilidades prácticas, produce en los pacientes una sensación de no ser capaces de hacer las actividades diarias, considerando prácticamente imposibles las metas de control; por lo tanto, la transmisión de dicha información deberá de lograrse a través de mensajes sencillos y prácticos (56).

Sin embargo, la utilización de métodos participativos (como el implantado en el Programa de Diabetes del Hospital I Cono Sur de EsSalud Nuevo Chimbote) ha demostrado mayor ventaja en el aprendizaje y cambio de actitud de los pacientes no sólo hacia la enfermedad sino también en su propia forma de vida. La educación debe incluir al núcleo familiar de manera que haga posible el apoyo al paciente y la participación conjunta en el aprendizaje, para generar mejores resultados en el control del paciente diabético (56).

Sobre la calidad de atención brindada en EsSalud, nuestros resultados coinciden con el estudio Refleja2 del 2014, presentado por la Federación de Diabéticos Españoles (FEDE) y por la Red de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (RedGDPS), y contó con el apoyo de Abbott, consultándose a 974 médicos de Atención Primaria y a 1012 pacientes. En dicho estudio, existe una notable diferencia de percepción entre médico y paciente respecto a la adherencia del tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, según las conclusiones, los pacientes sienten que su médico se preocupa por su tratamiento en el 67,5% de los casos, mientras que el 94% de los médicos aseguran mantener ese interés. Esta diferencia pone de manifiesto que el médico debe hacer un mayor esfuerzo para que el paciente sienta que sí se interesa en su tratamiento (57).

Con respecto a la frecuencia con la que el médico pregunta a los pacientes sobre la satisfacción con el tratamiento, hay distintas percepciones.

Los pacientes manifiestan que es la adecuada en un 67,1% de los casos, contra un 81,5% en el de los médicos. Por otra parte, los pacientes destacan que el tratamiento recibido por el médico ha mejorado su calidad de vida (un 62%) y, esta percepción, es menor en el caso de los médicos (52%), (57).

Un seguro integral de salud permitirá el acceso de toda la población a un sistema de salud orientado, principalmente, a la prevención de enfermedades y a la recuperación de la salud, articulará los servicios de los prestadores públicos y privados. De este modo se amplía la oferta en salud. Garantizará los derechos a la atención de salud, en términos de acceso, oportunidad, calidad y financiamiento (contrato social). Protegerá a las personas de los riesgos de empobrecimiento en caso de enfermedades de morbimortalidad.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

5.1 Conclusiones:

- En los determinantes Biosocioeconómico de las personas diabéticas del hospital EsSalud Nuevo Chimbote concluye que: un poco más de la mitad son de sexo femenino, y la mayoría son adultos mayores; en su grado de instrucción un poco menos de la mitad tienen secundaria incompleta/completa; en el ingreso familiar menos de la mitad tienen un ingreso de S/. 751.00 a S/. 1000.00 soles; en la ocupación del jefe de familia la mayoría son jubilados. Según el tipo de familia más de la mitad viven una vivienda Unifamiliar; en tenencia la totalidad tiene una vivienda propia; en el material del piso la mayoría tiene Loseta, en el material del techo la mayoría es de material noble, ladrillo y cemento; en el material de paredes la totalidad es de material noble , ladrillo y cemento ; en el número de personas que duermen por habitación un poco más de la mitad duermen en habitaciones independientes; en el abastecimiento de agua la mayoría tienen conexión domiciliaria; en la eliminación de sus excretas la totalidad tienen baño propio ; en combustible para cocinar el la totalidad tienen gas, en su energía eléctrica la totalidad tienen energía permanente ; en disposición de basura la mayoría se entierra , quema , carro recolector ; y en la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa un poco más de la mitad pasa al menos 2 veces por semana ;si suelen eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares el casi la totalidad lo elimina en el carro recolector.
- En los determinantes de los Estilos de vida de las personas diabéticas del hospital EsSalud Nuevo Chimbote se concluye que: un poco más de la mitad

No fumo, actualmente, pero he fumado antes no fumo; en frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas un poco menos de la mitad no consume; en el número de horas que duerme la mayoría duerme de 6 a 8 horas; en frecuencia con que se baña la mayoría se baña diariamente ; en si se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud la mayoría es que sí ; en actividad física que realiza en su tiempo libre un poco menos de la mitad camina ; en las dos últimas semanas que actividad física realiza durante más de 20 minutos menos de la mitad camina; en alimentos que consume diariamente un poco menos de la mitad consume verduras , 3 o más veces a la semana más de la mitad consume carnes, 1 o 2 veces a la semana menos de la mitad consume huevos , en menos de 1 vez a la semana más de la mitad consume frituras , nunca o casi nunca menos de la mitad consume dulces

- En los determinantes de las redes social y comunitaria de las personas diabéticas del hospital EsSalud Nuevo Chimbote concluye que: un poco más de la mitad se atendió en el hospital en estos últimos 12 meses ; en considera usted que el lugar donde lo atendieron esta , un poco más de la mitad respondió que está a tiempo regular de su casa, en tipo de seguro en su totalidad tienen EsSalud ; en el tiempo que espero para que lo atendieran un poco menos de la mitad respondió que el tiempo es Regular ; en la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud un poco menos que la mitad respondió que es regular ; en si existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa la mayoría respondió que no, la mayoría no recibe apoyo social natural de sus familiares; en recibe apoyo social organizado la mayoría no recibe, menos de la mitad recibe apoyo social de las organización de pensión

65; en comedor popular casi la totalidad no recibe apoyo; vaso de leche casi la totalidad no recibe apoyo; en otros en su totalidad no recibe apoyo.

5.2 Recomendaciones:

- Difundir los resultados obtenidos en el lugar donde se ejecutó y en diferentes localidades, a fin de contribuir y enriquecer los conocimientos para mejorar los estilos de vida de las personas diabéticas que acuden al establecimiento.
- Sensibilizar más al personal del Hospital EsSalud a que realicen campañas de promoción y prevención de su salud para las personas diabéticas que acuden al establecimiento
- Incentivar a realizar trabajos de investigación en base a los resultados del presente estudio que permitan mejorar el estilo de vida de las personas diabéticas que acuden al establecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. De Alma-ata al año 2000. Reflexiones a Medio Camino. Ginebra, 1991.
[file:///C:/Users/laptop/Downloads/350-980-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/laptop/Downloads/350-980-1-PB%20(1).pdf)
2. La OMS lanza el Informe sobre la salud en el mundo 2013. [en línea]. República dominicana: Oficina regional para las AMERICAS; 2013. [fecha de acceso 24 de junio de 2017].
3. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
4. Promoción de la Salud. Glosario, OMS, Ginebra, 1998.
5. Tarlov A, Blane D, Brunner E, Wilkinson D (eds) Social determinants of Health: the sociobiological transition, Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
6. LipLicham C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
7. Gonzalo Valdivia Cabrera. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile; 1994; 23:18-22.
8. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302

9. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.
10. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008
11. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
12. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud [documento de internet]. Perú. 2007. [citado en Julio]. Disponible en el URL:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/000_PNCS.pdf
13. Red de Salud Pacifico Sur, oficina de estadísticas Hospital I Cono Sur EsSalud, 2014.
14. Ruiz A, Evaluación y valoración de los hábitos y estilos de vida determinantes de la salud, y del estado nutricional en los adolescentes de ceuta-2015.
15. Tovar L, García G. “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.
16. Mamani R. Nivel de Conocimiento sobre Diabetes Mellitus en Adultos Jóvenes entre 20 y 30 años del Centro de Salud San Juan de Amancaes – Rímac” [Tesis para optar el título de licenciado en Enfermería]. Lima: Instituto Superior Tecnológico Privado “Daniel Alcides Carrión; 2013.

17. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. Chimbote: Universidad Nacional del Santa, Artículo científico; 2008.
18. Vega J, Orielle A. Equipo de equidad en salud de la organización Mundial de la Salud. Perú: edición, editorial; 2002.
19. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS: Washington; 2009.
20. Dalhigren, G. Whitehead, M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. University of Liverpool: Denmark; 2006.
21. Barragan H. Fundamentos de salud. La Plata: Editorial de la universidad nacional de la Plata; 2007.
22. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: Interamericano; 2000.
23. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
24. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>
25. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.

- 26.** Pérez Díaz Julio. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009.
- 27.** Eusko Jaurlaritza. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskadi. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID
- 28.** Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).Mexico.2010.
- 29.** Definición de. [Base de datos on line]. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
- 30.** Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. Mexico. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
- 31.** Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.
- 32.** Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. (Base de datos en línea). España: convenio entre los Ministerios del Interior, de Educación y Cultura y de Sanidad y Consumo; 2000. (19 de junio de 2014). URL disponible

en:http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf

- 33.** Martos Carrión Esther. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
- 34.** Sánchez Isla Laura: “Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
- 35.** González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
- 36.** Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
- 37.** Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm.
- 38.** Yanes Quesada M, Cruz Hernández J, Yanes Quesada MA, Calderín Bouza R, Pardías Milán L, Vázquez Díaz G. Diabetes mellitus en el anciano, un problema frecuente. Rev Cubana de Med Gen Integr. 2009; 25(2).

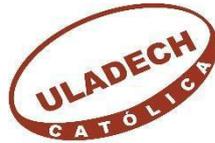
39. Norabuena Asunción "Capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II y su relación con factores individuales y socioculturales en el Hospital
40. Álvarez Peña, Marlene. Influencia de algunos factores socioculturales y nivel de conocimiento en el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente del Hospital Cayetano Heredia. UPCH. Lima, Perú. 1989.
41. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. Cuidado e investigación de la diabetes para Europa. Programa de Acción de la Declaración de Sant Vincent. Copenhague: OMS; 1992.
42. Hidalgo Carpio, Eva. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos: factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. UNMSM. Lima, Perú. 2005.
43. Rubio JA, Álvarez J. Costes económicos de la diabetes mellitus: revisión crítica y valoración coste-eficacia de las estrategias propuestas para su reducción. *Aten Primaria* 1998;22:239-255.
44. Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-San Laureano F, Fernández-Fernández I. Mellitus diabetes in Spain: death rates, prevalence, impact, cost and inequalities. *Gac Sanit* 2006;20(Suppl 1):15-24.
45. Bustos Saldaña, R; Barajas Martínez, A; López Hernández, G; Sánchez Novoa, E; Palomera Palacios, R; Islas García, J. Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 9, núm. 3, julio-septiembre, 2007, pp. 147-155.

46. Quispe Romero Jesús. El problema de la vivienda en el Perú: retos y perspectivas. Revista invi N° 53, Mayo 2005, Volumen 20:20 a 44.
47. Barrios a. Plan Nacional del Hábitat y la Vivienda del Paraguay. Modelo Acuerdo Interinstitucional de Mejoramiento de Barrios 2003.
48. Santa María R. La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 2008; 25(4):419-430.
49. Salas Salvado J. Nutrición y dietética clínica. 2° Edición. Elviesier, Masson. Barcelona, España. 2008, 215-216.
50. Hajar Rivera A. Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC. Callao, Perú. 2008.
51. Úbeda J, Villabona P, Codina M, Puig M, de Leiva A. Evaluation of a health education program for diabetics. Rev Enferm 1990;142(Suppl):7-9.
52. Moncada E. Impact of diabetes education and motivation on Diabetes case. A longitudinal study. Diabetes research and clinical practise. Abstracts XII Congress IDF. Madrid: Elsevier; 1985; Suppl 1.
53. Sáenz-Hernáiz JI, García-Bayo I, Bas-Serra RA, Villafafita-Ferrero RI, Gené-Badía J, Reig-Calpé P. Efectividad de la educación sanitaria a diabéticos tipo II no insulino dependientes. Aten Primaria 1992;10:785-788.
54. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2015. Diabetes Care 2015;21(Suppl 3):S1-95.
55. Valera A, Vargas C. Estilo de Vida Promotor de Salud, Nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo II y Nivel de Autocuidado en Pacientes Adultos con

Diabetes Mellitus tipo II Hospital Belén de Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Enfermería; 2008. 80 p.

- 56.** Bartlett EE. Cost-benefit analysis of patient education. *Patient Educ Couns* 1995; 26:87-91.
- 57.** FEDE y RedGDPS. Estudio Refleja2 sobre la percepción de médicos y pacientes respecto a la Diabetes Mellitus tipo 2. España. 2014.

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**“CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN LAS
PERSONAS DIABETICAS EN EL PERU”**

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

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

2. **Edad:**

• Adulto Joven (18 años a 29 años 11 meses 29 días) ()

• Adulto Maduro (De 30 a 59 años 11 meses 29 días) ()

• Adulto Mayor (60 a más años) ()

3. Grado de instrucción:

- Sin instrucción ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
- Superior completa / Superior incompleta ()

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

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

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia:

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

6.3. Material del piso:

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

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

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

6.6 Cuantos personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

- Energía eléctrica permanente ()
- Vela ()

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

- Si fumo, diariamente ()
- Si fumo, pero no diariamente ()
- No fumo actualmente, pero he fumado antes ()

•

nunca de manera habitual No fumo, ni he fumado
()

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. Tiene establecidas sus reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina.

Si () No ()

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

- Caminar ()
- Deporte ()
- Gimnasia ()
- No realizo ()

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

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

- Correr ()
- Ninguno ()

DIETA:

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

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

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

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

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

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

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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

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

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa? Si () No ()

ANEXO 2

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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 PERSONAS DIABETICAS 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 de 18 a más años en el Perú.

N°	V de Aiken	N°	V de Aiken
1	1,000	18	1,000
2	1,000	19	1,000
3	1,000	20	0,950
4	1,000	21	0,950
5	1,000	22	1,000
6.1	1,000	23	1,000
6.2	1,000	24	1,000
6.3	1,000	25	1,000
6.4	1,000	26	1,000
6.5	1,000	27	1,000
6.6	1,000	28	1,000
7	1,000	29	1,000
8	1,000	30	1,000
9	1,000	31	1,000
10	1,000	32	1,000
11	1,000	33	1,000
12	1,000	34	1,000
13	1,000	35	1,000
14	1,000	36	1,000
15	1,000	37	1,000

16	1,000	38	1,000
17	1,000		
Coefficiente V de Aiken total			0,998

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

ANEXO N° 3

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD: “Confiabilidad interevaluador: Se evalúa aplicando el cuestionario a la misma persona por dos entrevistadores diferentes en un mismo día, garantizando que el fenómeno no ha cambiado. Se realiza a un mínimo de 15 personas.”

N°	Expertos consultados										Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9	Experto 10					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3	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	3	30	3	10	3	1,000
6.6	3	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	3	30	3	10	3	1,000
8	3	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	3	30	3	10	3	1,000
10	3	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	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
12	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
13	3	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	3	30	3	10	3	1,000
15	3	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	3	30	3	10	3	1,000
17	3	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	3	30	3	10	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
22	3	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	3	30	3	10	3	1,000
24	3	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	3	30	3	10	3	1,000
26	3	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	3	30	3	10	3	1,000
28	3	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	3	30	3	10	3	1,000

30	3	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	3	30	3	10	3	1,000
Coeficiente de validez del instrumento																0,997

Coeficiente de validez del instrumento

“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”**

“FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA”

**“FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA
SALUD EN EL ADULTOS DE 18 A MÁS AÑOS EN EL PERU”**

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

P2									
Comentario:									
P3									
Comentario:									
P3.1									
Comentario:									
P3.2									
Comentario:									
P4									
Comentario:									
P5									
Comentario:									

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

Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									

Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentario:									
P18									
Comentario:									
P19									
Comentario:									
P20									
Comentario:									

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

P31									
Comentario									
P32									
Comentario									
P33									
Comentario									
P34									
Comentario									
P35									
Comentario									
P36									
Comentario									
P37									
Comentario									
P38									
Comentario									

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

Gracias por su colaboración



ANEXO N°04

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

“DETERMINANTES DE LA SALUD EN PERSONAS DIABETICAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL ESSALUD – NUEVO CHIMBOTE, 2014”

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

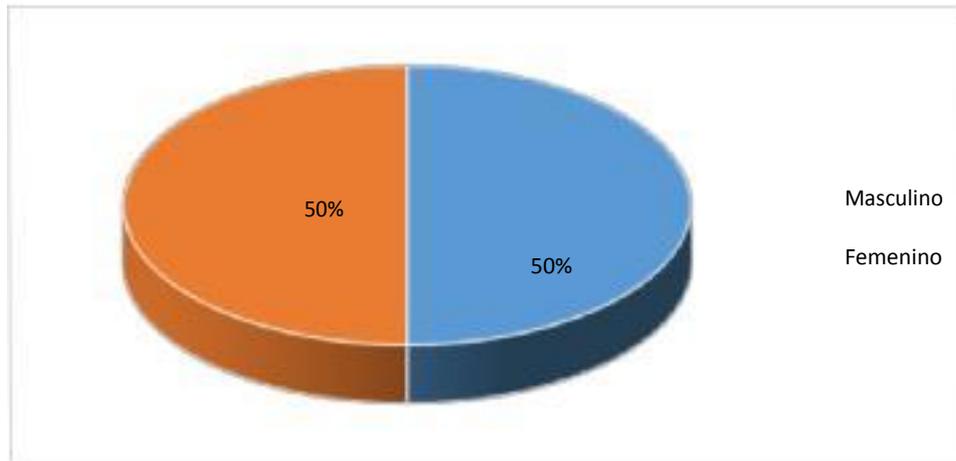
El investigador se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA

.....

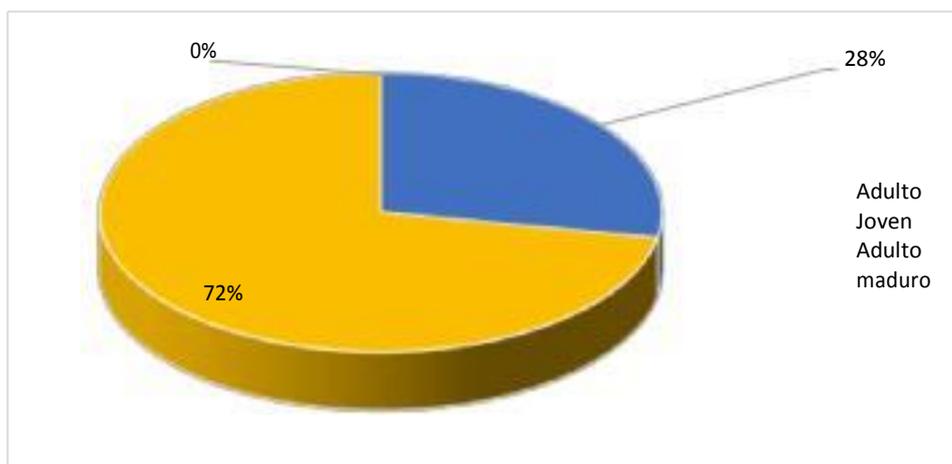
ANEXO
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

GRAFICO 1: SEXO



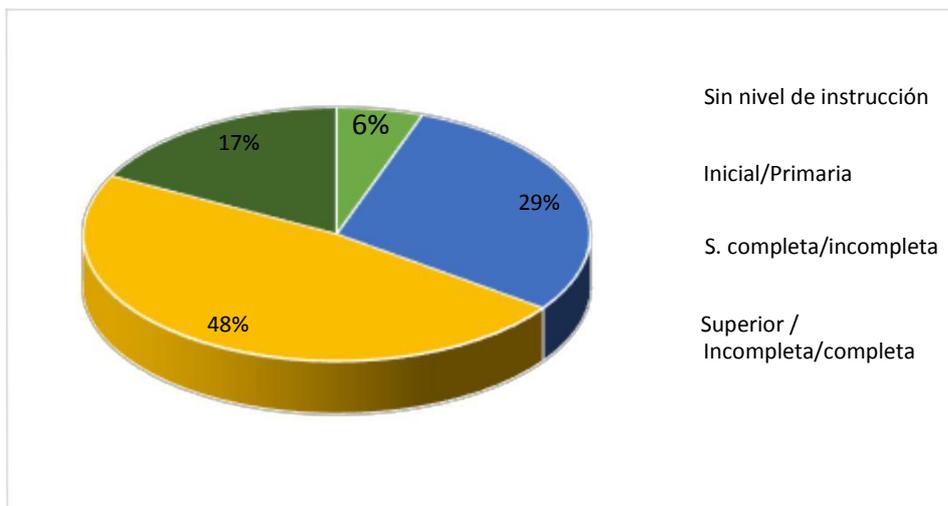
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 2: EDAD



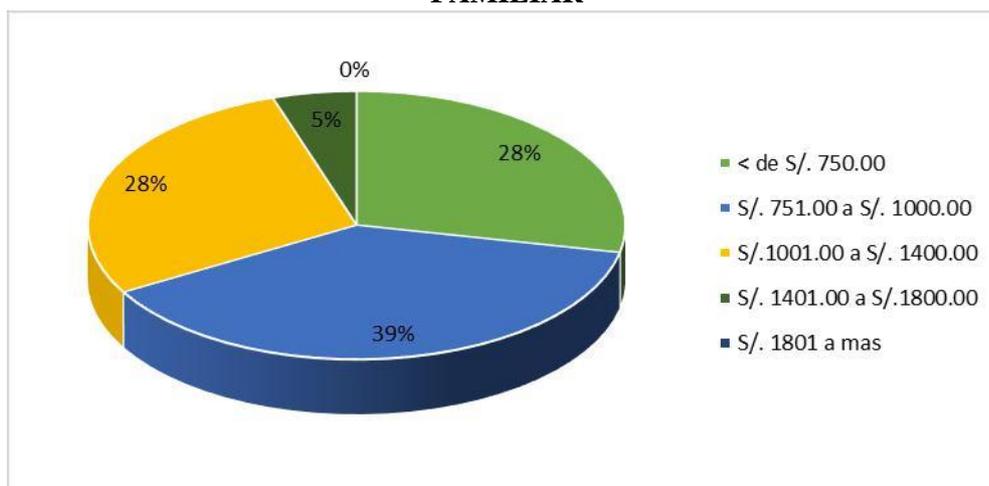
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 3: GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL ADULTO



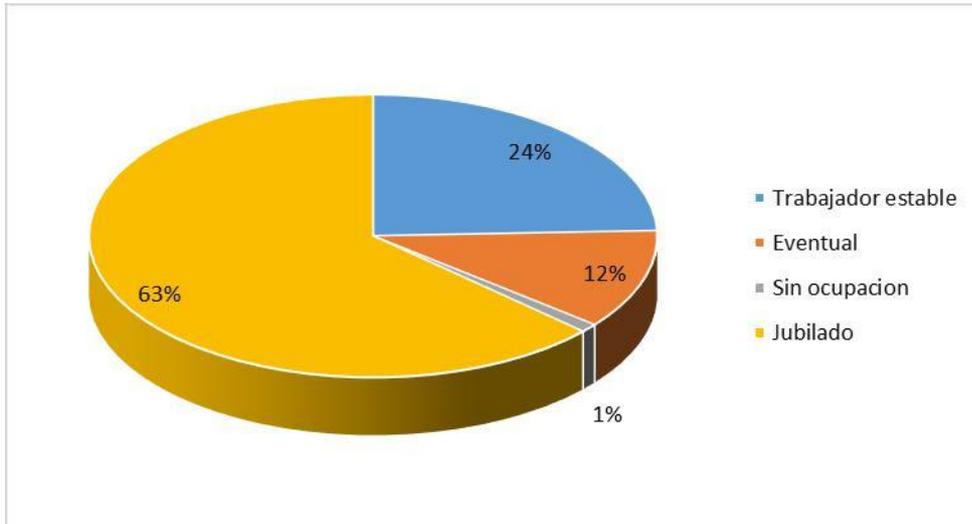
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 4: INGRESO ECONOMICO FAMILIAR



“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

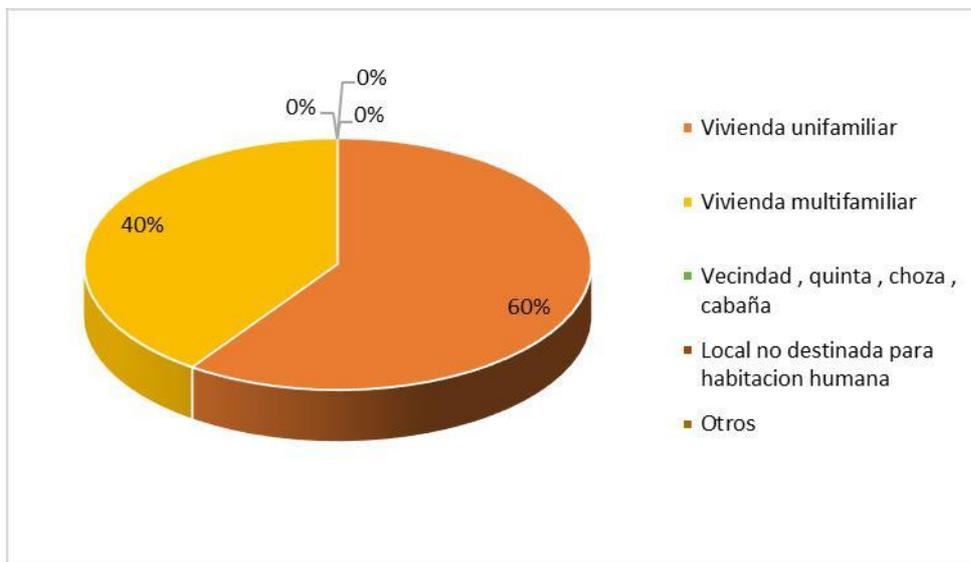
GRAFICO 5: OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA



“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

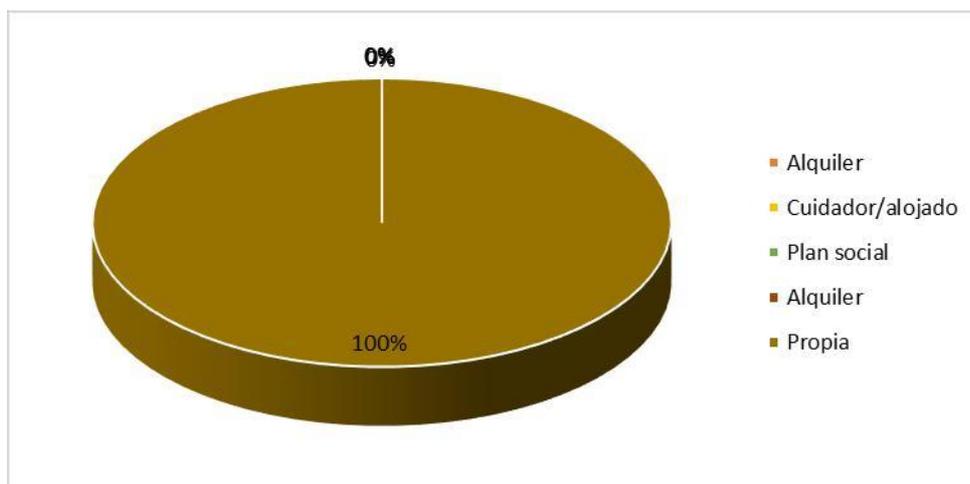
“DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA”

GRAFICO 6: TIPO DE VIVIENDA



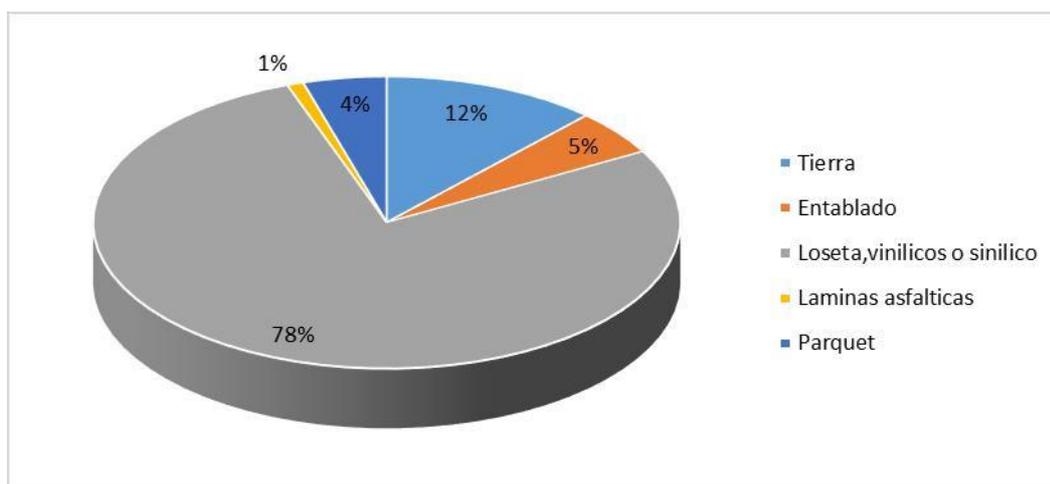
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 7: TENENCIA



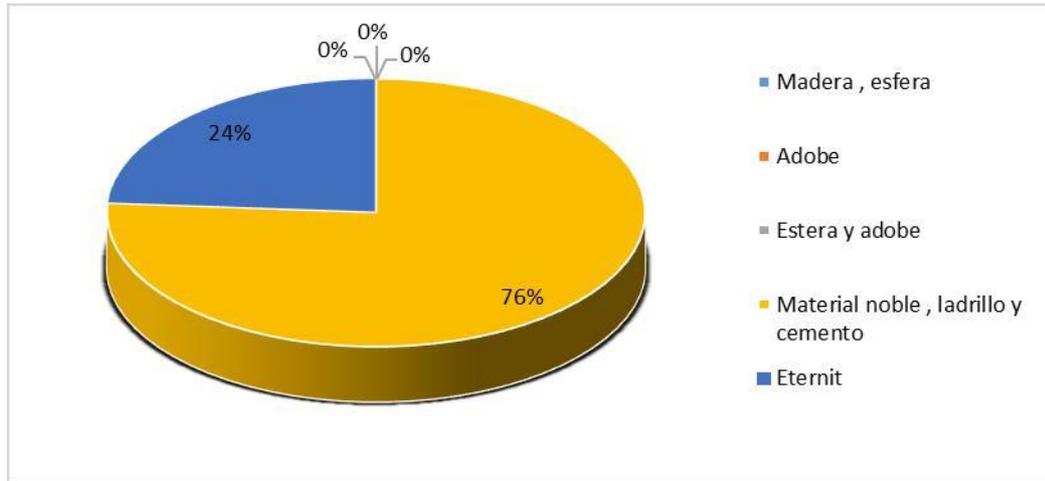
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 8: MATERIAL DEL PISO



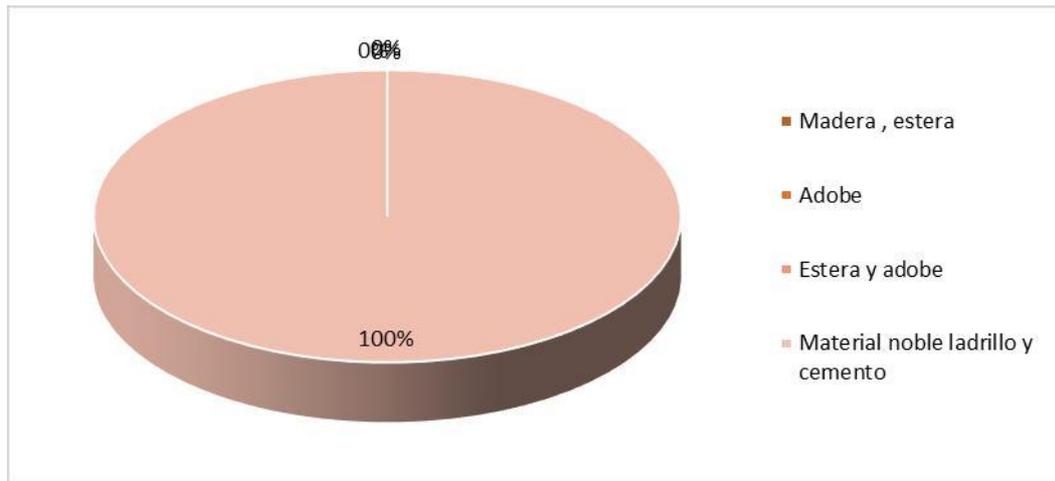
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 9: MATERIAL DEL TECHO



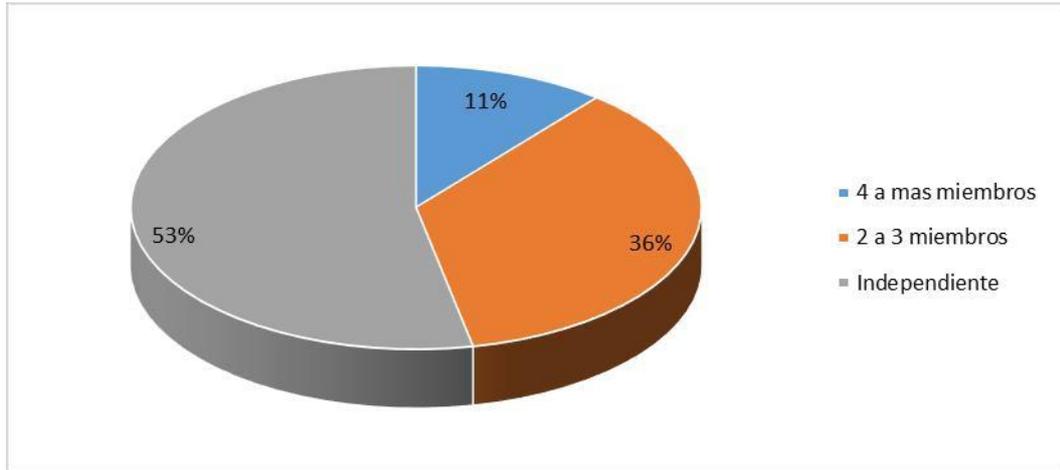
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 10: MATERIAL DE LAS PAREDES



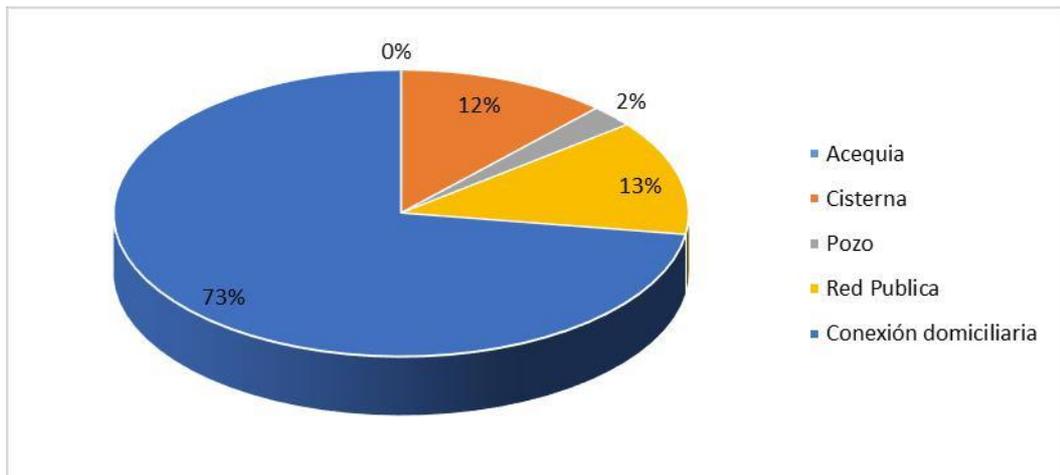
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 11: “NUMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACION”



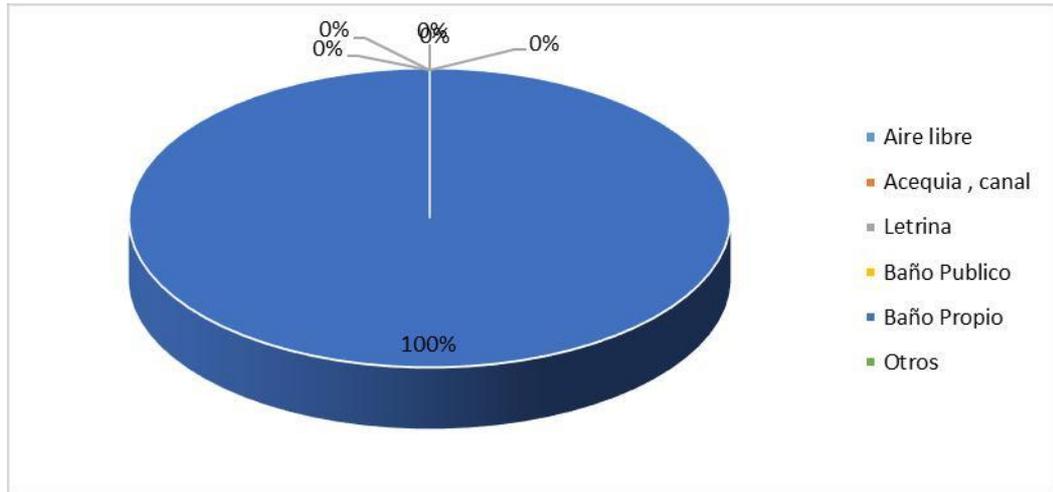
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 12: ABASTECIMIENTO DE AGUA



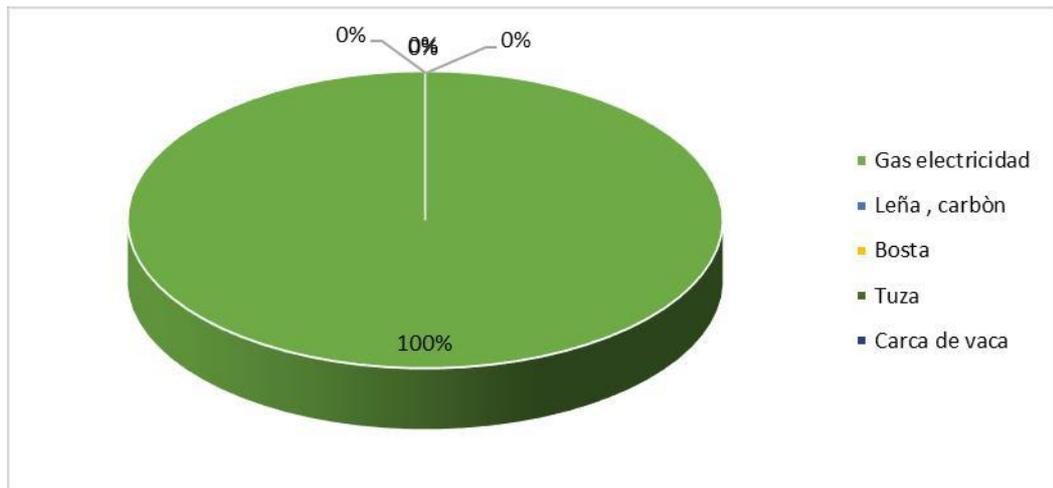
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 13: ELIMINACION DE EXCRETAS



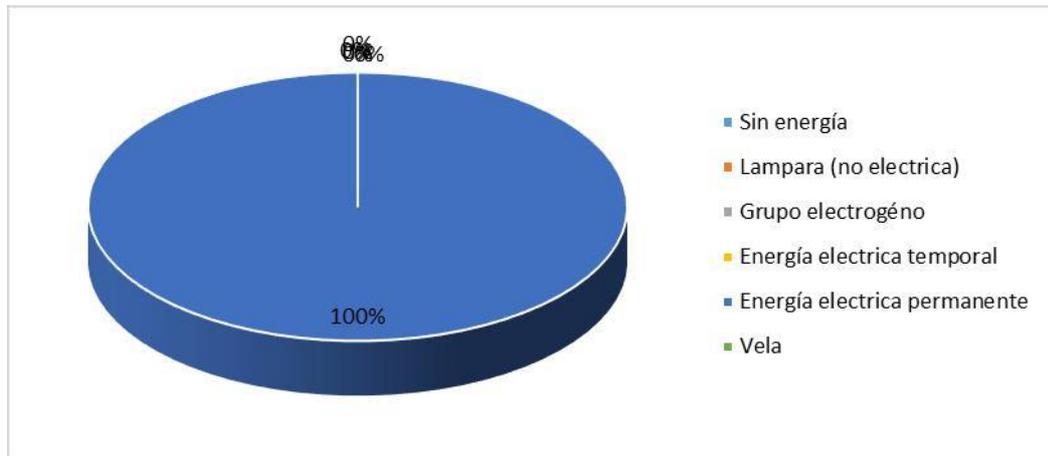
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 14: COMBUSTIBLE PARA COCINAR



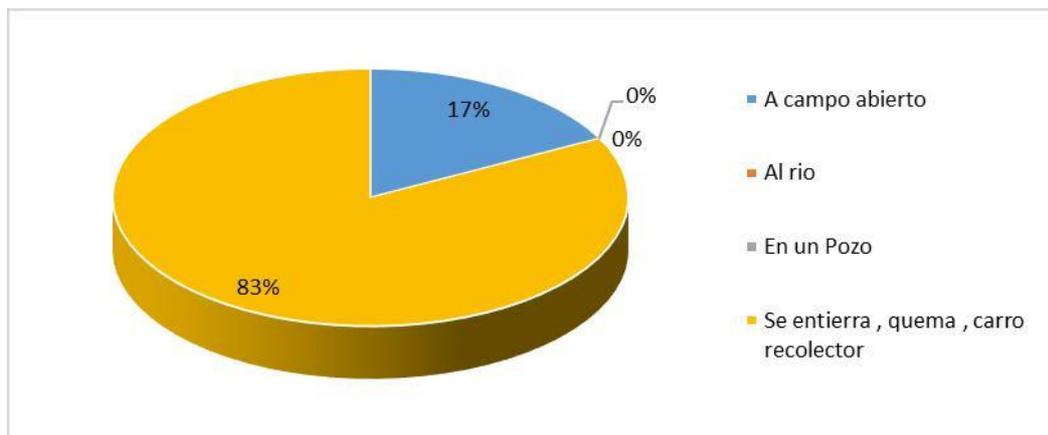
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 15: ENERGIA ELECTRICA



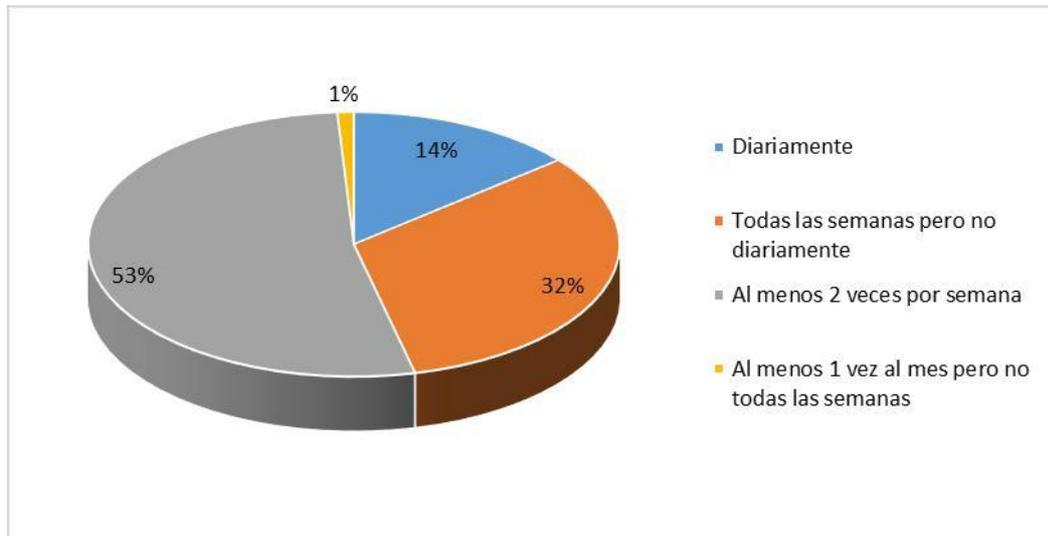
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 16: DISPOSICIÓN DE BASURA



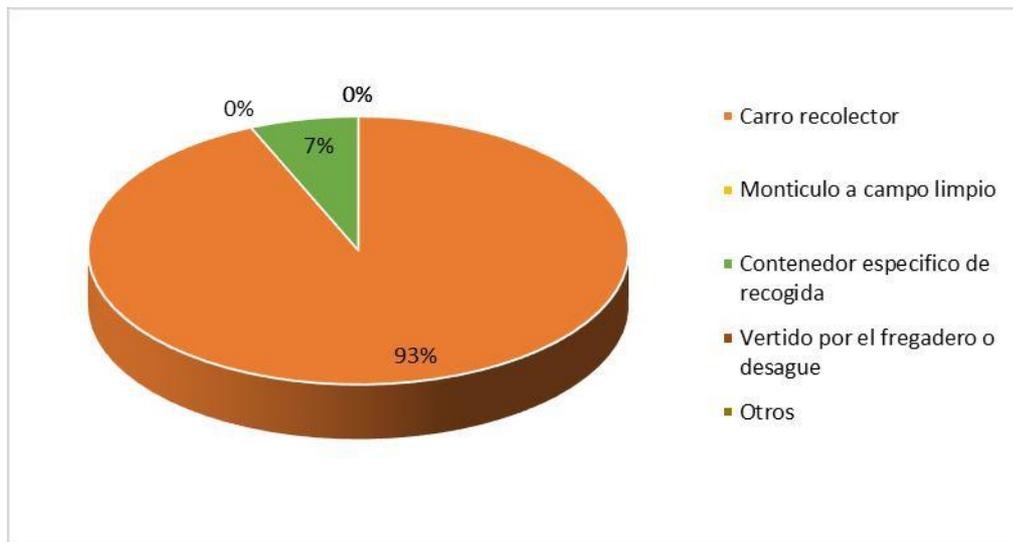
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 17: “FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR SU CASA”



“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

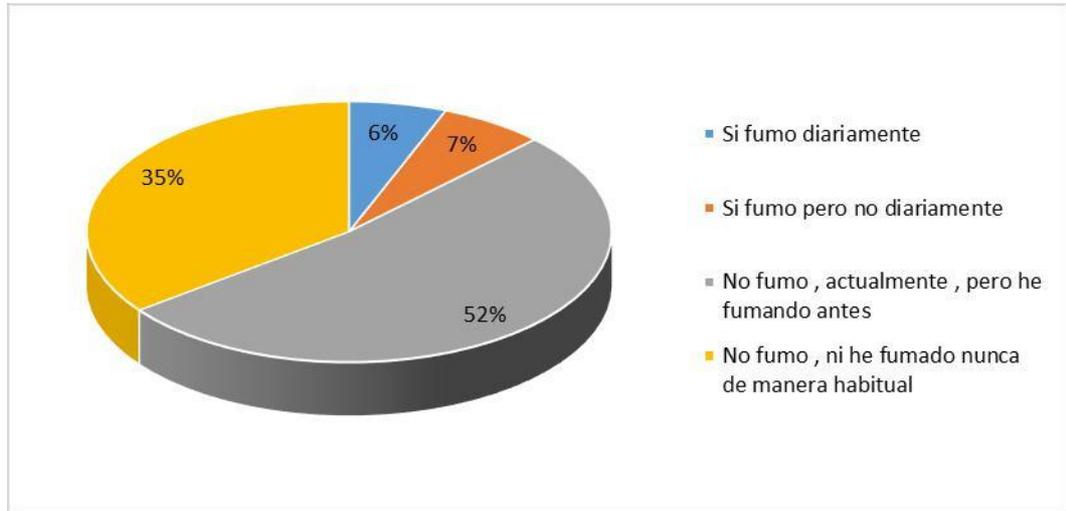
GRAFICO 18: “DONDE SUELEN ELIMINAR SU BASURA EN LOS SIGUIENTES LUGARES”



“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

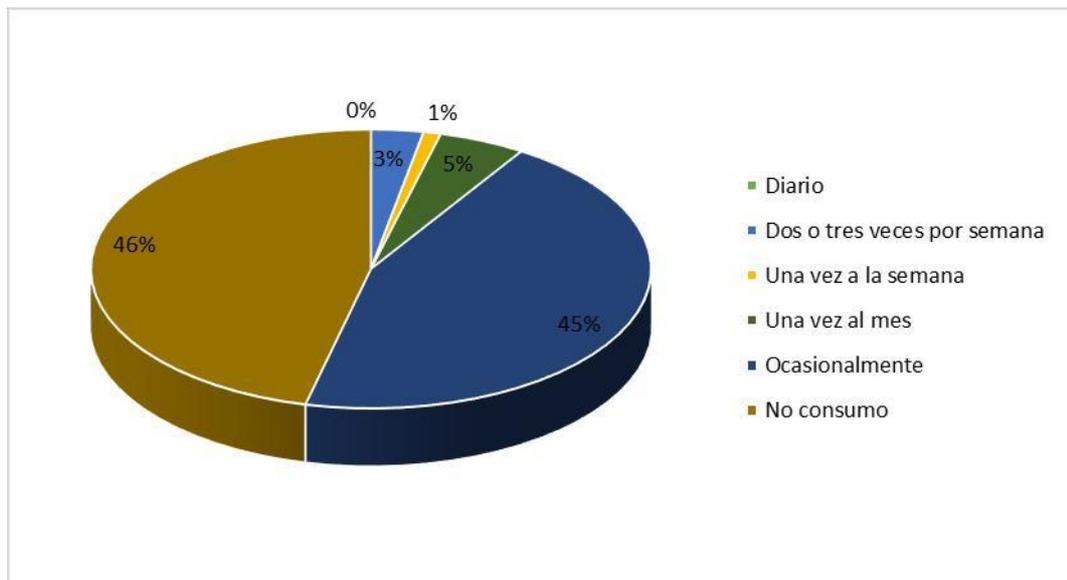
“DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA”

GRAFICO 19: FUMA ACTUALMENTE



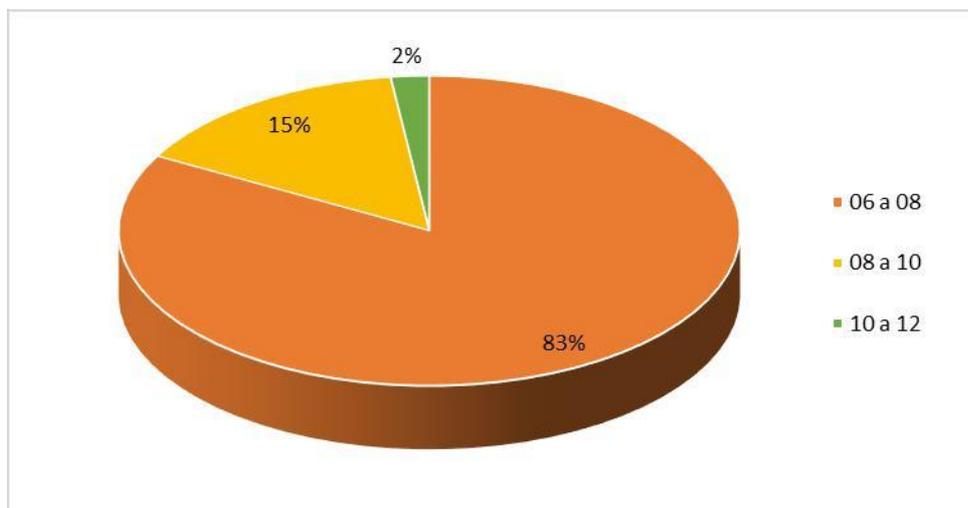
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vélchez Reyes”

GRAFICO 20: FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS



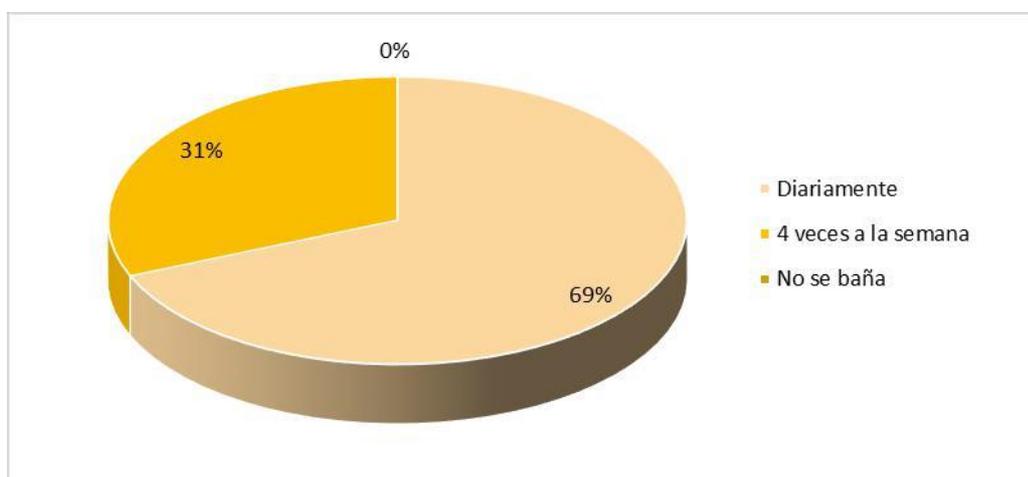
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vélchez Reyes”

GRAFICO 21: N° DE HORAS QUE DUERME



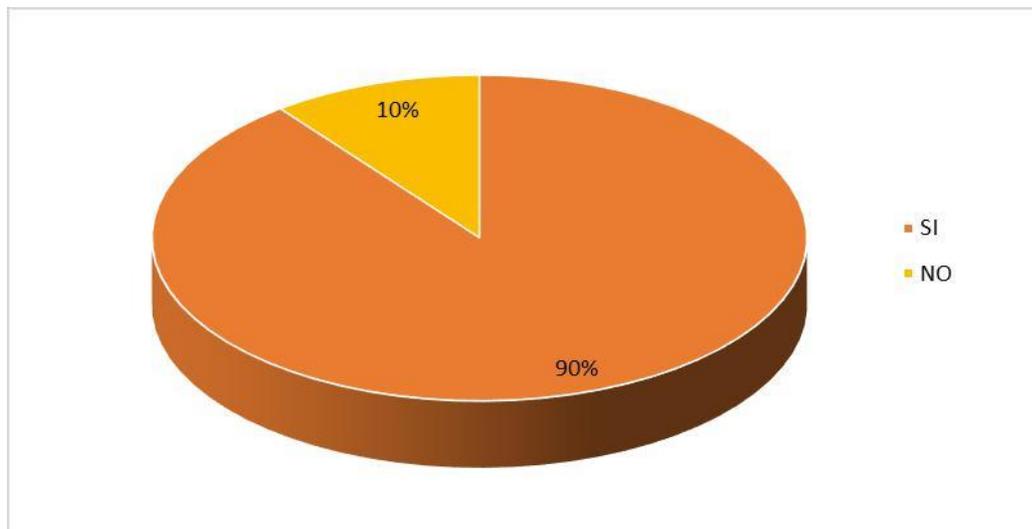
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 22: FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA



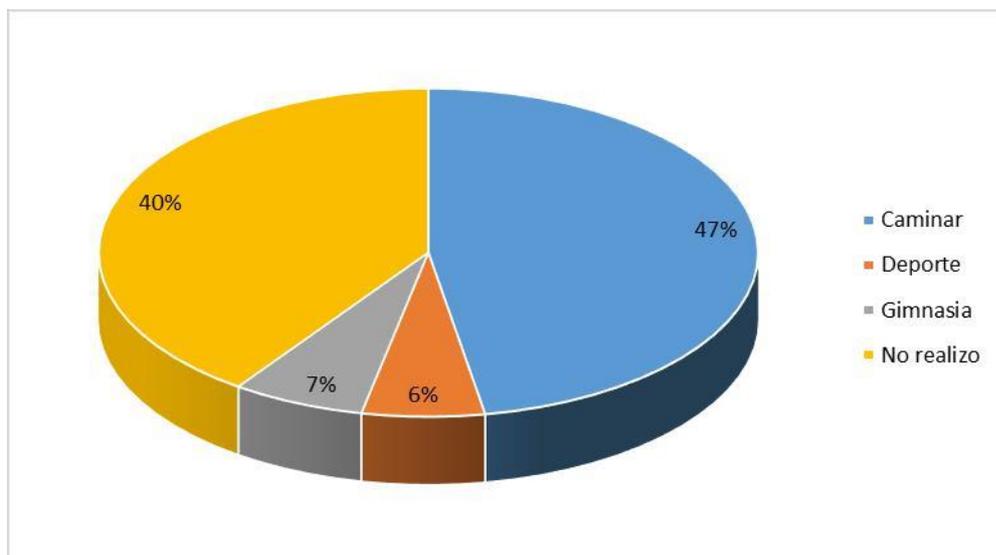
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 23: “SE REALIZA ALGÚN EXAMEN MÉDICO PERIODICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD”



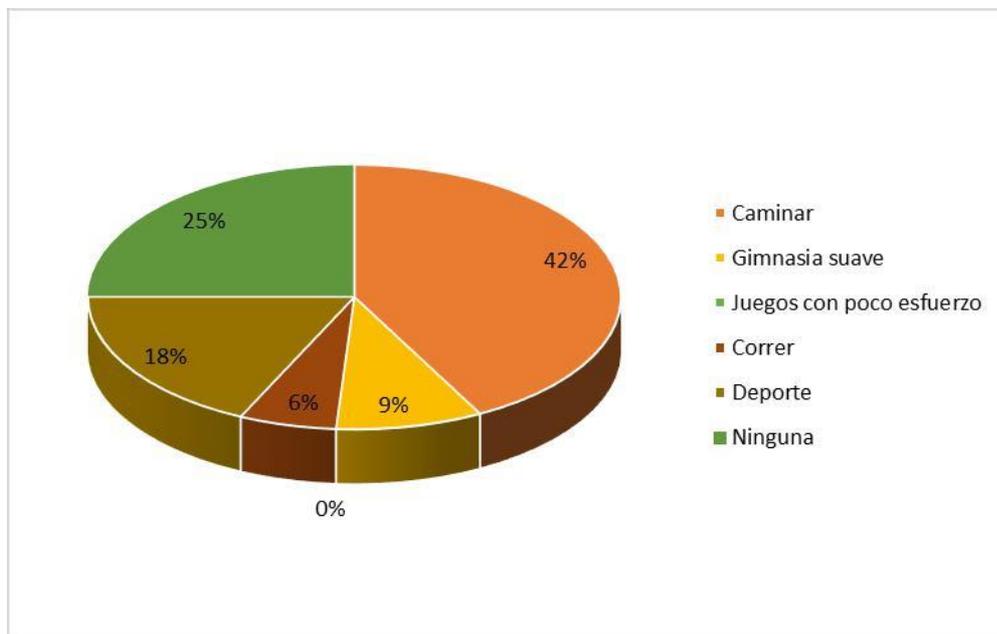
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 24: “ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE”



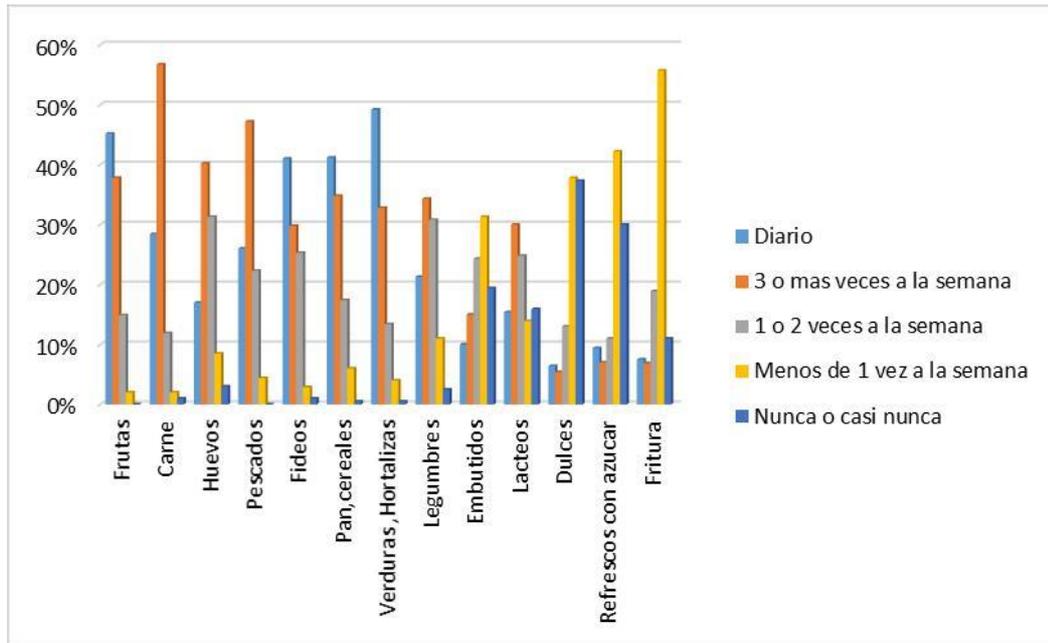
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 25: “EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FISICA REALIZO DURANTE MAS DE 20 MINUTOS”



“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

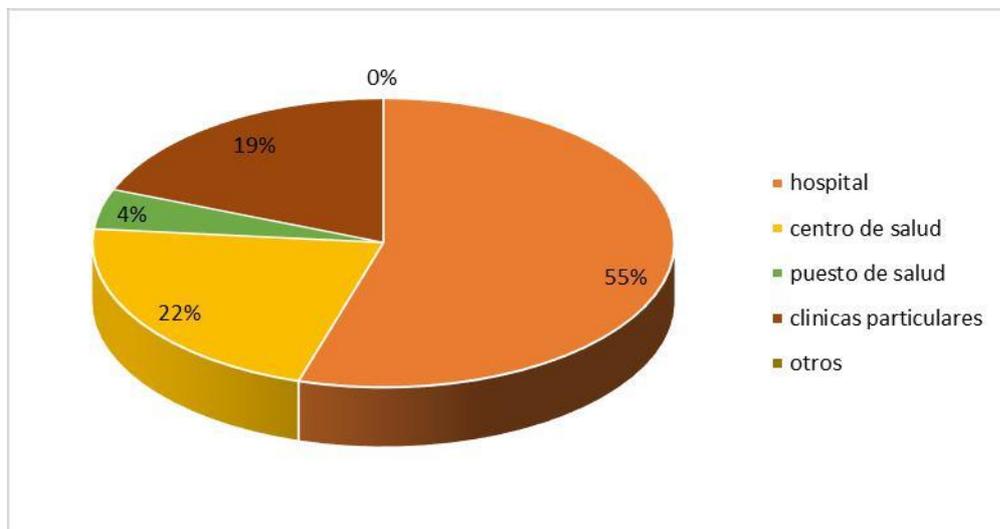
GRAFICO 26: ALIMENTOS QUE CONSUME



“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

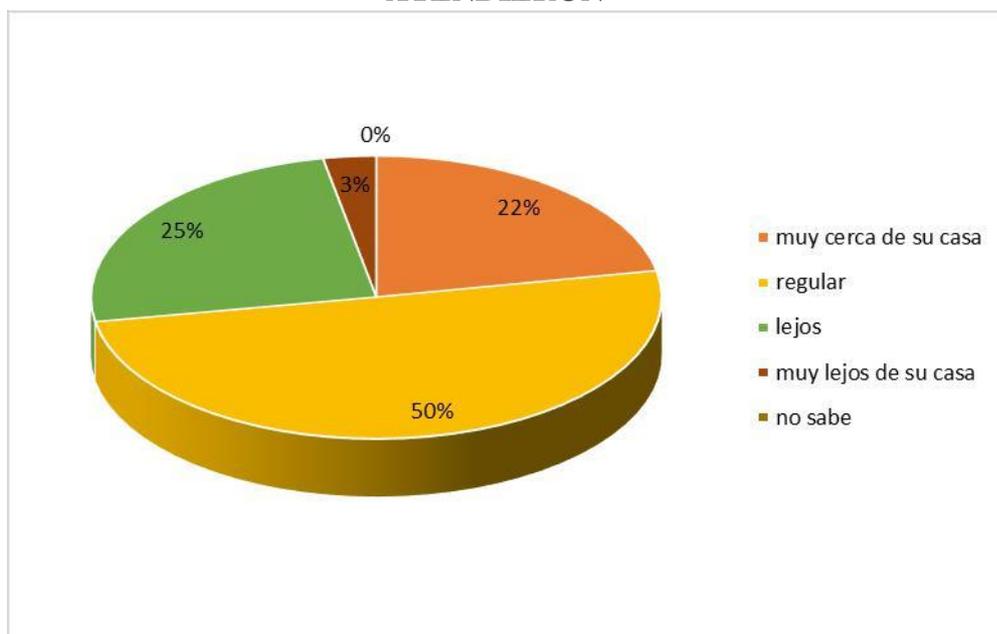
“DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS”

GRAFICO 27: “INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIO EN ESTOS 12 ULTIMOS MESES”



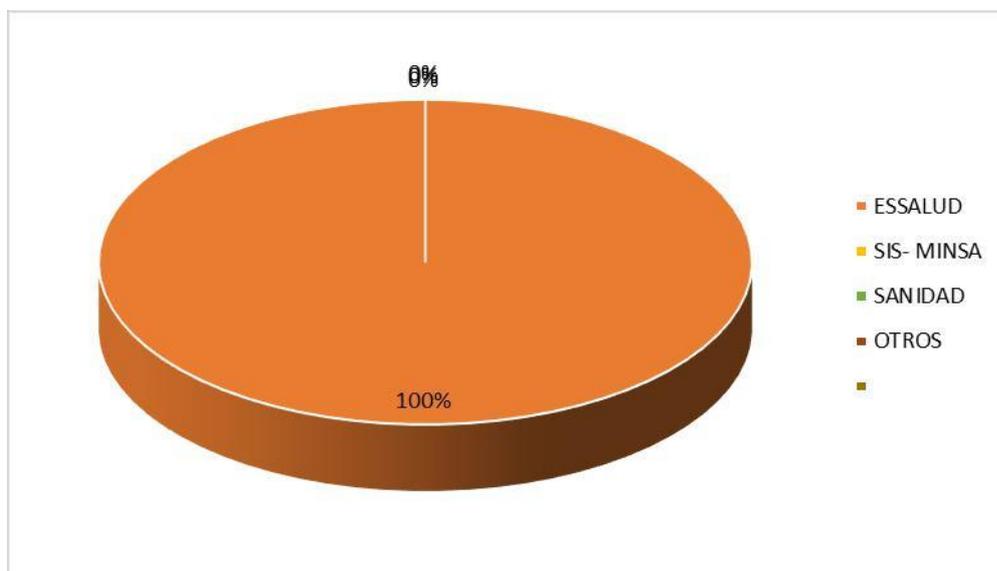
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 28: COMO CONSIDERA DEL LUGAR QUE LO ATENDIERON



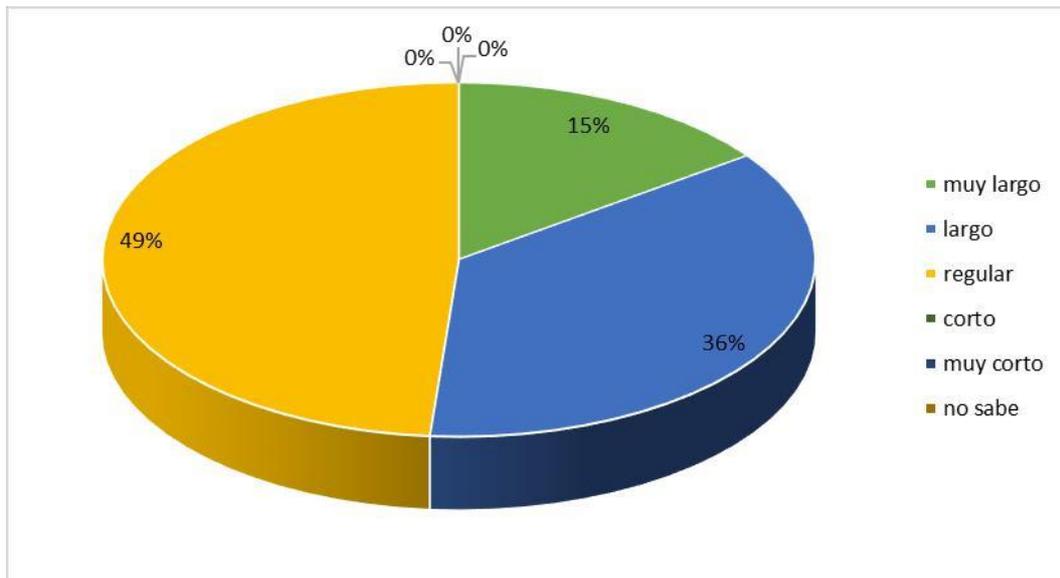
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 29: TIPO DE SEGURO



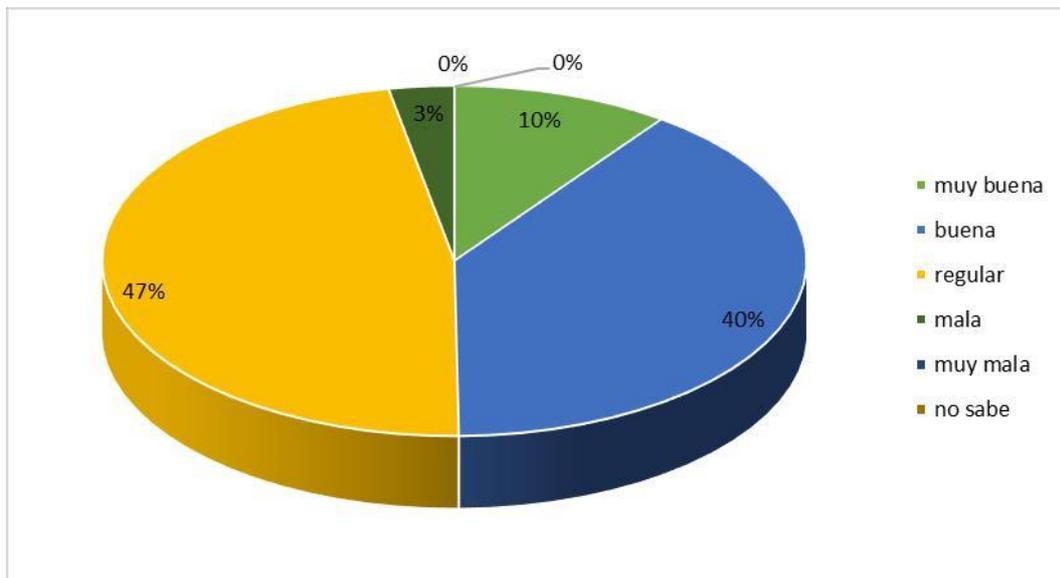
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 30: TIEMPO QUE ESPERO PARA QUE LO ATIENDAN



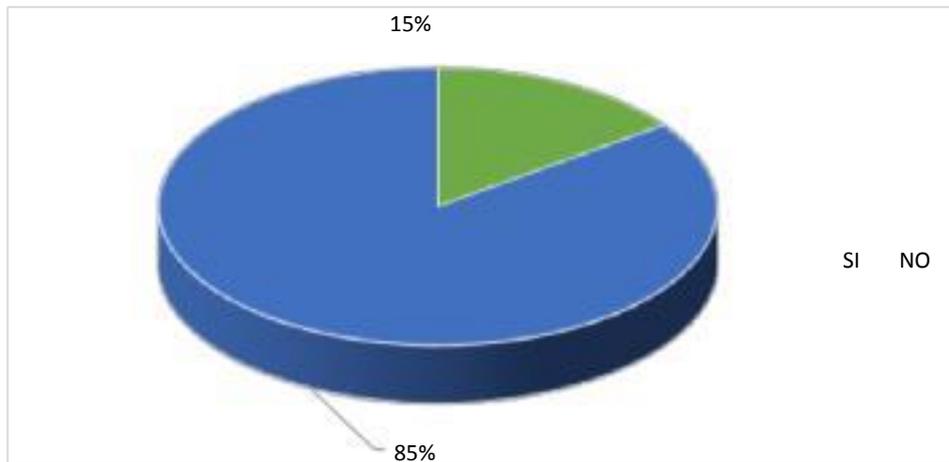
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 31: “CALIDAD DE ATECION QUE RECIBIO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD”



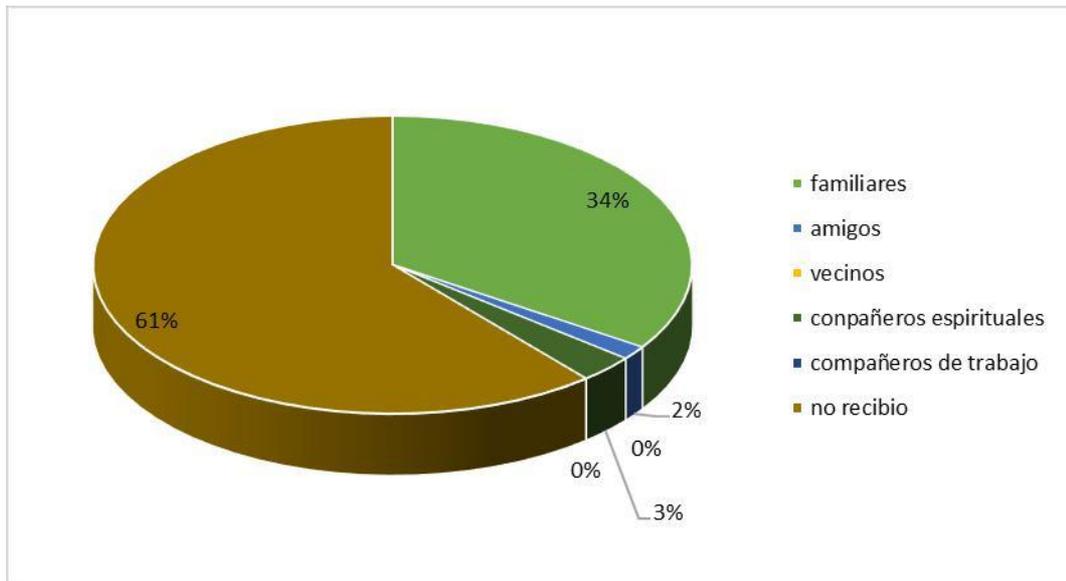
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 32: “EXISTE PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE TU CASA”



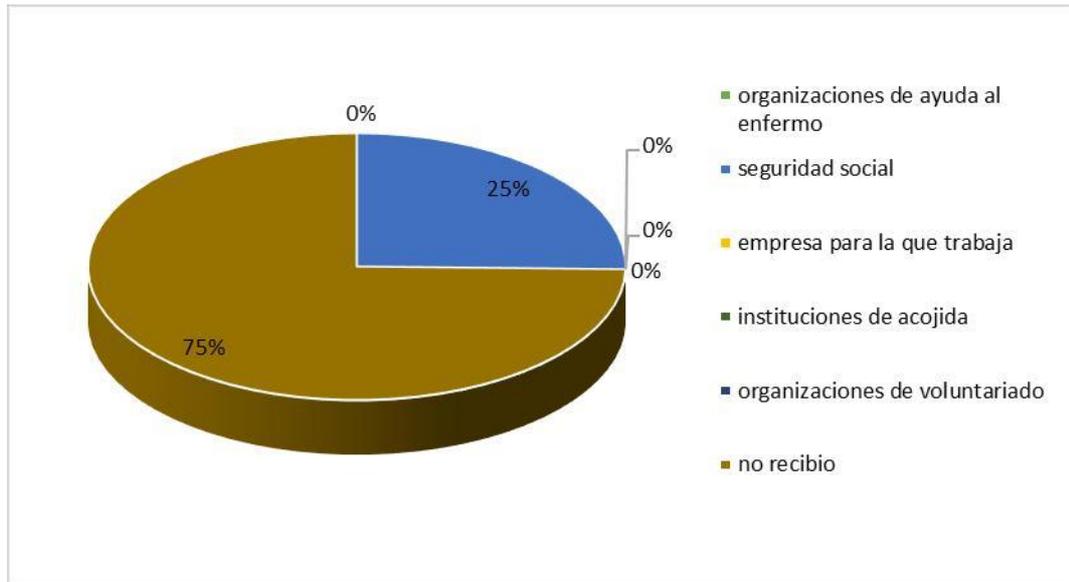
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 33: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL NATURAL



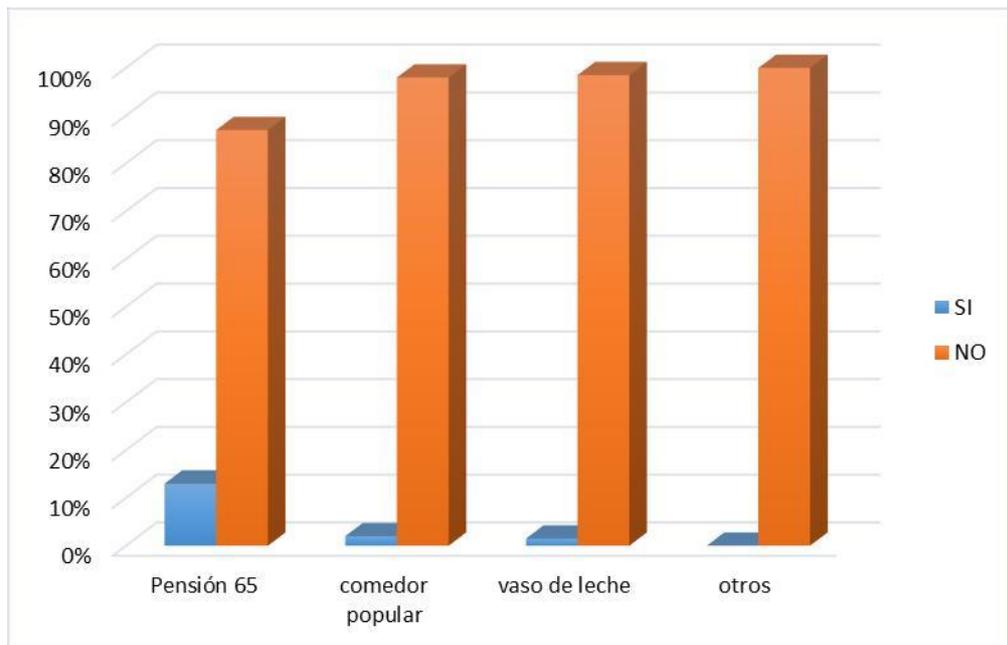
“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICO 34: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO



“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”

GRAFICOS 35: APOYO SOCIAL DE LAS ORGANIZACIONES



“FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en las personas diabéticas del Hospital EsSalud Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes”