



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS CON
HIPERTENSION ARTERIAL. ASENTAMIENTO HUMANO
BELLO HORIZONTE -LIMA, 2015.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

AUTORA:

BACH. JESSICA ISABEL BELTRAN BACILIO.

ASESORA:

DRA MARIA ADRIANA VILCHEZ REYES.

CHIMBOTE-PERU

2015

MIEMBROS DEL JURADO

Mgtr. Julia Cantalicia Avelino Quiroz

PRESIDENTA

Mgtr. Leda María Guillén Salazar

SECRETARÍA

Dra. Sonia Avelino Girón Luciano

MIEMBRO

DEDICATORIA

A Mis Tíos:

Dedicado a mis tíos que en todo momento me apoyaron e impulsaron a concluir esta meta con valores, guiado a través del camino de la vida.

A mi Esposo:

Su ayuda en impulsarme a terminar esta tesis quien estuvo a mi lado en todo momento con su apoyo constante y amor incondicional F.V

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Quien guía día a día mis pasos y aumenta mis fortalezas en la vida con su ayuda Misericordia y bondad estoy alcanzando mis metas planteadas para ser una profesional competitiva y de calidad.

Finalmente mi profundo agradecimiento a mi asesora docente la Dra. Adriana Vílchez, por su acertado, valiosa y eficiente asesoramiento, por compartir sus conocimientos y experiencias lo cual hizo posible la culminación de la presente tesis.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo-descriptivo y su diseño fue de una sola casilla. Tiene por objetivo general Identificar los determinantes de la salud en adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte- Lima. La muestra estuvo constituida por 80 adultos, a quienes se aplicó el instrumento cuestionario sobre los determinantes de la salud, utilizando la técnica de entrevista y observación. La información fue procesada en una base de datos de Microsoft Excel, luego se exportó a otra base en el software PASW Statistics versión 18.0 para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyó tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales; se obtuvo los siguientes resultados: determinantes biosocioeconómico la mayoría son adultos maduros de sexo masculino, más de la mitad tiene grado de instrucción inicial/primaria, con trabajo eventual, casi todos con un ingreso de s/750.00 mensual, la totalidad tiene casa propia, tienen vivienda unifamiliar, entierra, quema y arrojan al carro recolector, material de piso tierra, baño propio, usan gas, electricidad, tiene energía eléctrica. Determinantes de estilo de vida casi la totalidad duerme de 06/08 horas, la mayoría se realiza examen médico periódico, no fuman ni lo han hecho de manera habitual. Determinantes de redes sociales y comunitarias la totalidad no recibe ningún tipo de apoyo social organizado, hay pandillaje, casi la totalidad recibe apoyo social natural.

Palabras clave: adultos maduros, determinantes de la salud, hipertensión.

ABSTRAT

This research was quantitative-descriptive and its design was one box. Its overall objective Identify the determinants of health in adults with hypertension in the human settlement Lima Bello Horizonte. The sample consisted of 80 adults, whom the questionnaire instrument on the determinants of health was applied, using the interview technique and observation. The information was processed in a database of Microsoft Excel, then exported to another database in the SPSS version 18.0 software for their respective processing. For the analysis of data distribution tables absolute and relative percentage frequencies was built; The following results were obtained: determinants biosocioeconómico most are mature adult males, more than half have grade initial / instruction, with casual work, almost all with an income of s / 750.00 monthly, all have own house, have detached house, buried, burned and thrown into the collector car, material ground floor, own bathroom, use gas, electricity, has electricity. Lifestyle determinants of nearly all sleeps 06/08 hours, most periodic medical examination is done, they do not smoke or have done regularly. Determinants of social and community networks all do not receive any type of organized social support, there are gangs, almost all receive natural social support

Keywords: mature, determinants of health, hypertension adults.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCION	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	10
2.2 Bases Teóricas y conceptuales de la investigación.....	13
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de la Investigación.....	20
3.2 Población y muestra.....	20
3.3 Definición y Operacionalización de las variables.....	21
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	33
3.5 Plan de análisis.....	36
3.6 Principios éticos.....	38
IV. RESULTADOS	
4.1 Resultados.....	39
4.2 Análisis de resultados.....	50
V.CONCLUSIONES	
5.1 Conclusiones.....	81
5.2 Recomendaciones.....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	93

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	39
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICOS EN ADULTOS CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL ASENTAMIENTO HUMANO BELLO HORIZONTE-LIMA	
TABLA 2	40
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DEL ADULTO CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL ASENTAMIENTO HUMANO BELLO HORIZONTE-LIMA.	
TABLA 3	43
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL ASENTAMIENTO HUMANO BELLO HORIZONTE-LIMA.	
TABLA 4,5,6	46
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DEL ADULTO CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL ASENTAMIENTO HUMANO BELLO HORIZONTE-LIMA	

I. INTRODUCCIÓN

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud de la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (1).

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

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales,

ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (2).

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

El concepto de determinantes surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales (4).

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a

los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (5).

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (5).

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

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (6).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin

embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (7).

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente.” (8).

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (8)

En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (9).

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (10).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (11).

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

describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (11).

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

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

A esta relación no es ajena el Asentamiento Humano Bello Horizonte-Lima que se fundó el 3 de Setiembre del 2008, al inicio solo se formó con tan solo tres manzanas con 15 viviendas, y en la actualidad hay 1.200 habitantes, en la cual todas estas personas constan de titulación propia, el material es mayormente rustico y algunos de material noble, etc. En los servicios básicos están completos en lo que es agua, luz y desagüe. Se ubica dentro de la jurisdicción del Centro de salud de Villa El Salvador, Distrito de Villa El Salvador, Provincia de Lima. El Arenal. El Asentamiento Humano Bello Horizonte”, los habitantes tienen un grado de instrucción incompleta.

Además como es una comunidad en progreso de desarrollo su población no goza de buena situación económica. La muestra estuvo constituido por 80 adultos con hipertensión arterial del asentamiento humano Bello Horizonte-Lima. (13)

En el ámbito de recreación, no consta con parque, pero si tiene losa deportiva, aun no se constituye una posta en esta zona, cuenta con un centro educativo de nivel inicial.

Los requerimientos básicos como la luz instalaron a partir del año 2010, su estado climático es cálido con un ambiente saludable. El centro de salud de Villa Salvador les brinda atención de salud, pero solo una parte de ellos se encuentra afiliados por el Seguro Integral de Salud (SIS). Otros aun no gozan de ningún tipo de seguro (13).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos con Hipertensión Arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte-Lima?

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

Describir los determinantes de la salud en adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte-Lima.

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

- Identificar los determinantes del entorno Biosocioeconómico de los adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte-Lima (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- Identificar los determinantes de los estilos de vida de los adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte-Lima: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.
- Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte-Lima para el Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

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

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

Esta investigación es necesaria para los establecimiento de Salud de Villa el Salvador que está en el Asentamiento Humano Bello Horizonte porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud en todos los ciclos de vida y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

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

II.- REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1. Antecedentes de la investigación:

2.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontró los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Gonçalves M y col (14), en su investigación “Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres.

Tovar C y García C (15), En su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un

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

A nivel Nacional:

Rodríguez Q (16), en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22,5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72,5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45,5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77,5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud

A nivel local:

Melgarejo E y col (17), en su investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se fundamenta en bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presenta a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (18).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (19).



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

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

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

De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (19).



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

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (20).

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

a) Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de

gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (20).

b) Determinantes intermediarios

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar (20).

c) Determinantes proximales

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (20).

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto

fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (20).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan un gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (20).

Mi salud: Este ámbito se refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la salud de las personas, incluyendo el entorno social inmediato de socialización, así como aquellas condiciones que hace posible adoptar un compromiso activo y responsable con la propia salud.

Comunidad: Este ámbito se refiere a la comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, incluyendo la dinamización de las redes sociales, la participación activa y responsable en las políticas públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación.

Servicios de salud: Este ámbito se refiere a la red asistencial que agrupa las prácticas, la accesibilidad y la calidad de la red asistencial de salud, incluyendo prácticas de gestión, dotación y calidad del personal e infraestructura y equipo.

Educación: Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud.

Trabajo: Este ámbito expresa las condiciones laborales y las oportunidades de trabajo, incluyendo legislación laboral, ambientes laborales y seguridad social asociada y su impacto en la salud

Territorio (ciudad): Este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad del entorno, la calidad de la vivienda y acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en la salud.

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (21).

3. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Cuantitativo, descriptivo (22,23). Diseño de una sola casilla (24,25).

3.2. Universo o Población

El universo muestral estuvo constituido por 80 adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte-Lima.

3.2.1. Unidad de análisis

Los adultos con hipertensión arterial del Asentamiento Humano Bello Horizonte, formaron parte del universo muestral y respondieron a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adultos con hipertensión arterial que viven más de 3 años en el Asentamiento Humano Bello Horizonte –Lima.
- Adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte-Lima que aceptaron participar en el estudio.
- Adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte-Lima que tuvieron la disponibilidad de participar en la

encuesta como Informantes sin importar sexo, condición Biosocioeconómico y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte, que tuvieran algún trastorno mental.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICOS

Edad

Definición Conceptual.

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio (26).

Definición Operacional

Escala de razón:

Adulto Joven

Adulto Maduro

Adulto Mayor

Sexo

Definición Conceptual.

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

Definición Operacional

Escala de razón:

Masculino

Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (28).

Definición Operacional

Escala de razón:

Sin nivel instrucción.

Inicial/Primaria.

Secundaria Completa / Secundaria Incompleta.

Superior Universitaria.

Superior no universitaria.

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetario y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar) las rentas de la propiedad las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (29)

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

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (30)

Definición Operacional

Escala de razón:

Trabajador estable.

Eventual.

Sin ocupación.

Jubilado.

Estudiante.

II. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas , protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (31).

Definición operacional

Escala de razón:

Vivienda Unifamiliar.

Vivienda multifamiliar.

Vecindada, quinta choza, cabaña.

Local no destinada para habitación humana.

Otros

Tenencia

Alquiler.

Cuidador/alojado.

Plan social (dan casa para vivir).

Alquiler venta.

Propia.

Material del piso:

Tierra.

Entablado.

Loseta, vinílicos o sin vinílicos.

Láminas asfálticas.

Parquet.

Material del techo:

Madera, estera.

Adobe.

Estera y adobe .

Material noble ladrillo y cemento.

Eternit.

Material de las paredes:

Madera, estera.

Adobe.

Estera y adobe.

Material noble ladrillo y cemento.

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

4 a más miembros.

2 a 3 miembros.

Individual.

Abastecimiento de agua

Acequia.

Cisterna.

Pozo.

Red pública.

Conexión domiciliaria.

Eliminación de excretas

Aire libre.

Acequia, canal.

Letrina.

Baño público.

Baño propio.

Otros

Combustible para cocinar

Gas, Electricidad.

Leña, Carbón.

Bosta.

Tuza (coronta de maíz).

Carca de vaca.

Energía Eléctrica

Eléctrico.

Kerosene.

Vela.

Otro.

Disposición de basura

A campo abierto.

Al río.

En un pozo.

Se entierra, quema, carro recolector.

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

Diariamente.

Todas las semana pero no diariamente.

Al menos 2 veces por semana.

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

Eliminación de basura

Carro recolector.

Montículo o campo limpio.

Contenedor específico de recogida.

Vertido por el fregadero o desagüe.

Otros.

III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (32).

Definición operacional

Escala de razón:

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 de razón:

Diario.

Dos a tres veces por semana.

Una vez a la semana.

Una vez al mes.

Ocasionalmente.

No consumo.

Número de horas que duermen

6 a 8 horas.

08 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 de razón:

Tipo de actividad física que realiza:

Caminar.

Deporte.

Gimnasia.

No realiza.

Actividad física en estas dos últimas semanas durante más de

20

minutos

Escala de razón:

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 (33).

Definición Operacional

Escala de razón:

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

Diario

3 o más veces por semana

1 o 2 veces a la semana

Menos de 1 vez a la semana

Nunca o casi nunca

IV. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio

Dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (34).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala de razón:

Familia

Amigo

Vecino

Compañeros espirituales

Compañeros de trabajo

No recibo

Apoyo social organizado

Escala de razón:

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.

Comedores Populares.

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) (35).

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

Escala de razón:

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 detallaremos a continuación:

Instrumento No 01

El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos del Perú. Elaborado por la directora de línea de la investigadora del presente estudio y está constituido por 30 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO 01)

- Datos de Identificación, donde se obtuvo las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno biosocioeconómico de los adultos con hipertensión en el Asentamiento Humano Bello Horizonte (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, Vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida de los adultos con hipertensión en el Asentamiento Humano Bello Horizonte: hábitos

personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), Alimentos que consumen las personas.

- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias en adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte: Apoyo social natural, organizado, Acceso a los servicios de salud.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

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

3.5 Plan de análisis

3.5.1 Procedimientos de recolección de datos:

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

- Se informó y se pidió el consentimiento del adulto con hipertensión arterial del Asentamiento Humano Bello Horizonte, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con el adulto con hipertensión arterial del Asentamiento Humano Bello Horizonte para su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se aplicó el cuestionario al adulto con hipertensión arterial del Asentamiento Humano Bello Horizonte indicándole que la investigación sería anónima

- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adulto con hipertensión arterial del Asentamiento Humano Bello Horizonte.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa por el adulto con hipertensión arterial del Asentamiento Humano Bello Horizonte.
- Se aplicó el cuestionario al adulto con hipertensión arterial indicándole que la investigación sería anónima

3.5.2. Análisis y Procesamiento de los datos:

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

3.6 Principios éticos

En toda investigación que se llevó a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles, respetando la doctrina social de la iglesia como es la dignidad de la persona (38).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario al adulto con hipertensión arterial indicándole que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad del adulto con hipertensión arterial, siendo útil solo para fines de la investigación

Honestidad

Se informó al adulto con hipertensión arterial los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos de hipertensión arterial que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 04)

IV.-RESULTADOS

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1.-DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICOS EN LOS ADULTOS CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL A.H BELLO HORIZONTE

Sexo	n	%
Masculino	50	62,5
Femenino	30	37,5
Total	80	100

Edad	n	%
Adulto Joven	0,0	0,0
Adulto Maduro	60	75
Adulto Mayor	20	25
Total	80	100

Grado de instrucción	n	%
Sin nivel e instrucción	18	22,5
Inicial/Primaria	45	56,25
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	15	18,75
Superior universitaria	0,2	2,5
Superior no universitaria	0,0	0,0
Total	80	100

Ingreso económico (Soles)	n	%
Menor de 750	78	97,5
De 751 a 1000	0,2	2,5
De 1001 a 1400	0,0	0,0
De 1401 a 1800	0,0	0,0
De 1801 a más	0,0	0,0

Ocupación	n	%
Trabajador estable	25	31,25
Eventual	43	53,75
Sin ocupación	10	12,5
Jubilado	0,2	2,5
Estudiante_	0,0	0,0
Total	80	100

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte- elaborado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2.-DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO BELLO HORIZONTE.

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	50	62,5
Vivienda multifamiliar	30	37,5
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0,0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0,0	0,0
Otros	0,0	0,0
Total	80	100
Tenencia	n	%
Alquiler	0,0	0,0
Cuidador/alojado	0,0	0,0
Plan social (dan casa para vivir)	0,0	0,0
Alquiler venta	0,0	0,0
Propia	80	100
Total	80	100
Material del piso	n	%
Tierra	72	90
Entablado	0,0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	0,8	10
Láminas asfálticas	0,0	0,0
Parquet	0,0	0,0
Total	80	100
Material del techo	n	%
Madera, estera	50	62,5
Adobe	0,0	0,0
Estera y adobe	0,0	0,0
Material noble, ladrillo y cemento	10	12,5
Eternit	20	25
Total	80	100
Material de las paredes	n	%
Madera, estera	70	87,5
Adobe	0,0	0,0
Estera y adobe	0,0	0,0
Material noble ladrillo y cemento	10	12,5

Continua....

N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	15	19,0
2 a 3 miembros	61	76,0
Independiente	0,4	5,0
Total	80	100
Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	0,0	0,0
Cisterna	0,0	0,0
Pozo	0,0	0,0
Red pública	0,0	0,0
Conexión domiciliaria	80	100
Total	80	100
Eliminación de excretas	n	%
Aire libre	0,0	0,0
Acequia, canal	0,0	0,0
Letrina	0,0	0,0
Baño público	0,0	0,0
Baño propio	80	100
Otros	0,0	0,0
Total	80	100
Combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	80	100
Leña, carbón	0,0	0,0
Bosta	0,0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0,0	0,0
Carca de vaca	0,0	0,0
Total	80	100
Energía eléctrica	n	%
Sin energía	0,0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0,0	0,0
Grupo electrógeno	0,0	0,0
Energía eléctrica temporal	0,0	0,0
Energía eléctrica permanente	80	100
Vela	0,0	0,0
Total	80	100
Disposición de basura	n	%
A campo abierto	8,0	10
Al río	0,0	0,0
En un pozo	0,0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	72	90

Continua...

Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	0,0	0,0
Todas las semana pero no diariamente	80	100
Al menos 2 veces por semana	0,0	0,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0,0	0,0
Total	80	100

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro recolector	72	90
Montículo o campo limpio	8,0	10
Contenedor específico de recogida	0,0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0,0	0,0
Otros	0,0	0,0
Total	80	100

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte - elaborado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03.-DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO BELLO HORIZONTE

Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	0,0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	10	12,5
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	50	62,5
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	20	25
Total	80	100
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	0,0	0,0
Dos a tres veces por semana	15	18,75
Una vez a la semana	30	37,5
Una vez al mes	5,0	6,25
Ocasionalmente	10	12,5
No consumo	20	25
Total	80	100
N° de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	67	83,75
[08 a 10)	13	16,25
[10 a 12)	0,0	0,0
Total	80	100
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	20	25
4 veces a la semana	60	75
No se baña	0,0	0,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	70	87,5
No	10	12,5
Total	80	100

Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	55	68,75
Deporte	5,0	6,25
Gimnasia	0,0	0,0
No realizo	20	25
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	55	68,75
Gimnasia suave	0,0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	0,0	0,0
Correr	2,0	2,5
Deporte	3,0	3,75
Ninguna	20	25
Total	80	100

TABLA 03.-DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO BELLO HORIZONTE

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	3,0	3,75	5	6,25	10	12,5	4,0	5,0	15	18,75
Carne	3,0	3,75	26	32,5	5,0	6,25	4,0	5,0	8,0	10
Huevos	4,0	5,0	6,0	7,5	7,0	8,75	3,0	3,75	7,0	8,75
Pescado	4,0	5,0	7	8,75	2,0	2,5	37	46,25	9,0	11,25
Fideos	3,0	3,75	4,0	5,0	40	50	20	25	8,0	10
Pan, cereales	4,0	5,0	23	28,75	8,0	10	4,0	5,0	6,0	7,5
Verduras, hortalizas	50	62,5	2,0	2,5	4,0	5,0	5,0	6,25	7,0	8,75
Otros	9	11,25	7	8,75	4	5,0	3,0	3,75	20	25
TOTAL	80	100	80	100	80	100	80	100	80	100

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte- elaborado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

4.1.4 DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 04.-DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LOS ADULTOS CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO BELLO HORIZONTE

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	20	25
Centro de salud	0,0	0,0
Puesto de salud	60	75
Clínicas particulares	0,0	0,0
Otras	0,0	0,0
Total	80	100
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	0,0	0,0
Regular	43	53,75
Lejos	7,0	8,75
Muy lejos de su casa	30	37,5
No sabe	0,0	0,0
Total	80	100
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	9,0	11,25
SIS - MINSA	71	88,75
SANIDAD	0,0	0,0
Otros	0,0	0,0
Total	80	100
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	40	50
Largo	0,0	0,0
Regular	40	50
Corto	0,0	0,0
Muy corto	0,0	0,0
No sabe	0,0	0,0
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	1,0	1,25
Buena	39	48,75
Regular	40	50
Mala	0,0	0,0

Muy mala	0,0	0,0
No sabe	0,0	0,0
Total	80	100

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	80	100
No	0,0	0,0
Total	80	100

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte- elaborado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

TABLA 05.-DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LOS ADULTOS CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO BELLO HORIZONTE

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	60	75
Amigos	10	12,5
Vecinos	0,0	0,0
Compañeros espirituales	0,0	0,0
Compañeros de trabajo	10	12,5
No recibo	0,0	0,0
Total	80	100

Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0,0	0,0
Seguridad social	0,0	0,0
Empresa para la que trabaja	0,0	0,0
Instituciones de acogida	0,0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0,0	0,0
No recibo	80	100
Total	80	100

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte- elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

TABLA 06.-DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE APOYO EN LOS ADULTOS CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL ASENTAMIENTO HUMANO BELLO HORIZONTE

Apoyo Social de las Organizaciones:	SI		NO	
	n	%	n	%
Pensión 65	0,0	0,0	0,0	0,0
Comedor popular	20	25,0	0,0	0,0
Vaso de leche	60	75,0	0,0	0,0
Total	80	100	0,0	100

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte- elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

4.2 Análisis de resultado:

EN LA TABLA 1: De los 80 adultos del Asentamiento Humano Bello Horizonte el 62,5% son del sexo masculino; el 56,25% el grado de instrucción tienen primaria; el 97,5 tiene un ingreso económico menor de 750,00 nuevo soles y el 53,75 trabajan eventual.

En la presente investigación realizada a los adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte la mayoría son de sexo masculino con relación a las mujeres, lo que lleva a la conclusión de que existe una mayor prevalencia de hipertensión arterial en los varones.

En la presente investigación se observa también que casi todos de adultos tienen un ingreso menor de 750.00 Nuevos soles. También se evidenció una realidad compleja que sólo un reducido número cuenta con un ingreso económico adecuado lo cual cabe destacar que este ingreso que tiene cada familia de la población, solo cubrir sus necesidades básicas como el pago de luz, agua, pero no cubrir otras necesidades como mantener un acceso a los servicios de salud privados, limitar a tener una alimentación saludable, recreativas. A largo puede desembocar, conflictos familiares, divorcios, pandillaje, enfermedades de salud mental, estrés, enfermedades crónicas.

El nivel biosocioeconómico se refiere a la disponibilidad de recursos económicos, servicios de atención médica, viviendas, saneamiento básico, etc. Cada comunidad tiene sus estructuras económicas y las relaciones que de ellos se establecen determinarán la morbi-mortalidad de diferentes grupos humanos. Tener mejores ingresos económicos equivale a tener mejor alimentación, educación, vivienda,

salud. Las limitaciones económicas son un factor determinante en el cuidado de la salud.

Así mismo es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual.

Al analizar la variable de ocupación, más de la mitad de la población son trabajadores eventuales. Analizando observamos que la ocupación es el soporte vital del hogar, para cubrir necesidades básicas, necesidades de salud, necesidades personales como el vestirse, alimentarse, en la investigación realizada podemos observar que la población ha generado su propio negocio utilizando diversas estrategias, dando a conocer sus habilidades, destrezas, así mismo cabe destacar que se enfrentan a situaciones de frustración, inequidad e abuso de trabajo que no son capaces de valorar o reconocer la calidad de su trabajo. Por lo que se puede evidenciar que los adultos buscan tener trabajo para traer el sustento económico, para cubrir sus necesidades básicas.

La ocupación como la acción y resultado de ocupar u ocuparse; como sinónimo de empleo, (trabajo asalariado al servicio de un empleador), vocación (deseo de desempeñar una profesión o actividad) y profesión (acción o función que se despliega en un ámbito, empresa, organización por la cual se recibe un sustento y que suele requerir de conocimientos adquiridos siempre a través de educación formal).

También la ocupación se refiere a la clase de trabajo que efectúa una persona ocupada (o que desempeñaba antes si está cesante) durante el período de referencia adoptado, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga.

Asimismo, se halló que la gran mayoría no participa de alguna actividad laboral debido a falta de interés, sin embargo, quienes sí lo hacen, es porque tienen conocimiento de lo saludables que es realizarlo para la salud. La participación del adulto en el mercado laboral se da de manera informal y mal remunerada es un factor delimitante para satisfacer las necesidades de la familia por ello, la organización mundial de la salud (OMS), considera que el escaso ingreso económico en las personas y grupos sociales las lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedad, por lo que la perspectiva material estructuralista sostiene que las condiciones materiales precarias: alimentación insuficiente, vivienda precaria, ambiente laboral inseguro, generan riesgos y estos riesgos se expresan en forma de inequidades en salud.

Por lo que puedo decir que cada uno de los adultos no tiene una salud adecuada ya que el recurso económico influye mucho en su modo de vida y delimita en que ellos puedan satisfacer sus necesidades.

Encontramos investigaciones similares tales como: Evans, R, Barer M. Marmor T. (39), En su investigación titulada, “El Perú y la falta de Acceso a la Educación, Especialmente de Las zonas más pobres, 2002”. En donde concluye que a nivel nacional la tasa de analfabetismo es de 10,7; no obstante, se observa que mientras los

varones tienen una tasa de analfabetismo de 5,3, las mujeres alcanzan una tasa de 15,8; con respecto a Lima se observa una tasa de analfabetismo de 5,9; en Huancavelica la tasa de analfabetismo femenina es de 44,2. Es decir, en Huancavelica de cada 100 mujeres casi la mitad es analfabeta. Los lugares donde se presentan las tasas más altas de analfabetismo como Apurímac, Huánuco y Puno son las zonas donde existe más pobreza en el país.

En contextos de pobreza, donde la mayoría de la población en edad de trabajar carece de una condición inestable de una ocupación y de remuneraciones dignas, el rápido incremento del número de personas adultas y su presencia en los hogares, tiene efectos contradictorios y complejos. Por una parte, al tratarse de una población que al llegar a la edad legal de jubilación no recibe, en su gran mayoría, una pensión de jubilación, pues, ha estado inserta en el mercado laboral de manera informal por sus bajos niveles educativos, o si la recibe es muy reducida y tampoco tiene la posibilidad de acceder al seguro social en una etapa de la vida con grandes necesidades de atención de salud, trasladando la responsabilidad de cubrir estas carencias a los demás miembros del hogar.

Esto impacta desfavorablemente en las condiciones de pobreza. Sin embargo, por otra parte, hemos podido comprobar en este estudio que las transferencias económicas no sólo se dan en dirección a los adultos, sino que, las contribuciones económicas que realizan estas hacia los demás miembros del hogar y hacia los hijos en general, son tanto o más esenciales que las primeras y constituyen una importante estrategia de sobrevivencia frente a la pobreza (39).

Se encontraron investigaciones que difieren tales como: Freese C. y Domínguez C. (40). En su investigación titulada “Estudio de los factores psicosociales asociados con la hipertensión arterial primaria”. Encontró que: En la distribución por sexo, se observa que existe una mayor frecuencia de hipertensión arterial en las mujeres con relación a los hombres.

En relación al sexo se considera que si influye en el ser varón o mujer, teniendo en cuenta claro está también la edad de la persona la que conforme va avanzando va aumenta las posibilidades de contraer dicha enfermedad, pero de forma distinta según sea el sexo femenino o masculino. (40)

Varela L, en su estudio titulado “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional”, encontró que hay relación entre la condición de analfabeto y el deterioro cognitivo, por lo que sugiere que la población con bajo nivel de instrucción no se cuida por falta de información, lo que lo predispone a enfermedades, como la hipertensión; en cambio los que tuvieron mayor grado de instrucción cuentan con la oportunidad de desarrollar un sistema de protección. (41)

Así también el estudio poblacional transversal de: Bezerra P C; Opitz P. S; Koifman R J; Torres Muñoz P; en su investigación Titulad: Autopercepción De Salud Y Factores Asociados En Adultos De Rio Branco, Estado De Acre, Brasil **2007-2008**. Concluyo que las diferencias en cuanto al sexo, grupo de edad, nivel de escolaridad y el ingreso afectado negativamente en la autopercepción de la salud de los individuos. Los riesgos estimados fueron más altos para los desempleados, obesos, y algunas personas con enfermedades auto-reporte. Los resultados sugieren

diferencias de que en las condiciones de vida de los adultos en Río Branco están asociados con autopercepción de salud precaria (42).

Los resultados de esta investigación tal como: Lichamr; L. Rocabado Q, F, En su investigación Titulada: “Determinantes Sociales De La Salud En Perú **2005**” demostró que la percepción del propio estado de salud que hace una persona es un factor fiable de predicción sobre los problemas de salud. La percepción que las personas tienen de su estado de salud está vinculada a su nivel de ingreso, donde 47% de los adultos con ingresos más bajos calificó su salud como excelente o muy buena y el 21% la describió como regular o mala. Entre las personas del nivel de ingresos más alto, las cifras fueron de 73% y 5%, respectivamente. Esto es, los que vivían en los hogares de ingresos más bajos tenían una tendencia cuatro veces mayor a describir su salud como regular o mala que aquellos que vivían en los hogares con ingresos más altos (43)

TABLA 2: el 100%(80) tiene casa propia; el 90%(72) material del piso es de tierra ; el 62,5%(50) el material de techo es de madera y estera; el 87,5%(70) el material de paredes es de madera ;76%(61) duermen en una habitación de 2 a 3 miembros; 100%(80) tienen baño propio; el combustible para cocinar el 100%(80) utilizan gas; 100% (80) utilizan energía eléctrica permanente; el 90%(72) la disposición de la basura lo queman, entierran o en el carro de basura; el 100% (80) la frecuencia que pasa el carro recolector de basura por su casa es toda las semanas pero no diariamente; y el 90%(72) adultos eliminan su basura en carro recolector

Para concluir podemos decir que la totalidad de adultos tienen casa propia, lo que con lleva a que dichas personas tenga una alta responsabilidad de mantención y

seguridad familiar para con los miembros de su familia y residentes de la vivienda, por ende según lo encontrado las personas que son propietarios de sus viviendas tiendan a padecer en su mayoría de hipertensión arterial.

Los resultados encontrados son similares en el estudio realizado por la Asociación Probienestar de la Familia, con el apoyo del Gobierno de los Estados Unidos, a través de su Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) (44). Puesto que el 99,4 % cuenta con república publica dentro de la vivienda, así mismo el 90,8% cuenta con república publica dentro de la vivienda, con respecto a la eliminación de excretas 91,8 cuenta con red pública dentro de la vivienda; por lo concerniente a la eliminación de basuras el 97,1% eliminan su basura en el carro recolector de basura.

Así también se relacionan a los resultados encontrados en el estudio realizado por la Asociación Probienestar de la Familia, con el apoyo del Gobierno de los Estados Unidos, a través de su Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID)(45). Con respecto a la vivienda el 46,2 % tienen vivienda propia, así mismo en el N° de dormitorios el 31,7 % tienen de 3 dormitorios, en lo combustible para cocinar el 64,3 % utilizan gas natural, por lo concerniente con la eliminación de basuras el 97,1% deposita en carro recolector su basura.

Al analizar la variable de vivienda en los resultados encontrados en nuestro estudio, la gran mayoría tiene vivienda propia, donde se puede observar que los 49 adultos joven de este sector está temiendo una percepción de subsistencia de superación. La vivienda propia es un local construido, transformado o dispuesto para fines de alojamiento de personas, ya sea temporal o permanente. También la vivienda propia es que ha sido adquirida por el jefe u otro miembro del hogar.

Al analizar los resultados de los servicios básicos dentro de su vivienda, como el agua, luz, y desagüe. Así mismo el combustible para cocinar, Con respecto a la eliminación de basura y frecuencia que pasa el recolector de basura obtuvimos resultados positivos lo cual podemos decir que los adultos jóvenes presentan un entorno de vivienda saludable por lo que cuentan con los servicios básicos dentro de la vivienda y a larga no presentan enfermedades colectivas, (cólera, tifoideas, parasitarias, el dengue, etc). Las condiciones de saneamiento necesarias para el funcionamiento de la vivienda, referidas a disponibilidad de agua y el medio de eliminación de excretas.

Considera que cuando el agua llega directamente por cañería dentro de la vivienda, califica como aceptable. Esto, al considerar que la infraestructura necesaria y los permisos sanitarios hacen que en la mayoría de los casos su calidad sea potable. Abastecimiento de agua es obtenida de una fuente pública, la cual a su vez está conectada a una red pública. Los servicio de eliminación de excretas es la instalación para le eliminación de excretas, las cuales son arrastradas hasta la red de cloaca por medio de agua a presión llegada por tubería. Los servicio eléctrico Público se refiere si la vivienda tiene o no electricidad suministrada por red pública. (45)

La vivienda es el espacio físico donde los seres humanos transcurren gran parte de su vida; reponen sus fuerzas y donde se dan actividades y momentos importantes que estrechan relaciones afectivas, y fortalecen el núcleo familiar. Por su influencia en la salud de las personas, la vivienda debe brindar seguridad, ofrecer intimidad, descanso y bienestar, en función de las condiciones del medio ambiente y de la conducta que asumen sus ocupantes.

Hay que destacar que una vivienda en situación de precariedad e insalubridad, afecta la salud física, mental y social de las personas, especialmente de los niños y ancianos, que constituyen la población más vulnerable. No obstante, en el ámbito del hogar, se pueden controlar y evitar muchos riesgos si los miembros de la familia asumen conductas saludables.

Se sabe que las fibras de amianto y asbesto que se encuentran en el eternit entran en los bronquios, pasan a los pulmones y allí se depositan, provocando inflamación, que después de 15 o 20 años, provoca cáncer.

Así mismo científicos están estudiando diversos factores que producen el cáncer de pulmón entre ellos el arsénico presente en el agua para el consumo (principalmente en pozos privados, lo que también aumenta el riesgo de padecer esta neoplasia.

El estudio realizado por Adjasi C, en su investigación titulada: “Determinantes De La Salud En Base A Los Estándares De Vida De Las Viviendas en los Adultos En Ghana 2004” concluye que los estándares de vida de las viviendas, reveló que la mayoría de las viviendas, aproximadamente el 90%, utilizan aún la leña como combustible para cocinar, sobre todo en áreas rurales donde la inequidad en los ingresos es mayor (46).

Por lo que la organización mundial de la salud (OMS) nos dice que es importante conocer que las características sociales y físicas del entorno alrededor de la vivienda o vecindario son importantes para proteger la salud y el bienestar de sus moradores. Los entornos urbanos se enfrentan con problemas de hacinamiento, ruido,

contaminación del aire, congestión y peligros del tránsito, delincuencia y aislamiento social. Los entornos rurales se enfrentan con problemas de falta de servicios sanitarios y de apoyo social y aislamiento social. Tanto el asentamiento precario planificado como el generado por la ocupación del territorio en forma espontánea pueden poner en riesgo la salud y bienestar de sus habitantes. Vecindarios no adecuados física y socialmente están asociados con un aumento de la mortalidad general, del número casos de bajo peso al nacer, accidentes, enfermedades cardiovasculares, HIV, gonorrea, tuberculosis, depresión e inactividad física (47)

Así mismo García, M.H; y col. en su investigación Titulada: “Sobre La Promoción De La Salud En Maduros Españoles **2006**”. Concluyo que la educación sanitaria ha pasado a ocupar un lugar central en la estrategia de la salud pública y que los comportamientos insanos. Las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad han de aplicarse en todas las etapas de la vida. En la actualidad, dentro de la promoción de la salud, se hace hincapié en la educación sanitaria y a la contaminación al ambiente, el estímulo de los hábitos y estilos de vida saludables y en las actividades preventivas que globalmente conducirán hacia un envejecimiento saludable (48)

En su estudio realizado **Gould R.** En su investigación titulado: “Determinantes de la salud social a los adultos maduros de la población de Mexico **2008,**” concluyo que la población de la ciudad de México tiene la mayor generación de residuos del país, debido a su condición urbana y a también tener el mayor PIB por capital cada individuo produce 1.5 kg /día, lo que implica 12 mil toneladas diarias. La recolección

de basura la llevan a cargo las autoridades locales (delegaciones) pero el manejo final se realiza de manera centralizada (49)

Así mismo en la investigación Marmot, M G. Y Theorell, T. En su investigación titulada: Clase Social y Enfermedad Cardiovascular: la contribución del trabajo. Diario Internacional de Servicios de Salud (2005); La vivienda constituida tradicionalmente en centros de atracción de inmigrantes de las zonas rurales desasistidas con problemas sociales, asociados con las condiciones precarias de hábitat y vivienda.

Destacan la alta incidencia de la pobreza urbana, la existencia y producción de viviendas inadecuadas, el déficit de servicios públicos básicos (acceso al agua potable, canalización de aguas servidas, suministro de energía eléctrica, accesibilidad, entre otros). Como consecuencia de esta situación, hoy día un tercio de los habitantes de asentamientos urbanos viven en condiciones que ponen en peligro su salud y sus vidas (50).

Asimismo la investigación de Cáceres L, Rovira J, R, Calzada J; E, Saldaña A. (2011) en su investigación titulada: Los resultados demuestran que en el 46,4 % (13/28) de las casas clasificadas como de “riesgo bajo” se encontraron triatominos, al igual que en el 9,1 % (1/11) y 38,9 % (7/18) de las casas de “riesgo moderado” y “riesgo alto”, respectivamente. De las 8 casas con peridomicilio clasificado como de “riesgo bajo” se encontraron 2 (25,0 %) infestadas. Mientras que en 11 de 34 (32,4 %) de riesgo moderado y en 8 de 15 (53,3 %) de “riesgo alto” fueron encontrados

chinchas. Aquellas casas infestadas presentaron en promedio 1.0 palmas reales en un perímetro de 25 metros (51).

La Dirección General de Desarrollo Urbano del Subsector Vivienda y Construcción está realizando desde 1998 el Proyecto de Desarrollo del Hábitat Productivo, el cual se concibe como una estrategia de desarrollo local para áreas de pobreza urbana. Este proyecto recoge una práctica muy extendida entre las familias de escasos recursos, que es la de utilizar sus viviendas para desarrollar actividades que les provean de algún ingreso, ante la imposibilidad de acceder al mercado de empleo formal. Se han iniciado experiencias demostrativas en Asentamiento Humano y Centro Poblado del Departamento de Huancayo (sierra-centro); en algunas ciudades de Ancash, Cajamarca, Piura, Puno e Iquitos, y en dos Asentamientos Humanos de Lima (52).

Así también la investigación de Barceló C. en su investigación titulada: Vivienda Saludable: Estrategia Regional. Organización Panamericana de la Salud, Simposio Regional: Metas de Desarrollo del Milenio: Estrategias en Saneamiento Básico y la Búsqueda de Equidad y Desarrollo Sostenible (2004). Las características sociales y físicas del entorno alrededor de la vivienda o vecindario son importantes para proteger la salud y el bienestar de sus moradores. Los entornos urbanos se enfrentan con problemas de hacinamiento, ruido, contaminación del aire, congestión. Los entornos rurales se enfrentan con problemas de falta de servicios sanitarios y de apoyo social y aislamiento social. Ponen en riesgo la salud y bienestar de sus habitantes (53).

Se asimila en lo encontrado en la investigación de WHO. en la investigación titulada Determinantes del adulto en la organización social concluye que las condiciones de la vivienda han sido reconocidas desde hace tiempo como una de las principales determinantes sociales de la salud humana. La precariedad de la vivienda de interés social en los países de América Latina y el Caribe puede estar afectando la salud de millones de personas. El ruido, la humedad, el plomo, el monóxido de carbono, las partículas, los desastres naturales, la falta de higiene y de condiciones sanitarias, la falta de acceso a personas con discapacidad, el diseño urbano inadecuado, y el hacinamiento son algunos de los peligros a la salud a los que se está expuesto en la vivienda (54).

Según los resultados de la presente investigación de los adultos con hipertensión arterial predominan de techos maderas y esteras, paredes de material madera y esteras, y cuentan con los servicios básicos adecuados; 62,5% (50) tienen una vivienda unifamiliar, el 76% (61) refiere que en una habitación duermen de 2 a 3 miembros, y la mayoría cuentan con los servicios básicos que es lo indispensable que se debe contar en un hogar; contar con una vivienda adecuada es uno de los aspectos más importantes en la vida de una persona, para cubrir las necesidades básicas, como la necesidad de abrigo, ser protegidas y gocen de privacidad y un espacio personal

Estudios similares tales como Sinche E. y col. (55). En su investigación titulada: “Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Mujeres Adultas de Organizaciones de Base de una Población Urbano Marginal Pobre de Lima, Perú”. Encontró que existe un alto porcentaje de padecer hipertensión arterial

en relación al tipo de vivienda, donde dos terceras partes contaban con vivienda propia y el material predominante de las viviendas fue ladrillo, y cerca de la quinta parte el material de su vivienda.

Cepada L., Garza R. y Vega D. (56) encontraron que las viviendas de los adultos son de concreto, las paredes son de ladrillo, piedra o cemento, así como también son de cemento y tierra el material de los pisos que predominan. Además cuentan con agua entubada dentro de la vivienda, tienen baño propio, alumbrado con electricidad y cocinan a gas.

La vivienda y su entorno como factor para contraer hipertensión arterial en los adultos recae en que existe una demanda de accesibilidad, seguridad, carga financiera que supone mantener un hogar y la importante seguridad emocional y psicológica que brinda el hogar; todo esto va de acuerdo que el mantener una casa propia dispone de más demanda de preocupación ya que se tiene que ayudar a mantener el hogar, tanto en la parte emocional, seguridad, financiera y salubre para todos. A su vez también las condiciones de la vivienda pueden limitar la salud física, mental y social de sus residentes, la situación de precariedad y el saneamiento adecuado favorece la vida y calidad de salud de las personas que viven con hipertensión. (56)

El concepto de calidad de vida en el adulto involucra muchas variables, como pueden ser la satisfacción, felicidad, autoestima, además de la capacidad adquisitiva, el disfrutar de buena salud física-psíquica, una relación social y familiar satisfactoria, entre otras muy diversas. Muchos autores están de acuerdo en que la salud es la que mayor influencia tiene en la percepción de calidad de vida por parte de los ancianos y que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos.

El hecho que ellas presenten mayor deterioro en su calidad de vida tanto a nivel global como de las distintas dimensiones, lleva a pensar en la existencia de otros factores intrínsecos o extrínsecos que van a empeorar la percepción y la puntuación de su calidad de vida, encontrándose situaciones referidas a una mayor exposición a problemas emocionales, menores oportunidades de mejoramiento de su calidad de vida, las mismas que deben ser reconocidas y superadas para lograr mayor satisfacción en el cuidado de su salud.

De igual manera, diversos estudios señalados en el artículo científico sobre Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín, de Cardona, D. y Cols, permiten demostrar que los adultos mayores que tienen una deficiente calidad de vida se asocian con mayores prevalencias de depresión, ansiedad y déficit funcional. Esto fue un hallazgo constante, pues las personas que tuvieron altos puntajes en las escalas de síntomas depresivos, de riesgo de ansiedad y déficit en la capacidad funcional, presentaron bajos puntajes de calidad de vida (57)

Así también la investigación de Barceló C. en su investigación titulada: Vivienda Saludable: Estrategia Regional. Organización Panamericana de la Salud, Simposio Regional: Metas de Desarrollo del Milenio: Estrategias en Saneamiento Básico y la Búsqueda de Equidad y Desarrollo Sostenible (2004). Las características sociales y físicas del entorno alrededor de la vivienda o vecindario son importantes para proteger la salud y el bienestar de sus moradores. Los entornos urbanos se enfrentan con problemas de hacinamiento, ruido, contaminación del aire, congestión. Los

entornos rurales se enfrentan con problemas de falta de servicios sanitarios y de apoyo social y aislamiento social. Ponen en riesgo la salud y bienestar de sus habitantes (58).

Pelaez, B. y Rodriguez, L; Tuiran, R. señalan que la familia es la fuente fundamental de apoyo para los adultos mayores, por ello que se determina que cada familia presenta particulares necesidades, cuya satisfacción se encuentra mayoritariamente en el propio entorno familiar. Esta condición coincide con estudios que se han realizado en América Latina, donde se muestra que a pesar de todos los cambios en la estructura y dinámica que pueden haber llevado a la fragmentación de las redes familiares, para ello la salud es considerada como pilar básico para el logro de una mejor calidad de vida de esta población (59)

La hipertensión arterial constituye uno de los problemas de salud pública, que requiere intervención oportuna, situación que exige un apoyo importante del grupo familiar, pues aporta en la vigilancia de la enfermedad, fortalece su toma de decisiones así como fomenta la ejecución de acciones adecuadas, traducidas en estilos de vida saludables.

Los padecimientos crónicos como la hipertensión arterial, representan eventos que son fuente generadora de estrés, lo que origina mayor dificultad para asumir la enfermedad y sus cuidados para la persona adulta requiriendo el apoyo familiar que es pieza clave para asumir la supervisión y el control por parte de la familia como cuidadora directa, siendo muy pertinente el propiciar un ambiente favorable que

reduzca el estrés, y mejore el cumplimiento del tratamiento, siempre considerando a la familia como uno de los elementos básicos de apoyo que requiere todo adulto.

Por otro lado, si el adulto hipertenso que acude a sus controles eventualmente evidencia indicadores que demuestran el poco o nulo cumplimiento de sus indicaciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, requiere la intervención por parte de los profesionales de enfermería para determinar los otros aspectos relacionados con el apoyo familiar brindado que están ejerciendo una influencia significativa sobre las conductas que motivan al adulto hipertenso al cumplimiento de su tratamiento, sea referido a su medicación como a su dieta y autocontrol emocional, todos ellos sino están bien encaminados con el apoyo de la familia pueden desencadenar un deterioro en su nivel de calidad de vida

Después de todo lo anteriormente señalado, considero que el apoyo familiar, como uno de los elementos claves de la totalidad conocida como apoyo social, representa uno de los aspectos prioritarios que busca lograr el cumplimiento oportuno y pertinente de sus roles, considerando a la familia como uno de los sistemas básicos del cual el adulto mayor hipertenso debe recibir protección y seguridad, pues su ambiente familiar requiere ser favorable y sus integrantes involucrados para obtener un mejor control de la enfermedad, proporcionando cuidados de calidad sostenibles que repercutan en la modificación de la conducta tanto del adulto que presenta la patología como de los familiares inmediatos que son los que le proporcionan sus cuidados.

Lo que adicionalmente generaría en el adulto hipertenso un nivel de calidad de vida adecuado, concordante, con el grado de apoyo familiar recibido.

TABLA 3: De acuerdo a los estilos de vida 62,5% (50) no fuma actualmente, pero sí ha fumado antes; 37,5 % (30) consume bebidas alcohólicas una vez a la semana; 83,75 % (67) duerme de seis a ocho horas; el 75% (60) frecuencia con que se baña es de 4 veces a la semana, 87.5% (70) visita al médico para que lo evalúen periódicamente; 68,75 % (55) de ellos camina; 25 % (20) no realiza ningún deporte, En cuanto a la alimentación, el 62,5 % (50) consume verduras diariamente, 28,75% (23) consumen pan y cereales 3 veces o más a la semana, 50% (40) consumen fideos 1 a 2 veces por semana, 46,25% (37) consumen pescado menos de 1 vez a la semana, 25% (20) consumen otros casi nunca

En la presente investigación realizada a los adultos, presentaron como resultado que la mayoría de ellos no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, pero que ocasionalmente ingieren alcohol, lo que no es alarmante pero si hace referencia a que si existe un riesgo en que estos hábitos influyan en la salud de los adultos del Asentamiento Humano Bello Horizonte. Casi la totalidad duerme de 06/08 horas, la mayoría se realiza examen médico periódico, consumen diario fideos, se bañan 4 veces a la semana, no fuman ni lo han hecho de manera habitual, realiza actividad física.

Estos resultados son similares a los de Maya , L (60) quien investigó Los estilos de vida saludable en adultos: definido como los procesos sociales , tradicionales , los hábitos , conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la

vida .Así mismo concluyó que los estilos de vida son determinadas de la presencia de factores de riesgo y / o de factores protectores para el bienestar , por lo cual debe ser visto como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Por otro lado estos resultados se aproximan a los de Marlit, Q. (61), quien investigo estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta dela asociación de vivienda villa colonial de Viñani, Tacna. Según la variable estilos de vida se observa que la mayoría de adultos tienen estilos de vida no saludable con un 66,99% y un porcentaje significativo tienen estilos de vida saludable 33,01%.

En el presente estudio muestran los siguientes resultados teniendo en cuenta los adultos maduros no están consumiendo una alimentación balanceada, por lo que puede traer consecuencias durante su vida cotidiana lo cual puede desencadenar diversas enfermedades tales como la, diabetes, hipertensión, obesidad cáncer, anemia, problemas cardiacos entre otras enfermedades que en un futuro pueden causarle la muerte si no toman conciencia e empiezan a llevar una alimentación saludable y un comportamiento saludable. El menor porcentaje de adultos que tienen estilo de vida saludable son aquellas que son conscientes sobre su salud y se preocupan por cambiar sus hábitos de vida.

Tienen una adecuada alimentación pues consumen carnes, frutas, verduras y cereales; otros practican algún deporte como futbol, vóley entre otros; los adultos realizan ejercicio como caminar. El estilo de vida saludable, es la forma como cada uno decide vivir, son las cosas que decidimos hacer. Es la hora de levantarnos, la hora en que descansamos, el tipo de alimentos que consumimos, la clase de actividad

física que practicamos, la forma de relacionarnos con los demás y la actitud que asumimos frente a los problemas. Todo esto hace que tengamos o no un estilo de vida saludable (61)

En lo concierne con la tabla concluyo que en los estilo de vida los adultos maduros tienen un hábito de vida o forma de vida saludable debido a que realizan actividad física sabes bien que al no realizar ejercicios puede tare a mucha enfermedades como obesidad, diabetes, enfermedades cardiacas, hipertensión arterial, elevación de los niveles en la sangre de colesterol, triglicéridos, sobrepeso, dolo articular y muscular, que con el tiempo pueden perjudicar su salud tanto individual como colectiva.

En la actualidad un 35% de las muertes por cáncer se atribuyen a los hábitos alimenticios; de ahí la importancia que adquiere el conocer qué componentes de los alimentos son los que influyen en el surgimiento del cáncer, con el fin de que los individuos en riesgo identifiquen las alternativas y así reduzcan el peligro de padecer la enfermedad, aunque esto no es tarea sencilla.

Otra fuente adicional de riesgo asociada con la alimentación es la posible formación de nitrosaminas cancerígenas a partir de la interacción de los nitritos con las aminos que se hallan presentes en los alimentos. Los nitritos y nitratos están ampliamente distribuidos en los alimentos en concentraciones variables; los vegetales y productos de salchichonería tratados con nitritos son los que más aportan estas sustancias, aunque también pueden ingerirse en el agua y jugo de frutas.

Se calcula que en Estados Unidos un individuo consume alrededor de 75rng de nitratos diariamente (que pueden ser convertidos en nitritos por bacterias presentes

en la boca) y 0.8 mg de nitritos. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que junto con los nitritos y aminos pueden consumirse alimentos con sustancias que impiden la formación de nitrosaminas, como la vitamina C, o bien que la favorecen como los fenoles.

La situación referida por Castellanos, J. enfatiza la problemática de los adultos y las patologías crónicas que puedan presentar, las mismas que deben ser tomadas con precaución, ya que el hecho de evidenciar sintomatologías depresivas y de ansiedad pudo derivar en que los adultos mayores del estudio puntuaran de forma negativa su calidad de vida. Es por eso que se considera que, la adultez mayor es una fase de la vida en la que hay una gran probabilidad de desarreglos sociales, discapacidades físicas, declive cognitivo y deterioro funcional, los cuales contribuyen a procesos depresivos y de ansiedad, afectando la autonomía del anciano y así, la calidad de vida declina frente a estas enfermedades (62)

En conclusión, los adultos hipertensos en su mayoría afrontan dificultades relacionadas con su salud, dónde no sólo se ve comprometida su responsabilidad sino también del apoyo familiar respectivo, el mismo que ejerce influencia en la calidad de vida del adulto hipertenso.

Por ello el propósito que se tiene a través del presente estudio es determinar mediante la evidencia científica, la problemática existente en el grupo de riesgo poblacional correspondiente a los adultos hipertensos, siendo más susceptibles de complicaciones sino tienen los cuidados pertinentes proporcionados por los integrantes de su sistema

familiar, siendo considerado uno de los soportes inmediatos que brindan sus roles de custodiar hacia el integrante adulto que lo necesita, y como ha sido determinado a través de la presente investigación tanto el apoyo familiar como la calidad de vida del adulto se encuentran directamente relacionados.

Estudios diferenciales como Gonzales H. (63). En su investigación titulada:

Valoración factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud corrales-Tumbes. Perú 2007. Encontró que la muestra la conformaron 48 personas adultas entre 35 a 65 años a quienes se les pidió contestaran el cuestionario que contenía las variables independientes: factores de riesgo cardiovascular. Determinándose que la población estudiada, desconocen los factores de riesgo cardiovascular, 35 % de las personas tiene conocimiento que la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular, entre los hábitos nocivos el consumo de cigarrillo con 25 % y alcohol con 29 % el riesgo es al menos el doble que los no fumadores. Concluyendo que las causas más comunes en las enfermedades cardiacas y presencia de enfermedad hipertensiva son los hábitos de fumar y la obesidad.

Los adultos consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente; no es alarmante pero sí llama la atención, ya que ellos por su condición no están aptos para consumir este tipo de bebidas porque dañan su salud; más aún deteriora la de los adultos de la presente investigación que padecen de enfermedades crónicas

El alcohol puede actuar de manera diferente en las personas mayores que en las personas más jóvenes. Algunas de las personas adultas pueden alcanzar un estado de euforia, sin aumentar la cantidad de alcohol que toman. Ese estado de euforia puede

aumentar la probabilidad de que tengan accidentes, inclusive caídas y fracturas y accidentes de automóvil.

TABLA 4, 5,6: De acuerdo a las redes sociales y comunitarias, el 75 % (60) recibe apoyo de familiares, el 100 % (80) no recibe apoyo social organizado, el 75 % del vaso de leche, el 75 % (60) se atiende en un puesto de salud, el 88,75 % (71) cuenta con el SIS-Minsa, el 11,25 % (9) tiene el seguro de Es Salud; asimismo, el 50 % (40) dice que la calidad de atención fue regular, el 50%(40) el tiempo que esperó es muy largo, el 100%(80) si hay pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

Para concluir en la investigación podemos decir que la totalidad no recibe ningún tipo de apoyo social organizado, la totalidad hay pandillaje cerca de su casa, casi la totalidad no recibe ningún apoyo social natural, más de la mitad cuenta con SIS-MINSA, considera que el lugar donde se atendió brinda una atención regular, el tiempo de espera para la atención fue regular, menos de la mitad la calidad de atención que recibió fue regular, y la Institución de salud en donde se atendió en los 2 últimos 2 meses fue un puesto de salud.

Analizando la variable se observa que los adultos no acuden a realizarse chequeos médicos durante los últimos 12 meses; así mismo más de la mitad no cuenta con seguro de salud, estas conductas que adopta el adulto, influye en su salud puesto que puede desembocar diversos factores de enfermedades que perjudiquen su salud y su familia, así mismo el no llevar un estilo de vida saludable lleva adquirir diversas enfermedades como hipertensión, infarto al corazón, estrés, por otro lado trae como consecuencias el no tener acceso a la salud.

Trae como consecuencia demora en la atención de salud, imposibilidad de detectar tempranamente un enfermedad, alejamiento de sesiones educativas por personal de salud. En la población entrevista evidenciamos que existe pandillaje en la comunidad lo cual puede perjudicar a cada uno de los adultos.

Los resultados encontrados se aproximan El Instituto Nacional de Estadística e Informática, (64). En su estudio del perfil sociodemográfico del Perú, con respecto a la tipo de seguro el 16,3 % tienen el SIS-MINSA, el 15,7 % tiene ESALUD el 57,7% no tiene seguro.

Los resultados encontrados se asimilan al de Vilma, P. (65). Cuya investigación es titulada factores Biosocioeconómico del adolescente pandillero en la urb. San José – Piura, Se aprecia que el 75% adolescentes pandilleros son de sexo masculino pero hay que resaltar que un 25% de ellos son mujeres, lo que indica la presencia de las mujeres en las pandillas juveniles.

Las pandillas se originan debido a los vacíos que existen en la vida de un individuo y que no pueden ser llenados por la familia. Estos vacíos se deben a la destrucción del ambiente familiar, social e individual. Además hay diferentes razones para diferentes niños, unos son atraídos por las fiestas, mujeres, y drogas, otros buscan hacer dinero para ayudar en la casa o tener ropa buena y la mayoría tienen problemas en la casa y prefieren mejor la calle. La edad de los miembros de la pandilla puede variar entre los 7 y los 35 años, pero comúnmente son muchachos adolescentes o veinteañeros.

En lo concierne con la tabla concluyo que los adultos jóvenes a futuro pueden desembocar o enfermedades silenciosas (asintomáticas) como las relacionadas con el sistema cardiovascular, la diabetes, hipertensión que sólo con exámenes de "rutina" podrían identificarse tempranamente e intervenir para prevenir la muerte ,el pandillaje trae como consecuencias inseguridad, más pandillaje, la presión del estar rodeado por ellos, la falta de seguridad, problemas emocionales, riesgo a problemas sociales.

En los resultados encontrados son similares a los de García. A. (66) Titulada: “determinantes de la salud en el preescolar con anemia. institución educativa n° 317, urb. El Carmen. Chimbote – 2012, el 100% (60) no recibe algún apoyo social organizado; así mismo difieren 75% (45) no reciben ningún apoyo social natural.

Por otro lado los resultados encontrados se asemejan a los de Román. R. (67). Titulada: determinantes de la salud en niños menores de 5 años, A.H “Bellavista” – Nvo Chimbote, 2012, 81,4% (57) no recibe algún apoyo social natural, así mismo son similares 100% (70) no recibe algún apoyo social organizado.

Así mismo los resultados encontrados se asemejan a los de Colchado.A. (68). Titulada: determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Santa-2012. 95% (80) no recibe algún apoyo social natural, así mismo son similares 100% (80) no recibe algún apoyo social organizado.

Al investigar otra tesis podemos observar que todas ellas son estudios buscados en niños y adultos mayores con respecto con la tabla recibe apoyo social natural ni social organizado aquí evidenciamos que lo niños y adultos mayores recién el apoyo de dichas instituciones por lo que el gobierno tiene campañas destinadas para el adulto mayor y niño, donde el gobierno trabaja con las somas rurales o somas con extrema pobre.

Al analizar la variable observamos en la gran mayoría no recibe ninguna apoyo social organizado, esto se puede deber a que a que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, por lo que no contará con un apoyo social natural y será precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento en su sociedad. Las redes de apoyo natural, depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. La posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos.

En un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad (68)

En el marco del I Concurso Nacional de Investigación sobre la Contribución Económica del Adulto en el Perú, considera que la alta vulnerabilidad en la que se

encuentra la mayoría de adultos, al no tener acceso a un seguro de salud ni estar afiliados a un sistema de pensiones. En este contexto, es necesario que el Estado diseñe un mecanismo eficiente y costo-efectivo que permita ampliar la cobertura de estos servicios provisionales y de salud, especialmente en el caso de los hombres en las zonas rurales.

Los seguros son instrumentos financieros que nos ayudan a reducir la incertidumbre económica sobre el futuro, ya que firmando un contrato (póliza) con una Compañía de Seguros (ya sea de Vida o Generales) en la cual yo me comprometo a pagar una determinada cantidad de dinero (prima) estoy garantizando cierto pago futuro en la eventualidad que ocurra alguna circunstancia por la cual yo me estoy asegurando.

Estudios similares como Orosco B. y Colaboradores (69) en su investigación titulada “Determinantes del control de la presión arterial y los lípidos en pacientes con enfermedad cardiovascular”. Encontró que la afeción para mejorar el control de la presión arterial en prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular, sería recomendable aumentar la intensidad de los tratamientos, dado que la gran mayoría de los pacientes ya están tratados con fármacos antihipertensivos

Además en la presente investigación de Battaus, Brazil M, R; y Monteiro, M. I: Estudio Epidemiológico titulado: Perfil sociodemográfico e estilo de vida de trabajadores de una industria metalúrgica. realizado en el estado de São Paulo, Brasil (2013), para identificar estafa el perfil sociodemográfico, los aspectos de la Salud, las horas sueño, de los Trabajadores en su estilo de vida se entrevistó a 182 Trabajadores La mayoría eran Hombres (75,8%), 33,8 estafadores, edad, actividades

de ocio oscilantes medios de comunicación (88,5%) y que las horas extraordinarias (72,5%). Física fue la Actividad 55%, 17,6% fumaba y el Haber Dijeron 59,3% bebía alcohol. La Investigación de los aspectos de la Salud y El Trabajo es La Gran Aplicación para ellos de las medidas enumeradas en Prevención de cada trabajador (70).

Aunque contar con apoyo social, especialmente familiar, está demostrado que beneficia la salud tanto física como psíquica de la persona enferma o necesitada de ayuda. En algunas ocasiones, el apoyo, no importa cómo de generosamente se dé, puede comunicar un mensaje negativo, constituir una amenaza a la autoestima del receptor o provocar un estrés adicional. Así, la obtención de ayuda en una situación donde la persona se siente capaz de hacer la tarea puede producir un estado de ánimo más negativo y una autoevaluación menos positiva para ese receptor. Cuando el que da apoyo comunica una elevada ansiedad, el apoyo ofrecido también puede ser negativo.

Estos resultados se difieren Ojeda Medina (71) en su investigación titulada “soporte y red social en el adulto maduro obesos con hipertensión arterial y/ o diabetes mellitus tipo 2 en riesgo de insuficiencia renal”, mencionó que el equipo de salud y el profesional de enfermería realizan actividades e intervenciones enfocadas a este grupo de población que el 96,6% de las personas adultos maduros encuestada muestra que 66,6% de los pacientes tienen Diabetes mellitus tipo 2, el 20% con Hipertensión arterial y un 13.3% enfermedades que generaran en el adulto maduro, transformaciones en sus relaciones sociales, personales y familiares a causa de los cambios que deben asumir por su situación crónica.

Salinas A., Manrique B. y Téllez M. (72), en su estudio “Redes de apoyo social a la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades”, encontraron que el 4 % de los hombres y el 3 % de las mujeres no cuenta con red de apoyo y que de estos un alto porcentaje (68 % y 78,2 %, respectivamente) vive ya sea con su pareja o con otros familiares.

Los adultos viven una situación social muy preocupante, pues, de acuerdo con los resultados, no reciben el apoyo de casi ningún tipo de asociación u organización, vale decir, viven abandonados, y algunos que no trabajan ni tienen para su alimentación quedan en el desamparo o reciben solo el apoyo de sus vecinos. No obstante saber que padecen de estas enfermedades crónicas, se alimentan de lo que pueden, más no de alimentos que debieran.

El apoyo social tiene para la vejez beneficiosos efectos para su salud y bienestar. Este no debe ser visto solo como transacción de ayuda material, sino también como aceptación, afecto y afirmación (72)

En la Investigaciones semejantes como la de **Cruz C, y col. P**, en su investigación titulada: Conocimiento, la Percepción Y Las Conductas De Salud (2008). Nuestro estudio encontró que el factor más importante asociado con la decisión de someterse a pruebas de detección de cáncer de mama estaba teniendo una percepción positiva de la calidad de la atención prestada por los centros de salud locales, como tener personal de la clínica competentes, equipos de control suficiente, y los tiempos de espera razonables para recibir cuidado y recibir los resultados del examen. Por lo

tanto, los centros de atención de salud individuales tienen que centrarse en la percepción de los servicios recibidos por la optimización de la atención (73).

Similares resultados se obtuvo de la investigación Según el Enaho 2013 (74) del total de personas que no consultaron a pesar de haber padecido algún problema de salud, el 42,5% considero que no fue necesario recibir atención (Causa externa al SS), 29,6% utilizo remedios caseros o se auto-medico (Causa externa al SS). El 15,3% no lo hizo porque el establecimiento de salud quedaba lejos (Causa interna del SS), falta de confianza o porque demoran en la atención (Causa interna del SS), 11% no recibió atención en salud por falta de dinero (Causa externa al SS) y el 27,8% manifestó “otras razones” que incluye: no tener seguro de salud (Causa interna al SS) o falta de tiempo o por maltrato de personal de salud (Causa interna al SS).

Otra investigación semejante de la Encuesta Nacional de Hogares-ENAH0 2012 (75). Concluyo que el 31,3% de la población está asegurado solo al Seguro Integral de Salud (SIS), estos provienen en su mayoría de zonas rurales y urbanas marginales. El SIS beneficia también a mujeres no gestantes y varones mayores de 17 años que viven en extrema pobreza y pobreza en caso no tengan cobertura de ESSALUD u otros tipo de seguridad social. Han sido incorporados en el SIS: líderes de comedores populares, madres de menores beneficiarios del Programa de Alimentación Suplementaria (“Vaso de leche”), madres que trabajan en guarderías infantiles públicas (Wawa wasi), mujeres miembros de Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) y limpiabotas

En la presente investigación Según Carvalho I A; Marchiori B, P, en su investigación titulada: Determinantes Sociales De La Salud, La Enfermedad E Intervenciones; Políticas e Sistema de Saúde no Brasil 2008 (76). Distribución de la riqueza, hay grandes sectores de población viviendo en condiciones de pobreza que no les permiten tener acceso a las mínimas condiciones y bienes esenciales para la salud. Además de que la renta de los 20% más ricos es 26 veces mayor que la renta de los 20% más pobres, 24% de la población económicamente). Se entiende que la pobreza no es solamente la falta de acceso a los bienes materiales, sino que también es la falta de oportunidades y de posibilidades de opción entre diferentes alternativas. Pobreza es también la falta de voz ante las instituciones del Estado y de la sociedad y una gran vulnerabilidad en favor de su salud.

Se asimila también la investigación Wagstaff; A. con su investigación Pobreza y desigualdades en el sector de la salud, desigualdad en salud (2012). El aumento de las desigualdades sociales tiene su expresión en las condiciones de salud, casi siempre en perjuicio de los pobres y más pronunciadas con los indicadores de mala salud. La inequidad en salud está anclada en la realidad política y social. Su origen está en la estratificación y las relaciones de poder. Para hacerles frente se requiere además de intervenciones focalizadas, cambios profundos a nivel estructural. La inequidad en salud es una problemática profundamente anclada en la realidad política y social, cuyo origen está en la estratificación y las relaciones de poder que tienen lugar en el contexto de las sociedades (77).

Al concluir la tabla podemos observar que casi la totalidad de adultos con hipertensión arterial no tienen apoyo natural ni social esto puede influir mucho en su

estado de salud mental y emocional puesto esta persona se sentirá solo que no cuenta con nadie y trae como consecuencia el aislamiento de sus familias, o vecinos, entorno con el tiempo en un cuadro depresivo, ansiedad o estrés. También con esta investigación podemos concluir que tenemos promover más los la salud preventiva para el bienestar del adulto.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

- En los determinantes Biosocioeconómico; La mayoría son de sexo masculino, adultos maduros, casi todos con un ingreso económico menor de S/.750.00 nuevos soles; la mas de la mitad tiene grado de instrucción inicial/primaria, menos de la mitad tiene trabajo eventual, la totalidad tiene casa propia, tienen vivienda unifamiliar, entierra, quema y arrojan al carro recolector, material de piso tierra, baño propio, usan gas, electricidad, tiene energía eléctrica.
- En los determinantes de estilo de vida casi la totalidad duerme de 06/08 horas, la mayoría se realiza examen médico periódico, consumen diario fideos, se bañan 4 veces a la semana, no fuman ni lo han hecho de manera habitual, realiza actividad física.
- En los determinantes de redes sociales y comunitarias la totalidad no recibe ningún tipo de apoyo social organizado, hay pandillaje, casi la totalidad no recibe apoyo social natural.

5.2 Recomendaciones

- Sensibilizar y concientizar a las autoridades comunales por medio de los resultados encontrados coordinen y ejecuten acciones para el cambio y el bienestar de los adultos con hipertensión arterial del Asentamiento Humano Bello Horizonte en el distrito de Villa Salvador-Lima con la finalidad de implementar actividades de prevención y promoción de la salud y el bienestar en los adultos hipertensos. Además acudan al establecimiento de salud a un chequeo anual y que sean atendidos favorablemente.
- Se recomienda a las autoridades del Puesto de Salud “Villa Salvador “para que el Personal de Salud salga hacer campañas de estilos de vida saludable de promoción y prevención de La hipertensión arterial para que a si estos adultos tomen conciencia de su problema de salud se promuevan estilos de vida saludables; del mismo modo servirá para que fortalezcan la estrategia sanitaria nacional de enfermedades no transmisibles, a través de una atención con calidad.
- Así mismo mediante este estudio de investigación sobre los adultos con hipertensión arterial, que sirva de base para que se continúe realizando investigaciones similares, donde se pueda tener mayor información y visualizar mejor la magnitud del problema que los aqueja, y de esta manera promover la investigación en el campo de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16.
2. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en:
http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
3. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
4. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
5. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, Blane D, Brunner E, Wilkinson D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
6. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
7. Gonzalo Valdivia Cabrera. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22
8. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302

9. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
10. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008
11. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
12. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
13. Sistema de vigilancia comunal. Fichas familiares del Puesto de Salud Villa del Salvador 2013.
14. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre.. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006
15. Tovar L, García G. “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.
16. Rodríguez M: Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
17. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico.

18. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial.
19. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009.
20. Dalhigreen, G. Whitehead, M.. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006
21. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
22. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
23. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
24. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL: <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
25. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.

26. Pérez Díaz Julio. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
27. OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
28. Eusko Jaurlaritza. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID
29. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM): Mexico; 2010. Disponible en: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
30. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. Mexico. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf

32. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001
33. Rafael Martínez Morán. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/documentos/1/0_736_1.pdf
34. Martos Carrión Esther. Analisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
35. Sánchez Isla Laura: “Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
36. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
37. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
38. Martinez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm

39. Evans, R, Barer M. Marmor “El Perú y la falta de Acceso a la Educación, Especialmente de Las zonas más pobres, 2002”.
40. Freese C. y Domínguez C. “Estudio de los factores psicosociales asociados con la hipertensión arterial primaria 2004”
41. Varela L, en su estudio titulado “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional 2005”.
42. Bezerra P C; Opitz P. S; Koifman R J; Torres Muñiz P; en su investigación Titulad: Autopercepción De Salud Y Factores Asociados En Adultos De Rio Branco, Estado De Acre, Brasil **2007-2008**.
43. Lichamr; L. Rocabado Q, F, En su investigación Titulada: “Determinantes Sociales De La Salud En Perú **2005**”
44. Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales y Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Primera edición : Julio 2008. Segunda edición : Agosto 2008 Se encuentra en la pg. http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=282
45. Diseño: Creategas Impresión: Torre Blanca Primera Edición 2011 - 1.000 Ejemplares Septiembre de 2011. Se encuentra en la pg. http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=282
46. Adjasi C, “Determinantes De La Salud En Base A Los Estándares De Vida De Las Viviendas en los Adultos En Ghana 2004”

47. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [serie internet]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/.
48. García, M.H; y col. “Sobre La Promoción De La Salud En Maduros Españoles **2006**”.
49. **Gould R.** “Determinantes de la Salud Social a los Adultos Maduros de la población de Mexico **2008**.”
50. Marmot, M G. Y Theorell, T. Clase Social y Enfermedad Cardiovascular: la contribución del trabajo. Diario Internacional de Servicios de Salud (2005).
51. Cáceres L, Rovira J, R, Calzada J; E, Saldaña A. (2011): Determinantes de la Salud en adultos con riesgos moderados en entorno de sus viviendas Tumbes 2011”
52. La Dirección General de Desarrollo Urbano del Subsector Vivienda y Construcción está realizando desde 1998 el Proyecto de Desarrollo del Hábitat Productivo De Asentamientos humanos de Huancayo 2011-2012.
53. Barceló C. en su investigación titulada: Vivienda Saludable: Estrategia Regional. Organización Panamericana de la Salud, Simposio Regional: Metas de Desarrollo del Milenio: Estrategias en Saneamiento Básico y la Búsqueda de Equidad y Desarrollo Sostenible (2004).
54. Investigación de WHO. Determinantes del adulto en la organización social en el Peru los riesgos den las enfermedades crónicas (2005) .
55. Sinche E. y col. (55). “Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Mujeres Adultas de Organizaciones de Base de una Población Urbano Marginal Pobre de Lima, Perú”.

56. Cepada L., Garza R. y Vega D. Determinates de personas hipertensos en pacientes hospitalizados en emergencia en Zaragoza 2006.
57. Artículo científico sobre Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín, de Cardona, D. y Cols, 2004.
58. Barceló C. Vivienda Saludable: Estrategia Regional. Organización Panamericana de la Salud, Simposio Regional: Metas de Desarrollo del Milenio: Estrategias en Saneamiento Básico y la Búsqueda de Equidad y Desarrollo Sostenible (2004).
59. Pelaez, B. y Rodriguez, L; Tuiran, R. Calidad de adulto mayor y apoyo Familiar Huancayo 2012.
60. Maya, L. “Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida”. Colombia: 2006. Disponible desde el URL: mado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf.
61. Marlit, Q. “Estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta de la asociación de vivienda villa colonial de Viñani, Tacna 2011 [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Chimbote: universidad los Ángeles de Chimbote
62. Castellanos, J. enfatiza la problemática de los adultos y las patologías crónicas
63. Gonzales H. Valoración factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud corrales-Tumbes. Perú 2007.

64. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar, 2012 [documento en internet]. Tacna; 2012. Disponible en: <http://inei.gob.pe>.
65. Vilma, P. Cuya Factores Biosocioeconómico del adolescente pandillero en la urb. San José – Piura 2010
66. García. A. “determinantes de la salud en el preescolar con anemia. institución educativa n° 317, urb. El Carmen. Chimbote – 2012.
67. Román. R. Determinantes de la salud en niños menores de 5 años, A.H “Bellavista” – Nvo Chimbote, 2012.
68. Colchado.A. Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Santa-2012.
69. Orosco B. y Colaboradores “Determinantes del control de la presión arterial y los lípidos en pacientes con enfermedad cardiovascular”.
70. Battaus, Brazil M, R; y Monteiro, M. Perfil sociodemográfico e estilo de vida de trabajadores de una industria metalúrgica. realizado en el estado de São Paulo, Brasil (2013).
71. Ojeda Medina “soporte y red social en el adulto maduro obesos con hipertensión arterial y/ o diabetes mellitus tipo 2 en riesgo de insuficiencia renal”
72. Salinas A., Manrique B. y Téllez M. “Redes de apoyo social a la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades”

73. **Cruz C, y col. P,**Conocimiento, la Percepción Y Las Conductas De Salud **(2008).**
74. Encuesta Nacional de Hogares Julio 2013: Resultados Generales / E-59-i Instituto Nacional de Estadística y Censos, Vol. 1; Año 4 (2013) .San José, C.R.: INEC, 2013; 26 cm. Disponible en: <file:///D:/Usuario/Downloads/Resultados%20generales%20ENAH0%202013.pdf>.
75. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. Lima 2012.
76. Carvalho I A; Marchiori B P Determinantes Sociales De La Salud, La Enfermedad E Intervenciones; Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p.141-166.
77. Wagstaff; A. con su investigación Pobreza y desigualdades en el sector de la salud, desigualdad en salud (2012).

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia:

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

6.3. Material del piso:

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

6.4. Material del techo:

- Madera, estera ()
- Adobe ()

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

6.5. Material de las paredes:

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

6.6 Cuantos personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

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

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

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

21. DIETA:

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

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

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

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

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

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

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

- ESSALUD ()
- SIS-MINSA ()

- SANIDAD ()
- Otros ()

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

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

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

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

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.

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

Tabla

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

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	14	1,000
2	1,000	15	1,000
3	1,000	16	1,000
4	1,000	17	1,000
5	0,944	18	1,000
6.1	1,000	19	1,000
6.2	1,000	20	1,000
6.3	1,000	21	1,000
6.4	1,000	22	1,000
6.5	1,000	23	1,000
6.6	1,000	24	1,000

7	1,000	25	1,000
8	1,000	26	1,000
9	1,000	27	1,000
10	1,000	28	1,000
11	1,000	29	1,000
12	1,000	30	1,000
13	1,000		
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 de la persona adulta en las regiones del Perú.

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

ANEXO N° 3

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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

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

ANEXO N° 04

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE: _____

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es....?			¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
4 DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								

P6									
Comentario:									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									

5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
6 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									

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

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

Gracias por su colaboración.



**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 CON
HIPERTENSION ARTERIAL EN EL ASENTAMIENTO**

HUMANO BELLO HORIZONTE-LIMA, 2015.

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.

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

.....

FIRMA

