

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS
MAYORES CON PARKINSON. HOSPITAL ESSALUD
CHIMBOTE, 2020

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

AUTOR

PAICO GARCÍA, AURA LUZ

ORCID: 0000-0003-3789-3052

ASESOR

VÌLCHEZ REYES, MARÍA ADRIANA

ORCID: 0000-0001-5412-2968

CHIMBOTE – PERU

2020

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

Paico García, Aura Luz

ORCID: 0000-0003-3789-3052

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

ASESOR

Vílchez Reyes, María Adriana

ORCID: 0000-0001-5412-2968

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de ciencias de la
salud, Escuela profesional de Enfermería, Chimbote, Perú

JURADO

Urquiaga Alva, María Elena

ORCID: 0000-0002-4779-0113

Guillén Salazar, Leda María

ORCID: 0000-0003-4213-0682

Ñique Tapia, Fanny Rocío

ORCID: 0000-0002-1205-7309

JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESORA

DRA. URQUIAGA ALVA, MARIA ELENA

PRESIDENTE

MGTR. GUILLEN SALAZAR, LEDA MARÍA

MIEMBRO

MGTR. ÑIQUE TAPIA, FANNY ROCÍO

MIEMBRO

DRA. VILCHEZ REYES, MARÍA ADRIANA

ASESOR

DEDICATORIA

A mi esposo Juan, por haberme apoyado en todo momento, por su aliento y apoyo incondicional, por ser padre y madre para nuestros hijos, cuando yo estudiaba y así cumplir la meta trazada.

A mis Padres Gregorio y Alicia, por tenerme paciencia y entender mi ausencia, e ir postergándoles mi ayuda y apoyo para poder tener tiempo de estudiar y ser una gran profesional, especialmente a ti papá que soportas todos los días las crisis de esta tormentosa enfermedad.

A mis hijos Kevin, Kenji, Kenzo, Klauss Y Kenneth que me acompañaron siempre en todo momento, ayudándome y soportando mi ausencia y vacío en nuestro hogar. Gracias hijos, los amo mucho, es a partir de ahora que yo recompensaré cada minuto de mi ausencia.

AGRADECIMIENTO

A mi Padre Celestial, por darme las fuerzas y el ánimo de seguir adelante con mis estudios, a pesar de todas mis debilidades, mi abandono para con él, siempre estuviste conmigo Padre, para darme luz, esperanza y aliento a todos mis obstáculos que tuve para poder terminar mi carrera.

A mi familia, mi hnos. Gregorio y Grover, a mi hnas. Elizabeth y Alicia; por el apoyo brindado en los momentos más difíciles de mi carrera, cuando quería decaer y abandonarlo todo, dándome fuerzas y lor de seguir adelante, y lograr ser una profesional, gracias a todos ustedes que me acompañaron en esta gran cruzada y aventura de mi vida.

A la Dra. Adriana Vílchez Reyes y a cada uno de los docentes de la Universidad, por su paciencia, enseñanzas y conocimientos que nos volcaron para así convertirnos en grandes profesionales.

RESUMEN

El presente informe de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general describir los determinantes de la salud en adultos mayores con Parkinson. Hospital Essalud. Chimbote, 2020. La muestra estuvo conformada por 50 personas adultas mayores a quienes se les aplicó un instrumento: cuestionario, sobre los determinantes de 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 versión 18.0, para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencia absoluta y relativas porcentuales. Así como su respectivo gráfico estadísticos, obteniendo los siguientes resultados: En los determinantes biosocioeconómicos: la mayoría tiene grado de instrucción secundaria completa/incompleta, tiene un ingreso económico menor de 750 soles: En cuanto a los determinantes relacionados con la vivienda: La totalidad tiene tenencia propia, con techo propio; tiene paredes de ladrillo y cemento; la totalidad tiene abastecimiento de agua, desagüe, energía eléctrica. En los determinantes de estilo de vida: La mayoría consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, no fuma, ni ha fumado de manera habitual; no realiza actividades físicas; más de la mitad se realiza sus chequeos médicos periódicamente. En cuanto a los determinantes de las redes sociales y comunitarias. La mayoría manifiesta que no existe pandillaje cerca de sus hogares, no reciben apoyo social organizado, tiene seguro de ESSALUD, menos de la mitad manifiesta la calidad de atención recibida fue muy buena.

Palabras clave: Adulto mayor, determinantes de la salud

ABSTRACT

Parkinson's, Hospital Essalud. Chimbote, 2020. The sample consisted of 50 older adults to whom an instrument was applied: a questionnaire on health determinants using the interview and observation technique. The data were processed in the SPSS / info / software version 18 package. For the analysis of the data, absolute and relative percentage frequency distribution tables were constructed, as well as their respective statistical graphs, reaching the following conclusions and results: bio-economic determinants: the majority are male, have a complete / incomplete secondary education degree, have an economic income of less than 751-1000 soles. Regarding the determinants related to housing: All have their own ownership, with their own roof; it has brick and cement walls; all of them have a water supply, drainage, electrical energy. On lifestyle determinants: Most do not consume alcoholic beverages, do not smoke, or have not smoked regularly; does not perform physical activities; more than half undergo regular medical check-ups. Regarding the determinants of social and community networks. Most of them state that there is no gang near their homes, they do not receive organized social support, they have ESSALUD insurance, less than 50% the quality of care received was very good.

Keywords: Older adult, determinants of health

ÍNDICE

	Pág.
1. TITULO DE TESIS	i
2. HOJA DE EQUIPO DE TRABAJO.....	ii
3. HOJA DE FIRMA DE JURADO Y ASESOR.....	iii
4. HOJA DE AGRADECIMIENTO Y/O DEDICATORIA.....	iv
5. RESUMEN Y ABSTRACT.....	vi
6. CONTENIDO.....	viii
7. INDICE DE GRÁFICO, TABLAS Y CUADROS.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	16
III. METODOLOGÍA	
3.1. Diseño de la investigación.....	33
3.2. Población y muestra.....	33
3.3. Definición y operacionalización de variables.....	34
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	44
3.5. Plan de análisis.....	47
3.6. Matriz de consistencia.....	49
3.7. Principios éticos	51
IV. RESULTADOS.....	52
4.1. Resultados.....	52
4.2. Análisis de resultados.....	62
V. CONCLUSIONES.....	89
ASPECTOS COMPLEMENTARIOS.....	90
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	92
ANEXOS.....	112

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICO DE LOS ADULTOS MAYORES CON PARKINSON. HOSPITAL ESSALUD CHIMBOTE, 2020.....	52
TABLA 2: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON PARKINSON.HOSPITAL ESSALUD CHIMBOTE, 2020.....	53
TABLA 3: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON PARKINSON. HOSPITAL ESSALUD CHIMBOTE, 2020.....	56
TABLA 4: DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MAYORES CON PARKINSON. HOSPITAL ESSALUD CHIMBOTE, 2020	58
TABLA 5: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTO MAYOR CON PARKINSON. HOSPITAL ESSALUD CHIMBOTE, 2020.....	60
TABLA 6: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADULTO MAYOR CON PARKINSON DEL HOSPITAL ESSALUD CHIMBOTE, 2020.....	61

INDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICOS DE TABLA 1:

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DEL ADULTO MAYOR CON PARKINSON. HOSPITAL ESSALUD CHIMBOTE, 2020.....135

GRÁFICOS DE TABLA 2:

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DEL ADULTO MAYOR CON PARKINSON.HOSPITAL ESSALUD CHIMBOTE, 2020137

GRÁFICOS DE TABLA 3:

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON PARKINSON. HOSPITAL ESSALUD CHIMBOTE, 2020.....144

GRÁFICOS DE TABLA 4, 5, 6:

DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MAYORES CON PARKINSON DEL HOSPITAL ESSALUD. CHIMBOTE, 2020.148

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, se está produciendo un cambio de segmento: el número de personas de más de 60 años aumentara para el año 2050, de 600 millones a casi 2000 millones, y se calcula que el nivel de individuos de 60 años o más se duplique, pasando del 10% a un 21%. Esta expansión será más rápida - y progresivamente acelerada en los países en vía de desarrollo -, donde se prevé que la población más vieja se duplicará en cuatro en los próximos 50 años. En el caso que comprendamos de que una de cada diez personas tiene 60 años o más evaluándose que para el año 2030 los individuos de las nuevas generaciones serán mayores, hablamos de un 25% de la población total, lo que aumenta la posibilidad de mortalidad y morbilidad en aquellas personas con patologías crónicas como demencia senil, afecciones respiratorias, parkinson, afecciones osteomusculares, lumbares y tumorales, entre otras (1).

Así mismo, mundialmente estas enfermedades representan una prueba para todos los expertos en enfermería, para generar y fomentar teorías que a su vez permitirán mejorar y proponer metodologías del fenómeno del envejecimiento, permitiendo así mejorar y proponer estrategias de intervenciones, en la práctica de la enfermería en la etapa de la adultez mayor. (1).

Actualmente, en América Latina y el Caribe se está envejeciendo a pasos muy agigantados, las Naciones Unidas estima que se ha proyectado que en un lapso de 35 años la población mayor de 60 años en la región pasara de un nivel actual del 11% al 25%. Se evalúa que el envejecimiento de la población es responsable de alrededor del 15% del aumento en la carga total de mortalidad y morbilidad que afectan al adulto mayor en ALC y que ocurre simultáneamente con elevados

ritmos de enfermedades infecciosas cardiovasculares, diabetes, parkinson, Alzheimer, hipertensión arterial, enfermedades renales crónicas, discapacidades, obligando así las presiones adicionales a los sistemas de salud. Las incidencias de estas enfermedades aumentaran con la edad, las tasas que rondan son 10% y 12% para el rango de 50 a 59 años, y se expandirán al 40% a partir de los 70 años (2).

Así mismo, el número de habitantes de ALC está envejeciendo a un ritmo sin precedentes tal es así que se considera que en el año 2030 representara un 17% del total, y la esperanza de vida provocaría una expansión en la extensión de la población mayor, y la prolongación de la edad madura, como resultado del incremento de la proporción de la población adulta mayor. Así, hacia el año 2030 se evalúa que los mayores de 80 años pasarán a representar el 15% del total de adultos mayores en la región y hacia el año 2050, se proyecta que esta cifra alcance al 26%, en fuerte aumento con respecto al 11% actual. La expansión en la extensión de los adultos más experimentados en la población total significará un interés creciente tanto para el bienestar como para las administraciones de atención (2).

Brasil, está experimentando uno de los procedimientos más vertiginoso de envejecimiento de su historia. La esperanza de vida de la población amazónica ha ascendido de 45,5 años hasta 75,5 años hoy. Se evalúa que para el 2050, Brasil tendrá alrededor de 66 millones más de adultos establecidos que viven en sus instalaciones, varias veces más que el que está inscrito actualmente (24 millones). Diversas investigaciones muestran que el envejecimiento de la población amazónica es inevitable, debido a la caída de la tasa de fecundidad y

a la reducción dinámica de las tasas de mortalidad que se han registrado en las últimas décadas. Para el 2025, se anticipa que los adultos mayores serán alrededor de 30 millones o 15% de la población completa (3).

Así mismo, en Brasil se observó que los tres impulsores fundamentales de la muerte en el país amazónico son: las enfermedades del sistema circulatorio (41,9%), las neoplasias (17,9%) y las enfermedades del sistema respiratorio (14,9%). El aumento de la esperanza de vida en la nación vecina ha ocurrido en todos los rangos de edad, particularmente en mujeres, permaneciendo en alrededor del 54% para la población de 60-69 años y el 59% para las personas mayores de 80 años. Es fundamental que los expertos en bienestar evalúen las necesidades de los activos accesibles a fin de planificar la atención a los adultos mayores en las áreas de la promoción, prevención y la recuperación del bienestar, creando así las condiciones para promover su participación, autonomía e integración en la sociedad (4).

En Chile, una de los principales retos del envejecimiento acelerada de la población, subraya el desarrollo en la aparición de la dependencia que presenta por los adultos mayores, dependencia que se expande según lo indicado por la edad también aumenta la recurrencia y la severidad. En este momento, el 24% de la población de más de 60 años presenta algún tipo de dependencia en cualquiera de sus grados (6.7% suave, 5.1% moderado y 12.4% extremo), aumentando su prevalencia a severa al 30% en adultos de 80 años, por lo que es importante que se capaciten los expertos en bienestar para gestionar los problemas y propiciar en la atención de enfermería integral. (5).

Así mismo, en Chile la mortalidad para el grupo etareo de 65 a 79 años se han elevado a 28,7 por 1.000 llegando a un 33,8% del total. Las motivos de muerte principales son: por enfermedades del sistema circulatorio (18,6%); enfermedades del sistema digestivo (14,5%); enfermedades del sistema respiratorio (12,7%); tumores (12,4%) y enfermedades del sistema genitourinario (9,9%) y las condiciones de salud crónicas se van a presentar en las prevalencias más elevadas en los adultos de 60 años, excepto de los síntomas depresivos y el tabaquismo, la disminución de la agudeza auditiva en algún grado alcanza un 66,6% de los hombres y 49,2% de las mujeres de 60 o más años, la reducción de la agudeza visual llega a 34,5% para hombres y 44,2% para mujeres de 60 a más años; el desdeñamiento de algún maxilar es de 41,8% en los hombres en este momento y 61,8% en las mujeres (6).

Bolivia cuenta con un Sistema de Salud Unificado, informó el agente de la OPS / OMS, lo que permite el acceso y la inclusión del bienestar a la población boliviana, 51% aproximadamente 5 millones de bolivianos coordinan hacia un bienestar generalizado, siendo este un marco libre, justo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social (7).

Así mismo, en Bolivia, la esperanza de vida se ha expandido por completo: por lo tanto, para el período de cinco años 2020-2025, esta esperanza de vida se situará en 70.24 años y para el período de cinco años más 2045-2050 podría llegar a 76.44 años. En general, se observa que las mujeres tienen una esperanza de vida promedio de cinco años más que los hombres. Las proyecciones apuntan

a una expansión en este momento, para el futuro del cuarto de siglo principal a los 80 años estará en algún lugar en el rango de 7 y 9 años, según el género (7).

En Ecuador, para el año 2030 se prevé un rápido incremento en la población adulta mayor. El progreso del segmento se ha expresado en el Ecuador en forma tardía, especialmente en lo que se refiere al aumento dramático numérico y porcentual de las personas adultas mayores. Mientras que en 1970 fueron apenas el 4,2% de la población, representaran a más del 16% del total en el año 2050, con un total de más de tres millones de ocupantes. La tasa global de fecundidad en la nación cayo de 6,7 hijos por mujer a mediados de la década de 1960 a 2,82 en el periodo de cinco años 2000-2005. En el caso que este patrón continúe la nación llegara a 2,1 hijos por mujer en el plazo de cinco años 2020 – 2025. (8)

Así mismo, en Ecuador al iniciar el nuevo milenio, los ecuatorianos de 0 a 14 años de edad representaron más de un tercio del total, una cifra que disminuirá a 24,5% en 2025 y a menos del 19% en 2050. Por otra parte, el ritmo de desarrollo anual de la población de 65 años se ha expandido por completo, del 1,98% en 1970 a casi el 4% en estos días. El aumento en la esperanza de vida del poblador ecuatoriano no tiene importancia para mejorar las condiciones de vida. Entre los problemas más importantes que se han encontrado en esta etapa de los adultos más experimentados se encuentran las reducciones o desgracias de los límites funcionales, emocionales y cognitivas, que posteriormente limitan su libertad y necesidad de ayuda (8).

En Perú, el envejecimiento de la población se debe a la expansión en la cantidad de individuos maduros de 60 años a más. Según las Naciones Unidas (ONU), la esperanza de vida de nuestra nación en el período 2015-2020 es de 75.3 años, y se anticipa que en algún lugar en el rango de 2045 y 2050 será de 82.1 años, y luego se incrementará a 88.1% en el período 2095-2100. Por otra parte, las consecuencias del XII Censo de población y VII de la vivienda en 2017, muestran que hay 3, 449,576 individuos con 60 años de edad o más (52.60% mujeres y 47.40% hombres), hablando del 11.9% de la población total, más el doble de la de los años cincuenta, año en que la población adulta más establecida acaba de hablar con el 5,7% del total (9).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha aclarado que después de los 60 años, surgen los increíbles pesos de la discapacidad y el fallecimiento debido a la pérdida de audición, visión y portabilidad identificada con la edad y las enfermedades no transmisibles, por ejemplo, enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares, dolencias respiratorias incesantes, cáncer y demencia. De esta manera, según la percepción de la OMS, existen determinantes sociales que afectan las condiciones de bienestar, es decir, las circunstancias en las cuales los individuos son concebidos, se desarrollan, viven, soportan y envejecen, incorporando al sistema de bienestar, por ejemplo, el acceso a un alojamiento satisfactorio y a los servicios públicos (10).

Las brechas en el acceso a la cobertura médica en la población de más edad en el año 2017 son iguales para los dos géneros. Así, el 17.99% de los adultos mayores y el 17.22% de las adultas mayores no tienen ningún tipo de cobertura médica. El 80,34% de las adultas mayores y el 71,08% de las adultas mayores

presenta una enfermedad crónica, que son aquellas de larga duración, y de progresión lenta (enfermedades cardíacas, infartos, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes) (10).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el tercer trimestre del 2019, el 56.2% de los adultos más experimentados de la nación ha sufrido algún tipo de enfermedad y el 45.7%, de alguna enfermedad o accidente. En contraste al trimestre del año anterior, hay una expansión de 5.9 y 3.8 tasas de enfoque que se observa en las clases de Molestias/Síntomas y Enfermedades/Accidentes, individualmente. La cantidad más elevada de individuos que envejeció a partir de los 60 años con algún tipo de problema médico no acudió a una posta de salud porque no lo consideraban vital, recogió remedios caseros o se recomendó a sí mismo (75,7%). El 21.9% no se presentó a un establecimiento de salud ya que está muy lejos, no le genera confianza o demoran en la atención. Estas condiciones hay que tener en cuenta para ampliar los grados de atención, prevención y cuidado de los adultos mayores (11).

El 83,4% de la población adulta mayor femenina tenía algún problema médico constante, en la población masculina, este problema influye al 73,2%, habiendo 10,2 puntos porcentuales de diferencia entre ambos géneros. Por otro lado, las mujeres que viven en el casco urbano (84,5 %) son las que más padecen de problemas de salud crónica, en tanto que en Lima Metropolitana y el área rural, son el 83,6% y 81,0%, respectivamente. En todas las listas geográficas, menos hombres que mujeres padecen de problemas de salud crónico (11).

Así mismo, de la población adulta mayor de 60 años de edad, el 82,6% tiene cobertura médica, los residentes del área rural con 86,8%, luego el resto urbano

con el 81,4% y Lima Metropolitana con el 81,3%. Según el tipo de cobertura, el 41,2% acceden solo al Seguro Integral de Salud (SIS) y el 35,9% sólo a EsSalud. Comparado la similitud del trimestre del año anterior, la extensión de las personas garantizadas al Seguro Integral de Salud (SIS) disminuyó en 0,2 %; en tanto se incrementó en EsSalud en 0,6 punto porcentual. De la población adulta mayor, el 38,1% está afiliado a un sistema de pensión, el 20.6% está asociado con la Oficina de Normalización de Pensiones (ONP), seguido por el 10.3% de las personas de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) (11).

Según lo indicado por ENDES, en una investigación completada en 2018, se consideró que el 24.9% de los adultos mayores utilizaron servicios de bienestar dental durante el medio año anterior previo a su participación, observando una disminución del 01% en contraste con el 25% anunciado recientemente. En consecuencia, las estimaciones de bienestar general dental ejecutadas en la región nacional deben considerar las cualidades relacionadas con la utilización de los servicios dentales con el único objetivo de redireccionar recursos activos humanos y monetarios a la población de más edad con obstáculos sociales y, por lo tanto, contribuir a la disminución de las disparidades en el país (12).

Es importante señalar, que dos de cada diez miembros en nuestra investigación no son subsidiarios con cobertura médica; explícitamente, solo el 16% de la población anterior sin cobertura médica tuvo consideración dental durante el medio año anterior a la descripción general. Estos resultados revelan que la ausencia de cobertura médica disminuye los resultados potenciales de la utilización de servicios dentales en una parte de adultos mayores, moldeándolos para hacer un gasto de bolsillo más notable. Además, debe notarse que los

servicios dentales ocupan el cuarto lugar entre los servicios de bienestar que causan los costos de bolsillo más notables en nuestra nación. Los adultos mayores que tienen menos probabilidades de uso en los servicios dentales son las que viven en la selva llegando al 69,6%, mientras que los de la costa llegaron al 84,6% (12).

La resolución Ministerial N° 356-2018/ de MINSA aprobó el documento técnico: Plan Nacional del Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental comunitaria 2018-2021 con el único objetivo de expandir continuamente la entrada de la población a los servicios de promoción, prevención, rehabilitación psicosocial, tratamiento y la recuperación del bienestar emocional, que se incorporan a los servicios de bienestar desde el primer nivel de atención, con su énfasis en el bienestar psicológico de la red de todo el territorio nacional, durante el periodo 2018-2021. Con los lineamientos de Política Sectorial en salud mental que planea mejorar el proceso de envejecimiento y la calidad de vida del adulto mayor (13).

No todos envejecemos al mismo ritmo, va a depender de las condiciones y calidad de vida de cada persona, envejecer no es el problema sino la falta de preparación de la persona, la sociedad y el estado para un envejecimiento activo, por ello se orienta a mantener reflejado y determinado la capacidad de conservar la autonomía y el funcionamiento para una vida y vejez productiva, tomando las acciones como prevención del abandono de la persona adulta mayor, implementando así espacios para la recreación, cuidados en casos de violencia, alzhéimer, parkinson, depresión y otras demencias así como el cuidado del cuidador del adulto mayor, instituyendo también el cuidado integral de la salud

mental con protección de derechos, garantizando una oferta de servicios comunitarios suficientes(13).

En Ancash, se incorporan marcadores significativos sobre el bienestar y la satisfacción personal para el lugar, el acceso a la cobertura médica es significativo con el objetivo de que todas las personas puedan llegar a una consideración clínica oportuna si es vital, por lo que la inclusión se ha expandido de solo 35.9% en 2007 a 80.9% en 2017, incluso sobre los resultados particulares a nivel nacional, donde la cobertura pasó del 42,3% al 75,5% en un período similar explicándose la implementación del uso del Seguro de Salud Integral (SIS) que tiene la intención de garantizar a las personas que no tienen cobertura médica, priorizando a las personas que están en situación de indigencia (14).

Así mismo, el SIS es el tipo de seguro que tiene mayor presencia en las provincias de la región como Carhuaz, Mariscal Luzuriaga y Pallasca la mayoría de asegurados (9 de cada 10). Por otro lado, provincias urbanas como Santa y Huaraz, el porcentaje de afiliados al SIS una menor proporción (69% y 54%, respectivamente), y el porcentaje que están afiliados a EsSalud asciende a 26% y 42%). Estas distinciones se aclaran en el grado de costumbre laboral entre las zonas urbanas y rurales, lo que demuestra que la familiaridad laboral en los territorios provinciales sigue siendo muy alta (14).

La Red de Salud Pacífico Norte, en la región Ancash anuncio que 1,071 adultos mayores soportaron la crueldad física y mental dentro del interior familiar, tales casos fueron atendidos en los 46 establecimientos de salud. Así mismo, reporto que los ancianos que superan los 60 años sufren de trastornos

depresivos, problemas de alcohol y drogas; además de episodios psicóticos, hipertensión y diabetes (15).

En la ciudad de Chimbote, la presencia de los adultos más experimentados (equivalente o más notable que 60 años) fue de 8,305, llegando a la cifra de 31,231 en el 2017, con una expansión de prácticamente el 400% de los adultos mayores. Mientras que en ese período equivalente, la población de 0 a 14 años ha disminuido de 94.983 a 47.979. Según lo indicado por INEI, en 2017, se encontraron 13,283 adultos mayores de 80 años, y de ese grupo 5,512 viven en la localidad de Chimbote. En el año ochenta y uno tenían 39.332 AM y en 2017 la cifra aumentó a 108.307, prácticamente el 150% por casi tres décadas. Moisés Guerrero, jefe de la Cámara de Comercio, expresó que la legislatura y los distritos pueden hacer proyectos sociales para este grupo de edad que se pasan por alto ya que van a un ritmo rápido, permitiéndoles así una vida digna. (16).

Frente a esta realidad no escapan los adultos mayores con parkinson del hospital Essalud, distrito Chimbote, provincia del Santa, del departamento de Áncash, que se encuentra situado en la Av. circunvalación 119 en la urbanización Los Pinos, el cual se inauguró un 13 de julio de 1963 y el 12 de agosto del mismo año inicia su atención médica con el Dr. Víctor Panta Rodríguez, este nosocomio es de material noble y sus pisos son de material de vinílicos/losetas, cuenta con los servicios de Medicina Pabellón A- Pabellón B, Cirugía, Unidad Renal Uci-Ucin, Pediatría, Emergencia, Consultorios Externos, Maternidad, Gineco-Obstetricia, Farmacia de Emergencia y Farmacia Central. Este nosocomio también cuenta con exámenes auxiliares como

mamografías, tomografías, densitografía osea, electromiografía, ecocardiografía doppler, máquinas de hemodiálisis, etc.

En la actualidad, es la institución de salud más grande a nivel resolutivo en Ancash y cuenta con diferentes especialidades médicas, llegando a tener un promedio de 15 mil consultas externas, 580 intervenciones quirúrgicas, 1000 citas odontológicas y en promedio 10000 atenciones en emergencia a los 224 mil asegurados provenientes de toda la región brindando prestaciones de salud preventiva y recuperativa para facilitar el acceso oportuno y adecuado de la población vulnerable cuya tendencia es la de aumento de la esperanza de vida en la población y que tiene como impacto directo el incremento de la cantidad de personas con enfermedades crónico degenerativas o de alto costo (17).

Los adultos mayores con parkinson, cuyo grupo etáreo va creciendo día a día, limitándolos a temprana edad de la pérdida progresiva de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia nigra y que hacen una afección del trastorno del movimiento, siendo crónica y degenerativa, presentando dificultades en la marcha y el equilibrio, temblor de reposo, alucinaciones y problemas con la memoria.(18).

Esta investigación, tiene mucha relevancia ya que se podrá identificar los distintos enfermedades y problemas de salud que día a día presentan cada adulto mayor con el paso de los años. A través de esta investigación podremos aportar a aumentar la eficiencia de los programas preventivo promocional de la salud en los adultos mayores y disminuir los factores de riesgo que se presentan en ellos, para así alcanzar el mejoramiento de los determinantes sociales, lo cual permitirá ayudar con la información para el control de las dificultades que se

presentan en las comunidades y poder así perfeccionar las competencias profesionales en el sector de la salud pública.

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos mayores con parkinson del hospital Essalud Chimbote-2020?

Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general: Describir los determinantes de la salud en los adultos mayores con parkinson del hospital Essalud-Chimbote 2020.

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

Identificar los determinantes del entorno Biosocioeconómico de los adultos mayores con parkinson. Hospital Essalud Chimbote (Sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), en los adultos mayores con parkinson hospital Essalud Chimbote 2020.

Identificar los determinantes de los estilos de vida de los adultos mayores con parkinson. Hospital Essalud. Chimbote. Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad, de los adultos mayores con parkinson del hospital Essalud Chimbote 2020.

Identificar los determinantes de las Redes sociales y Comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social, en los adultos mayores con parkinson. Hospital EsSalud Chimbote 2020.

Finalmente, este informe de investigación se justifica en el área de la salud porque nos permitirá conocer mejor los problemas de salud que afectan al adulto mayor en estudio y es a partir de ello que podremos plantear objetivos que puedan difundir prácticas saludables para mejorar sus estilos de vida de este grupo etáreo.

Así mismo, el informe de investigación se ha realizado en las competencias de las características que establece el sistema de salud, ya que con ello podremos establecer una relación con la situación de Salud de la Población Adulta Mayor con Parkinson, identificando cada uno de los factores que van a intervenir en el mejoramiento de la calidad de vida e integración al desarrollo social, económico y cultural.

Así mismo pretende proporcionar información sobre las situaciones de riesgo que han condicionado el incremento de enfermedades no transmisibles como el Parkinson, patología que va en aumento a nivel mundial, ya que cada día se diagnostica más de 20 adultos mayores, con la EP dejándolos en discapacidad temprana de muchos de los que integran este grupo etáreo. Entre estas discapacidades podríamos mencionar el temblor de reposo, rigidez, enlentecimiento de los movimientos, alteraciones de postura y marcha, causando dificultades en su independencia y cambios de estados emocionales como la depresión y el insomnio que hace que el adulto mayor vaya deteriorando su salud hasta llegar a las complicaciones que le causaran la muerte. Esta investigación

nos ayudará a no ser ajenos a esta problemática y contribuirá con la promoción, prevención y control de los problemas sanitarios necesarios para intentar disminuir las estadísticas de esta penosa enfermedad.

El presente informe insta a los estudiantes y profesionales de la salud, a profundizar sobre esta investigación para mejorar los estilos de vida de este grupo, con el propósito de ayudar en sus necesidades, cambios de conductas y hábitos saludables.

Esta investigación tiene mucha relevancia para el hospital Essalud ya que los resultados obtenidos contribuirán a mejorar y aumentar la eficacia de los programas de prevención y promoción de la salud en todos los ciclos de vida, reduciendo los factores de riesgo y mejorando así las consecuencias de los determinantes sociales, eficiencia en las competencias profesionales en Salud Pública y mejorando los problemas en la comunidad.

Esta investigación es importante también para nuestra sociedad y/o comunidad ya que por este medio se está brindando información enfatizada en los adultos mayores con parkinson a personas que entren y consulten acerca de investigaciones respecto a la salud de un adulto y tengan la preocupación de realizar o aplicar esta información con fines académicos para la aplicación de políticas de mejoramiento en los determinantes de la salud para que se pueda ayudar a mejorar el entendimiento de los enfoques de los determinantes sociales y la utilidad para la salud pública que persigue la igualdad en salud, mejorando y promocionando la salud mediante acciones comunitarias para abordar los determinantes sociales.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Paul K, (19) En su investigación titulada: “La asociación entre los factores del estilo de vida y la progresión y mortalidad de la enfermedad de Parkinson EE.UU 2019”. El objetivo fue examinar si el consumo de cafeína o alcohol, la actividad física o el tabaquismo están asociados con la progresión y la supervivencia entre los pacientes con EP. Como método evaluaron el consumo de café, té y alcohol de toda la vida, el tabaquismo y la actividad física en una cohorte prospectiva basada en la comunidad (n = 360). Todos los pacientes fueron seguidos pasivamente por mortalidad (2001-2016). Como resultados se halló que el café, el té con cafeína, el consumo moderado de alcohol y la actividad física protegieron al menos 1 resultado. El tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol se asociaron con mayores riesgos. En relación con los bebedores moderados, los que nunca bebieron licor y los que bebieron en exceso tenían un mayor riesgo. Una historia de deportes competitivos protegía contra el deterioro cognitivo, al igual que la actividad física. El tabaquismo se asoció con un deterioro cognitivo más rápido. Como conclusiones sugieren que los factores del estilo de vida influyen en la progresión y mortalidad de la enfermedad de Parkinson

Sertao A, (20) En su investigación titulada : “Relación del estilo de vida y la etiología de la enfermedad de Parkinson en pacientes de la ciudad de Jequié. Brasil 2018”. La metodología fue un estudio del tipo de casos y controles, con un diseño observacional, analítico y transversal basado en la población, que involucró la identificación de individuos con (casos) y no portadores (controles) de la enfermedad de Parkinson. Una muestra de 38 participantes, con 17 casos diagnosticados con casos de EP y 21 controles. Se evaluó el estilo de vida, en relación con los posibles factores de riesgo y protección. Resultados: Encontraron diferencias estadísticamente significativas para el consumo de agua de pozo ($p < 0.0001$), uso continuado de medicamentos ($p = 0.02$), consumo de carne roja ($p = 0.01$), antecedentes familiares de EP ($p = 0.004$), mientras que solo la carga de fumar de 50 cigarrillos / año / día mostró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.0002$), siendo asociado como factor de protección. Conclusión: Estos resultados parecen consistentes con la literatura actual, que sugiere un modelo multifactorial para la etiología de la EP.

Carabajo M, (21). En su investigación: “Determinantes sociales de la adherencia terapéutica de adultos mayores hipertensos atendidos en el subcentro de salud de la parroquia “El Vecino” Ecuador, 2015”. El objetivo fue identificar la relación entre los determinantes sociales y la adherencia terapéutica de adultos mayores hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia. La metodología fue un estudio analítico y transversal, aplicando el test de Bonilla y el chi cuadrado. Tuvo una muestra de 83 individuos, el 32,5% era del sexo masculino, 45,8% tuvieron una edad de 65

a 74 años. Concluyendo que los determinantes sociales de salud mental y de acceso a los servicios de salud muestran adherencia significativa en los pacientes de la parroquia ·El vecino, disminuyendo en la disfunción familiar, vivir solo y tener un bajo nivel educativo.

Bernal D, Nuñez M, Ortega D, (22). En su investigación titulada:

“Determinantes sociales en salud y estilos de vida en la población adulta de Garachiné Panamá 2015”. Su objetivo fue identificar los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad, en el adulto de Garachiné. La metodología fue descriptiva, de corte transversal. Con una muestra de 54 personas. El resultado fue 70% era de sexo femenino, su IMC el 51,9% era obesa, el 19,7% padecen de HTA, el 9,2% alergia, 7,9% diabetes y el 6,6% padece de enfermedades cardíacas. El 13,3% consume carbohidratos y otros 46% refirió freir sus alimentos. El 51,9% asiste al centro de salud solo por enfermedad. Concluyendo que el factor de mayor influencia en la salud de los pobladores son los estilos de vida, la alimentación poco saludable y el consumo elevado de carbohidratos y grasas aunado a una vida sedentaria.

Bosch R, Zayas T, Hernández E, (23). En su investigación: “Algunos determinantes sociales y su impacto en las demencias Cuba, 2017”. Tuvo como objetivo describir la influencia de los determinantes propios del individuo y los determinantes sociales macroeconómicos en la prevalencia de las personas con demencia. Se consultaron las bases Pubmed (3 811 artículos), Ebsco (450), y Google Scholar (1 330). El resultado mostró 5 591 artículos, se seleccionaron 54, de estos, 46 en idioma inglés y 8 en español. Concluyendo que la demencia

puede estar influenciada por factores de riesgo en la edad media de la vida: obesidad, hábito de fumar, sedentarismo, hipercolesterolemia, alcoholismo y bajo nivel educacional. Los planes nacionales para la demencia aumentan la calidad de la atención médica, optimizan los servicios de salud y logran una mayor equidad.

A nivel Nacional:

Berrocal R, (24). En su investigación titulada: “Determinantes sociales que influyen en la salud familiar de adultos de la comunidad de San Francisco Corrales-Tumbes. 2016”. Que tuvo el objetivo identificar los determinantes sociales en la salud familiar, usando la metodología de una investigación aplicada del tipo descriptivo simple de corte transversal. La muestra la conformo 50 adultos de la comunidad de San Francisco Corrales - Tumbes. Para el recojo de los datos se empleó un cuestionario, teniendo como resultados: El determinante social biológico influye en la salud de la comunidad de San Francisco. El determinante social estilos de vida influye regularmente en la salud de la comunidad. El determinante social sistema sanitario de salud su influencia es deficiente.

Parraga Y, (25). En su investigación titulada: “Calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo 2017” Tuvo como objetivo, analizar la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo. El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo con una muestra de 120 adultos mayores de Huancayo Resultados. El resultado se

obtuvo que la percepción de calidad de vida del adulto mayor el 46 % de los adultos mayores se redujo durante el último mes, así mismo referían que el 65% no realizaba actividad física, Conclusiones: la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del CIAM de Huancayo, es mala porque no perciben cuidados físicos, se encuentran en un estado económico y social malo y en su totalidad de los adultos mayores se encuentran con estado emocional mala.

Pablo J, (26). En su investigación titulada: “Calidad de vida del adulto mayor de la casa Polifuncional Palmas Reales Los Olivos Lima, 2016”. Tuvo como objetivo determinar la calidad de vida del adulto mayor que asisten a la Casa “Polifuncional Palmas Reales” Los Olivos, Lima 2016”. Es de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo, con una muestra de 150 adultos mayores, resultados se obtuvo que los adultos mayores 46% (69) presentan una calidad de vida baja o mala, seguido por un 41.3% (62) presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% (19) presentan una calidad de vida buena, se determinó que en la dimensión salud física, un 64.7% presentan una calidad de vida media o regular. Teniendo como conclusión que existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su calidad de vida como bajo o malo.

Paredes C, Vásquez L. (27). En su investigación titulada “En su investigación: “Nivel de Conocimiento y práctica de Autocuidado del Adulto Mayor Hipertenso del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital

Regional de Loreto, Iquitos 2017”. Tuvo como objetivo establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor hipertenso del Centro de Atención del Adulto Mayor. La metodología fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de tipo correlacional. Con una muestra de 52 adultos mayores. Los resultados mostraron que el conocimiento sobre la hipertensión arterial fue de 78.8% (41) considerándose inadecuado. Y el 84.6% (44) realizan prácticas de autocuidado inadecuado. La conclusión fue que existe asociación entre el nivel de conocimiento y el autocuidado.

Bazalar L, Runzer F, Parodi J, (28). En su investigación titulada:

“Asociación entre el estado nutricional según índice de masa corporal y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Medico Naval del Perú, Lima 2010-2015”. Tuvo como objetivo evaluar la relación entre el estado nutricional y el deterioro cognitivo en AM atendidos en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”. De tipo cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo, transversal; con una muestra de 1 594 pacientes. De acuerdo al IMC, encontramos el 26,2% con sobrepeso y 18,7% con obesidad. La mayoría padecía hipertensión arterial con 62,3%; en menor proporción diabetes mellitus tipo II 17,5%; depresión 22,6%; enfermedad cerebrovascular 4,4%. Se concluyó que hay relación significativa entre el bajo peso y el deterioro cognitivo evaluado por MoCA, MMSE y Pfeirffer en los participantes.

A nivel Local:

Reyes V; Zavaleta E; Bazalar J, (29). En su investigación titulada: “Determinantes de la salud en adultos de la jurisdicción de la Red de Salud Pacifico Norte y Sur de la ciudad de Chimbote, 2019”. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud en adultos, de tipo descriptivo no controlado. Con una muestra de 1496 adultos. Como resultados tenemos un 62.2% son mujeres 53,3% adultos mayores. El 52,4% no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, 50,5% no consumen bebidas alcohólicas y 66,9% duerme de seis a ocho horas, el 53% se atendió en estos 12 últimos meses en un puesto de salud, 47,5% considera que el lugar donde se atendió se encuentra a regular distancia desde su vivienda y 64,6% tiene SIS. Concluyen que la mayoría de las personas culminó estudios secundarios y no accedió a mejores escalas salariales. Predomina el sedentarismo y consumen carbohidratos.

Hipólito R, (30). En su investigación titulada:” Determinantes de la salud en el adulto mayor del A.H. Los Cedros Nvo. Chimbote ,2016”. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud del adulto mayor, de tipo cuantitativo, descriptivo, con diseño de una sola casilla. Con una muestra de 100 adultos mayores. Como resultado en los determinantes biosocioeconómico la mayoría son de sexo femenino, tienen ingreso económico menor de 750 soles; y son trabajadores eventuales. Menos de la mitad con grado de instrucción inicial /primaria. Casi la totalidad tiene casa propia; cuentan con servicios básicos; el carro recolector de basura pasa dos

veces por semanas. En los determinantes de los estilos de vida menos de la mitad no consumen bebidas alcohólicas, la mayoría no fuma, el número de horas que duermen es de 6 a 8 horas; la mayoría no se realiza un examen médico periódico; casi la totalidad consumen a diario fideos, pan, cereales.

Torres N, (31). En su investigación titulada: “Determinantes de la salud en adultos mayores que acuden al Centro Médico Eben-Ezer. Nuevo Chimbote, 2018”. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud en adultos mayores que acuden al Centro Médico Eben-Ezer., de tipo cuantitativo descriptivo. Con una muestra de 135 adultos mayores. Como resultados y conclusiones describe que más de la mitad pertenecen al sexo femenino, tienen un nivel de instrucción de primaria completa; cuentan con ingreso económico menor de S/.750.00 nuevos soles, no poseen ocupación, cuentan con vivienda propia, con conexión domiciliaria de agua, con baño propio, utilizan gas para cocinar, disponen de energía eléctrica permanente, eliminan su basura en el carro recolector a diario. Más de la mitad no fuman, no realizan actividad física, consumen fideos, pan a diario

Tocas C, (32). En su investigación titulada “Determinantes de la salud en el adulto mayor. Pueblo joven Florida Baja-Chimbote, 2018”. Es un estudio de naturaleza cuantitativa de nivel descriptivo y diseño de una sola casilla. El universo muestral constituido por 152 adultos mayores. El 100% manifestaron que no fuma actualmente, pero ha fumado antes, el 98% la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas es ocasionalmente; 100% no realiza actividad, el 24% consume fruta; 32% diariamente consumen carne; 17%

consume huevo, 59% pescado, 100% fideos, el 100% consume pan y cereales; el 27% verduras, hortalizas. Concluye que en su dieta alimenticia consumen frutas dos veces por semana; consumen pan y cereales, fideos es diario; casi nunca consumen verduras, hortalizas y legumbres; casi nunca han consumido embutidos, dulces y gaseosas.

Solórzano I, (33). En su investigación titulada: “Determinantes de la salud en adultos mayores que acuden al puesto de salud Miraflores Alto – Chimbote, 2016”. La investigación de tipo cuantitativo descriptivo con diseño de una sola casilla. Constituida por 95 adultos mayores. Utilizó la técnica de la entrevista y observación. En los determinantes biosocioeconómicos el 65.3% son de sexo femenino, el 95,8% con un ingreso económico menor a 750 soles. Determinantes relacionadas a la vivienda el 66,3% tipo de vivienda es unifamiliar. Determinantes de los estilos de vida el 53,6% no consumen con frecuencia bebidas alcohólicas. Concluyó que la mayoría no se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud, no realizan actividad física en su tiempo libre y más de la mitad no consumen con frecuencia bebidas alcohólicas.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El informe de investigación está sustentado por las bases teóricas conceptuales de los determinantes de la salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, que representan a los principales determinantes de la salud que llegan a ser un conjunto de elementos que condicionan la salud y enfermedad de una persona y grupos de personas que influyen en la salud individual en distintos niveles que van a determinar el estado de salud de una población (34).

Esta investigación se fundamentó también mediante el marco teórico conceptual explicativo de los determinantes según Dahlgren y Whitehead para facilitar la comprensión de los determinantes ya que posee características fundamentales como la equidad, la promoción de la salud y la intersectorialidad que son acciones que se debe de considerar en el ámbito de la salud involucrando lo económico, sanitario y social para buscar la ayuda cooperativa internacional frente a problemas de salud (34).

Mack Lalonde, distinguido y celebre abogado sirvió como Ministro de Salud y Bienestar Social en su país natal. En el año 1972 creó propuestas de mejora para el sistema de seguridad social de su país. El trabajo que tenía era liderando estas políticas públicas en su país. En 1974 publicó “Nuevas Perspectivas sobre la salud de los Canadienses”, documento que se conoció como “El Reporte Lalonde “ que fue un informe aclamado internacionalmente por el cambio radical de las políticas, por su apoyo a la promoción de la salud al desarrollar un plan detallado para un sistema médico nacional orientado a la prevención de la salud, donde establece como se produce la interacción entre los determinantes de salud con la categoría condiciones de vida, que vendrían hacer los procesos generales de reproducción de la sociedad que van a actuar como mediadores conformando el estilo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud específica de un grupo poblacional. (34).

Los determinantes de la salud, es el conjunto de factores económicos, sociales y ambientales determinando el estado de salud de las personas en sus comunidades. Por consiguiente, los estilos de vida, biología humana, sistema sanitario y el factor ambiental determinan la salud de las personas (34)

Así mismo, esta teoría nos dice que los estilos de vida, son importantes y va a depender mucho de entorno que está en el alrededor de la persona, ya que involucra mucho a las decisiones que tome la persona en relación a su salud, como alimentar hábitos personales e individuales De los estilos de vida Mack Lalonde, expone que debe tomar decisiones las personas respecto a los determinantes de la salud, del cual se plantea un prototipo explicativo, asimismo se incluye a la biología humana, los sistemas de servicios, donde el enfoque sobresale el desacuerdo de la distribución de recursos la situación de la salud (34).

Marck Lalonde expone, un estudio donde abarca las causas de la enfermedad y muerte, en cuatro grandes determinantes de la salud, para la mejora de la atención de salud en forma grupal e individual. Estos determinantes son:

Medio Ambiente

Engloba a los factores externos de la persona, sobre las cuales están contaminación del aire, del agua, del suelo y del medio ambiente psicosocial y sociocultural por factores de naturaleza, influyendo en el estado de salud de la persona.

Estilos de vida

Conjunto de comportamiento que opta el ser humano con relación a la propia salud, ya que las buenas decisiones son los que favorecen la salud, así mismo está relacionado con hábitos personales en relación de la alimentación, actividad física, conductas peligrosas, actividad sexual segura y servicios de salud.

Biología Humana

Asociada a factores genéticos y la edad de las personas, que se manifiesta en el organismo relacionado con la salud mental y física y la constitución orgánica del individuo.

Atención Sanitaria

Consiste en la calidad y las relaciones que se tiene con la gente y los recursos en relación de los servicios de la salud, así mismo se relaciona la accesibilidad y el financiamiento hacia los servicios de salud que atienden a las personas.

Según Marck Lalonde, describe que los estilos de vida en relación a la propuesta de factores determinantes ayudarían a una mejor organización en sus vidas y un cambio de dirección para mejorar sus hábitos de vida día a día evitando así el aumento de mortalidad por enfermedades que se pudieron detectar y prevenir a tiempo.



Así mismo, en el modelo de Dahlgren y Whitehead del año 1991 explica como las inequidades sociales en la salud son el resultado de las interacciones entre distintos niveles de las condiciones causales de la individualidad a la comunidad a nivel político nacional; este modelo tiene relación a aspectos establecidos por Lalonde y otros, queda un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead en la cual presenta determinantes de salud como capaz de influencia en la cual representa 5 estratos o niveles:

- En el primer nivel se ve el nivel individual donde destaca la importancia de los factores individuales como la edad, el sexo y factores genéticos o hereditarios en la cual estos no son modificables y condicionan el potencial de salud.
- El segundo nivel está conformado por factores relacionados al estilo de vida individual, esto quiere decir que son los hábitos o conductas relacionados con la salud o que forman parte de ella como la alimentación, actividad física, el consumo de tabacos y drogas; en este nivel las personas o grupos de personas con posición económica desfavorable tiende a presentar una mayor prevalencia de conductas de riesgo como el hábito de fumar, alimentación deficiente, consumo de alcohol, entre otros.
- El tercer nivel refleja las influencias sociales y comunitarias a través del apoyo social o no y la influencia que tienen ya que si la persona no estuviera en un alto nivel dentro de la sociedad tendría menores servicios de apoyo a su disposición.

- El cuarto nivel es referente a las condiciones de vida y el trabajo en la cual influyen factores relacionados con el acceso al empleo, a los alimentos y a los servicios esenciales como la educación, saneamiento, agua potable y la vivienda.
- En el quinto se puede observar las condiciones económicas, ambientales y culturales de la sociedad que influyen en las condiciones de división de la sociedad de acuerdo a un criterio o factor determinado como por ejemplo una jerarquía de posición en cuanto a poder, propiedad o evaluación social (35).

Estas condiciones, situación económica y relaciones que van a prevalecer en la sociedad se van a relacionar con cada capa. El lugar de vida que llegue a ocupar el individuo en una sociedad va a influir en la selección de su vivienda, grupos sociales el cual se rodea, de igual manera, la opinión que tiene la sociedad sobre los espacios ganados que ocupan actualmente las mujeres en las comunidades étnicas pequeñas o grupo sociales influyen en la forma de vida y en su nivel socioeconómica (35).



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

Los investigadores Dahlgren y Whitehead clasificaron anteriormente en tres categorías a los determinantes de la salud que son: Los determinantes estructurales, intermediarios y proximales, que se distingue por la incorporación del sistema sanitario, donde existe un lazo entre lo social y la salud que se encuentra en ese problema de la desigualdad y que va a afectar en sus hogares, en las entradas a servicios, calidad de trabajo y el abastecimiento de servicios principales (35).

Estas son las respuestas de las incidencias sociales y comunitarias, por la cual provocan la ayuda a las personas de las comunidades en situaciones dañinas, y que tendrán un resultado negativo o en condiciones de que no tendrán apoyo. Aquí vemos que son los diferentes niveles de vida y comportamientos de una persona, puede provocar daño o no la salud. Las personas van a ser perjudicados por las leyes de su comunidad e impactados por sus grupos sociales. (36).

Este modelo intenta representar además las interacciones entre los factores.

a) Determinantes estructurales

Van a comprender las condiciones del contexto social, económico y político, estas se van a basar en la posición socioeconómica, estructura y clase social, incluyendo factores tradicionales de ingresos y educación a la vez que esta se condiciona por el género, etnia, la sexualidad y recursos de capital social como los estratificadores sociales (37).

b) Determinantes intermediarios

Estos determinantes operan junto con los estructurales, son las que van a producir resultados de salud, distribuyéndose según la estratificación

social, ocasionando una exposición diferencial en cuanto a exposición y vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las circunstancias materiales, psicosociales, factores conductuales, biológicos, cohesión social y el propio sistema de salud son las principales categorías (38).

c) Determinantes proximales

Son los comportamientos personales y la forma de vida que van a promover o perjudicar la salud. El cuadro conceptual mostrado sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta muy importante que servirá en el estudio para la población, percibiendo los determinantes sociales más relevantes y su relación entre sí, para evaluar las intervenciones existentes y replantear nuevas opciones.

Los ámbitos, con sus respectivas definiciones son las siguientes (39).

Mi Salud: En este marco se refiere de manera individual a los estilos de vida que se asocia a la salud de la persona, que incluye de este modo su entorno social inmediato de socialización, al punto de que ciertas condiciones hagan posible obtener un compromiso tanto activo y a la vez responsable con la propia salud de la persona (40).

Comunidad: Se va a referir a un grupo de personas que ocupan una determinada área que forman parte de una nación, y que se van a fortalecer en sus capacidades, participando de un sistema de intereses y actividades amplias incluyendo todas sus relaciones sociales (41).

Servicios de Salud: Son aquellas prestaciones que van a brindar asistencia sanitaria. Se podría hasta decir que estas articulaciones de servicios van a

constituir un sistema de atención y que va orientado al mantenimiento, la restauración y promoción de la salud de las personas (42).

Educación: Resalta el gran proceso y adquisición de conocimientos, habilidades, creencias, ejemplos, investigación, etc, que van a ayudar al individuo a desarrollarse en la vida y su salud (43).

Trabajo: Se denomina trabajo a toda aquella actividad ya sea de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores concretadas (44).

Territorio (ciudad): Posesiones legales de un individuo que tiene para habitar o residir en espacios delimitados, y formas de organizaciones de los pueblos que van a impactar en la salud (45).

El adulto mayor pertenece a uno de los grupos de personas más vulnerables que existe hoy en día, recordando también que el grupo etareo esta propenso a adquirir más de 29 enfermedades que un adolescente, es así como estas personas necesitan de un cuidado especial en su alimentación y cuidado personal con la ayuda de familiares o de profesionales de la salud (46).

La enfermera dirige, investiga y educa así mismo se basa en el cuidado y el brindar bienestar, ya que se realizan acciones como apoyar, ayudar y sobre todo aliviar y mejorar la situación o modo de vida de la persona, es importante para enfermería mejorar la atención cada día y brindar un cuidado integral a la persona en todas sus etapas de vida con amor y solidaridad tal cual caracteriza a enfermería (47).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Cuantitativo: Se realizó una medición numérica para analizar los datos obtenidos de forma estadística y se formulan las condiciones (48-49).

Descriptivo: Se buscó describir características importantes de las personas o población.

Diseño de una sola casilla: Se relacionó con una sola variable (50).

3.2. Población y muestra

3.2.1 Universo Muestral:

El universo muestral estuvo constituido por 50 adultos mayores con parkinson que acuden al Hospital Essalud Chimbote, 2020

3.2.1. Unidad de análisis:

Cada adulto mayor que acudió al Hospital Essalud Chimbote, que formó parte del universo muestral y respondió a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión:

- Adulto mayor que viven más de 3 años en la jurisdicción del Hospital Essalud Chimbote, 2020
- Adulto mayor del Hospital Essalud, Chimbote, y que aceptaron participar en el estudio.

- Adulto mayor que tuvieron la disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adulto mayor del Hospital Essalud, que presentaba algún trastorno mental.
- Adulto mayor del Hospital Essalud, que presentaba problemas de comunicación.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICOS

Sexo:

Definición Conceptual

El sexo está relacionado a una serie de variantes que conducen a ideas en general, la diferenciación de las especies y reproducción de la raza.

En biología, es el proceso mediante el cual los humanos y cualquier especie se aparean conduciendo a la reproducción de las mismas (51).

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino

- Femenino

Grado de Instrucción:

Definición Conceptual

Correspondería al año más avanzado de estudios y que estén aprobados dentro del ciclo de educación regular. (52).

Definición Operacional

Escala Ordinal:

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

Ingreso Económico:

Definición Conceptual

Se denomina así a los recursos económicos que presenta una organización, persona u sistema contable, constituyendo un aumento del

patrimonio neto de los mismos (53).

Definición Operacional

Escala de razón

- Menor de 750

- De 751 a 1000
- De 1001 a 1400
- De 1401 a 1800
- De 1801 a más

Ocupación

Definición Conceptual

Es la actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura (54).

Definición Operacional

Escala Nominal

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

Vivienda

Definición conceptual

Vivienda se entiende no sólo como la unidad que acoge a la familia, sino que es un sistema integrado además por el terreno, la infraestructura de urbanización y de servicios, y el equipamiento social comunitario dentro de un contexto cultural, socio-económico, político, físico-ambiental (55).

Definición operacional

Escala nominal

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

Tenencia

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

- Madera, estera

- Adobe
- Estera y adobe
- Material noble ladrillo y cemento

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

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

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

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

Energía Eléctrica

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

- Diariamente
- Todas las semanas 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
- Contenedores específicos de recogida
- Vertido por el fregadero o
- Otros.

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (56).

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
- 8 a 10 horas
- 10 a 12 horas

Frecuencia en que se bañan

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

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

Caminar () Deporte () Gimnasia () No realiza () **Actividad física en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos**

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Deporte () ninguno ()

Alimentación

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida que influyen en la alimentación (57).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: **Frecuencia de consumo de alimentos**

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

III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad (58).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala nominal

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

Apoyo social organizado

Escala nominal

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

Apoyo de organizaciones del estado

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

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (59).

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 adultos mayores del Perú**. Elaborado por Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana y está constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO 01).

- Datos de Identificación, donde se obtiene iniciales o seudónimos de la persona entrevistada.

- Los determinantes del entorno Biosocioeconomico (Sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), Alimentos que consumen las personas.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, Acceso a los servicios de salud.

CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Donde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en adultos de 60 a más años de edad en el Perú. (Anexo 2). Adultos de 60 a más años de edad en el Perú. (60).

Confiabilidad:

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (Anexo 3) (61).

3.5. Plan de análisis:

3.5.1. Procedimientos de la recolección de Datos:

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

- Se informó y pidió consentimiento de los adultos mayores con parkinson que acuden al Hospital Essalud, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los adultos mayores con parkinson que acuden al Hospital Essalud, su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulto mayor con parkinson que acude al Hospital Essalud.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adulto mayor con parkinson que acude al Hospital Essalud.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas serán marcadas de manera personal y directa por el adulto mayor con parkinson que acude al Hospital Essalud.

3.7.5. 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 construirá tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos.

3.6. Matriz de Consistencia:

TITULO	ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	METODOLOGÍA
Determinantes de la Salud en adultos mayores con parkinson que acuden al Hospital Essalud Chimbote, 2020	¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos mayores con parkinson que acuden al Hospital Essalud Chimbote, 2020?	Describir los determinantes de la salud en los adultos mayores con parkinson que acuden al Hospital Essalud Chimbote, 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómicos (Sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) de los adultos mayores con parkinson que acuden al Hospital Essalud Chimbote, 2020 • Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que 	Tipo: Cuantitativo, descriptivo Diseño: De una sola casilla Técnicas: Entrevista y observación

			<p>consumen los adultos, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad, de los adultos mayores con parkinson que acuden al Hospital Essalud Chimbote ,2020</p> <p>☐ Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para los adultos y su impacto en la salud, apoyo social, en los adultos mayores con parkinson que acuden al Hospital Essalud Chimbote, 2020</p>	
--	--	--	--	--

3.7 Principios éticos:

En una investigación que se lleva a cabo, previamente el investigador debe valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles, a través se respetará la doctrina social de la iglesia como es la dignidad de la persona. (62).

Anonimato:

Se les aplicó el cuestionario a los adultos mayores con parkinson previamente se le indicó que la investigación es anónima y que toda información obtenida será solo para fines de la investigación.

Privacidad:

La información que se ha recibido en este estudio de investigación se mantiene en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos mayores, siendo útil y necesario solo para fines de la investigación.

Honestidad:

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

Consentimiento informado:

En una investigación siempre se debe contar con este documento, expresando a los adultos mayores que aceptan voluntariamente, de forma libre, como sujetos investigadores o titular de los datos consienten del uso de la información para los fines específicos establecidos en el informe (ANEXO 04).

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 01

**DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTO
MAYOR CON PARKINSON. HOSPITAL ESSALUD.CHIMBOTE -2020.**

Sexo	n	%
Masculino	35	70.0
Femenino	15	30.0
Total	50	100.0

Grado de instrucción	n	%
Sin nivel e instrucción	3	6.0
Inicial/Primaria	8	16.0
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	32	64.0
Superior universitaria	2	4.0
Superior no universitaria	5	10.0
Total	50	100.0

Ingreso económico (Soles)	n	%
Menor de 750	38	76.0
De 751 a 1000	7	14.0
De 1001 a 1400	4	8.0
De 1401 a 1800	1	2.0
De 1801 a más	0	0.0
Total	50	100.0

Ocupación	n	%
Trabajador estable	3	6.0
Eventual	20	40.0
Sin ocupación	14	28.0
Jubilado	13	26.0
Estudiante	0	0.0
Total	50	100.0

Fuente: “Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado a los adultos mayores del Hospital Essalud. Chimbote - 2020”.

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES CON PARKINSON.HOSPITAL ESSALUD CHIMBOTE, 2020.

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	13	26.0
Vivienda multifamiliar	37	74.0
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0.0
Local no destinada para habitación humana	0	0.0
Otros	0	0.0
Total	50	100.0
Tenencia	n	%
Alquiler	0	0.0
Cuidador/alojado	5	10.0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0.0
Alquiler venta	0	0.0
Propia	45	90.0
Total	50	100.0
Material del piso	n	%
Tierra	5	10.0
Entablado	0	0.0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	40	80.0
Láminas asfálticas	5	10.0
Parquet	0	0.0
Total	50	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	45	90.0
Eternit	5	10.0
Total	50	100.0
Material de las paredes	n	%
Madera, estera	5	10.0
Adobe	0	0.0
Estera y adobe	0	0.0

Continúa...

Material noble ladrillo y cemento	45	90.0
Total	50	100.0

N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	0	0.0
2 a 3 miembros	15	30.0
Independiente	35	70.0
Total	50	100.0

Fuente: “Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado a los adultos mayores del Hospital Essalud Chimbote - 2020”.

TABLA 02

***DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA
EN LOS ADULTOS MAYORES CON PARKINSON. HOSPITAL ESSALUD.
CHIMBOTE, 2020***

Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	0	0.0
Cisterna	0	0.0
Pozo	0	0.0
Red pública	0	0.0
Conexión domiciliaria	50	100.0
Total	50	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	50	100.0
Otros	0	0.0
Total	50	100.0

Combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	50	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	50	100.0

Continúa...

Energía eléctrica	n	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	7	14,0
Energía eléctrica permanente	43	86,0
Vela	0	0,0
Total	50	100,0

Disposición de basura	n	%
A campo abierto	5	10,0
Al río	0	0,0
En un pozo	0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	45	90,0
Total	50	100,0

Fuente: “Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes, aplicado a los adultos mayores del Hospital Essalud Chimbote - 2020”.

TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MAYORES CON PARKINSON. HOSPITAL ESSALUD. CHIMBOTE, 2020.

Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	30	60,0
Todas las semana pero no diariamente	10	20,0
Al menos 2 veces por semana	10	20,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0,0
Total	50	100,0

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro recolector	50	100,0
Montículo o campo limpio	00	0,0
Contenedor específico de recogida	00	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	00	0,0
Otros	00	0,0
Total	50	100,0

Fuente: “Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes, aplicado a los adultos mayores del Hospital Essalud Chimbote - 2020”.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTO MAYOR CON PARKINSON
DEL HOSPITAL ESSALUD.CHIMBOTE, 2020.**

Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	1	2.0
Si fumo, pero no diariamente	13	26.0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	31	62.0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	5	10.0
Total	50	100.0
<hr/>		
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	0	0.0
Dos a tres veces por semana	2	4.0
Una vez a la semana	2	4.0
Una vez al mes	2	4.0
Ocasionalmente	40	80.0
No consumo	4	8.0
Total	50	100.0
<hr/>		
N° de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	40	80.0
[08 a 10)	10	20.0
[10 a 12)	00	00.0
Total	50	100.0
<hr/>		
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	3	6.0
4 veces a la semana	47	94.0
No se baña	0	0.0
Total	50	100,0
<hr/>		
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud		%
Si	28	56.0
No	22	44.0

Continúa...

Total 50 100.0

Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	5	10.0
Deporte	0	0.0
Gimnasia	0	0.0
No realizo	45	90.0
Total	50	100.0

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	5	10.0
Gimnasia suave	0	0.0
Juegos con poco esfuerzo	0	0.0
Correr	0	0.0
Deporte	0	0.0
Ninguna	45	90.0
Total	50	100.0

Fuente: “Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado a los adultos mayores del Hospital Essalud Chimbote - 2020”.

TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON PARKINSON.HOSPITAL ESSALUD CHIMBOTE, 2020.

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	5	10.0	33	66.0	11	22.0	1	2.0	0	0
Carne	2	4.0	31	62.0	13	26.0	0	0	0	0
Huevos	5	10.0	21	42.0	22	44.0	0	0	0	0
Pescado	4	8.0	22	44.0	23	46.0	1	2.0	0	0
Fideos	9	18.0	17	34.0	23	46.0	1	2.0	0	0
Pan, cereales	10	20.0	26	52.0	11	22.0	3	6.0	0	0
Verduras, hortalizas	2	4.0	29	58.0	17	34.0	2	4.0	0	0
Legumbres	6	12.0	27	54.0	17	34.0	0	0	0	0
Embutidos, enlatados	0	2.0	16	32.0	22	44.0	10	20.0	1	2.0

Continúa...

Lácteos	4	8.0	26	52.0	18	36.0	2	4.0	0	0
Dulces, gaseosas	1	2.0	20	40.0	21	42.0	5	10.0	3	6.0
Refrescos con azúcar	3	6.0	15	30.0	25	50.0	7	14.0	0	0
Frituras	2	4.0	22	44.0	17	34.0	7	14.0	2	4.0
Total										

Fuente: “Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes, aplicado a los adultos mayores del Hospital Essalud Chimbote - 2020”.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 04

DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MAYORES CON PARKINSON DEL HOSPITAL ESSALUD. CHIMBOTE, 2020.

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	50	100,0
Centro de salud	0	0,0
Puesto de salud	0	0,0
Clínicas particulares	0	0,0
Otras	0	0,0
Total	50	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	13	26,0
Regular	30	60,0
Lejos	5	10,0
Muy lejos de su casa	2	4,0
No sabe	0	0,0
Total	50	100,0
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	50	100,0
SIS – MINSA	00	0,0
SANIDAD	00	0,0
Otros	00	0,0
Total	50	100,0

Continúa...

El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	14	28,0
Largo	16	32,0
Regular	18	36,0
Corto	1	2,0
Muy corto	0	0,0
No sabe	1	2,0
Total	50	100,0

Fuente: “Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado a los adultos mayores del Hospital Essalud Chimbote - 2020”.

TABLA 04

DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTO MAYOR CON PARKINSON.HOSPITAL ESSALUD.CHIMBOTE, 2020.

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	19	38,0
Buena	18	36,0
Regular	11	22,0
Mala	0	0,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	2	4,0
Total	50	100,0
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	13	26,0
No	37	74,0
Total	50	100,0
El motivo de la consulta por la que acude a un establecimiento de salud es:	N	%

Continúa....

Antes de iniciar la práctica de algún deporte competitivo	0	0,0
Infecciones, trastornos respiratorios o digestivos	0	0,0
Mareos, dolores o acné	0	0,0
Cambios en los hábitos del sueño o alimentación	37	74,0
Trastornos en el hábito y animo	13	26,0
Total	50	100,0

Fuente: “Cuestionario de determinantes de la salud en adultos Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado a los adultos mayores del Hospital Essalud Chimbote- 2020”.

TABLA 05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTO MAYOR CON PARKINSON. HOSPITAL ESSALUD.CHIMBOTE, 2020.

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	37	74,0
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	1	2,0
Compañeros de trabajo	1	2,0
No recibo	11	22,0
Total	50	100,0
Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	50	100,0
Total	50	100,0

Fuente: “Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado a los adultos mayores del Hospital Essalud. Chimbote – 2020”.

TABLA 06

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADULTO MAYOR CON PARKINSON DEL HOSPITAL ESSALUD. CHIMBOTE, 2020

Recibe algún apoyo social Organizado:	Sí		No		Total	
	N	%	n	%	n	%
El programa Beca 65	0	0,0	50	100,0	50	100,0
Comedor popular	0	0,0	50	100,0	50	100,0
Vaso de leche	0	0,0	50	100,0	50	100,0
Otros	0	0,0	50	100,0	50	100,0
Total	0	0,0	50	100,0	50	100,0

Fuente: “Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado a los adultos mayores del Hospital Essalud. Chimbote – 2020”.

4.2. Análisis de Resultados

TABLA 1: Del 100% (50) de adultos mayores con parkinson del Hospital Essalud, el 70% (35) son de sexo masculino; el 64% (32) tienen como grado de instrucción secundaria completa / incompleta; el 76% (38) tienen un ingreso económico menor de 750 soles y el 40% (20). tienen ocupación eventual.

Estos resultados se difieren al estudio encontrado por Justo B y Quispe H, (63). En su investigación de estudio concluyó que la mayor parte de la población de adultos mayores son de sexo femenino con un 75%, así mismo con un 45.1% son sin grado de instrucción, y el 82.4% su ocupación es su casa. Se observa que el 50,5% de los adultos mayores con hipertensión arterial tienen un autocuidado global regular.

Por otro lado, se encontró estudios que difiere, como el de Alvares K, Barbecho P, (64) Concluyendo que el 65,1% de los adultos mayores hipertensos fueron de sexo femenino y el 34.9% son de al sexo masculino. Así mismo 57,6% de hipertensos oscilaron entre los 65 y 74 años. También se mostró que el 41,2% solo tenían instrucción de primaria completa. Además, el 76,4% no tenía una ocupación laboral.

También se asemejan a los resultados encontrados por Garay N, (65) que concluye que la muestra fue de 236 personas adultas, donde el 62,7% son de sexo femenino, el 66,1% se ocupa en trabajos eventuales, el 56,4% tienen grado de instrucción completo e incompleto y el 57, 2% tiene un ingreso económico menor de 750 nuevos soles.

Cuando hablamos de sexo, diremos que es una estructura orgánica que nos indicará la existencia de una estructura anatómica que hace que sea más fácil distinguir a los hombres

de las mujeres. Cada estructura anatómica tiene una función; Una actividad propia. En síntesis, es el resultado de una transformación del desarrollo que comenzará cuando el esperma se una al óvulo o cigoto (66).

En el momento en que hablemos sobre el grado de instrucción, diremos que es la intensidad de cada persona obtener nueva información integradora en el campo social, lo que fomentará un mejor avance tanto en entornos individuales como familiares. El nivel de instrucción llega a ser el alcance de estudios más notable y más notable que el individuo ha realizado, y que no se considerará en el caso de que no se haya terminado o sea temporalmente deficiente, por lo que el más establecido arriba no tendría una capacitación total, esto pasará por alto su condición de bienestar a través de la cual él está experimentando de esta manera produciendo complejidades y poco cuidado personal en su bienestar (67).

La ocupación laboral es la disposición de empleos laborales controlados por el avance de la estrategia, la innovación y la división del trabajo. Comprenderá la actividad laboral del trabajador y las limitaciones de su habilidad. Normalmente, el grupo de posición se utilizará para especialistas y supervisores. Dentro de la redacción utilizada, se utilizarán los términos trabajo, diligencias, publicaciones, puestos. La utilización de cualquiera de los términos está relacionada con las originaciones sobre la naturaleza y estructura del trabajo (69).

En la investigación llevada a cabo en los referentes determinantes biosocioeconómico de la salud en adultos mayores, se concluye que la mayoría son de sexo masculino. La mayoría tiene ingreso económico menor de 750 nuevos soles, la mayoría tiene grado de instrucción secundaria completa/incompleta y menos de la mitad tienen ocupación eventual.

Al analizar la variable sexo, vemos en los adultos mayores, investigados encontramos que la mayoría fueron de sexo masculino. Podríamos decir que una de las razones que se le atribuye a estos resultados son los factores de riesgo al cual están expuestos los varones, ya que según estudios la mujer produce las hormonas estrógenos que actúa como protección del sistema nervioso central en las mujeres pero los varones no lo tienen. También digamos que esta enfermedad de causa desconocida aun por la ciencia defiende la idea que el varón está más expuesto y que es de tipo multifactorial, siendo los factores principales etiológicos de naturaleza genética y ambiental.

Al analizar la variable de grado de instrucción se evidencia que la mayoría tienen secundaria completa /incompleta, y característica de que los adultos mayores no completaron sus estudios secundarios por varias razones o factores que podrían ser: problemas financieros, aceptar obligaciones para sus hogares a temprana edad, paternidad temprana o simplemente no tuvieron la oportunidad de terminar sus estudios secundarios y en este sentido sus estudios superiores. En el caso de que hubieran terminado sus estudios, habrían tenido la opción de realizar un trabajo estable, con un pago financiero más alto, tener la opción de contar con cobertura médica, anualidad de jubilación, cts y diferentes ventajas que se ofrecen a un trabajador estable, a pesar del hecho de que hay muchos más adultos mayores que han realizado un intento de completar sus estudios y han tenido la opción de lograr u obtener beneficios en sus lugares de trabajo.

Además, esta investigación va a demostrar que el ingreso económico de un adulto mayor no alcanza para las necesidades básicas de alimentación y vestido para él y su cónyuge. Si nos referimos al salario básico diremos que no es suficiente para poder cubrir todos sus

gastos que genera la vejez. Si bien es cierto se atienden en un hospital, pero las múltiples patologías que sufre un adulto mayor asociadas a su enfermedad del parkinson, no cubren sus necesidades básicas ya que deben pagar su luz, agua, gas disminuyendo así su presupuesto para sus alimentos, vestimenta y medicinas de forma particular.

Y con relación a la ocupación laboral, encontramos que los adultos mayores tienen menos de la mitad trabajo eventual porque ya están pasando los 70 años, y es difícil que ellos mantengan un trabajo estable por su edad y por la dificultad que les ocasiona su enfermedad al no poder movilizarse con facilidad y tener sus limitaciones. A medida que pasan los días y los años la persona adulta va perdiendo fuerzas y por ende pierde capacidades cognitivas. Ahora actualmente la mayoría de adultos mayores mantienen un trabajo eventual por la dificultad que tienen ellos de encontrar un trabajo estable y no pueden realizar trabajos que demanden mucho esfuerzo, por sus condiciones de salud, por lo que va a conllevar a que cada día vaya deteriorándose su salud y también vivan sus días con estrés y tensiones lo que va a ocasionar que su enfermedad se vaya degenerando día a día.

Por consiguiente, con estos resultados obtenidos en las variables de los adultos mayores encontramos que como ingreso económico menor a 750 nuevos soles, un grado de instrucción secundaria completa/incompleta, ocupación eventual y la mayoría de sexo masculino estas variables se consideraron como factores de riesgo para la patología del parkinson, así como de llevarlos a padecer de otras enfermedades asociadas a la EP. Todas estas situaciones van a llevar al adulto mayor a no gozar de una calidad de vida plena y sin preocupaciones lo que va a conllevar a que día a día vaya degenerando su enfermedad por las múltiples preocupaciones generado en ellos tensiones y estrés. Es por ello que es

importante promover acciones en favor del adulto mayor ya que es un grupo etario muy vulnerable.

Se concluye que, el grado de instrucción, ocupación y el ingreso económico van a ser grandes indicadores en la vida del individuo para que éste pueda satisfacer sus necesidades personales y también así poder tener una mejor calidad de vida.

TABLA 02: Del 100% (50) de Adultos mayores que acuden al Hospital Essalud el 74% (37) tiene un tipo de vivienda multifamiliar; el 90% (45) tiene una vivienda propia; el 80% (40) tiene el material del piso de loseta, vinílicos o sin vinílicos; el 90% (45) tiene el techo de la vivienda de material noble, ladrillo y cemento, el 90% (45) tiene material noble en las paredes; el 70% (35) el número de personas que duermen en una sola habitación es independiente; el 100% (50) tienen conexión domiciliaria de agua, eliminación de sus excretas en un baño propio; el 100% (50) utiliza gas para cocinar; el 86% (43) cuenta con energía eléctrica permanente, el 90%(45) disposición de la basura se entierra, quema, carro recolector; el 80% (40) la frecuencia que pasa recogiendo la basura por su casa, es diariamente.

Los resultados de la investigación son similares a Alburquerque G, (70). Quien concluyó su investigación que el 52.33% de las viviendas tienen piso, el 51.25% de las viviendas tienen sus paredes de material noble ladrillo y cemento, el 94.62% tienen baño propio para la eliminación de excretas. En cuanto al combustible que se utiliza para cocinar los alimentos el 60.93% utiliza gas/electricidad. El 98.92% tiene alumbrado eléctrico.

Por otro lado, este trabajo de investigación también difiere a lo investigado por Álzate E, Vélez M, López Y, (71). Que concluyó que el 58,3% de la población cuenta con casa propia, el 25% son alquilados, el 8,3% en sucesión y el 3,4% en préstamo. EL material del piso y paredes es liso impermeable con el 100%, el 100% cuenta con techo de Eternit.

Se encontraron estudios que se asemejan tales como: Sipan A, (72). En su investigación concluyó que el 65,8 (81) tienen su vivienda es multifamiliar; el 72,3% (89) tiene casa propia; el 30,9% (38) material del piso de loseta ; el 49% (59) el material de techo es de material noble; 55,3% (68) duermen en una habitación de 2 a 3 miembros; 100% (123) tienen baño propio; el 75,6% (93) utilizan gas; 100% (123) utilizan energía eléctrica permanente; el 100% (123) la disposición de la basura lo queman, entierran o en el carro de basura y el 100% (123) adultos eliminan su basura en carro recolector.

Por otro lado, estos resultados también se asemejan con Bazán S, (73). Concluyó que casi la totalidad de vivienda es multifamiliar familiar; más de la mitad tiene tenencia propia; la mayoría el piso es de láminas asfálticas, el techo es de material noble, las paredes son de material noble, duermen de 2 a 3 en una habitación; casi la totalidad tienen conexión domiciliaria, casi la totalidad tienen baño propio, el combustible para cocinar es gas; la totalidad tienen energía eléctrica permanente y eliminan su basura en el carro recolector.

Del mismo modo, la vivienda multifamiliar son las agrupaciones privadas o reuniones de residencias organizadas y orquestadas de manera necesaria y completa, con la disposición y el establecimiento suficientes de las administraciones urbanas: legitimidad, marco, espacios verdes o abiertos. Bienestar y administraciones asistenciales. Están hechas de estructuras

unifamiliares o multifamiliares gratuitas, lugares de estacionamiento para vehículos, regiones verdes y administraciones normales (74).

Por lo tanto, la vivienda propia se caracteriza como el lugar cargado de imágenes, fabricado por razones singulares, pero además refleja una apariencia social y social. La vivienda es el espacio principal en la vida de las personas, para que se sientan constantemente conectados a él. Entre las partes individuales de la casa, incorporará, entre otras, la conexión al lugar, que se caracteriza por la seguridad entusiasta entre el individuo y el espacio físico. (75).

Las casas trabajadas con revestimientos son los materiales que se utilizarán y se colocarán en una superficie de trabajo sólida para completar la casa, dejándola con una apariencia habitable. Diremos que son los últimos materiales que se colocan en pisos, divisores, techos, tejados, huecos o aberturas, por ejemplo, ventanas, entradas de un desarrollo. Las terminaciones de un trabajo tienen la capacidad principal de garantizar cada material base o trabajo oscuro, al igual que dar magnificencia, estilo y bellos acabados a la vivienda (76).

El saneamiento seguro es muy importante para la salud, desde prevenir la infección hasta mejorar y mantener el bienestar mental y social. La ausencia y falta de saneamiento seguro contribuye a la diarrea. Es una preocupación importante de salud pública y una de las principales causas de enfermedad y muerte entre los niños menores de cinco años en países de ingresos bajos y medianos; La falta de saneamiento también contribuye a la aparición de diversas enfermedades tropicales desatendidas y a la aparición de resultados adversos más amplios, como la desnutrición. En consecuencia, el saneamiento seguro y básico previene enfermedades al garantizar la privacidad y la dignidad como un derecho humano. (77).

El gas inflamable ha aumentado su importancia en la exhibición de vitalidad del planeta debido a la revelación de enormes reservas de gas fuera de lo común en tiendas conocidas. La gasolina ha obtenido una de las fuentes que liderará la mejora de la vitalidad mundial en las próximas décadas y atraerá la consideración de grandes especialistas financieros en el área. Nuestra nación no ha ignorado este patrón mundial. Su avance será esencialmente significativo para la nación, ya que cambiará el déficit de suministro de vitalidad que era competente en ese momento debido a la disminución en la creación de petróleo y al debilitamiento de la actividad de su industria. (78).

El acceso a los servicios de agua y energía son dos recursos escasos, esenciales para la vida humana y esenciales para la producción. Son todas esas condiciones básicas para superar la pobreza que aún afecta a millones de personas. El agua y el saneamiento básico se consideran un derecho humano, pero aún no se ha realizado plenamente, a pesar de los avances tecnológicos. En la conferencia internacional de las Naciones Unidas sobre el agua que se celebra todos los años en Zaragoza, este año ha tratado el agua y la energía, precisamente la importancia de las alianzas de todo tipo: públicas y privadas, a nivel local y nacional, involucrando la tecnología y la investigación, generando mecanismos de participación social, con el propósito de resolver los desafíos del agua y la energía de manera simultánea y sostenible (79).

Además, cuando hablamos de basura en todos los lugares donde se asientan las personas (pueblos, comunidades urbanas, etc.), se produce un mal uso de varias sumas y arreglos. A medida que se desarrollan las poblaciones, la creación de residuos se ha expandido. Las ofertas de recolección de desechos ascienden a los "contenedores de basura" que crean:

tierra, agua, contaminación de olor horrible, a pesar de ser motivo de cría de moscas, cucarachas, ratones y diferentes vectores. (80).

El camión de basura es un camión de basura de residuos, un camión de surtido o, conversacionalmente, llamado camión volquete o vehículo de desecho. Es un camión excepcionalmente destinado a recolectar cantidades limitadas de desechos y transportarlos a vertederos y tratamientos y reutilización.

Asimismo, puede ofrecer la capacidad de compactación de residuos para lograr un límite de almacenamiento más notable. Son extremadamente básicos en las zonas urbanas y, además, sirven en los territorios del país. El deber del recolector incluye algo más que tirar los botes de basura en la parte trasera del camión volquete. Puede haber artículos importantes, por ejemplo, muebles y aparatos. También incluye la reutilización de lo reunido que, dependiendo de la ciudad o el distrito, podría incorporar ver cómo aislar adecuadamente los componentes de reutilización para su recuperación resultante (81).

En la investigación realizada al adulto mayor, se concluyó que; la totalidad cuenta con agua, luz, desagüe permanente, esto quiere decir que cuenta con un abastecimiento y saneamiento básico adecuado siendo esto muy relevante para ellos ya que podrán realizar sus actividades diarias con tranquilidad y de ocio como ver su tv, escuchar música, y leer sus periódicos, siempre teniendo cuidado en el uso de estos servicios.

Analizando las viviendas multifamiliares del adulto mayor, nos encontramos con la realidad que muchos de ellos siguen compartiendo sus casa con sus hijos y nietos, ya que los hijos no han podido conseguir sus terrenos y además dicen que tiene preocupación dejar a sus padres solos por las dificultades de movilización que tiene y que no pueden estar

movilizándose con tranquilidad sabiendo que su papá sufre de la enfermedad del parkinson, y tiene dificultad para moverse, y tienen temor de que se caiga, otras realidades se encontraron que muchas familias jóvenes (primos, sobrinos acompañan al adulto mayor) y los asisten en su cuidado diario y su aseo personal. Por este motivo los adultos mayores siguen compartiendo sus viviendas haciendo de ellas multifamiliares, y se sienten acompañados y tranquilos de saber que alguien los va a socorrer en un momento de crisis y de emergencia que ellos requieran.

Casi la totalidad de sus viviendas son de tenencia propia, esto les da la tranquilidad al adulto mayor ya que ellos no podrían estar pagando un alquiler en estos tiempos tan difíciles donde su ingreso económico es bajo. Los adultos mayores se preocuparon de construir poco a poco su vivienda y tener sus papeles en regla y al día lo que les da tranquilidad. También vemos que la mayoría de sus pisos son de losetas vinílicas lo que ha permitido tener su casa limpia y ordenada y que les facilita al realizar la limpieza diaria, casi la totalidad tiene sus paredes de material noble, ladrillo y cemento permitiéndoles así una mejor protección contra los climas de invierno y el verano., así no sufren de la inclemencia del clima, por tanto no van a sufrir de enfermedades respiratorias, ni de asma o bronquitis, ya que a su edad son personas vulnerables y propensas a enfermarse y complicarse por las otras patologías que podrían presentar.

Por consiguiente, con estos resultados obtenidos en las variables de los adultos mayores encontramos que la mayoría tiene su vivienda multifamiliar, casi la totalidad tiene su tenencia propia, tiene sus paredes y su techo de material noble, ladrillo, cemento, la mayoría

tiene el material del piso de loseta, vinílicos o sin vinílicos; el número de personas que duermen en una sola habitación es independiente; la totalidad tiene gas para cocinar; tiene tienen conexión domiciliaria de agua, eliminación de sus excretas en un baño propio; la mayoría cuenta con energía eléctrica permanente; la frecuencia que pasa recogiendo la basura por su casa, es diariamente; casi la totalidad tiene disposición de la basura se entierra, quema, carro recolector.

Vemos que las variables en estudio son positivas ya que los adultos mayores se han preocupado por construir sus casitas y tener algo propio, así como también tener sus viviendas con los servicios de agua y luz lo que les facilita su vida tranquila disminuyendo los riesgos a caídas por la luz. La mayoría del número de personas que duermen en una habitación es de una persona por habitación esto se debe al espacio que va quedando en casa de los padres cuando ya estos están ancianos, ya que la mayoría de los hijos se han independizado porque la vivienda es grande; la totalidad de adultos mayores usan su gas electricidad, esto les facilita la cocción rápida de sus alimentos y además así evitan cualquier accidente o riesgos que se tiene al utilizar el carbón o briquetas como el humo de las mismas que van a perjudicar sus pulmones y dañando sus órganos y en consecuencia teniendo complicaciones en su salud, la mayoría tiene la frecuencia con que pasa recogiendo la basura por su casa es diariamente ya que tienen la facilidad que llega el camión recolector de la basura todos los días, así ellos no se contaminan con los residuos sólidos y tampoco no tienen problemas de malos olores en sus hogares, facilitando el entorno saludable y la buena higiene en sus hogares y en la comunidad. Los determinantes del entorno físico en los adultos

mayores van a influir significativamente ya que se corren el riesgo de padecer enfermedades dermatológicas, enfermedades respiratorias complicando su estado de salud del adulto mayor.

TABLA 03: Del 100% (50) de Adultos mayores con Parkinson que acuden al Hospital Essalud el 62% (31) no fumo, actualmente, pero he fumado antes ; el 80% (40) no consume bebidas alcohólicas; el 80% (40) duermen de 6 a 8 horas; el 94% (47) de los encuestados refiere que se bañan 4 veces a la semana; el 56% (28) si se realizan exámenes médicos periódicos en un establecimiento de salud; el 100% (50) no realizan actividad física en su tiempo libre y no sale a caminar y en estas dos últimas semanas no realizaron actividad física durante más de 20 minutos.

En cuanto a su alimentación el 66% (33) consumen frutas y el 62% (31) consumen carne de 3 a más veces por semana; el 46% (23) consume pescado de 1 a 2 veces por semana; el 46% (23) consume fideos 1 o 2 veces a la semana; el 58 % (29) consume 3 veces a más verduras y hortalizas; el 54% (27) consume de 3 a más veces por semana legumbres; el 44% (22) consume 1 a 2 veces a la semana embutidos y enlatados; el 52% (26) consume 3 a más veces por semana lácteos; El 42% (21) consume menos de 1 a 2 veces a la semana dulces y gaseosas; el 50% (25) toman refrescos con azúcar de 1 a 2 veces a la semana y el 44% (22) consume de 3 o más veces a la semana frituras.

Los resultados son similares a la investigación de Ribera J, (82). Concluyó que las afecciones que se relacionan con más frecuencia con el hábito de fumar son el deterioro del

sistema cardiovascular y, especialmente, del aparato respiratorio y el desarrollo de diversos tipos de cáncer (boca, pulmón, laringe, lengua, esófago, estómago, vejiga). Los efectos nocivos derivados del tabaco, explica Ribera, se incrementan e intensifican en las personas mayores, porque presentan peores condiciones físicas, como alteraciones en el aparato respiratorio o arteriosclerosis y, además, por lo general llevan fumando ya mucho tiempo y los perjuicios que ocasiona el consumo de cigarrillos se acumulan con el tiempo.

Por otro lado, estos resultados difieren con Marín J, (83). En la que concluyó la prevalencia de consumo de alcohol en adultos mayores, Y el número de personas que respondió al consumo de alcohol fueron unas 4.058 personas, que representan aproximadamente a 1,5 millones de personas mayores a partir de los 60 años. La prevalencia de consumo de alcohol menos ocasional fue de 32,5%, de los cuales el 52,0% presenta patrones de consumo riesgo. Este grupo está compuesto mayoritariamente por hombres menores de 70 años, con altos ingresos, más de 12 años de educación y que están casados/conviviendo o anulados/separados.

Así mismo estos resultados difieren con la investigación de estudio de Castro Y, (84). Concluye que el 32,2% se bañan 2 a 3 veces a la semana el 43,2% realizan actividades físicas en sus tiempos libres, el 37,4% consumen pescado 1 a 2 veces por semana, 54% de las personas consumen verduras con menos frecuencia de 1 a 2 veces por semana.

Por otra parte, estos resultados son similares con Ganoza M, (85). Concluye que las personas del Centro del Adulto Mayor de Chiclayo tienen una alta frecuencia de mala calidad de sueño y de mala higiene del sueño. Obteniéndose en la mediana la edad de los pacientes que fue de 72, al 74.5% fueron de sexo femenino. Y el 72,7% es decir las 120 personas

asistentes al CAM tiene mala calidad del sueño, 77,6% que equivale a 128 personas. El 57% de los participantes con mala calidad de sueño presentan también mala higiene del sueño. El 43,6% de los participantes padecían Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus el 20% y Artrosis en un 26,7%.

Las formas de vida son las consecuencias de la interrelación entre las diversas peculiaridades de la presencia humana, y esto lo afirmamos (alojamiento, vestimenta, alimentación, capacitación y oportunidades humanas); Cada uno de ellos participará de manera alternativa para llegar a una condición ideal de prosperidad, considerando el procedimiento de desarrollo de la edad madura y los ajustes del individuo a su condición natural y psicosocial cambiante, que sucederá cerca del hogar y la estructura distintiva; ajuste que se sumará a su bienestar físico, desilusión y temor de memoria, abandono, fallecimiento, dependencia o discapacidad (86).

Además, según lo indicado por la OMS, la satisfacción personal es el reconocimiento que un individuo tendrá sobre su lugar en la presencia, en la tierra de la cultura y el marco de valor en el que vive y comparable a sus propios objetivos, sus deseos, sus indicadores, sus intereses. Es una idea expansiva que prevalece en un camino alucinante debido al bienestar físico del sujeto, su expresión mental, su grado de autonomía, sus conexiones sociales, al igual que su relación con los componentes básicos de su condición (87).

Los fumadores de 60 años, son un grupo impotente de pacientes, en peligro de enfermedades por fumar. Los factores de riesgo social son aquellas características conectadas que construirán la delicadeza de los adultos mayores para propagar

enfermedades. Estos componentes se basan en la estructura de la sociedad, las costumbres sociales y el reconocimiento de las progresiones y demandas que infiere la edad madura. Fumar es visto como un uso genuino de drogas crónicas propagado por todo el mundo. Llega a una penetración mundial del 47% en la población masculina adulta, en contraste con el 12% en las mujeres. La propensión al tabaquismo podría instalarse en la forma de vida fundamental de las personas, entendida como la disposición de las elecciones individuales que influyen en el bienestar y sobre las cuales se podría elaborar un nivel específico de control, que además afecta el bienestar y la conducta directa de las personas que vivir respectivamente.

Según la OMS, el tabaco es uno de los principales peligros para el bienestar general que el mundo ha tenido que enfrentar. Mata a alrededor de 6 millones de personas por año, de las cuales más de 5 millones son compradores inmediatos y más de 600,000 son no fumadores que reciben humo reciclado. Prácticamente el 80% de los más de mil millones de fumadores en el planeta viven en países con salarios bajos o centrales, donde el peso de la tristeza y la mortalidad relacionadas con el tabaco es más prominente (88).

El alcohol es una sustancia soluble en agua y circula libremente por todo el organismo afectando a células y tejidos. Cuando el consumo del alcohol es excesivo, lo que da como resultado hígado graso o esteatosis hepática. El alcohol tiene la condición de antielemento, disminuye notablemente el apetito, produce calorías vacías (que no generan energía), afectando la mucosa. El licor ocupa un lugar favorito entre los medicamentos que van a causar dependencia y continuación, con el peligro de demencia y desmoronamiento subjetivo. Los impactos nocivos del licor incorporan problemas de salud, por ejemplo, síndrome de Wernicke - Korsakoff, degeneración cerebelosa, polineuropatías, efectos

indirectos como encefalopatía hepática, hipoglucemias, ACV y algunos defectos directos como la miopatía, Enfermedad de Marchiafava – Bignami y la demencia alcohólica.

El licor ocupa un lugar favorito entre los medicamentos que van a causar dependencia y continuación, con el peligro de demencia y desmoronamiento subjetivo (89).

La calidad del descanso se caracteriza por la concordancia emocional de una persona cuando descansa profundamente durante la noche. Parece que la edad madura tiene una relación sólida con una reducción en la naturaleza del descanso y algunos elementos peligrosos pueden molestar esta condición, por ejemplo, la robustez, la debilidad y la fragilidad. Los estudios actuales han demostrado que la naturaleza del descanso se modifica cuando el diseño de la estela del descanso se debilita con la maduración, este procedimiento se identifica legítimamente con la disminución de la descarga de melatonina, perturbada por la degeneración del nervio óptico y la presencia de cascadas que están visitando en los adultos mayores.

Existen numerosos factores que cambiarán la naturaleza del descanso en los ancianos, por ejemplo, infecciones cerebrovasculares, cardiovasculares y mentales, enfermedades, hipotiroidismo, robustez, diabetes, trastornos metabólicos, entre otros; lo que establece un problema importante en el bienestar general, ya que la prevalencia de las metodologías de baja calidad de descanso es del 91.1% en los mayores de 65 años, lo que aumenta la desolación en estos debido a obstáculos subjetivos, melancolía, problemas sociales y disminución de la utilidad, debilidad a los medicamentos y al licor (90).

La higiene diaria de los ancianos es una tarea muy importante, ya que el cuidado diario de los ancianos evitará posibles infecciones. El cuidador o miembro de la familia que tiene la responsabilidad de mantener limpios tanto su entorno como a la persona mayor. Su

objetivo es evitar los olores desagradables, lograr buenos hábitos de higiene personal y promover la autoestima a través de un cuidado personalizado. De esta forma, se genera una sensación de bienestar, la piel de los ancianos se mantiene en condiciones óptimas, se estimula la circulación sanguínea, se elimina el exceso de grasa de la piel (91).

Después de un tiempo, las personas envejecen y ocurren cambios y modificaciones obvias en su bienestar físico y mental. Cada una de estas progresiones será dinámica y no se puede detener. Básicamente, las actividades ayudarán a mantener el estado de ser, el estado mental y los niveles de tensión circulatoria de los mayores. Dawe y Curran-Smith Blair y diferentes especialistas descubrieron que la actividad desarrolla confianza, discreción, trabajo independiente, propensión al descanso, capacidades académicas y conexiones sociales. Pasear, correr, nadar, yoga, judo, ciclismo, al igual que las actividades de oposición de las grandes reuniones musculares, son las más recomendadas para mejorar la calidad, la velocidad, la adaptabilidad y la paridad. También es crítico incorporar movimiento físico para mantener el tono muscular y la tonicidad (92).

Para una persona más experimentada, una conducta alimentaria adecuada respaldará la transmisión juiciosa de vitalidad y suplementos. Se comprende que una rutina de alimentación razonable es aquella que contendrá todos los suplementos vitales para el correcto funcionamiento del cuerpo, y es la premisa de una satisfacción personal adecuada, ya que normalmente los cambios en sus prácticas alimentarias cambiarán la igualación, y puede introducir insuficiencias en su estado nutritivo.

El adulto mayor requerirá una rutina de alimentación sana, rica en proteínas, vegetales y componentes que le ayuden en la dieta y que se modifique; transmitir volúmenes adecuados para mantener suficiente control del peso corporal; incremente la utilización de alimentos de

hoja y disminuya los nutrientes de alto espesor de vitalidad, particularmente las grasas, a pesar del movimiento físico según lo indique su condición.

En individuos de más de 65 años, profundizan en la naturaleza alimentaria de los sujetos explorados, desglosando los horarios de la cena, las inclinaciones alimentarias de los adultos mayores, la distinción en la conducta alimentaria según la orientación sexual y otros sociales y / o financieros, donde deben incluir productos orgánicos, vegetales, agua, vegetales, proteínas, carnes magras, componentes de seguimiento, minerales, etc. que garanticen su gran sustento y su prosperidad física y mental (93).

Más de la mitad consume legumbres tres veces a la semana, debido a que conocen sobre las propiedades y beneficios que tiene para su salud, las legumbres son muy importantes ya que son fuente de proteínas, hidratos de carbono, fibras y vitaminas del grupo B; menos de la mitad consume embutidos, enlatados nunca o casi nunca, las comida enlatadas no es recomendable para el consumo del adulto mayor debido a los conservantes que contiene, es preferible el consumo de alimentos naturales y frescos que van a brindar un mejor aporte nutricional y más seguro para el consumo del ser humano; menos de la mitad consume lácteos menos de 3 vez a la semana, los lácteos son muy importantes para el consumo del ser humano sobre todo para el adulto mayor que son los que padecen de malestar de los huesos por ello es esencial en su alimentación, pero es recomendable el consumo de los lácteos descremados o sin lactosa para su buena digestión.

Los adultos mayores , consumen dulce, gaseosas menos de 1 o 2 veces a la semana, el consumo de comida chatarra va ir deteriorando y provocando complicaciones en la salud del adulto mayor por los altos contenidos de azúcares, llevándole a padecer diversas

enfermedades tales como sobrepeso, diabetes, hipertensión, etc.; menos de la mitad consume refrescos con azúcar de 1 o 2 veces a la semana, esto debido al manejo de su salud los adultos mayores refieren que por el control que llevan en su alimentación evitan el consumo excesivo del azúcar ya.

Los adultos mayores del hospital Essalud, refieren que ellos consumen en la mayoría fideos, ya que se han acostumbrado a tomar las sopas diariamente , ya que sus padres les han dejado esa costumbre. En conclusión, los adultos mayores no tienen una dieta balanceada, lo cual es un factor de riesgo ya que los hace vulnerables a enfermedades de hipertensión, colesterol, por que consumen muchos carbohidratos como el pan, fideos, etc. Pues ellos no toman mucha conciencia de las enfermedades que puedan contraer por una mala alimentación, así mismo la soledad en estos adultos mayores, dispone de un descuido en su salud.

Concluimos que los adultos mayores no reciben una dieta balanceada, por lo cual va a ser un factor de riesgo ya que los hace vulnerables a enfermedades como hipertensión, colesterol, diabetes, obesidad etc., predisponiendo a que se enfermen y poco a poco se vayan complicando. La alimentación del adulto mayor en casa, se pide apoyo a sus familias para que se informen de una adecuada dieta para el adulto mayor que pueda aportar proteínas y nutrientes que le ayudará a mejorar su salud.

En la investigación realizada al adulto mayor , se concluyó que la mayoría tiene frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas ocasionalmente, esto se debe a que los adultos mayores no toman conciencia de su enfermedad y piensan que pronto se van a mejorar o que con el tratamiento de las medicinas se van a mejorar, el médico le ha prohibido ya que les ha referido que vaya a hacer interacción con sus medicamentos, pero algunos de ellos

no le toma importancia y siguen bebiendo alcohol ocasionalmente sobre todo en los compromisos familiares; la mayoría se bañan 4 veces a la semana, refieren que a veces no hay quien les apoye en su baño diario, y que tienen temor caerse en la ducha, por la falta de equilibrio, o a veces se sienten deprimidos sin deseos de hacer nada, esta situación y dificultad que tienen puede ocasionarles que puedan contraer infecciones por falta de higiene, ahondando aún más sus patologías, la mayoría no realiza actividad física en su tiempo libre, porque no se sienten con ánimos y no están motivados, los adultos mayores refieren que sienten dolores articulares o que tienen temor caerse cuando realicen ejercicios, prefieren estar haciendo sus cosas o evitar hacer mucho esfuerzo, refieren que no se han acostumbrado a una rutina diaria de ejercicios por ello les dificulta hacer actividad física y en verdad no le toman importancia, más de la mitad no fuman, actualmente por el temor que tienen a contraer cáncer al pulmón, bronquitis crónica, cardiopatía y enfermedades cardiovasculares, evitando fumar porque conocen que son más vulnerables a este tipo de enfermedades por su edad.

Al analizar la investigación del adulto mayor, se concluye que la mayoría consume frutas de 3 veces a la semana, las frutas contienen vitaminas A, C, E Y K, destaca complejo B, potasio ayudando a que su sistema inmune este protegido, y a retrasar las enfermedades y defenderse de alguna infecciones virales que puedan contraer, y mejorando su estado nutricional; la mayoría consume carne 3 veces por semana, debido a que consideran que la carne tienen más aporte nutricional y lo consumen en sus sancochados o sopas tradicionales; menos del 50% consumen huevos de 1 o 2 veces a la semana, en sus desayunos o a veces también en el almuerzo cuando no tienen otro alimento para preparar consumen arroz con huevo frito, el huevo les aporta proteínas que les va a ayudar a recuperar su masa muscular;

menos del 50% consumen pescado 1 o 2 veces a la semana, aportándoles omega 3 que es beneficioso para su circulación y les va ayudar a mejorar la memoria y restablecer su cerebro, siempre y cuando lo acompañe de verduras que eleven su valor nutricional; menos consumen fideos 1 o 2 veces a la semana, lo consumen como sopas aportándoles carbohidratos, más de la mitad consumen pan, cereales, verduras, legumbres, lácteos 3 veces por semana, aportándoles fibras para su buena digestión ;menos del 50% consumen frituras, dulce, gaseosa y refrescos aportándoles glucosa, grasas que les va hacer daño, pediríamos apoyo a sus familiares para que el adulto mayor deje de consumir estos productos ya que le van a causar daño a sus organismos por sus altos contenidos en azúcares y grasas. Algunos de estos hábitos y sobre todo los de alimentación que ponen en riesgo la salud del adulto. Se pide colaboración y apoyo a sus familiares y al personal de salud que los atienden en el hospital a fin de seguir con la promoción y prevención de la salud.

TABLA 4, 5 Y 6: Del 100% (50) de Adultos mayores con Parkinson que acuden al Hospital Essalud el 100% (50) se atendió en los últimos 12 meses en un puesto de salud: el 58% (29) considera que el lugar donde se atendieron se encuentra regular cerca de su vivienda; el 100% (50) tiene seguro de Essalud; el 36% (18) refieren que el tiempo que esperaron para que lo atendieran les pareció regular: el 38% (19) refirió que la calidad de atención que recibió en el establecimiento fue muy buena, el 74% (37) manifiestan que no existe el pandillaje y delincuencia cerca de su casa; el 74% (37) el motivo de la consulta por la que acude a un establecimiento de salud son cambios de los hábitos del sueño y

alimentación, el 22%(11) reciben apoyo social y natural; el 100% (50) no recibe ningún tipo de apoyo social organizado.

De acuerdo al estudio realizado se encontró que difieren, tal como en la investigación de Solórzano R, (94). Concluyó que el 100%(60) recibe apoyo social de otras organizaciones, el 40% (24) se atendió en una clínica particular en estos 12 últimos meses; el 30% (18) se atendieron en un hospital; el 55% (33), considera que el lugar donde se atienden este regular tiempo de su casa; el 92% (55) cuenta con un seguro de ESSALUD; el 92% (55) refiere que existe delincuencia cerca de su casa.

También estos estudios realizados se asemeja los resultados de Lavado M, (95). Concluyó que el 62,45% (94) se atendió en un puesto de salud en los últimos 12 meses, el 94,95% (263) considera que el lugar donde se atendió está regular; el 66,43% (184) tiene Seguro (SIS-MINSA); el 42,60% (118) le pareció largo el tiempo que espero para que lo atendieran; el 56,32% (156) consideró que fue regular la calidad de atención que recibieron; en cuanto al pandillaje y la delincuencia cerca de su casa existe en un 66,43%, (184). El 95,67% (265) de las mujeres adultas jóvenes reciben apoyo social natural de sus familiares y el 100% (277) manifiesta que no recibe algún apoyo social organizado.

Por el contrario, estos resultados difieren con Garzón C. y Llumiguano M, (96). Se concluyó el predominio del grupo etario de más de 65 años, género femenino, de étnica mestiza, en forma mayoritaria, los pacientes encuestados consideran que las dimensiones de calidad de vida y satisfacción del paciente con los servicios de salud se ubican en el rango medio de favorecimiento según el establecido en la escala de calificación; pues evidenciaron que en

la unidad de salud a la cual acuden a sus controles rutinarios por su diagnóstico, consideran la calificación con un predominio del 57,61 % que les facilitan recursos para su cuidado.

Los sistemas de salud su objetivo principal es mejorar el bienestar. Esto sugiere lograr el grado de bienestar más ideal para toda la población durante la duración del ciclo de existencia, lo que implica tener un marco de bienestar viable. Sea como fuere, en algunos casos la fuerza normal de la población puede garantizarse o mejorarse atendiendo excesivamente las necesidades de ciertas reuniones favorecidas. Los sistemas de salud, en este sentido, además tiene la obligación de disminuir los desequilibrios, idealmente mejorando la solidez de las personas que se encuentran en condiciones más lamentables. En este sentido, el marco de bienestar también debería ser imparcial. Los marcos de bienestar también deberían ofrecer un tratamiento satisfactorio a los clientes de las administraciones de bienestar, lo que significa ofrecer administraciones de bienestar dentro de un sistema que respete e de las personas, su autogobierno y el secreto de los datos.

De acuerdo con la OMS, los objetivos de un sistema de salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: la prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud (97).

Es el Seguro Integral de Salud (SIS) es un instrumento de protección, con más de 16 millones de afiliados, convirtiéndose en el mayor asegurador público de salud del país. Ofreciendo cobertura de enfermedades de alto costo tales como leucemia, cáncer, insuficiencia renal crónica y traslado de pacientes/ acompañante. Esto es posible gracias al incremento sostenido de su presupuesto, de 565 millones de soles en 2011 a 1.75 mil millones en 2017 (98).

MINSA reveló que el 37,5% de las personas adultas mayores en el Perú tiene su seguro en EsSalud; el 32% se encuentra afiliado al Sistema Integral de Salud. Este seguro va a adquirir un valor importantísimo ya que va a permitir su atención en alguna emergencia médica, cubriendo a la totalidad y al porcentaje intervenciones de forma gratuita. (99).

La calidad de atención se define como una atención de alta calidad como aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes. Considera que una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible, pero que, en el tratamiento de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como "el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos. La calidad de la atención en salud que se brinde es de vital importancia en la calidad de vida que tengan los adultos mayores, de ahí lo necesario de evaluar la calidad de la atención en salud dada a las personas de este grupo de edad, para lo que es necesario tener claro qué es la calidad. (100)

Así mismo los grupos de apoyo organizado son la alternativa al sistema de cuidados tradicionales, basados en el modelo profesional de la salud, en el que cuando las personas sufren un problema esperan que la solución al mismo este a cargo de un agente externo, un profesional que posee los conocimientos adecuados y las estrategias para resolverlo (101).

Por consiguiente, la palabra "pandilla" antes se definía como la palabra que identificaba a los amigos del barrio, a la banda, la cuadrilla que se juntaban para compartir inquietudes y divertirse. En nuestros tiempos pandilla es la palabra usada por niños, jóvenes y adultos, para

denominar a los grupos de adolescentes y jóvenes que en los barrios se caracterizan por los actos de violencia callejera, robos, inseguridad que protagonizan. Por tanto, una pandilla es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan belicosamente con sus pares, afectando directa o indirectamente a la población colindante con sus viviendas

La pandilla forma parte del fenómeno que los especialistas han denominado como “violencia juvenil”, donde se van a incluir otras formas de violencia como las barras bravas, manchas escolares, delincuencia, drogadicción y prostitución juvenil, entre otros. Hoy por hoy son una gran parte de nuestra vida cotidiana y han marcado esta última década creando inseguridad, malestar y conflicto en nuestra población (102).

Por otra parte, los grupos sociales alentadores de personas, como tipos de relación y como marco de intercambio, pueden dar diferentes ventajas y premios a los adultos más establecidos. El valor y la importancia de la organización informal para esta reunión de edad puede verse como un campo de comercio de conexiones, administraciones y artículos, desde el cual la seguridad esencial (el cumplimiento de las necesidades fundamentales), el seguro y la oportunidad de desarrollarse como individuo. A través de los intercambios, los grupos alentadores de personas contribuyen a la satisfacción personal de la población adulta más establecida, no solo a la luz del hecho de que ofrecen ayuda material e instrumental que mejora los entornos cotidianos, sino también en vista del enorme efecto sobre El círculo apasionado (103).

Por lo tanto, con respecto al Programa Nacional de Asistencia Solidaria-Pensión 65, se une al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el organismo administrador del Sistema de Desarrollo e Inclusión Social de la nación, responsable de estructurar, organizar y dirigir

enfoques y técnicas planificadas para cerrar agujeros de desequilibrio a través de la disminución de la necesidad y la impotencia de las diferentes divisiones de la población. Desde el momento en que se consolidan, los clientes de Pensión 65 se asocian al Seguro de Salud Integral, y la coordinación de los esfuerzos con MINDIS y MINSA se suma a esto, en el sistema de la técnica de seguridad para adultos más establecidos es vital. La anualidad 65 de 2016 realizó cruzadas con el Ministerio de Salud, debido a que 152,512 administraciones clínicas fueron otorgadas a través de 1,398 esfuerzos de bienestar, para ayudar a 67,283 clientes antiguos (104).

Por consiguiente al analizar las variables de los determinantes de redes sociales y de apoyo concluimos que la totalidad no reciben apoyo social organizado, no tienen pensión 65, ni comedor popular. La mayoría menciona que no hay pandillaje por su casa, recibe apoyo social natural de su familia. Los adultos mayores, refieren que muchos años antes había mucha delincuencia por sus casas, pero que ahora como están los servicios de serenazgo y seguridad ciudadana han bajado la delincuencia y pandillaje, ahora refieren que se sienten un poquito más seguros y que no obstante tienen cuidado en sus hogares por prevención; la mayoría recibe algún apoyo social natural de parte de sus familiares, este apoyo es muy importante para el adulto mayor el cual refirieron que es una forma de no sentirse solos y que de una u otra manera es indispensable para solventar algunos gastos; la

mayoría tienen seguro del ESSALUD, este tipo de seguro proporciona la totalidad de su atención médica así como sus medicinas, y otros exámenes auxiliares que requiera el adulto mayor; la mayoría asistió al hospital por motivo de la consulta por la que acude

por cambios en los hábitos del sueño o alimentación porque se les dificulta conciliar el sueño por ser uno de los síntomas de su enfermedad.

La totalidad de adultos mayores se han atendido en estos 12 últimos meses en un puesto de salud, debido a los malestares que presentan en épocas de invierno, más aun en los adultos mayores que de vez en cuando asisten a la puesto de salud por la misma enfermedad que padecen o por algún molestar que sientan; más de la mitad consideran que el lugar donde lo atendieron es muy buena ; menos del 50% considera que el tiempo que espero para que lo atendieran fue regula; menos del 50% considera que la calidad de atención fue muy buena ya que les brindan esa paciencia que ellos necesitan, así como la calidad de atención que brindan es integral.

Los adultos mayores del hospital Essalud, la totalidad no goza de la pensión 65, son personas que no pueden acceder a este beneficio ya que de alguna manera ellos anteriormente han tenido un trabajo y nunca han pensado en acceder a este beneficio. Además, este beneficio se da con mayor porcentaje a las personas de la sierra, esto no quiere decir que estas personas no necesiten, al contrario, ahora son personas vulnerables que requieren de apoyo para poder seguir viviendo ya que su sueldo no les alcanza, y el ir a trabajar aumenta los factores de riesgo para su salud ya que se exponen . Es importante que el gobierno pueda designar una ayuda y apoyo al adulto mayor comprometiéndose en vigilar y orientar para que tenga un mejor estilo de vida.

V. CONCLUSIONES

- En los determinantes biosocioeconómico del adulto mayor ; casi la totalidad tiene baño propio, energía eléctrica permanente, disposición de basura lo entierra, quema, carro recolector, suele eliminar su basura en el carro recolector; la mayoría son sexo masculino, tienen secundaria completa,/incompleta, su ingreso económico es menor de 750 , tienen una ocupación eventual, la mayoría su tipo de vivienda es multifamiliar, de tenencia propia, material del piso es de loseta, vinílicos o sin vinílicos, el material de las paredes es de material noble, ladrillo y cemento, el número de personas que duermen en una habitación es independiente, usa gas electricidad, la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es diariamente ; más de la mitad el material de techo son de material noble, ladrillo y cemento; más de la mitad tiene conexión domiciliaria.
- En los determinantes de los estilos de vida del adulto mayor; la mayoría tiene frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas ocasionalmente, se bañan 4 veces al día, no realiza actividad física en su tiempo libre, consume frutas y huevos de 1 o 2 veces a la semana; la mayoría no fumo, actualmente pero he fumado antes; duermen de 6 a 8 horas; si se han realizado algún examen médico en un establecimiento de salud, en las dos últimas semanas no han realizado ninguna actividad física más de 20 minutos, consumen pescado menos de la mitad de 3 o más veces por semana; la mayoría consumen frutas de 3 o más veces por semana; menos de la mitad consumen fideos de 1 o 2 veces a la semana; más de la mitad consumen pan, cereales; más de la mitad consumen hortalizas y verduras; más de la mitad consume legumbres nunca;

menos de la mitad consume embutidos; más de la mitad consume lácteos 3 o más veces por semana; menos de la mitad consumen dulces, gaseosas de 3 o más veces a la semana la mitad consume ; refrescos con azúcar de 1 o 2 veces a la semana; menos de la mitad consumen frituras de 3 a más veces a la semana.

- En los determinantes de redes sociales y comunitarias del adulto mayor ; la totalidad de `pacientes se atendió en los últimos 12 meses en un puesto de salud ,la totalidad de los adultos mayores tiene seguro tipo ESSALUD; menos del 50% considera que el lugar donde lo atendieron es regular, menos del 50% considera que la calidad de atención es muy buena ,la mayoría refiere que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa y considera que el lugar donde lo atendieron está regular; la totalidad no recibe algún apoyo social organizado no cuentan con Pensión 65; la mayoría el motivo de la consulta por la que acude es por hábitos de sueño y alimentación; la mayoría tiene apoyo social natural.

ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

Recomendaciones

- Sensibilizar a las autoridades regionales y locales para que por medio de esta investigación puedan coordinar y ejecutar planes y estrategias que ayuden a mejorar la calidad de vida del adulto mayor a través de nuevos programas preventivos.

- Brindar información al hospital Essalud sobre los resultados de esta investigación para que así puedan priorizar los problemas que afectan al adulto mayor a través de estrategias, tratamiento y buen manejo de la enfermedad del adulto mayor.
- Realizar nuevas investigaciones en base a los resultados del presente estudio para así prevenir enfermedades que limiten al adulto mayor.
- Sensibilizar al adulto mayor para que pueda empoderarse de su salud, así pueda intervenir y ser participe activo en los programas de promoción y prevención contra distintas patologías que les aqueja.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado A, Salazar A. Análisis del Concepto de Envejecimiento. [Internet]. Gerokanos 2014. Scielo España. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
2. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. [Internet]. Banco Interamericano del Desarrollo. 2018. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
3. Lopez O. Consecuencias del rápido envejecimiento de la población de Brasil. [Internet]. America Economía. 2018. Disponible en: <https://www.americaeconomia.com/analisis-opinion/consecuencias-del-rapidoenvejecimiento-de-la-poblacion-de-brasil>
4. Martins M, Campos M, Mendes M, Torres M, Ballesteros E. Políticas públicas brasileñas para las personas mayores. [Internet]. Gerokomos vol. 20 no.2. 2009. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000200005
5. Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomado en Autonomía, Cuidados y Dependencia en la Vejez - Semi presencial. [Internet]. Disponible en:

<http://educacioncontinua.uc.cl/36933-ficha-diplomado-en-autonomía-cuidados-ydependencia-en-la-vejez%20chile>

6. OPS/OMS Chile. Salud de los adultos mayores. [Internet]. 2007. Disponible en: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=176:salud-adultos-mayores&Itemid=1005
7. OPS/OMS Bolivia. Bolivia se encamina hacia la salud universal. Disponible en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=2209:bolivia-se-encamina-hacia-la-salud-universal&Itemid=481
8. Freire W, Waters W. Condiciones de Salud en los Adultos Mayores en el Ecuador: Desafíos Presentes y Futuros. [Internet]. Disponible en: http://www.alapop.org/Congreso2012/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2012_FINAL212.pdf
9. Garcia J, Sanchez A. Situación de la población adulta mayor. INEI. 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/adulto-mayordic_2019.pdf
10. OMS. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Artículo Original. 2015. [Fecha de acceso 27 de septiembre del 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

11. INEI. Documento Completo. [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib152/6/libro.pdf
12. Azañedo D, Vargas Fernandez R, Rojas C. Factores asociados al uso de servicios de salud oral en adultos mayores peruanos: análisis secundario de encuesta poblacional. Rev. Peru Med. Exp Salud Pública 36 (4). 2018. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n4/553-561/>
13. Ministerio de Salud. Documento técnico: Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental. 2018. Sitio web. Perú. [Fecha de acceso 27 de Noviembre del 2019]. URL disponible en: https://gobpe_production.s3.amazonaws.com/uploads/document/file/206118/Reso%20lución_Ministerial_N_935-2018-MINSA.PDF
14. Instituto Peruano de Economía. Diario en Chimbote. Ancash: Avances en Salud. Sitio web. 2018. Perú. [Fecha de acceso 27 de Noviembre del 2019]. URL disponible en: <https://www.ipe.org.pe/portal/ancash-avances-en-salud/>
15. Red Pacífico Norte, oficina de Estadística Magdalena. Nueva. Chimbote. 2016. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/1298747-ancash-reportan-1071-casosviolencia-adultos-mayores/>
16. Radio Santo Domingo. Población adulta mayor aumento en casi 200% en las últimas tres décadas, Adultos mayores en Chimbote. 2017. Perú. [Fecha de acceso 27 de Noviembre del 2019]. URL disponible en:

<https://radiorsd.pe/noticias/ancashpoblacion-adulta-mayor-aumento-en-casi-200-%20en-las-ultimas-tres-decadas>

17. Instituto Nacional of Desordenes Neurológicas y Traumas. Enfermedad del parkinson: Esperanza en la Investigación. Disponible en: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parkinson_disease_spanish.htm
18. Condor I, Atencio-Paulino J, Contreras C. Características Clínico Epidemiológicas de la Enfermedad de parkinson en un Hospital Nacional de la Sierra Peruana. [Internet]. Rev. Fac. Med. Hum. Octubre 2019;19 (4):14-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n4/a04v19n4.pdf>
19. PAUL, Kimberly C., et al. The association between lifestyle factors and Parkinson's disease progression and mortality. [Internet]. *Movement Disorders*, 2019, vol. 34, no 1, p. 58-66. URL disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/mds.27577>
20. SERTÃO, Agatha Thais; FERREIRA, Danilo Avelar Sampaio. RELAÇÃO ENTRE ESTILO DE VIDA E A ETIOLOGIA DA DOENÇA DE PARKINSON EM PACIENTES DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ–BA. [Internet]. Revista Brasileira de Neurología, 2018, vol. 54, no 4. URL disponible en: <https://revistas.ufrj.br/index.php/rbn/article/view/22334/0>
21. Carabajo M. Determinantes sociales de la adherencia terapéutica de adultos mayores hipertensos atendidos en el subcentro de salud de la Parroquia "El Vecino", Cuenca – Ecuador, 2015. [Internet]. Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas.

- Centro de posgrados, Ecuador 2017. Disponible en
URL: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27254/1/Tesis.pdf>
22. Bernal D, Nuñez M, Ortega D. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en la población adulta de Garachiné en Darién Panamá - 2015. [Internet]. Universidad de Panamá. 2015. Disponible en: <http://up-rid.up.ac.pa/218/>
 23. Bosch R, Zayas T, Hernández E. Algunos determinantes sociales y su impacto en las demencias. [Internet]. Revista Cubana de Salud Pública. 2017; 43(3). Disponible en: <https://blogcrea.imserso.es/wp-content/uploads/2017/10/spu12317.pdf>
 24. Berrocal J, Rosa E, Oblea S. Determinantes sociales de la salud Familiar de la comunidad de San Francisco. [Internet] *Corrales-Tumbes*. 2016. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/54/TESIS%20-%20JICARO%20Y%20OBLEA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 25. Parraga Y, et al. Calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo 2017. [Internet]. Universidad nacional del centro del Perú.2017. Disponible en:
<http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/3420>
 26. Pablo J. Calidad de vida del adulto mayor de la casa “Polifuncional Palmas Reales” Los Olivos Lima 2016. [Internet]. Facultad de obstetricia y enfermería. 2017. Disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/2276/pablo_j.pdf;jsessionid=BF10EF94B777EC291DB1D5F1FDF4CE1C?sequence=3

27. Paredes C, Vásquez L, Nonaka M. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso del centro de atención del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Iquitos 2017. [Internet]. Unap Iquitos, 2017. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4871/Cinthia_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Bazalar L, Runzer F, Parodi J. Asociación entre el estado nutricional según índice de masa corporal y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Médico Naval del Perú, 2010 – 2015. [Internet]. Artículo original, Acta med. 2019 Perú. [Fecha de acceso 27 de septiembre del 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172019000100002
29. Reyes M, Zavaleta E, Bazalar-Palacios J. Determinantes de la salud en adultos de la ciudad de Chimbote, Perú: estudio descriptivo. [Internet]. *Medwave*, 2019. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/7637.act>
30. Hipólito R. Determinantes De La Salud En Adultos Mayores. Asentamiento Humano Los Cedros – Nuevo Chimbote, 2016. [Internet]. Alicia/Concytec. 2017. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/ULAD_f2b0a2d0528d6bbdf8f7a3a4b494cc75

31. Torres N. Determinantes de la salud en adultos mayores que acuden al Centro Médico EBEN-EZER. Nuevo Chimbote, 2018. 2019. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/13390>
32. Tocas C. Determinantes de la salud en el adulto mayor. Pueblo joven Florida Baja - Chimbote, 2018. [Tesis para obtener el Título de Licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/6666>
33. Solórzano I. Determinantes de la salud en adultos mayores que acuden al puesto de salud Miraflores Alto - Chimbote, 2016. [Tesis para obtener el Título de Licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/6004/ADULTOS>
34. Galli A, Pages M, Swieszkowski S. Factores determinantes de la salud. Área de docencia de la Sociedad Argentina de Cardiología. [Internet]. Buenos Aires. 2017. [Citado 17 de Noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wpcontent/uploads/2018/04/factores-determinantes-de-lasalud.pdf>
35. Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y Determinantes sociales de la salud. Modelo de Dahlgren y Whitehead de producción de inequidades en salud. [Internet]. Chile. 2017. [Citado 17 de Noviembre de 2019]. URL disponible en:

https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/C%20urso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf

36. Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y Determinantes sociales de la salud. Modelo de Dahlgren y Whitehead de producción de inequidades en salud. [Internet]. Chile. 2017. [Citado 17 de Noviembre de 2019]. URL disponible en:
https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/C%20urso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf
37. Crisis y Salud. Determinantes estructurales. España [Citado 9 de setiembre del 2017]. Disponible en: <http://www.easp.es/crisis-salud/impacto-en/determinantes-estructurales>
38. Benítez I. Determinantes Intermedios y Proximales y su relación con la Adherencia a la terapia Antirretroviral de gran actividad (TARGA) en una IPS de Bogotá. 2014;130.
39. Salud en las Américas. Determinantes e inequidades en salud - 2012. [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-2012volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en
40. Sanitas. La evolución del concepto de salud. [Artículo en internet]. 2014. [Acceso 26 de Noviembre 2017]. Disponible en:

<https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-desalud/prevencionsalud/san041834wr.html>

41. Dieguez A, Reflexiones sobre el concepto de comunidad. De lo comunitario a lo local. De lo local a lo mancomunidad. Buenos Aires (Argentina). Octubre 1998. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000215.pdf>
42. Moiso A, Mestorino M, Ojea O. Componentes de la Salud Pública. Fundamentos de Salud Pública [Internet]. 2007;305-16. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo
43. Concepto de educación. [Internet]. Argentina. 2019. [Acceso 27 de Noviembre 2019]. URL disponible en: <https://concepto.de/educacion-4/>
44. Organización de Internacional del Trabajo. Servicios de Salud. [Internet]. 2019. [Acceso 27 de Noviembre 2019]. Hallado en: <https://www.ilo.org/global/industriesand-sectors/health-services/lang--es/index.htm>
45. Pérez J. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009. URL disponible en: <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
46. Significados.com. Significado de Territorio. [Internet]. 2019. [Acceso 27 de Noviembre 2019]. Hallado en: <https://www.significados.com/territorio/>

47. Aimar A, Videla N, Torre M, Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermera. Universidad de Murcia. Enfermería global, 2006.-revista.um.es. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.5.2.385>
48. Universidad Costa Rica. Tipos de investigación: Descriptiva, Exploratoria y Explicativa [Internet]. Universia.net. 2017 [citado 10 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://noticias.universia.cr/educacion/noticia/2017/09/04/1155475/tiposinvestigacion-descriptiva-exploratoria-explicativa.html>
49. Universidad de Alcalá. ¿Qué es la investigación cuantitativa? [Internet]. 2017 [citado 10 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.masterfinanzas-cuantitativas.com/que-es-investigacion-cuantitativa/>
50. Cabanillas R. Metodología de Investigación: Tipo de estudio [Internet]. SlideShare. 2017 [citado 10 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/raulitounico/clase-9-metodologia-de-investigacion-tipodeestudio>
51. Barba M. Definición de sexo, género y sexismo [Internet]. AboutEspañol. 2019 [citado 10 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.aboutespanol.com/definicion-de-sexo-genero-y-sexismo-1271572>
52. Instituto Vasco de Estadística. Definición Nivel de instrucción [Internet]. Eustat. 2015 [citado 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_131/elem_11188/definicion.html

53. Banda J. ¿Qué es un ingreso?: Concepto de ingreso [Internet]. EconomíaSimple.net. 2016 [citado 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.economiasimple.net/glosario/ingreso>
54. Martínez I. Una profesión es la ocupación u oficio [Internet]. Prezi. 2017 [citado 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://prezi.com/ksoj5w9enntw/unaprofesion-es-la-ocupacion-u-oficio-querealiza-una-pers/>
55. Vega J. Diccionario Social: Vivienda [Internet]. Enciclopedia Juridica Online. 2018 [citado 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://diccionario.leyderecho.org/vivienda/>
56. Tassano E. El estilo de vida, determinante primordial de la salud [Internet]. Diario Epoca. 2016 [citado 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://diarioepoca.com/539521/el-estilo-de-vida-determinante-primordial-de-lasalud/>
57. Aldaz R. Alimentación y nutrición (Definición) [Internet]. Periodista Digital. 2014 [citado 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.periodistadigital.com/magazine/gastronomia/20140913/alimentaci%20o-n-nutricion-definicion-noticia-689403010703/>

58. Gibezzi V. Las redes sociales y comunitarias en el ámbito de la salud. Dialnet [Internet]. 2015; 1-5. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen77/gibezzi.pdf>
59. Fajardo G, Gutierrez J, Garcia S. Acceso efectivo a los servicios de salud: Operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Pública Mex. 2015;57(2):180-6.
60. Cordon J. Analizando la V de Aiken Usando el Método Score con Hojas de Cálculo. ResearchGate [Internet]. 2016; (June 2015). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/277556053_Analizando_la_V_de_Aiken_Usando_el_Metodo_Score_con_Hojas_de_Calculo
61. Gomez S, Bolivar M. Presentación de Validez y Confiabilidad [Internet]. SlideShare. 2014 [citado 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/scgambiental/presentacin-de-validez-y-confiabilidad>
62. Botella J. Investigación CI de É en. Código de ética para la investigación. Univ Católica Los Ángeles Chimbote [Internet]. 2016 Jan 25 [cited 2019 Jul 2]; Available from: Disponible en URL: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/7455>
63. Justo B, Quispe H. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. Microred edificadores Misti – Minsa Arequipa 2016. Para obtener el título profesional de enfermera. Universidad nacional de San Agustín de

- Arequipa Facultad de enfermería. Arequipa, Perú. 2016. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1799/ENjucab.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
64. Alvares K, Barbecho P. Factores en la frecuencia de hipertensión arterial en los adultos mayores de las parroquias urbanas. Universidad de Cuenca. Facultad de ciencias médicas. Escuela de medicina. Ecuador, 2015. Disponible en URL: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25412/1/TESIS.pdf>
65. Garay, N. Determinantes de la salud de la asociación el Moro II. Tacna, 2013. [Página de Internet]. Perú. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000032856>
66. Porporatto M. Sexo. [Internet]. Quesignificado.com. 2016. [citado 22 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://quesignificado.com/sexo/>
67. Instituto Vasco de Estadística. Nivel de instrucción. [Internet]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_136/elem_2376/definicion.html
68. Estela M. Ingreso económico. [Internet]. Concepto.de. Argentina. 2020. [citado 22 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://concepto.de/ingreso-2/#ixzz6KQr7tUCN>.
69. Guadalupe L. Ocupación Laboral. [Internet]. Wikiestudiantes. 2013. Disponible en: <https://www.wikiestudiantes.org/ocupacion-laboral/>

70. Alburquerque G. Determinantes de la salud en la persona adulta en el Caserío San Juan de la Virgen- Ignacio Escudero -Sullana, 2013. [Informe de Tesis].
71. Alzate E, Vélez M, López Y. Vivienda nueva rural enmarcada en la estrategia de vivienda saludable: Copacabana, Antioquia (Colombia), 2011. Revista Hacia la Promoción de la Salud 2012. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826004>
72. Sipan A. Determinantes de la salud en adultos mayores de la Asociación el Paraíso – Huacho, 2017. [Tesis para obtener el Título de Licenciado en Enfermería]. Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2017. URL disponible en:
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000049748>
73. Bazán S. Determinantes de la salud en adulto joven. Asentamiento Humano Villa el Sol – Chimbote, 2016. [Tesis para obtener el Título de Licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2018. URL disponible en:
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000046231>
74. Bazán A. Vivienda Multifamiliar. [Internet]. Slideshare. 2016. URL disponible en:
<https://es.slideshare.net/AnaELisaS/vivienda-multifamiliar-definicin-y-tipologa>
75. Pasca L. La Concepción de la Vivienda y sus objetos. [Tesis para obtener el Título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Complutense de Madrid; 2014. URL Disponible en: https://www.ucm.es/data/cont/docs/506-2015-04-16-Pasca_TFM_UCM-seguridad.pdf

76. Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México. Definición del acabado de construcción. [Internet]. URL Disponible en: <https://rogeliocecytem.weebly.com/definicioacuten.html>
77. Organización Mundial de la Salud. Guías para el Saneamiento y la Salud – Resumen Ejecutivo. [Internet]. 2018. URL disponible en: https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/guia-de-saneamientoresumen-ejecutivo.pdf?ua=1
78. Osinergmin. La industria del gas natural en el Perú – A diez años del Proyecto Camisea. [Internet]. 2017. URL disponible en: https://www.osinergmin.gob.pe/seccion/centro_documental/Institucional/Estudios_Economicos/Libros/Libro-Industria-Gas-Natural-Peru-10anios-Camisea.pdf
79. Maestu J. El acceso al agua y la energía, condición básica para superar la pobreza. [Internet]. El País. 2014. URL disponible en: https://elpais.com/elpais/2014/01/13/planeta_futuro/1389606854_541241.html
80. Tennant T. Las responsabilidades laborales de los recolectores de basura. [Internet]. eHow en español. Actualizado en: 20 de Noviembre de 2017. URL disponible en: https://www.ehowenespanol.com/responsabilidades-laborales-recolectores-basurainfo_227403/

81. Ribera J. Afecciones del Hábito de Fumar. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. Artículo original. 2017. Madrid. [Fecha de acceso 22 de Octubre del 2017].
82. Marín J. Consumo de alcohol en los adultos mayores: prevalencia y factores asociados. Observatorio chileno de drogas estudios de SENDA. N° 23 .Chile, 2015. ISSN: 0719 – 2770.
83. Castro Y. “Promoción de Estilos de Vida Saludable Área de Salud de Esparza Costa Rica. Tesis para optar el grado de licenciado en enfermería Universidad Nacional de costa rica 2012. URL Disponible en:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis708.pdf>
84. Ganosa M. Calidad e Higiene del sueño en asistentes al centro del adulto mayor Essalud Chiclayo 2015. Universidad San Martin de Porras. Tesis. Facultad de medicina humana Sección de pregrado. Perú; 2017. URL disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2536/1/GANOZA_ME.pdf
85. Rubio D, Rivera L, Borges L, Gonzáles F. Calidad de vida en el adulto mayor. [Internet]. VARONA, Revista Científico- Metodológica, No. 61, julio-diciembre, 2015. ISSN: 1992-8238. La Habana, Cuba. 2015. URL disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>

86. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. [Internet]. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ISSN 1025 - 5583 Págs. 284 – 290. Lima, 2007. URL Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
87. Cuellar J, Fuentes A, Rodríguez L, Iglesias P. Riesgo tabáquico en adultos mayores desde la consulta de cesación. [Internet]. Publicación Periódica de Gerontología y Geriátrica RNPS 2110 ISSN 1816-8450 Vol.12. No.2. 2017. URL Disponible en: <http://files.sld.cu/gericuba/files/2018/01/Tabaquismo.pdf>
88. Fainstein I, Schifis H, Soengas N. Curso Superior Bial de Especialista en Medicina Geriátrica. [Internet]. Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica. 2012. URL disponible en: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2016/06/Dr.-Sadi-2011-2012.pdf>
89. Ahumada J, Gámez M, Valdez C. El consumo de alcohol como problema de salud pública. [Internet]. Rev Ra Ximhai ISSN 1665-0441. 2017. URL disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
90. Merchán J, Nieto P, Rubio S, Manrique D. Asociación entre la calidad de sueño y los parámetros antropométricos en adultos mayores de 65 años institucionalizados en hogares geriátricos de Tenjo y Cajicá en el segundo semestre del 2017. [Internet]. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Bogotá, Colombia. 2017. URL disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/840/1/CALIDAD%20DE%20SUEÑO>

[O%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20Y%20MEDIDAS%20ANTROPOMETRICAS.pdf](#)

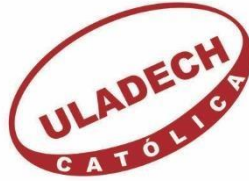
91. Vargas V. Técnicas de higiene y aseo para las personas mayores. [Internet]. Cuidum. 2019. URL disponible en: <https://www.cuidum.com/blog/tecnicas-de-higiene-y-aseopara-personas-mayores/>
92. Weimar T. La actividad física en el adulto mayor. [Internet]. Lopezdoriga.com. Actualizado en: 16 de Junio del 2016. URL disponible en: <https://lopezdoriga.com/vida-y-estilo/la-actividad-fisica-en-el-adulto-mayor/>
93. Troncoso C. Alimentos del Adulto mayor según el lugar de residencia. [Internet]. Horiz. Med. vol.17 no.3 Lima jul. 2017. URL disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300010
94. Solórzano R. Determinantes de la salud en adultos mayores de la Casa del Adulto Mayor. La Esperanza – Santa María - Huacho, 2015. [Tesis para obtener el Título de Licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2019. URL disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000049204c>
95. Lavado M. Determinantes de la salud en mujeres adultas jóvenes. Pueblo Joven San Pedro - Chimbote, 2015. [Tesis para obtener el Título de Licenciada en

- Enfermería]. Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2016. URL disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000039793>
96. Garzón C. y Llumiguano M. Cuidados paliativos en el control de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor. Yaruquies, 2017. Tesis para obtención del título de licenciada en enfermería. Universidad Nacional del Chimborazo. Facultad de ciencias de la salud. Riobamba. Ecuador.2017. URL disponible en URL: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4132/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2017-0005.pdf>
97. Gobierno de México, Organización Mundial de la Salud. Desempeño de los Sistemas de Salud. [Internet]. México, 2002. URL disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/presentacion.pdf>
98. Gobierno del Perú. Seguro Integral de Salud (SIS). [Internet]. Actualizado en: 23 de Abril de 2020. URL disponible en: <https://www.gob.pe/130-seguro-integral-de-salud-sis>
99. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial en salud mental. [Internet]. Perú, 2018.[Citado 23 de abril de 2020]. URL disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>

100. Miranda A, Hernández L, Rodríguez A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. [Internet]. Rev Cubana Med Gen Integr v.25 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2009. URL disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864
101. Cáceres W. Principales causas determinantes en la aparición de pandillaje en adolescentes en la ciudad de Puno – 2017. [Internet]. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. 2017 [citado 21 de abril de 2020]. Disponible en:
http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/1764/T036_43341326.pdf?sequence=3&isAllowed=y
102. Organización Mundial de la Salud. Programa de la OMS para entornos adaptados a las personas mayores. [Internet]. 2007. URL disponible en:
https://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_programme/es/
103. Becerra C. Garantizan recursos para atención en salud de usuarios de Pensión 65. [Artículo de internet]. El peruano, diario oficial del bicentenario, 2016. URL disponible en: <http://www.elperuano.com.pe/noticia-garantizan-recursos-paraatencion-salud-usuarios-pension-65-43690.aspx>

VII. ANEXOS:

ANEXO N° 01



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES
DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES CON
PARKINSON HOSPITAL ESSALUD CHIMBOTE, 2020**

Elaborado por Dra. 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 nivel instrucción ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
- Superior Universitaria ()
- Superior no universitaria ()

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

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

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia:

- Alquiler ()

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

6.3. Material del piso:

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

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

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

6.6 Cuantos personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

- A campo abierto ()
 - Al río ()

- En un pozo ()
- Se entierra, quema, carro recolector ()

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. ¿Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

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

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

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

21. DIETA:

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

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

- Muy corto ()
- No sabe ()

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

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

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

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO N° 02

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos de 18 a más años en el Perú** desarrollado por Dr. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en adolescente de 10 a 19 años.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Donde:

\bar{x} : Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra. l : Es la calificación más baja posible. k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

- Se solicitó la participación de un grupo 10 jueces expertos del área de Salud.
- Se alcanzó a cada uno de los expertos la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS DE 18 AÑOS A MÁS EN EL PERÚ”.
- Cada experto para cada ítem del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - esencial?
 - útil pero no esencial?
 - no necesaria?
- Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas
- 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)
- 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.

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

11	1,000	33	1,000
12	1,000	34	1,000
13	1,000	35	1,000
14	1,000	36	1,000
15	1,000	37	1,000
16	1,000	38	1,000
17	1,000		
Coefficiente V de Aiken total			0,998

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

ANEXO N° 03

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

TABLA 2

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

N°	Expertos consultados										Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 01	Experto 02	Experto 03	Experto 04	Experto 05	Experto 06	Experto 07	Experto 08	Experto 09	Experto 010					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
20	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,95 0
21	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,95 0
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0

30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
Coefficiente de validez del instrumento															0,99 8

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

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

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

Comentario:									
P3.1									

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

P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									

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

Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentario:									

P18									
Comentario:									
P19									
Comentario:									
P20									
Comentario:									
P21									
Comentario:									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario									

P25									
Comentario									
P26									
Comentario									
P27									
Comentario									
P28									
Comentario									
6 DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIA									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									
P31									
Comentario									
P32									
Comentario									
P33									
Comentario									
P34									
Comentario									
P35									
Comentario									
P36									
Comentario									
P37									
Comentario									

P38									
Comentario									

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

Gracias por su colaboración

ANEXO N°04



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

**TÍTULO DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES
CON PARKINSON DEL HOSPITAL ESSALUD, CHIMBOTE, 2020**

Yo,acepto

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

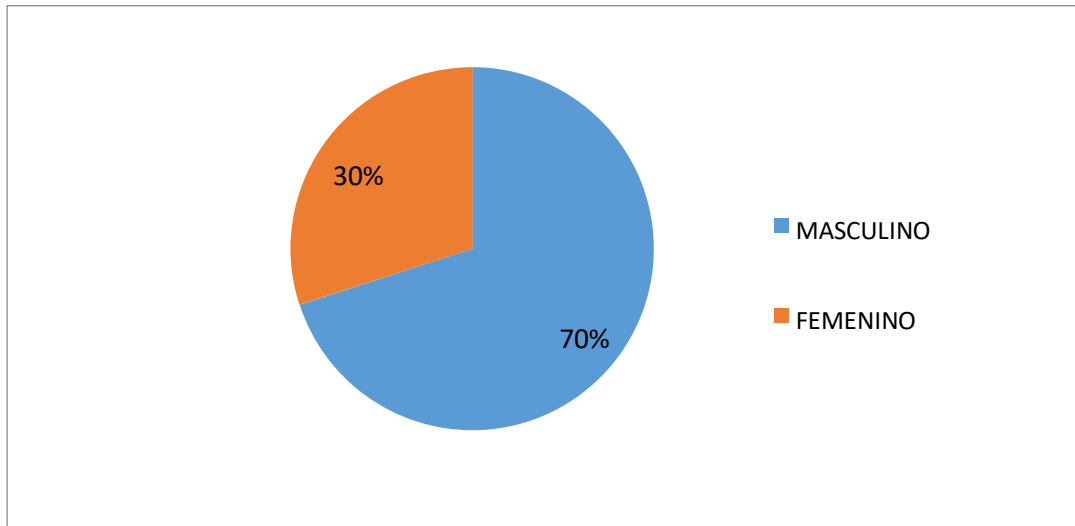
El investigador se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informarán de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA

.....

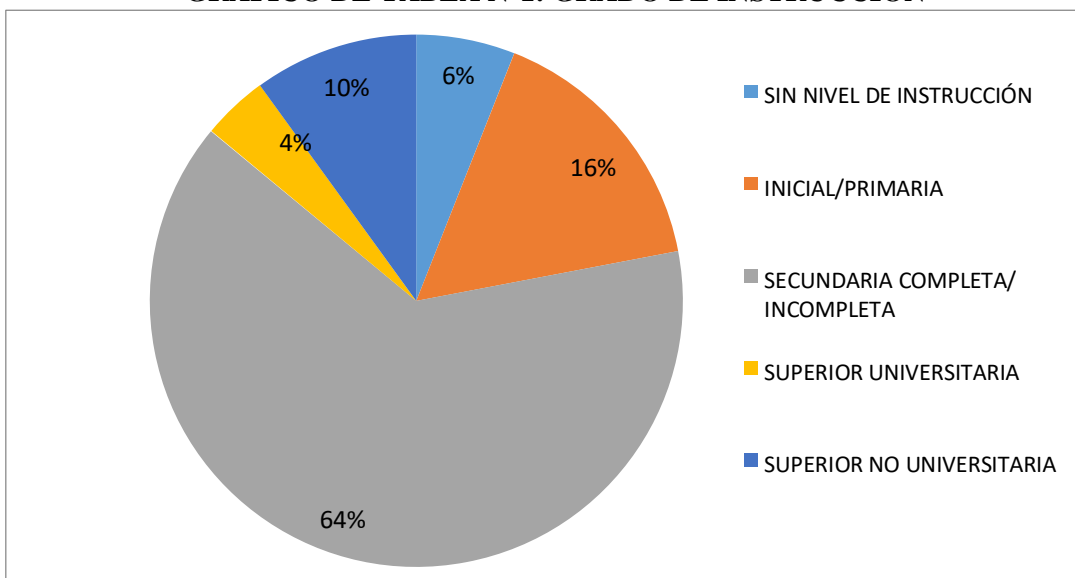
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

GRÁFICO DE TABLA N° 1: SEXO



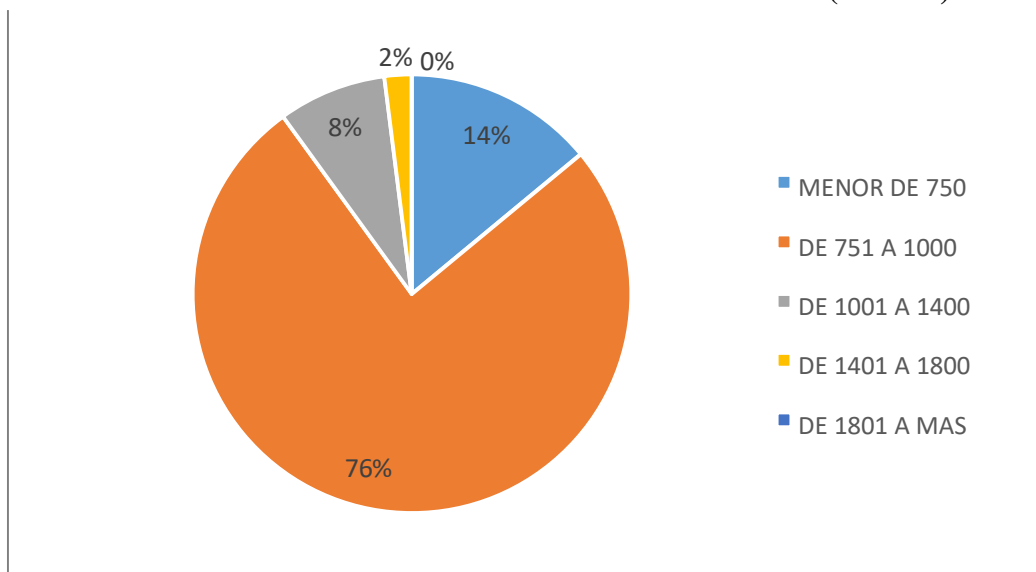
Fuente: "Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020."

GRÁFICO DE TABLA N°1: GRADO DE INSTRUCCIÓN



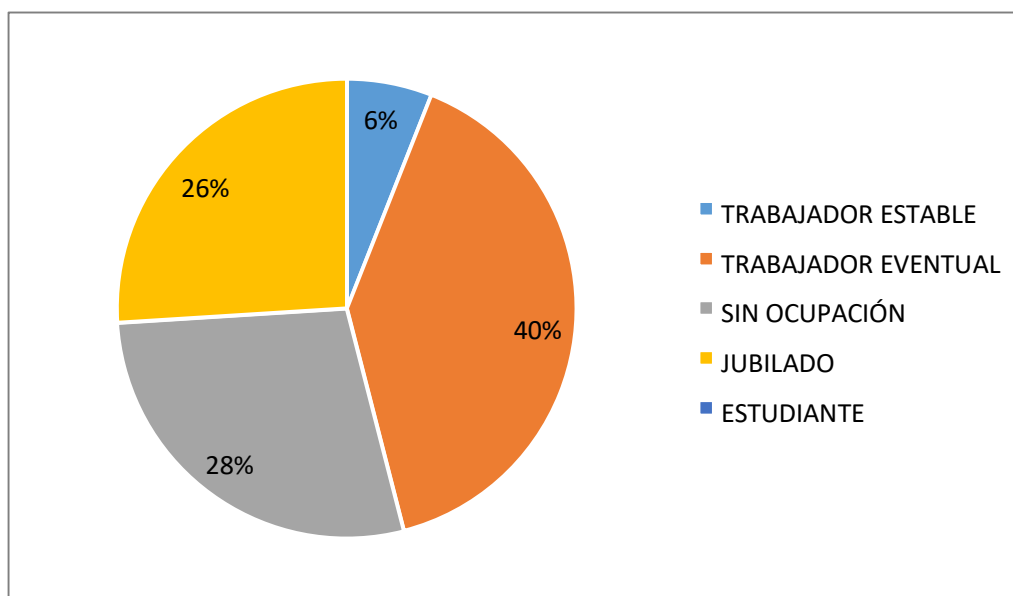
Fuente: "Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020."

GRÁFICO DE TABLA N° 1: INGRESO ECONÓMICO (SOLES)



Fuente: "Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020".

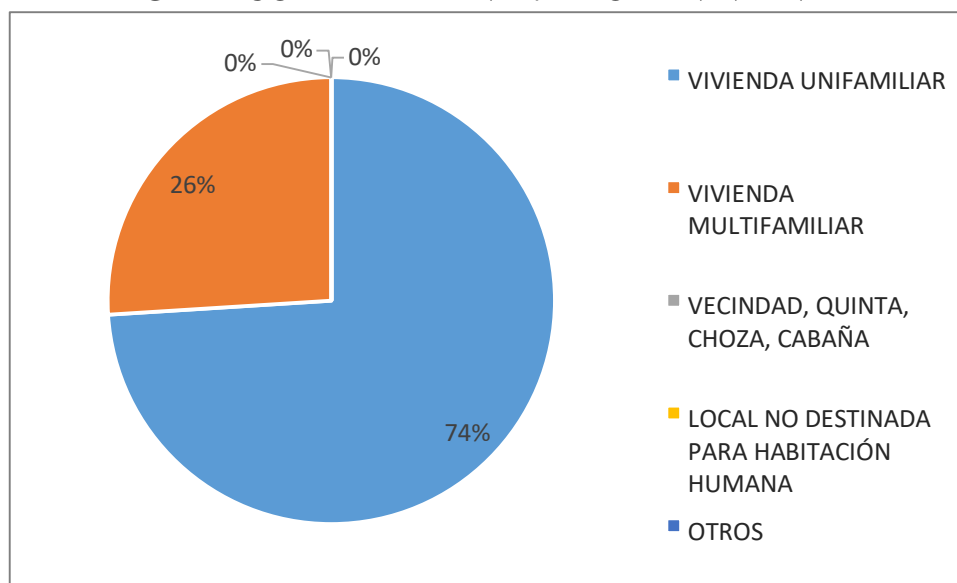
GRÁFICO DE TABLA N° 1: OCUPACIÓN



Fuente: "Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud Chimbote-2020."

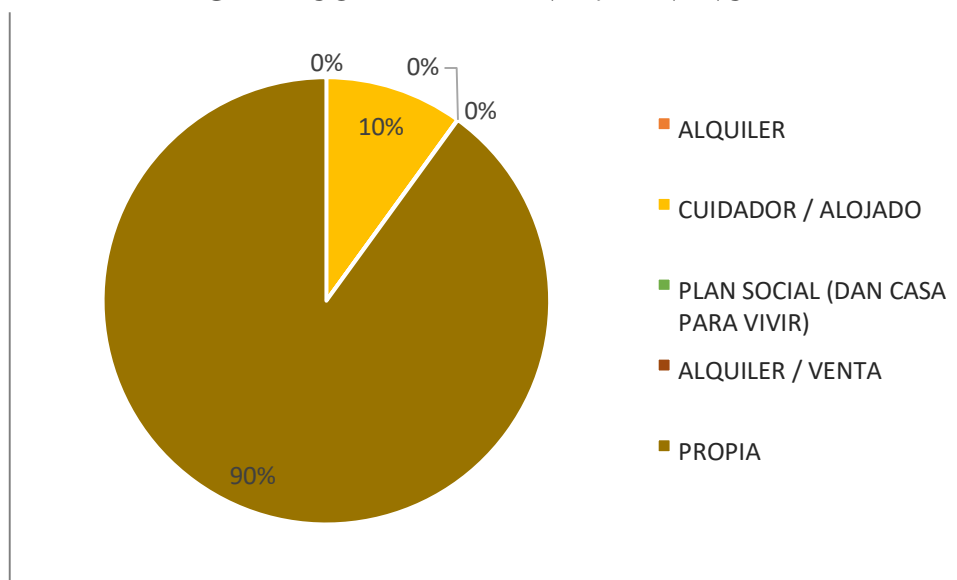
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRÁFICO DE TABLA N° 2: TIPO DE VIVIENDA



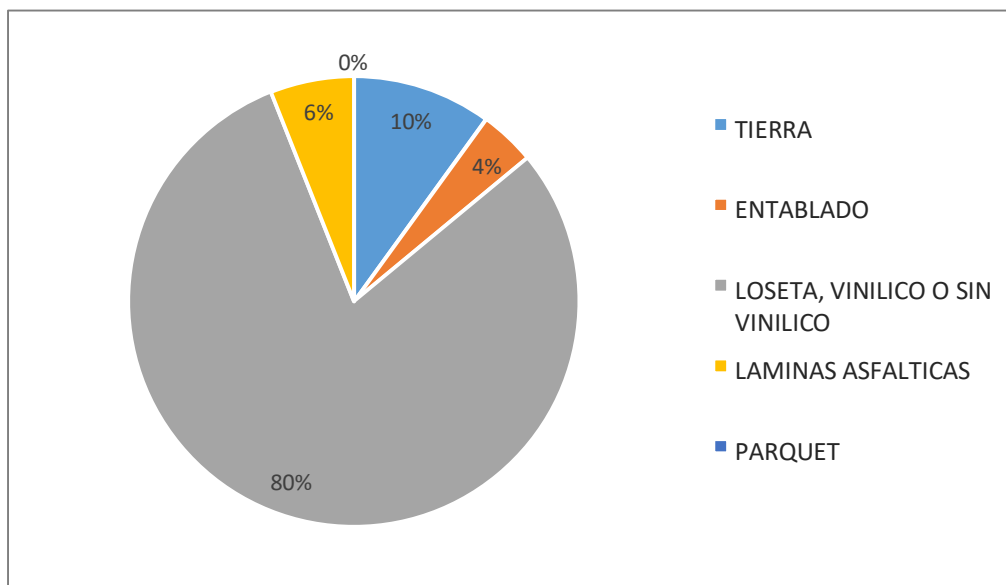
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020.”

GRÁFICO DE TABLA N° 2: TENENCIA



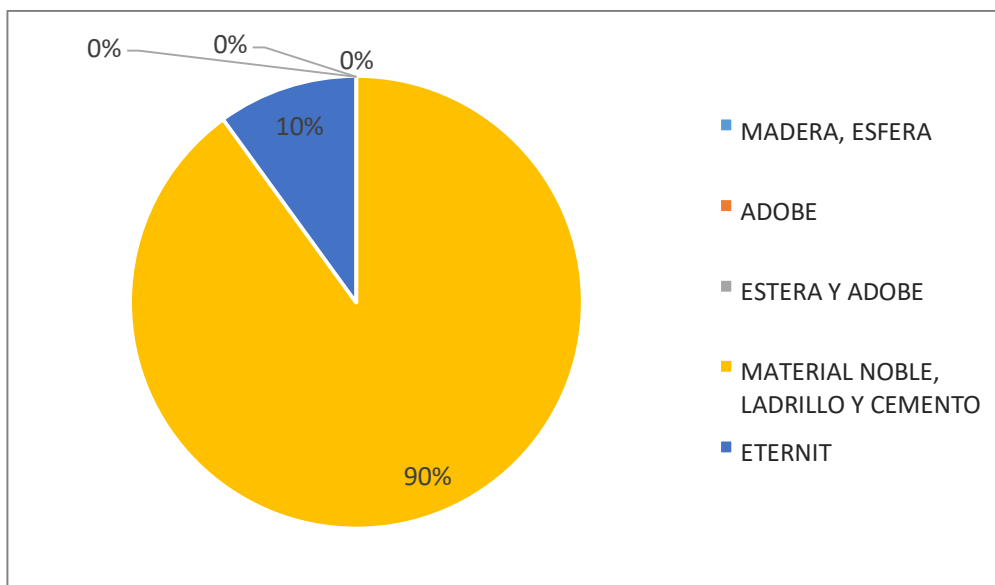
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote-2020.”

GRÁFICO DE TABLA N° 2: MATERIAL DEL PISO



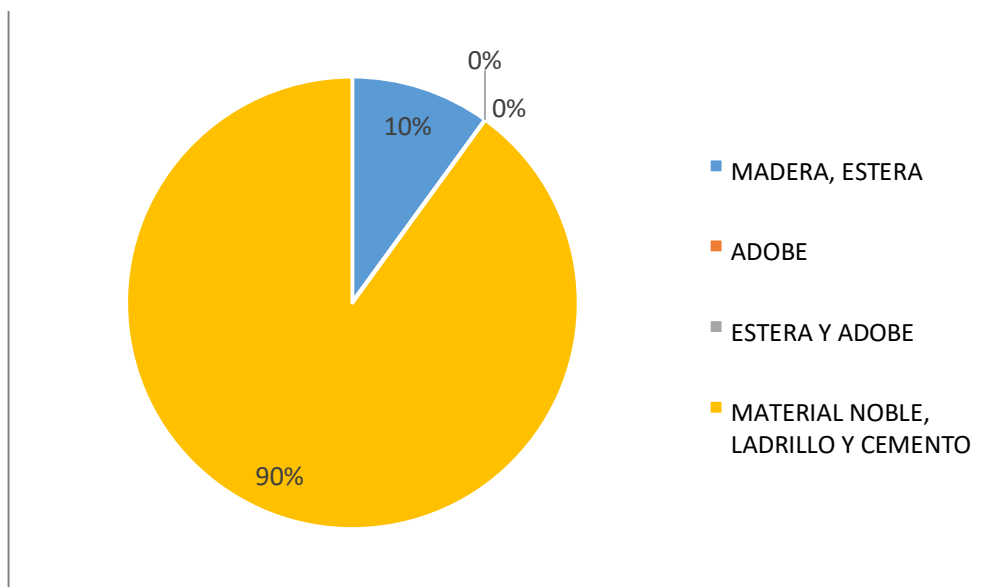
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020.”

GRÁFICO DE TABLA N° 2: MATERIAL DEL TECHO



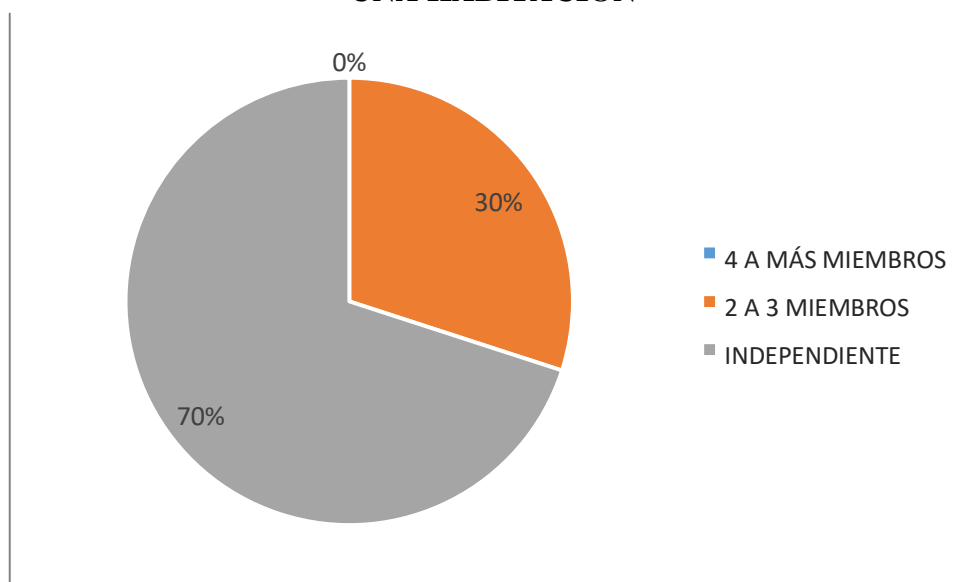
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020.”

GRÁFICO DE TABLA N° 2: MATERIAL DE LAS PAREDES



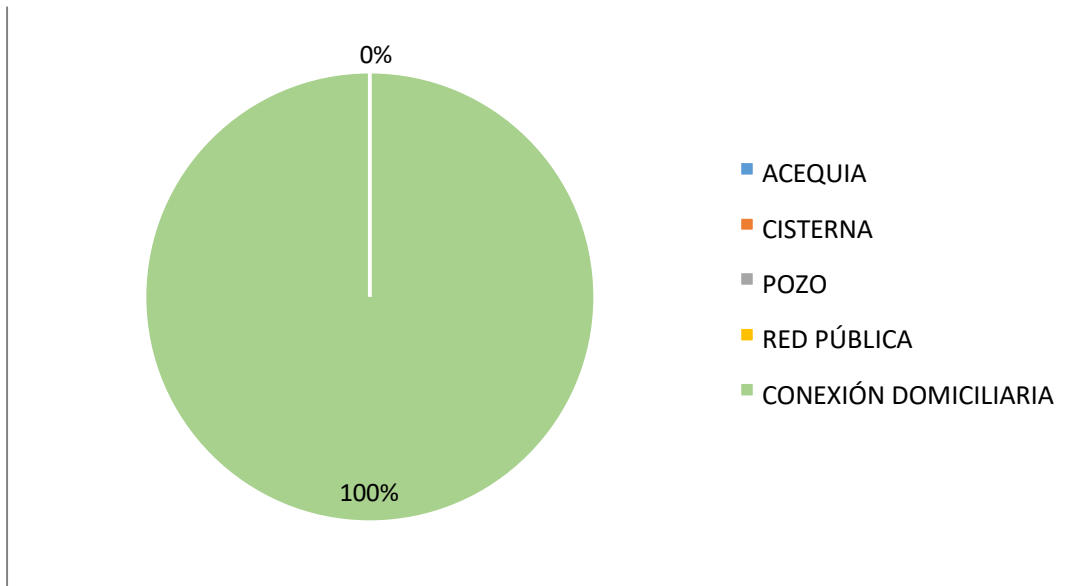
Fuente: “Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020.”

GRÁFICO DE TABLA N° 2: NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN



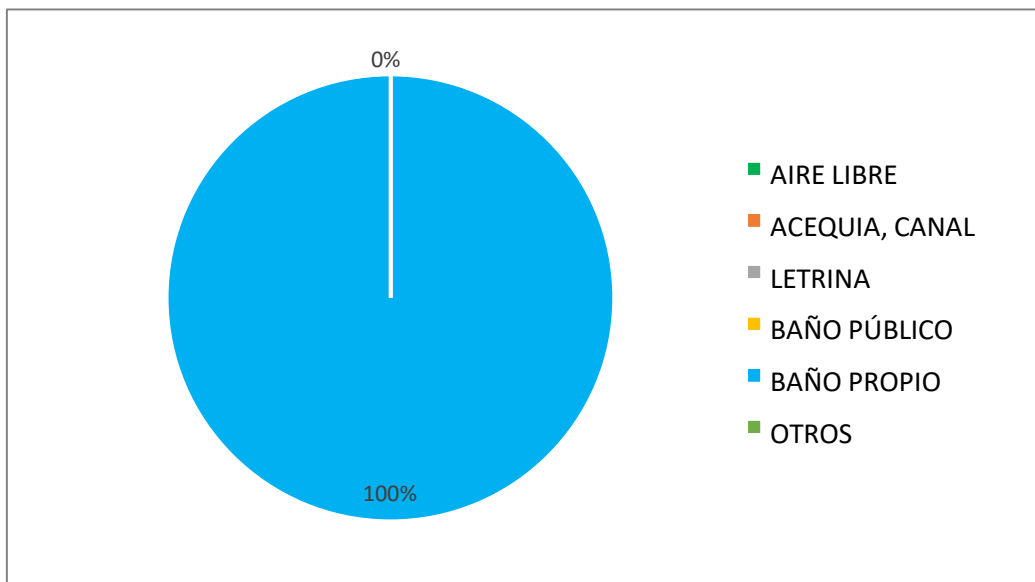
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado a los adultos mayores del Hospital Essalud. Chimbote- 2020.”

GRÁFICO DE TABLA N° 2: ABASTECIMIENTO DE AGUA



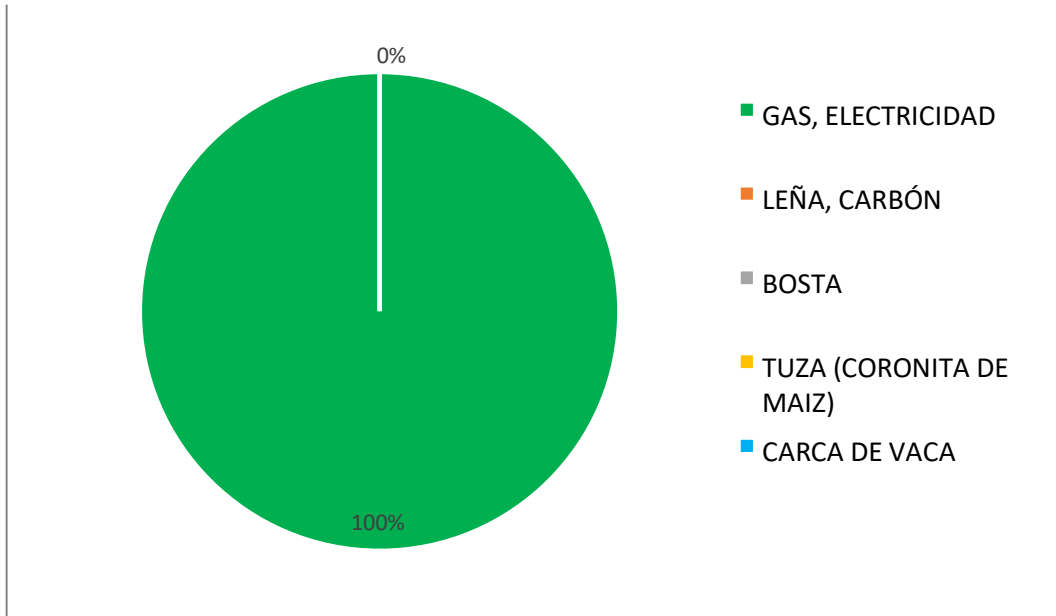
Fuente: "Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado a los adultos mayores del Hospital Essalud. Chimbote -2020".

GRÁFICO DE TABLA N° 2: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS



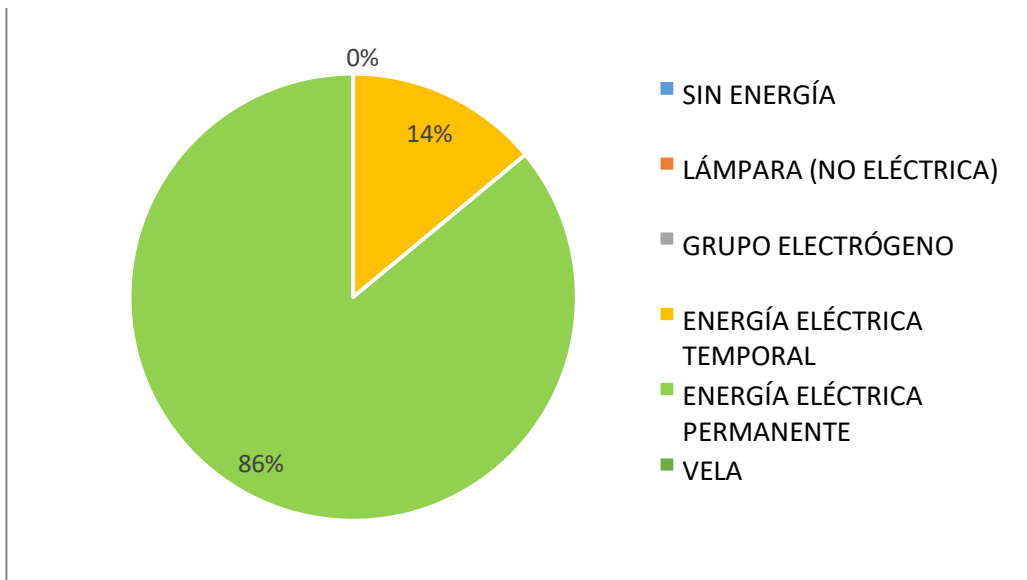
Fuente: "Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado a los adultos mayores del Hospital Essalud. Chimbote- 2020".

GRÁFICO DE TABLA N° 2: COMBUSTIBLE PARA COCINAR



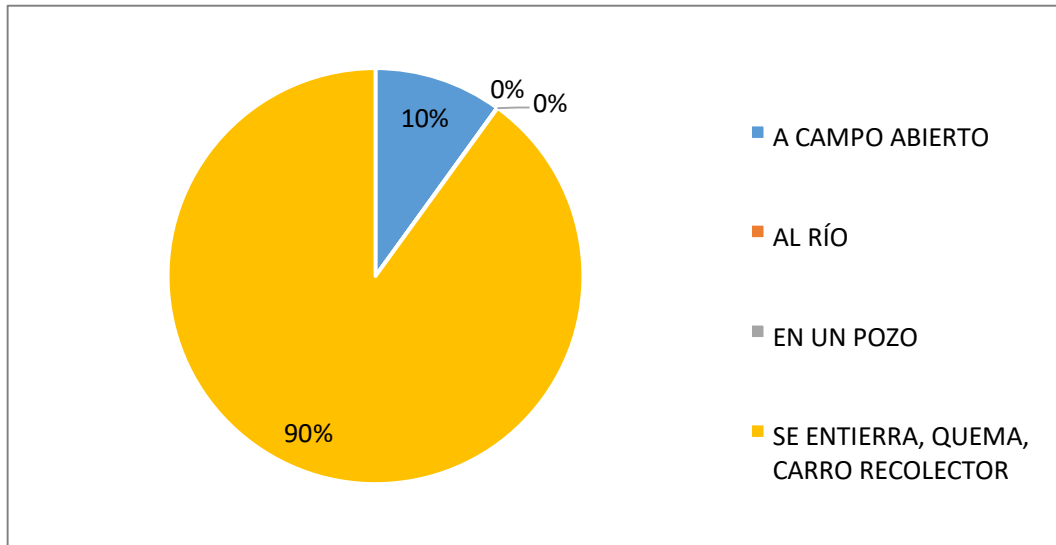
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado a los adultos mayores del Hospital Essalud. Chimbote- 2020”.

GRÁFICO DE TABLA N° 2 : ENERGÍA ELÉCTRICA



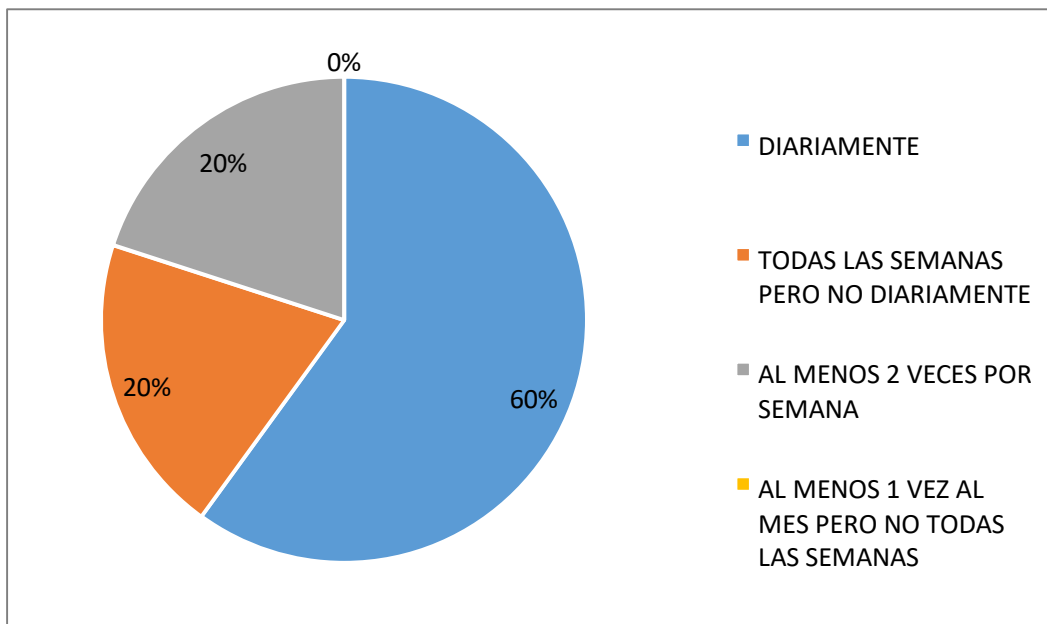
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote-2020.”

GRÁFICO DE TABLA N° 2: DISPOSICIÓN DE LA BASURA



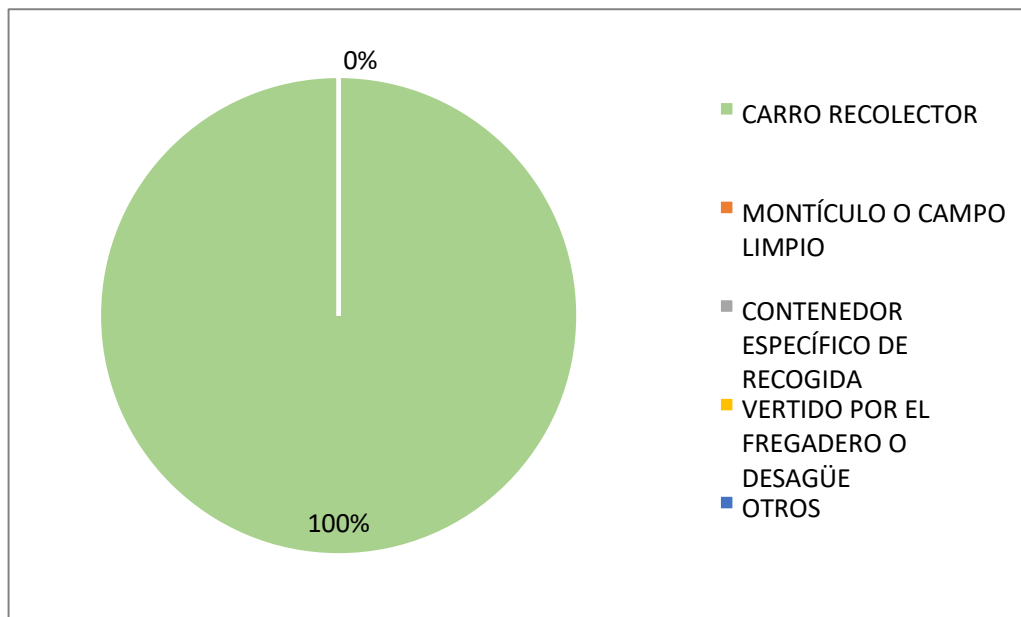
Fuente: "Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud Chimbote-2020."

GRÁFICO DE TABLA N° 2: FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR SU CASA



Fuente: "Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020."

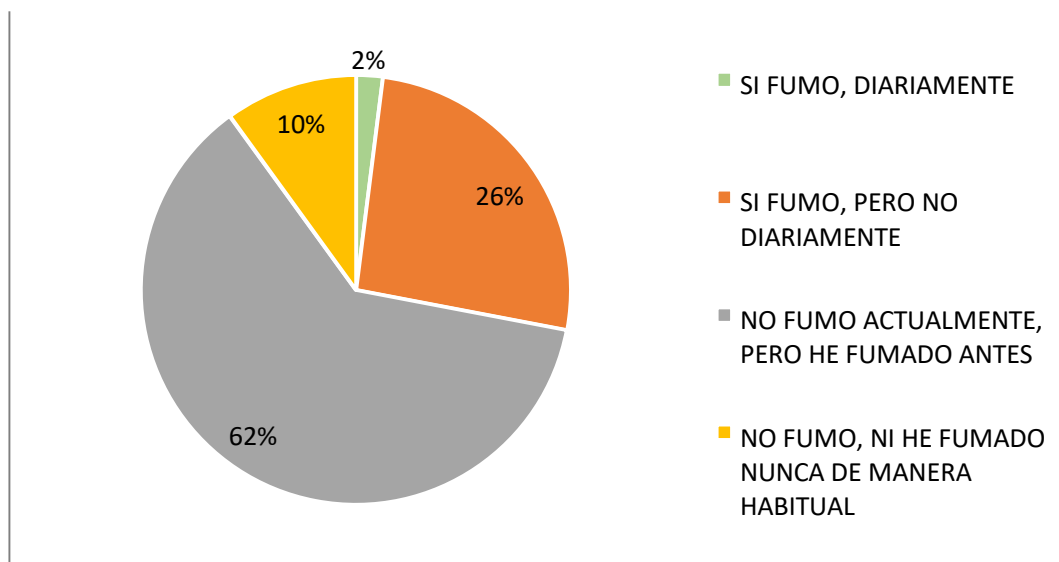
GRÁFICO DE TABLA N° 2: SUELE ELIMINAR SU BASURA EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES LUGARES



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote-2020.”

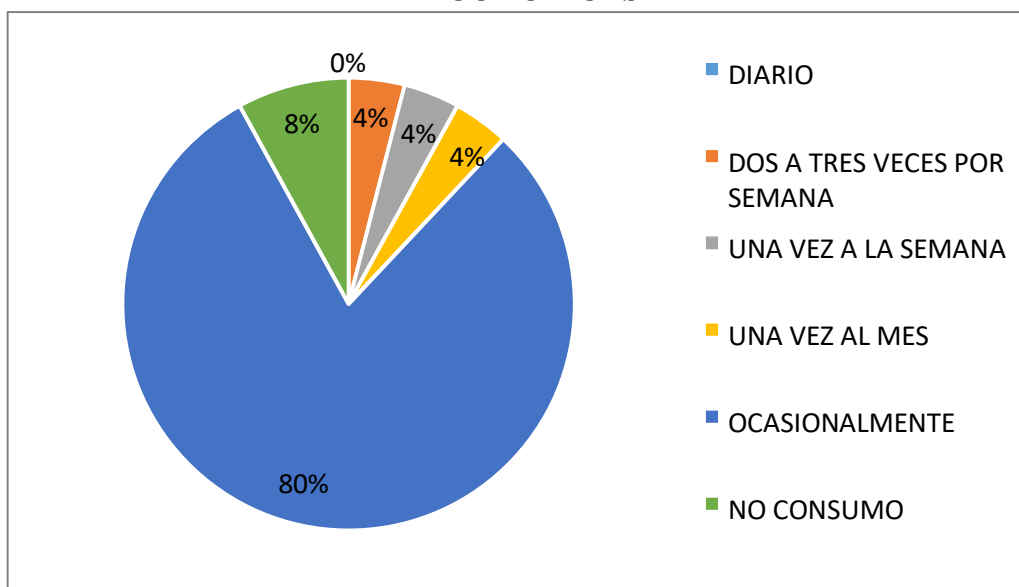
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO DE TABLA N° 3: FUMA ACTUALMENTE



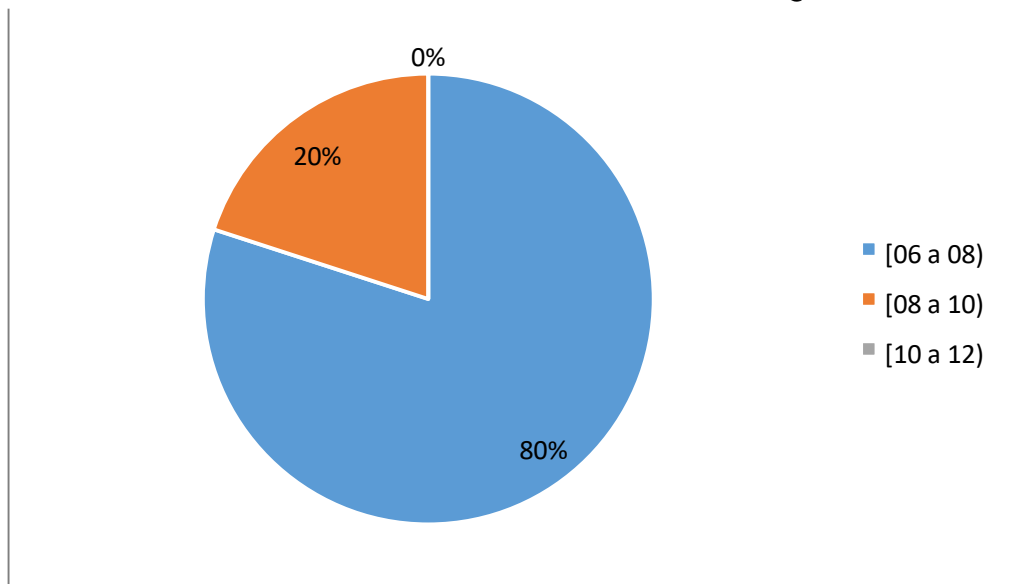
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020.”

GRÁFICO DE TABLA N° 3: FRECUENCIA DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS



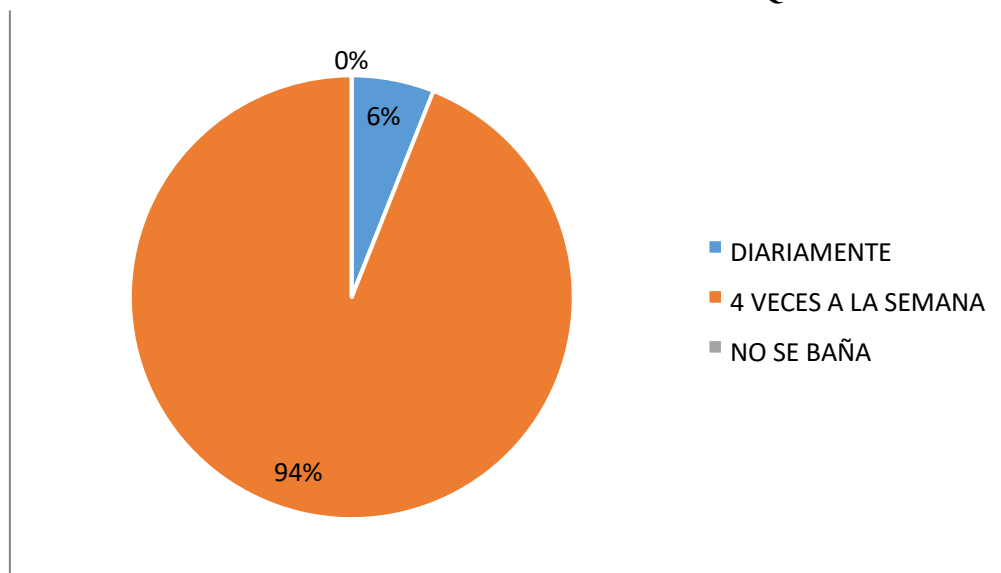
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020.”

GRÁFICO DE TABLA N° 3: NÚMERO DE HORAS QUE DUERME



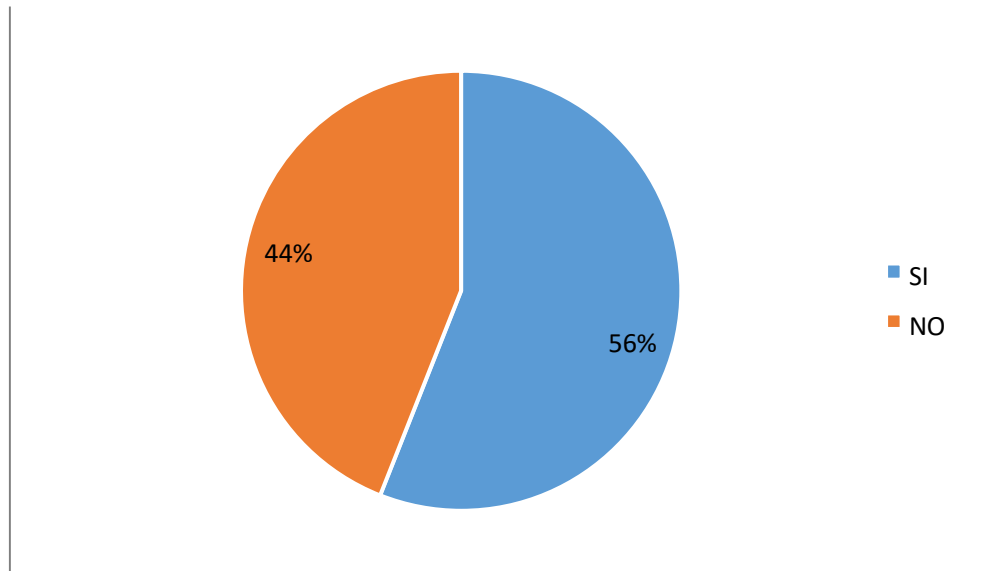
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020.”

GRÁFICO DE TABLA N° 3: FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA



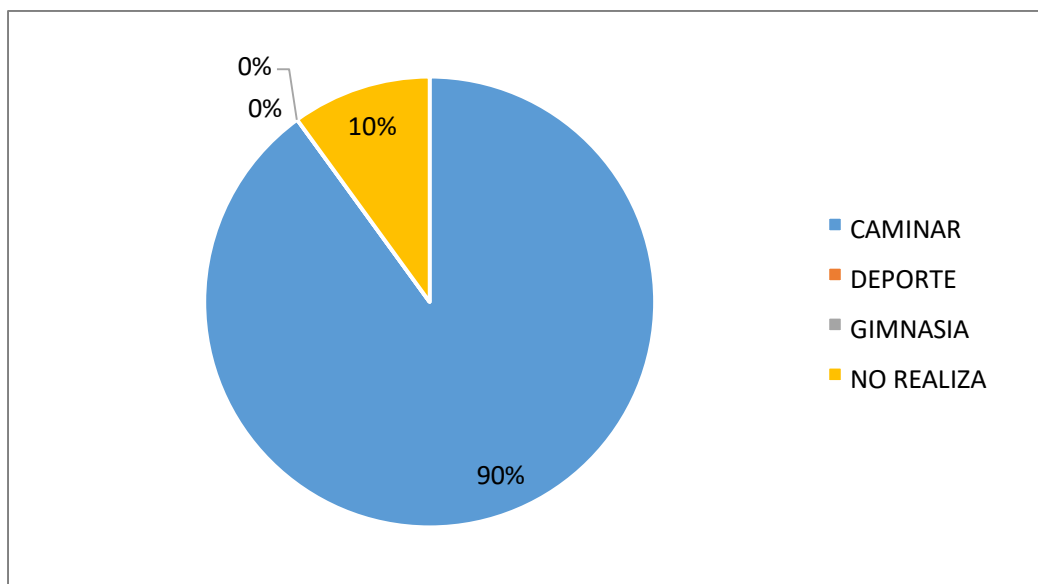
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote-2020.”

GRÁFICO DE TABLA N° 3: SE REALIZA ALGÚN EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD



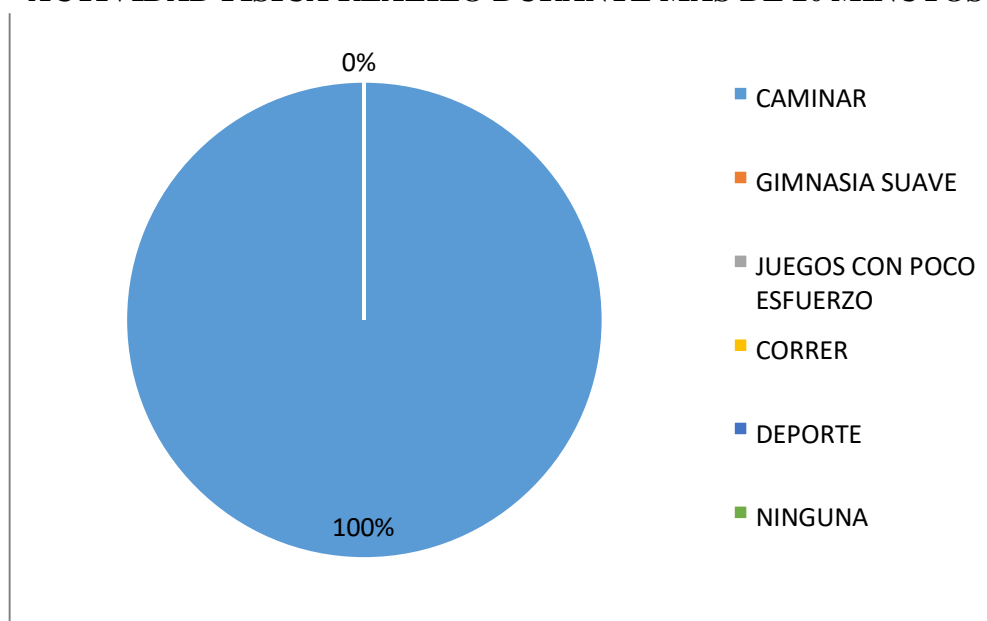
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020”.

GRÁFICO DE TABLA N° 3: ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE



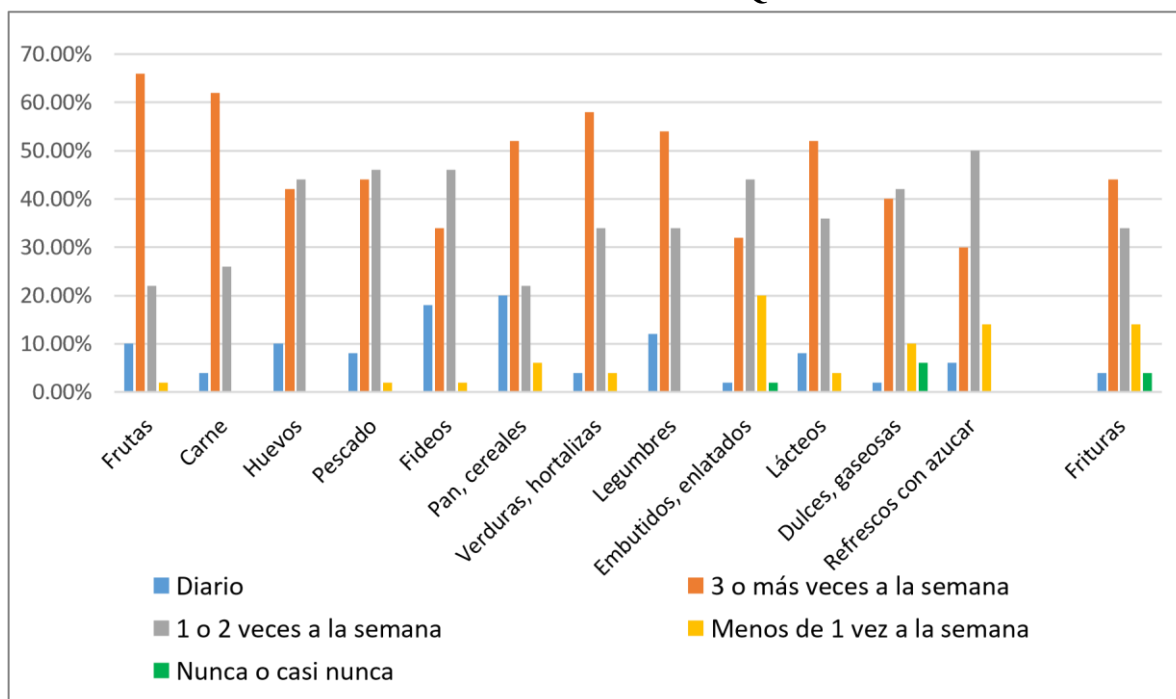
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote – 2020”.

GRÁFICO DE TABLA N° 3: EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZÓ DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS



Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Rey, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020.”

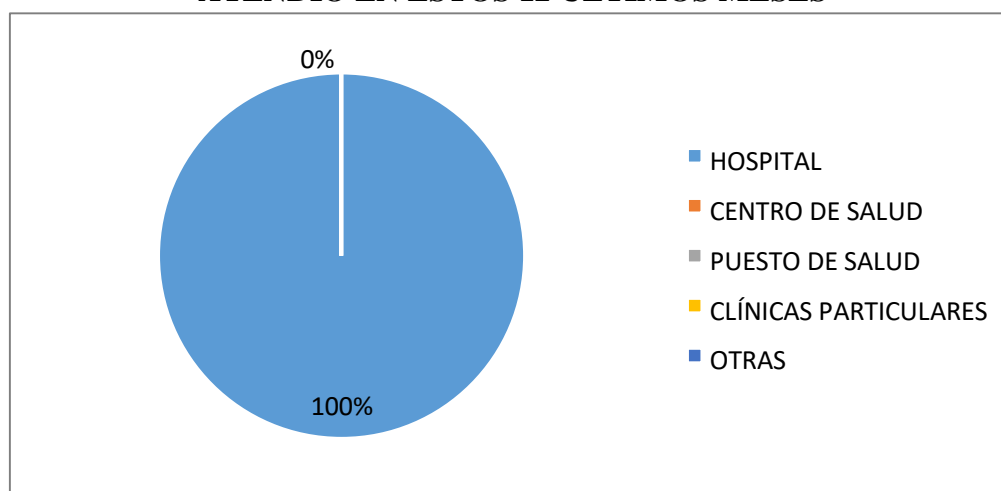
GRÁFICO DE TABLA N° 3: ALIMENTOS QUE CONSUME



Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote-2020.”

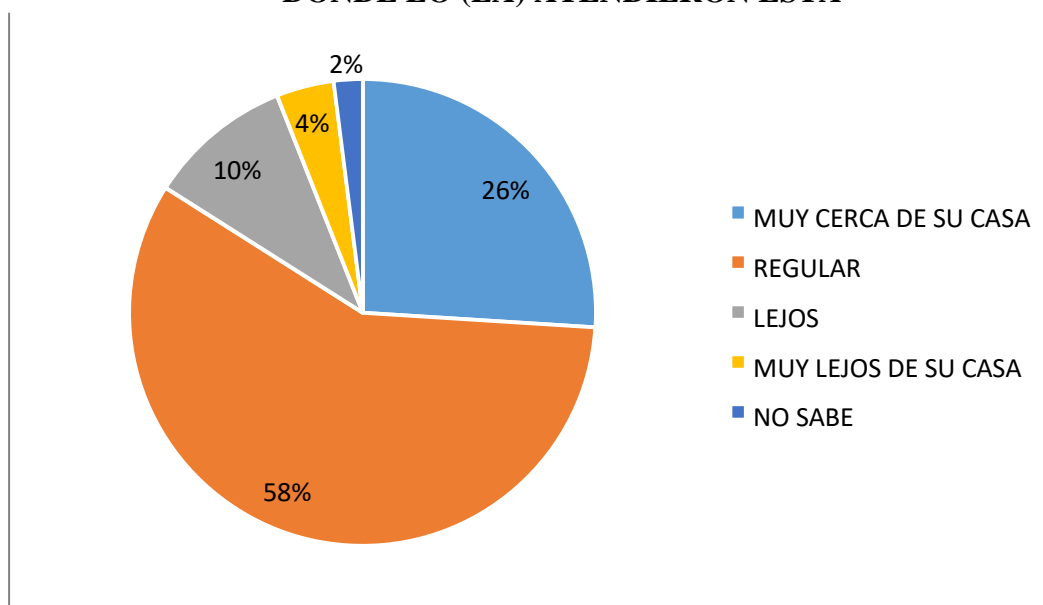
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO DE TABLA N° 4: INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES



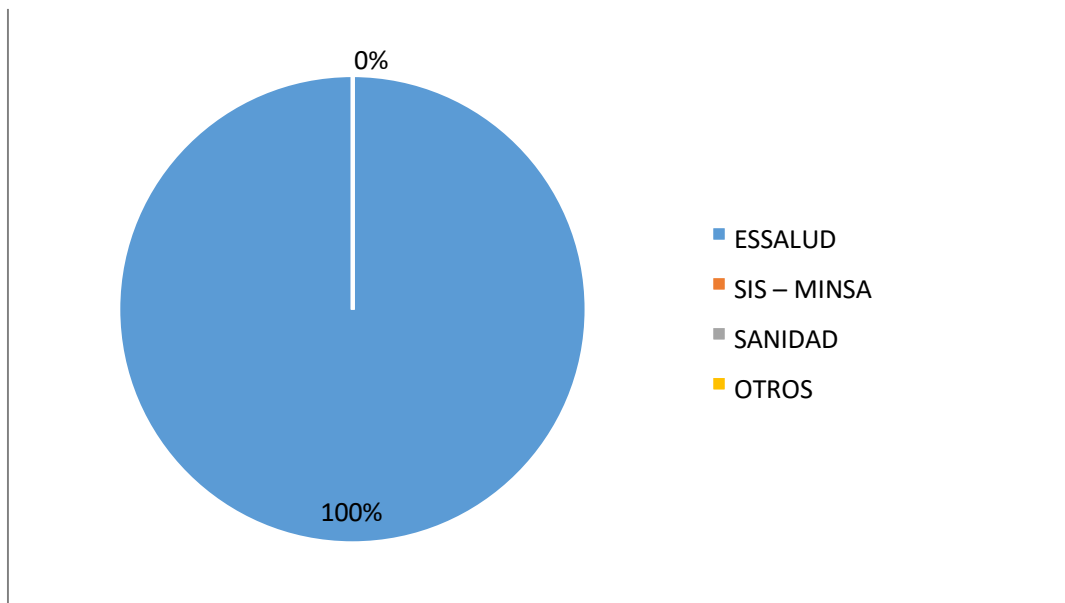
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote-2020”.

GRAFICO DE TABLA N° 4: CONSIDERA USTED QUE EL LUGAR DONDE LO (LA) ATENDIERON ESTÁ



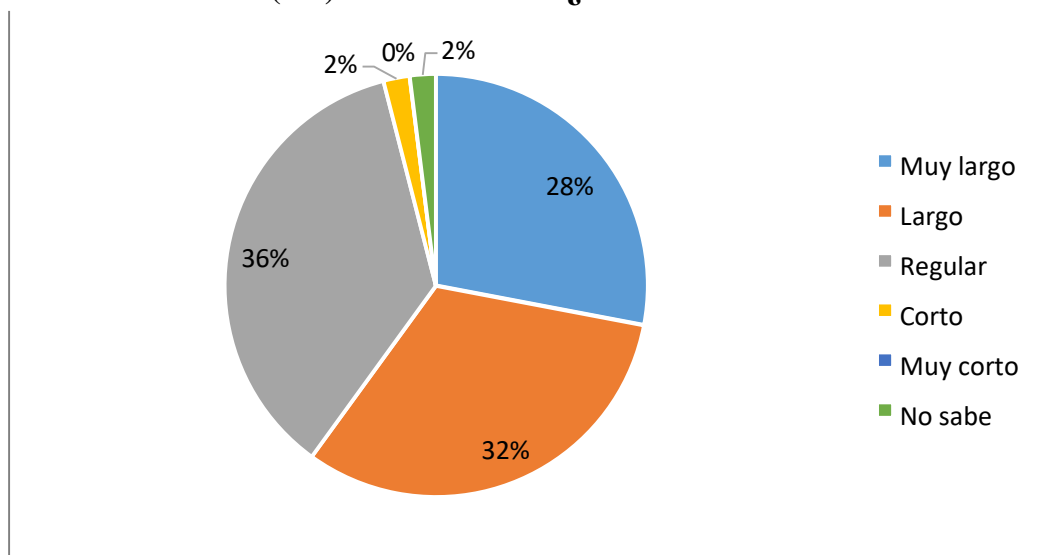
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote-2020”.

GRÁFICO DE TABLA N° 4: TIPO DE SEGURO



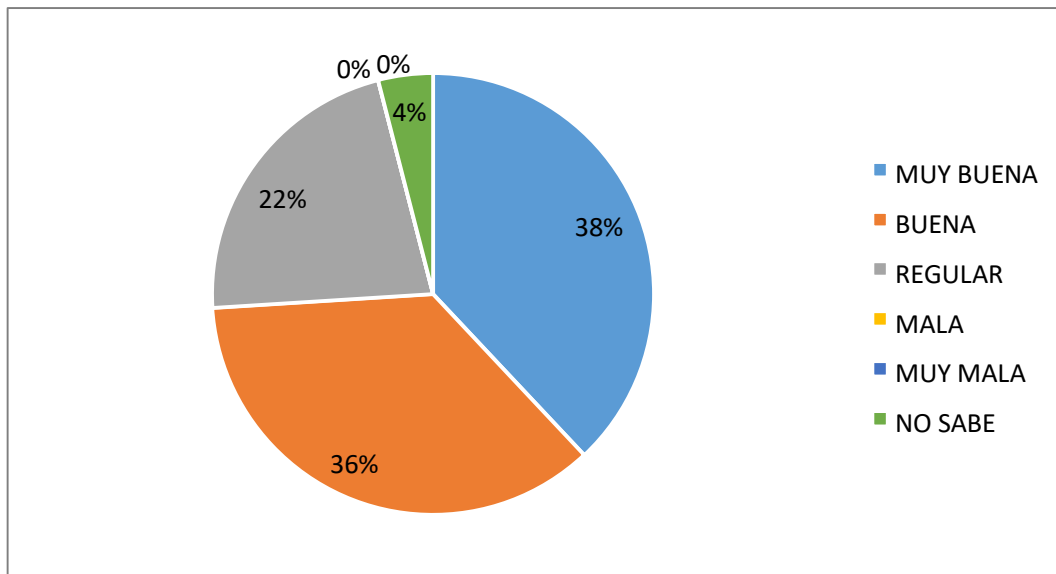
Fuente: “Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020”.

GRÁFICO DE TABLA N° 4: EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA QUE LO (LA) ATENDIERAN ¿LE PARECIÓ?



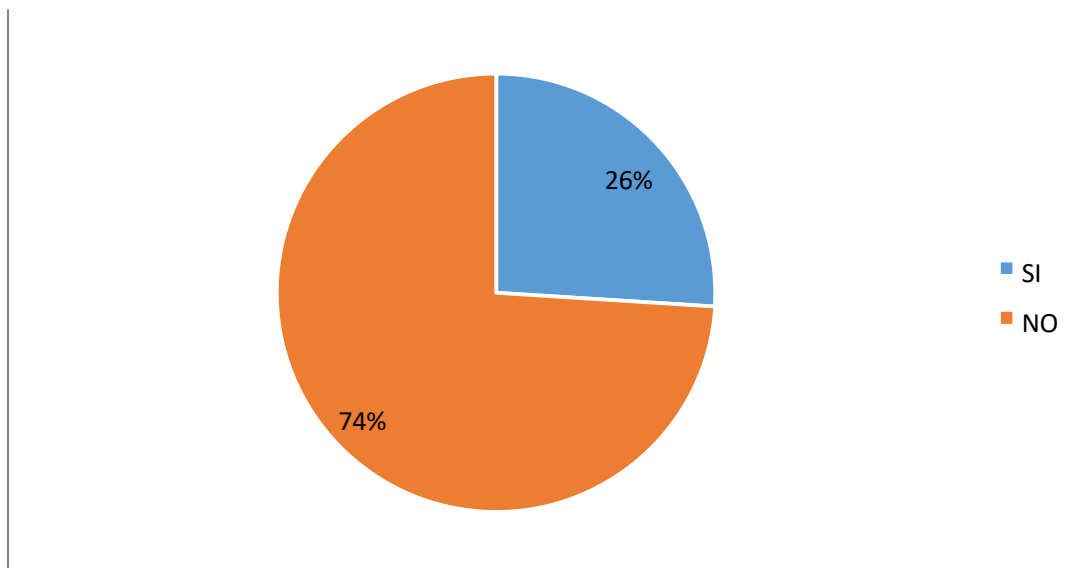
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote, 2020.”

GRÁFICO DE TABLA N° 4: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD FUE



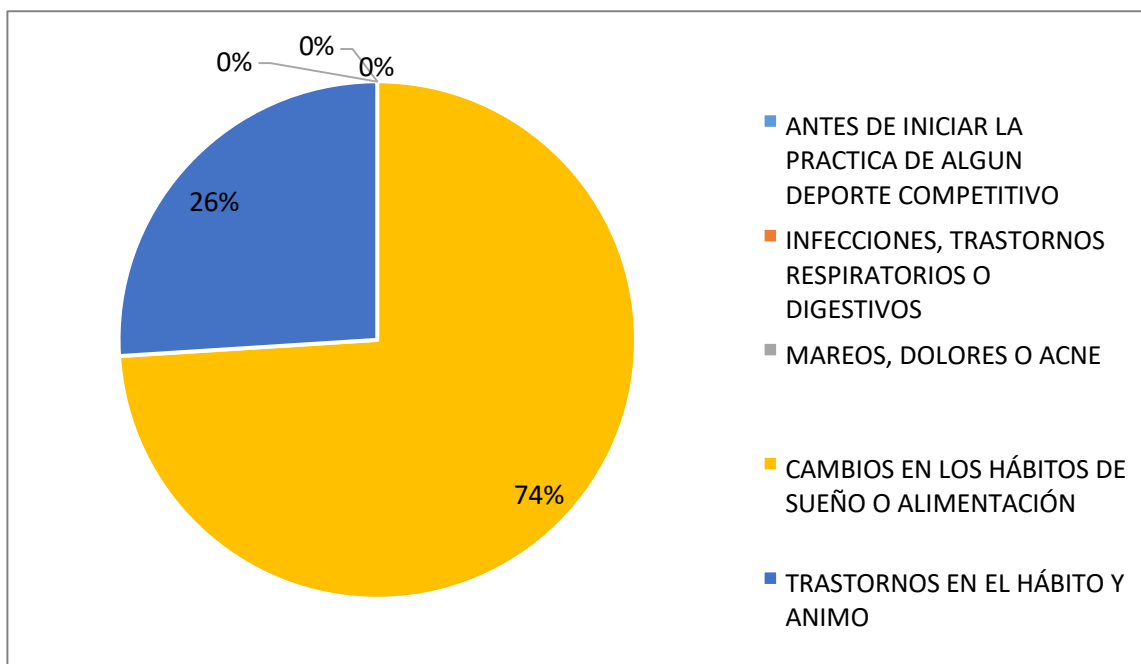
Fuente: “Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote-2020”.

GRÁFICO DE TABLA N° 4: PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA



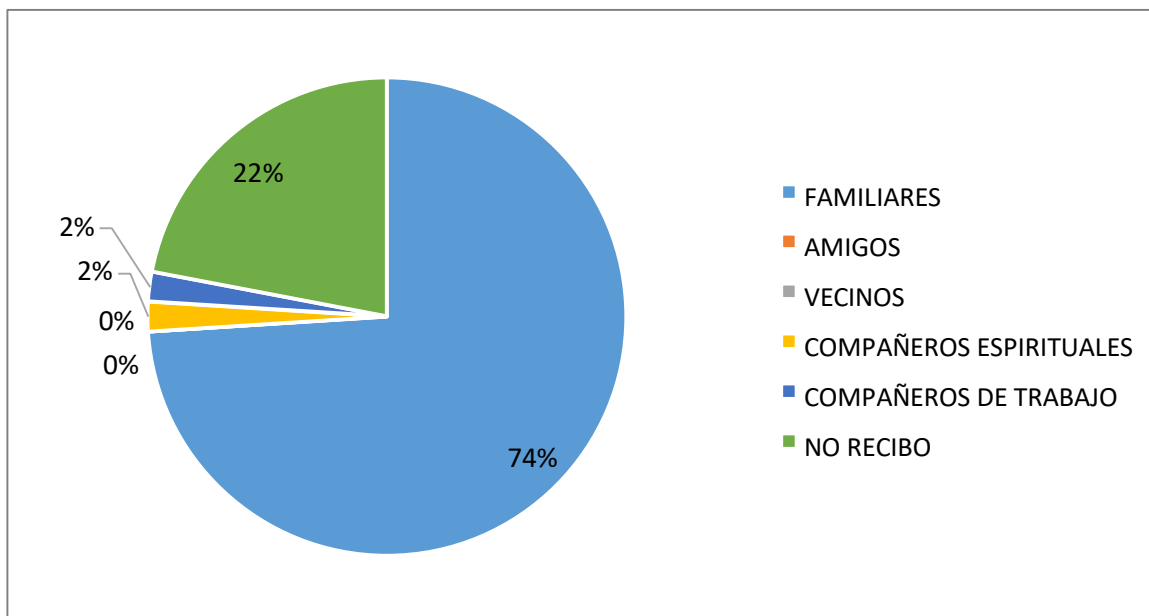
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote-2020.”

GRÁFICO DE TABLA N° 4: EL MOTIVO DE LA CONSULTA POR LA QUE ACUDE A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD ES



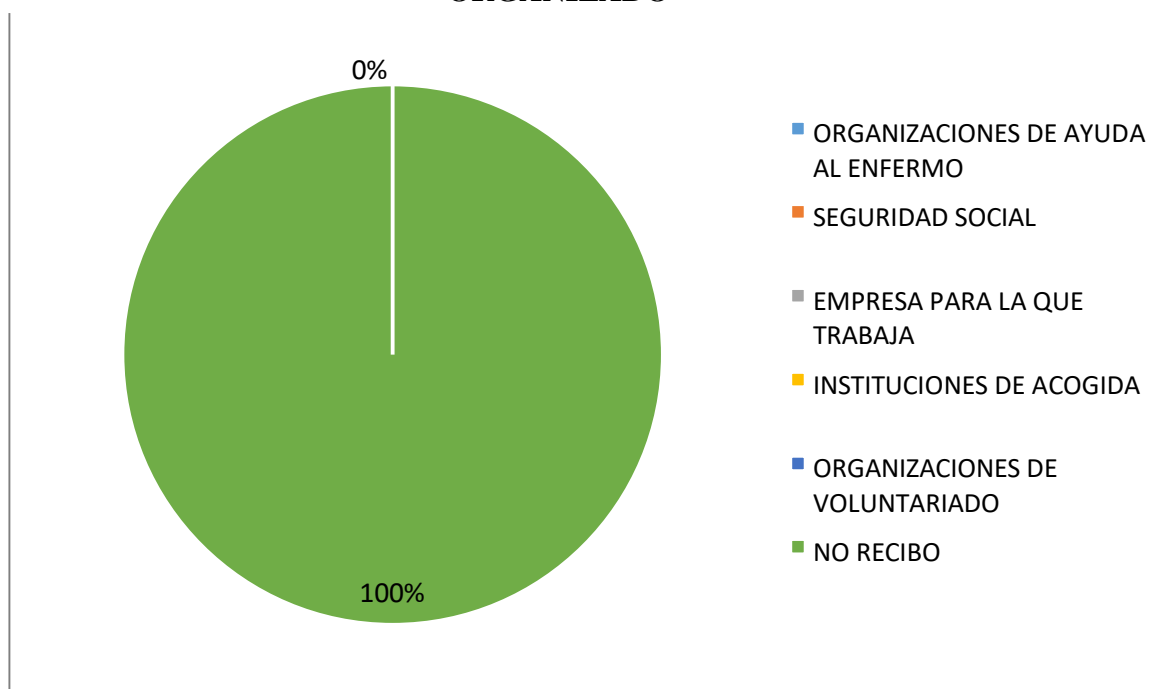
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote- 2020”.

RÁFICO DE TABLA N° 5: RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL



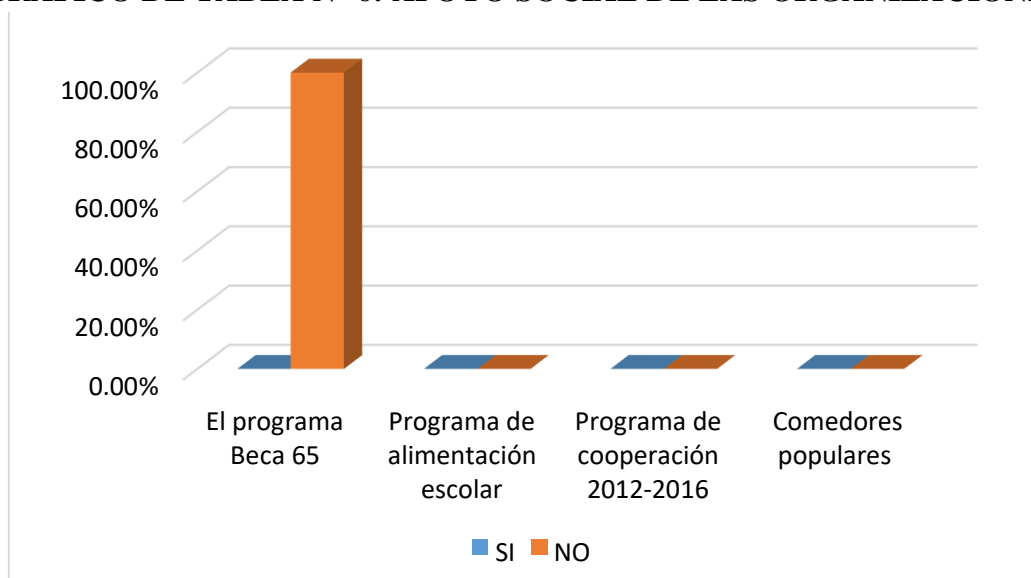
Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote-2020”.

GRÁFICO DE TABLA N° 5: RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO



Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote-2020.”

GRÁFICO DE TABLA N° 6: APOYO SOCIAL DE LAS ORGANIZACIONES



Fuente:” Cuestionario de determinantes de la salud en adultos. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado al adulto mayor del Hospital Essalud. Chimbote-2020.”