

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**“DETERMINANTES ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN PERSONAS ADULTAS
MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PERÚ-
COREA 2016”**

**Para Optar el Título Profesional de:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TESISTA

Bach. ALVAREZ HINOSTROZA, Jhony John

ASESORA

Lic. Enf. PALMA LOZANO, Diana

Huánuco - Perú

2017

**“DETERMINANTES ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN PERSONAS ADULTAS
MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PERÚ-
COREA 2016”**



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 4:00 horas del día 07 del mes de diciembre del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

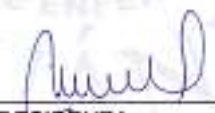
- | | |
|---|-------------------|
| • Dra. Gladys Liliana Rodríguez De Lombardi | Presidenta |
| • Lic. Enf. Carolina Marcela Cavale Pedraza | Secretaria |
| • Lic. Enf. Silvia Lorena Alvarado Rueda | Vocal |

Nombrados mediante Resolución N°2230-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: "DETERMINANTES ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PERÚ - COREA 2016", presentada por el Bachiller en Enfermería Sr. Jhony John ALVAREZ HINOSTROZA, para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a)..... aprobado por..... unanimidad con el calificativo cuantitativo de..... 16 y cualitativo de..... Bueno

Siendo las..... 17:15' horas del día 7 del mes de Noviembre del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad,


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

DEDICATORIA:

A mis padres Octavia Hinostroza Castañeda y Donato alvarez Arroyo que siempre me apoyaron incondicionalmente. A mis hermanos y a mis amigos por el apoyo que siempre me brindaron día día.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por la vida permitiéndome tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi familia por apoyarme todo este tiempo y al asesor por brindarme sus conocimientos y permitir que este proyecto se concluya

RESUMEN

Objetivo. Describir los determinantes asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores que acuden al centro de salud Perú-Corea 2016

Métodos: Estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal, analítico. La muestra estuvo conformada por 80 adultos mayores que asisten a un programa de salud en el Centro de Salud Perú Corea 2016. El método utilizado fue la entrevista. Se aplicó un cuestionario para la identificación de los determinantes.

- **Resultados:** En relación a los determinantes socio demográficos se encontró asociación estadística en las variables género femenino ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), instrucción primaria y ninguna ($X^2=9,76$; $P\leq 0,001$) Dentro de los determinantes biológicos las variables antecedentes patológicos familiares ($X^2=6,89$; $P\leq 0,005$), enfermedad diagnosticada ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), sin control médico ($X^2=9,76$; $P\leq 0,001$) Y sin tratamiento farmacológico ($X^2=9,24$; $P\leq 0,003$) resultaron significativos. Dentro de los determinantes psicológicos las variables convivencia con otros miembros de la familia ($X^2=6,87$; $P\leq 0,004$), presencia de maltrato ($X^2=9,76$; $P\leq 0,001$), resultaron significativos y dentro de los determinantes conductuales modificables las variables alimentación inadecuada ($X^2=6,87$; $P\leq 0,004$), actividad física sedentario ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), Consumo de alcohol ($X^2=9,76$; $P\leq 0,0041$), resultaron significativos.

SUMMARY

Objective: To determine the knowledge about postvaccinal adverse reactions among nursing students at the University of Huánuco 2016. **Methods:** descriptive: prospective observational and transversal; held at the University of Huánuco; the population was made up of 230 students where the sample population was 144, of both sexes. Data collection was done through a survey, using the knowledge questionnaire on post-vaccinal adverse reactions; and for data analysis was used; the statistics and the SPS program version 21. **Results:** Knowledge of post-vaccination reactions and a [26.4% (38)] know and according to the knowledge of 100% (144) of nursing students are unknown [73.6% (106)] Chi square test is significant early intervention [($\chi^2 = 31,111$) and (p value = 0.000), as p value is <0.05 . **Conclusions:** Knowledge of students at the University of Huánuco is mostly unknown, being in its dimensions the highest percentage of ignorance about the systemic postvaccinal adverse reactions.

Key words: knowledge, adverse reactions postvacunales, nursing students of the UDH

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento del ser humano se lo puede considerar como un deterioro de las funciones vitales de su organismo, a consecuencia de sus cambios biológicos, psicológicos y sociales que lo conducen a pérdidas funcionales de órganos y finalmente la muerte.

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto, que ocasiona el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas y a su vez incapacidades.

Según la Organización Mundial (OMS) de la Salud existen varios factores de riesgo asociados a las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles entre las que se puede citar: consumo de tabaco, inactividad física, uso nocivo del alcohol, dieta no saludable, sobrepeso, hiperglucemia, hiperlipidemia e hipertensión arterial, siendo esta última la principal causa de defunciones a nivel mundial con el 16.5%, estos problemas recaen cada vez más en los países de ingresos bajos y medios.

En el primer capítulo se aborda el problema de investigación el mismo que contiene la descripción del problema, formulación del problema, objetivo, tanto general como específicos; hipótesis, identificación de variables, Operacionalización de variables, y la justificación de la investigación de manera teórica, práctica y metodológica.

En el segundo capítulo se muestra el marco teórico el mismo que contiene la descripción detallada de los antecedentes de investigación tanto internacionales, nacionales como locales, bases teóricas, bases conceptuales, y definición de términos operacionales. En el tercer capítulo se

aborda al marco metodológico el cual está compuesto de las siguientes partes: tipo, diseño de estudio, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumentos, procedimientos de recolección de datos, elaboración de datos, análisis e interpretación de datos, y consideraciones éticas.

En el cuarto capítulo se exhibe al análisis de resultados el mismo que contiene los resultados descriptivos e inferenciales. En el quinto capítulo se muestra a la discusión de los resultados significativos.

Finalmente, se muestran las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

INDICE

INDICE	Pág.
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Resumen	V
Abstract	VI
Introducción	VIII

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema.....	1
1.2. Formulación del Problema.....	5
1.3.. Objetivo General.....	6
1.4. Objetivos Específicos.....	6
1.5. Justificación e importancia.....	7
1.6. Limitaciones de la investigación.....	8
1.7. Viabilidad de la investigación.....	8

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de investigación	10
2.2. Bases teóricas.....	18
2.3. Definiciones conceptuales	20
2.4. Hipótesis	30

2.5. Variables.....	31
2.5.1 Variable Principal.....	31
2.5.2 Variable de Supervisión	31

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación.....	32
3.1.1. Enfoque.....	32
3.1.2 Nivel.....	32
3.1.3 Diseño.....	33
3.2. Población y Muestra	33
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	36
3.3.1. Para la Recolección de datos.....	36
3.3.2. Para la Presentación de datos.....	38
3.3.3. Para el análisis e interpretación de los datos	39

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos	41
4.2. Contrastación de Hipótesis y Prueba de Hipótesis	48

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Presentacion de los resultados de investigación.....	54
CONCLUSIONES.....	..58
RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	61
ANEXOS	68

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

La organización mundial de la salud¹ (OMS), señala que la mayor parte de las defunciones prematuras por Enfermedades no transmisibles (ENT) son prevenibles. De los 38 millones de vidas perdidas en 2012 por ENT, 16 millones, o sea el 42%, fueron defunciones prematuras y evitables; la misma OMS, ostenta que la hipertensión ha causado 9,4 millones de fallecimientos y el 7% de la carga de morbilidad².

A lo largo de los últimos años, tanto los trastornos neuropsiquiátricos como las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las que se consideran las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades pulmonares crónicas, han ganado notoriedad y han generado una creciente preocupación entre las organizaciones y profesionales de la salud pública, al ubicarse entre las principales causas de carga de enfermedad en el mundo³.

En Latinoamérica cerca de 200 millones de personas padecen enfermedades crónicas y el 37 % de las muertes provocadas por ENT son prematuras y se producen en personas menores de 70 años⁴.

Del mismo modo el instituto nacional de estadísticas e informática⁵ (INEI), manifiesta que en el año 2014, ocho de cada 100 personas de 60 y

más años de edad sufren de diabetes; asimismo el 24,4% de la población adulta mayor tenía sobrepeso y el 13,4% obesidad; respecto al diagnóstico de cataratas, 20 de cada 100 personas adultas mayores del área urbana fueron diagnosticadas.

Los datos presentados en el Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014⁶, demuestran que las ENT afectan a todos los países y que la carga de mortalidad y morbilidad se concentra especialmente en los países de ingresos bajos y medios. La pérdida de productividad a causa de las muertes prematuras y los costos individuales y nacionales de la lucha contra las ENT constituyen importantes obstáculos para la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible. Avanzar en la consecución de las metas referentes a las ENT es pues de vital importancia para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible.

Situación similar se vive en México, donde la prevalencia de las ENT se ha incrementado rápidamente durante los últimos 20 años. Por ejemplo, la prevalencia de DM2 en México en 2012 fue del 9,1%, frente al 4,0 % en 1993⁷.

En el Perú, una de cada cinco personas mayores de 15 años padece de hipertensión y el 30% de ellas desconoce que padece este mal silencioso. Asimismo el 70% de desórdenes cerebro vasculares son ocasionados por la hipertensión. Pero también puede ocasionar cuadros de insuficiencia cardíaca, renal, retinopatía hipertensiva, derrame cerebral como primera causa de discapacidad a nivel mundial y en algunos casos puede originar la demencia senil, entre otros de gravedad y riesgo de vida⁸.

Los especialistas manifiestan que estos problemas son desencadenados en su gran mayoría por la "alimentación inadecuada, el sedentarismo, el consumo de bebidas de alto contenido calórico y de alimentos de bajo valor nutricional y la alta ingesta de tabaco y alcohol"⁹. Para el Ministerio De Salud¹⁰ además de los factores ya mencionados, se atribuye también como causas o factores de riesgo a al sobrepeso y obesidad.

En Honduras, un estudio realizado por los autores Hernández, Singh, Andino, Ulloa, Daneri, Flores¹¹ describen que el 51% de las mujeres sufren de sobrepeso y obesidad y que es el grupo de 20 a 29 años de edad los que representan mayor porcentaje (44,8 %).

La Dirección de Salud Regional Tacna¹², menciona cuatro factores de riesgo comportamentales modificables que aumentan las probabilidades de ECNT, el primero es el tabaco, que se cobra casi 6 millones de vidas cada año (por la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra habrá aumentado hasta 8 millones en 2030; seguido de la actividad física insuficiente; del mismo modo se considera al consumo nocivo de alcohol; y 1,7 millones de muertes debidas a causas cardiovasculares atribuidas a la ingesta excesiva de sal/sodio. Para Sánchez¹³ la proliferación de las ECNT, están asociadas a estilos de vida no saludables, donde la obesidad es en sí misma una enfermedad crónica y a la vez un reconocido factor de riesgo de muchas otras.

En Anhash Rebaza¹⁴ ostenta que respecto al riesgo de comorbilidad ECNT, la mayoría de las personas fueron clasificadas como de riesgo muy alto (46,77%), seguido del 27,42% que presentó riesgo elevado y el 25,81% que clasificó como riesgo normal o bajo.

En Huánuco en el 2014, las personas que sufren con sobrepeso son 617 casos, de 15 a más años de edad¹⁵; Pozo¹⁶, menciona dentro de los resultados de su estudio que 43.7% presentó sobrepeso, el cual representa el mayor estado nutricional de los adultos mayores, seguido de obesidad, cuyo porcentaje alcanza el 32% del total. No hay diferencia significativa entre ambos sexos en cuanto a los casos de sobrepeso. La mayor proporción de adultos mayores obesos se encuentra entre las mujeres. En relación a las ECNT, las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayor proporción de dicha patología, con un 37.4% del total (561), seguido de síndrome metabólico y enfermedades osteoarticulares con un 18.4% y 17.5% respectivamente.

Dentro de las consecuencias de las ECNT que Dominguez, Seuc¹⁷, refieren es la cardiopatía isquémica, la que muestra un mayor efecto negativo sobre la esperanza de vida, seguida de la enfermedad cerebrovascular.

En atención a la problemática la OMS¹⁸ manifiesta que se viene aplicando del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 destinado a reducir el número de defunciones prematuras por esas enfermedades en un 25% para 2025. El Plan de acción presenta nueve metas mundiales voluntarias que abordan los

factores de riesgo de ENT. Actualmente Argentina, el Brasil, el Canadá, Chile y los Estados Unidos han fomentado la reducción de sal en los alimentos envasados y el pan. En Argentina ya ha conseguido reducir en un 25% el contenido de sal en el pan.

Por la problemática expuesta el presente estudio tiene el objetivo de identificar asociación entre los determinantes y las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco, en otras palabras medir cada una de las variables para después cuantificar y analizar su vinculación.

1.2. Formulación del problema

- Problema general

¿Existen determinantes asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un Programa De Salud Huánuco 2016?

-Problemas específicos

-¿Cuáles son los determinantes Socio demográficos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un Programa de Salud Huánuco 2016?

- ¿Cuáles son los determinantes biológicos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un Programa de Salud Huánuco 2016?

- ¿Cuáles son los determinantes psicológicos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un Programa De Salud Huánuco 2016?
- ¿Cuáles son los determinantes conductuales modificables asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un Programa De Salud Huánuco 2016?

1.3 Objetivo general

Describir los determinantes asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco 2016

1.4 Objetivos específicos

- Establecer los determinantes sociodemográficos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un Programa de Salud Huánuco 2016
- Valorar los determinantes biológicos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un Programa de Salud Huánuco 2016
- Identificar los determinantes psicológicos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un Programa De Salud Huánuco 2016
- Establecer los determinantes conductuales modificables asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un Programa De Salud Huánuco 2016

1.5 Justificación e importancia

-A nivel teórico

Las enfermedades crónicas no transmisibles son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación. Esta epidemia mundial necesita una respuesta más contundente mediante intervenciones conocidas, costos eficaces y viables.

Este problema, aún no se incluye dentro de las prioridades de la investigación nacional, ni mucho menos en lo regional. Por lo que las evidencias de este trabajo de investigación se torna importante para crear información propia, para así desarrollar intervenciones basados en la realidad local.

-A nivel práctico

Esta investigación pertenece a la línea de investigación, salud colectiva y la atención primaria de salud, del área: promoción salud y prevención de las enfermedades donde a través de cuidados de calidad asegura un ejercicio profesional basado en los valores profesionales que la legitiman ante la sociedad.

A nivel práctico, esta investigación puede contribuir al desarrollo y/o fortalecimiento de programas de ámbito familiar para ayudar a disminuir el

índice de enfermedades crónicas no transmisibles, que es un problema de relevancia social en nuestro medio.

Estamos viviendo muchos momentos de cambios sociales, de nuevos retos científico-técnicos, culturales, económicos, que en mayor o menor medida afectan a los colectivos sanitarios. Muchos de estos retos, están íntimamente relacionados con la profesión de enfermería, y en concreto surgen de importantísimas trasformaciones sociales para dar cabida a la creciente exigencia.

-A nivel metodológico

Los instrumentos que se han usado en la presente investigación fueron validados por expertos y también fueron confiables para su posterior aplicación.

Asimismo, el presente estudio servirá de guía para las futuras investigaciones para mejorar la salud individual, familiar y comunitaria; del mismo modo se hizo un trabajo metodológico que podrá servir como antecedente para que desarrollen otras investigaciones de igual o mayor nivel, dentro de la misma línea del estudio. Así mismo sugiero que en lo posible y de primera intención, para estudiar a una población debe haber algo del azar, para que de esa manera la muestra sea representativa de la población y se pueda hacer inferencias con el universo.

1.7 Viabilidad

En cuanto a la disponibilidad de los recursos financieros, no hubo apoyo externo por parte de otras personas.

Respecto a los recursos humanos, hubo la disponibilidad total para poder realizar todas las etapas correspondientes en el proceso de investigación como asesores, jurados expertos, coordinadores.

En relación de los recursos materiales, se gestionará la gestión de dichos recursos para el concretar el trabajo de investigación, análisis de datos y presupuestos en gasto con el trabajo de investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

- Antecedentes internacionales

En Buenos Aires, 2014, Sanchez A. et al¹⁹ en su estudio Índices antropométricos predicen riesgo cardiometabólico: Estudio de cohorte prospectivo en una población de empleados de hospitales públicos, cuyo objetivo fue de evaluar el valor predictivo del Índice de Masa Corporal (IMC), perímetro de cintura e índice cintura/altura para el desarrollo de hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia y diabetes tipo 2 (DM2). La población total estuvo constituida por 989 empleados públicos, de los cuales fueron seleccionados 259 trabajadores que eran normotensos, no hipercolesterolémicos y no diabéticos al inicio del estudio. Se realizaron encuestas personales, mediciones antropométricas, de presión arterial y extracción sanguínea con ayuno de 12 horas. Para el análisis de eventos se utilizó el modelo de riesgos proporcionales de Cox, calculando los correspondientes Hazard Ratio (HR) corregidos por edad y sexo. El IMC predijo de forma significativa la presentación de HTA (HR: 1,100; IC: 1,054-1,148; $p < 0,001$) y DM2 (HR: 1,253; IC: 1,122-1,40; $p < 0,001$). El perímetro de cintura se asoció en forma significativa con HTA (HR: 2,273; IC: 1,465-3,826; $p < 0,001$) y DM2 (HR: 5,578; IC: 1,247-24,92; $p = 0,024$). El índice cintura/altura predijo de forma significativa la presentación de HTA (HR: 2,173; IC: 1,438-3,283; $p < 0,001$) y DM2 (HR: 5,875; IC: 1,140-30,28;

p: 0,034). Ninguno de los indicadores de obesidad evaluados se asoció de forma significativa con la presentación de hipercolesterolemia. Se concluye que el IMC, el perímetro de cintura y el índice cintura/altura predijeron el desarrollo de HTA y diabetes tipo2. Se resalta así la utilidad de estos indicadores en la vigilancia de las entidades consideradas a través de mediciones antropométricas tradicionales.

En Paraguay, 2011, Arzamendia²⁰ realizó un estudio titulado Calidad de vida y enfermedades crónicas no transmisibles en docentes que participan de programa de prevención y promoción de salud, con el objetivo de Determinar si existen diferencias en la Calidad de Vida y Prevalencia de ECNT. La investigación tiene como objetivo general determinar si existen diferencias en las variables dependientes, entre docentes que participan en un Programa de Salud y los que no participan. El tipo de estudio es descriptivo, correlacional, aplicando el muestreo no probabilístico a criterio. La muestra estuvo conformada por dos grupos de un total de 203 docentes de 22 colegios, distribuidos en el Departamento Central y Asunción, que implementan el Programa "Vida" y los que están al margen del mismo. Los instrumentos utilizados son el Cuestionario de Percepción de Salud y WHOQOL- BREF- Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS. Los resultados descriptivos, no demuestran diferencias significativas en los grupos de referencia. Concluye en que No existe diferencia significativa en la prevalencia de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT) y la Calidad de Vida de los docentes que participan y no participan del Programa de Prevención y Promoción de Salud.

En Cuba en el año 2008, Llibre Guerra JC. Guerra Hernández MA., Perera Miniet E²¹. realizaron su investigación titulada “Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores”. Es un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en el período comprendido entre marzo de 2007 y marzo de 2008 en pacientes de 65 años y más en el Policlínico "27 de Noviembre" del municipio Marianao, con el objetivo de identificar el comportamiento de estas enfermedades. Se estudiaron 300 ancianos, la información se obtuvo de las bases de datos del estudio de investigación en demencias 10/66, con las tasas de prevalencia de las principales enfermedades no transmisibles que afectan a este grupo poblacional. La hipertensión arterial constituyó la enfermedad de mayor frecuencia con un 55 %, seguida de las enfermedades del corazón (32,3 %) y la diabetes mellitus (18,3 %). La primera fue más frecuente en el sexo masculino, mientras que las otras predominaron en el femenino. El síndrome demencial presentó una frecuencia del 12 %, y la depresión estuvo presente en el 6,7 % de los pacientes estudiados.

Un estudio desarrollado en América Latina y el Caribe en el 2005, desarrollado por Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC²². Cuyo título fue “Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe” con el objetivo de Identificar la relación entre determinadas enfermedades crónicas y la presencia de discapacidad en habitantes de 60 años o más de siete centros urbanos de América Latina y el Caribe que participaron en el estudio

multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). El estudio es descriptivo de corte transversal con una muestra de 10 891 personas de 60 años o más que residían en siete ciudades de la Región: Bridgetown, Barbados; Buenos Aires, Argentina; Ciudad de La Habana, Cuba; México, D.F., México; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile, y São Paulo, Brasil. Evaluaron la presencia de depresión y deterioro cognoscitivo en los participantes y se calculó su índice de masa corporal. El resultado del estudio es que en las ciudades mencionadas se halló problemas como: padecer de un mayor número de enfermedades no transmisibles, de ECV o de artrosis, así como tener mayor edad, ser mujer, evaluar la salud propia como mala, tener deterioro cognoscitivo y padecer de depresión. En general, las asociaciones más fuertes se encontraron entre la dificultad para realizar AIVD, por un lado, y por el otro la depresión, mayor edad, la evaluación de la salud propia como mala y la presencia de ECV, artrosis o deterioro cognoscitivo. Como las dificultades de los adultos mayores para realizar AIVD son las primeras en aparecer, se deben establecer mecanismos de seguimiento que permitan detectar tempranamente este tipo de discapacidad.

- Antecedentes nacionales

En Casma - Anchash en el 2012, Rebaza Vílchez²³ en su estudio “Nivel de riesgo de comorbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles y de actividad física en personal que labora en Hospital de Casma” buscó determinar la relación entre el riesgo de comorbilidad de enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) y el nivel de actividad física (AF) en personas que laboran en Hospital de apoyo “San Ignacio” de Casma (HASIC). Se evaluaron a 62 trabajadores entre 25 y 50 años, sin antecedentes

patológicos, 44 mujeres y 18 varones. Se realizó glicemia al azar y toma de presión arterial como criterio de exclusión, luego se tomó la medida del perímetro abdominal (PA) y se aplicó el cuestionario IPAQ versión corta para medir el nivel de AF. El 46,77% clasificó como riesgo muy alto de comorbilidad de ECNT, el 27,42% con riesgo elevado y el 25,81% con riesgo normal; de estos, el mayor porcentaje de mujeres clasificó en riesgo muy alto (56,82%) a diferencia de los varones donde el mayor porcentaje (55,56%) se encontró en normalidad. El 53,23% presenta nivel bajo de AF (30,3% varones y 69,7% mujeres). La prueba Ji cuadrado mostró que no existe relación (valor $p = 0,169$) entre las variables nivel de riesgo de comorbilidad de ECNT y nivel de AF en la población estudiada, por el contrario existe relación significativa ($p = 0,002$) entre género y nivel de riesgo de Comorbilidad de E.C.N.T, a predominio del género femenino.

En diferentes departamentos del Perú, 2011, Nuñez Robles. et al²⁴. En su investigación titulada Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y riesgo metabólico en escolares, universitarios y mujeres de organizaciones sociales de base en distritos de Lima, Callao, La Libertad y Arequipa, Perú 2011. En el Perú, en el 2011 buscaron determinar la prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular y riesgo metabólico (FRCRM) de cuatro distritos en Perú. El estudio fue transversal analítico, aplicaron una encuesta, mediciones antropométricas, medición de presión arterial y toma de muestra sanguínea en ayunas para determinar el nivel de glucosa y lípidos; para calcular prevalencias de exceso de peso, hipertensión, hipercolesterolemia, sospecha de diabetes, entre otras. La variable resultado

principal fueron la prevalencia de sobrepeso. Donde incluyeron a 1127 personas, 283 (25,1%) escolares, 431 (38,3%) universitarios y 413 (36,6%) mujeres de las OSB; las edades promedio en los tres grupos fueron $14,3 \pm 0,9$; $19,6 \pm 2,8$; y $46,1 \pm 15,3$ años respectivamente. La prevalencia de sobrepeso/obesidad ($IMC \geq 25$) fue de 11,3; 20,9 y 73,4% en cada grupo; de hipertensión fue de 0,7; 1,2, y 12,8% respectivamente; de hipercolesterolemia (≥ 200 mg/dL) fue de 5,2; 11,5 y 50,1% en cada grupo; y de sospecha de diabetes fue de 1,4; 1,0 y 20,3% en los grupos de escolares, universitarios y mujeres de OSB. Concluyeron que la prevalencia de los FRCRM, en general, se incrementa en los grupos de mayor edad; en los grupos de escolares y universitarios son más frecuentes los problemas de sobrepeso y obesidad, en particular la obesidad abdominal.

En Perú 2009-2010, Álvarez, Sánchez, Gómez, Tarqui²⁵, efectuaron un estudio transversal relacionado al sobrepeso y obesidad, con el objetivo de estimar la prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana. Incluyeron a los miembros residentes en los hogares de la muestra Encuesta Nacional de Hogares. Se emplearon un muestreo probabilístico, estratificado y multietápico. La muestra incluyó 69 526 miembros; las mediciones antropométricas se realizaron según metodología internacional. Para evaluar el sobrepeso y obesidad en los adultos utilizaron el IMC. Realizaron el análisis para muestras complejas en SPSS y se ajustó por factor de ponderación. Se calculó estadísticas descriptivas y regresión logística con intervalo de confianza de 95%. Su conclusiones más resaltantes fueron: El sobrepeso y obesidad fue mayor en los adultos jóvenes (62,3%) y

menor en los niños <5 años (8,2%). Los determinantes sociales del exceso de peso según el grupo de edad fueron: no ser pobre (niño <5 años, niños 5-9 años, adolescentes y adulto mayor), vivir en el área urbana (niño <5 años, adolescentes, adulto joven, adulto y adulto mayor) y ser mujer (niños 5-9 años, adulto y adulto mayor).

- Antecedentes locales

En Huánuco, 2013 Pozo Juipa²⁶ en su estudio “Prevalencia de la obesidad, sobrepeso y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores del programa del adulto mayor de la Red Asistencial Cap III Metropolitano” cuyo objetivo fue determinar la relación entre la prevalencia de la obesidad, sobrepeso y las enfermedades crónicas no transmisibles. El estudio fue de tipo retrospectivo y transversal. Analizó la información de 231 adultos mayores (PAMs) obtenido probabilísticamente, proveniente de la historia clínica electrónica y la ficha de control y seguimiento del adulto mayor. El análisis inferencial de asociación, fue mediante la prueba estadística del Chi cuadrado (χ^2) y/o corrección de Yates, con intervalos de confianza al 95% y un nivel de significancia ($p \leq 0.05$). Muestra como resultados que el 42% fueron varones y 58% mujeres. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad en los varones eran, respectivamente, del 21.2% y el 9.5%. En las mujeres, las cifras correspondientes eran del 22.5% para ambas variables. En relación a las ECNT, las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayor proporción de dicha patología, con un 37.4% del total (561), seguido de síndrome metabólico y enfermedades osteoarticulares con un 18.4% y 17.5% respectivamente. Al análisis inferencial entre la obesidad y

las ECNT cardiovasculares (p-valor 0.894), neoplasias malignas (p-valor 1,000), diabetes (p-valor 0.235), y respiratorias (p-valor 0.827), resultaron que no existe relación entre dichas variables, por tener un p-valor $\geq 0,05$. Asimismo resultaron significativos (p-valor $\geq 0,05$) la obesidad y el síndrome metabólico (p-valor 0.000), enfermedades mentales (p-valor 0,003), osteoarticulares (p-valor 0.035), y renales (p-valor 0.023). Concluye manifestando que existe relación entre la obesidad y el síndrome metabólico, enfermedades mentales, osteoarticulares y renales.

En Huánuco 2007, Damaso B, Loza C, Menacho L²⁷, realizaron una tesis con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome metabólico en trabajadores activos en una población asegurada adscrita a la Red Asistencial de EsSalud en Huánuco. Tuvo un diseño transversal analítico con un muestreo probabilístico poli – étápico, por conglomerados en 8 ciudades de Huánuco. Se diagnosticó síndrome metabólico según los criterios del IDF y ATP. Los resultados fueron: La prevalencia del síndrome metabólico fue 35,16% (31,40 – 39,06) utilizando el criterio de la IDF, y según el criterio de la ATP III modificada fue 25,64% (22,25 – 29,27). En el análisis multivariado según los criterios de la IDF, los factores relacionados a la presencia del síndrome metabólico fueron la edad > 35 años [OR 2,18 (1,14 – 4,18)], ocupación (no profesionales) [OR 1,78 (1,24 – 2,58)], IMC > 25 [OR 5,08 (3,18 – 8,12)] y el índice cintura cadera (varón $> 0,90$ y mujer $> 0,85$) [OR 3,41 (1,90 – 6,10)]. Con los criterios de la ATP III modificada fueron: edad ≥ 40 años [OR 1,87 (1,16 – 3,03)], IMC ≥ 25 [OR 5,17 (2,96 – 9,03)] y el índice cintura cadera (varón $> 0,90$ y mujer $> 0,85$) [OR 2,41 (1,31 – 4,46)]. Concluyeron que la prevalencia del síndrome metabólico en trabajadores activos en la Red

asistencial de EsSalud en Huánuco es similar a las tasas descritas en la literatura nacional e internacional.

2.2. Bases Teóricas

- Modelo multicausa, multiefecto

El modelo multicausa-multiefecto, de la Organización Panamericana de Salud (PAHO)²⁸ el que propugna que un conjunto de diferentes causas produce un conjunto de diferentes efectos. El modelo multicausa-multiefecto se considera útil para estudiar determinantes como obesidad, sobrepeso y consumo de alcohol que fácilmente podrían desencadenar la presencia de ECNT, como: enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, síndrome metabólico, enfermedades mentales, enfermedades osteoarticulares y enfermedades renales. La causación, desde el multicausalismo, se tornó un asunto más complejo, especialmente en relación con el papel que desempeñan los diferentes tipos de factores que intervienen en la causación de una enfermedad. La misma formulación no deja de llamar la atención: «Todos (los factores causales) pueden ser necesarios, pero raramente son suficientes para provocar una enfermedad o estado determinado». En los modelos multicausales se denomina a los factores considerados causales, se les denominan factores de riesgo. Un factor de riesgo es una característica que se ha observado asociado con un aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad. En otras palabras, un factor de riesgo es algo que hace la diferencia en el resultado (enfermedad). La presencia de un factor de riesgo no implica necesariamente la existencia de una relación de causa-efecto; implica que, al menos, se ha establecido una asociación a nivel individual.

Además, los diversos factores causales no tendrían el mismo peso relativo para provocar una enfermedad dada. Incluso, se ha ensayado formas de diferenciar los factores causales según la importancia de la causación, utilizándose adjetivos como predisponentes, facilitadores, desencadenantes y potenciadores.

- **Teoría de la transición nutricional, demográfica y epidemiológica**

La transición nutricional (TN) se refiere a los patrones generales de la dieta y la actividad física han definido el estado nutricional en los distintos ciclos de la historia. La TN está indisolublemente ligada a las teorías de la transición demográfica y epidemiológica.

La transición epidemiológica describe las modificaciones de las causas de morbilidad, o sea, el cambio de los perfiles de insalubridad y deficiencias nutricionales, con un nivel elevado de prevalencia de enfermedades infecciosas-parasitarias y malnutrición, a otro en el cual las ECNT (ECV, oncológicas, etc.) y externas (accidentes laborales, de tránsito, etc.) poseen una dominante prevalencia e incidencia.

La TN no es un sencillo y evidente remplazarlo de los hábitos alimentarios y estilos de vida, sino un complejo proceso en donde convergen múltiples causas (migración, urbanización, industrialización, desarrollo económico, globalización, desestructuración familiar, implicancias políticas etc.) pudiendo coexistir una gama de posibilidades desde la escasez a la opulencia en una misma región, grupo social y familiar²⁹.

2.3. Bases conceptuales

- Las personas mayores

El envejecimiento, o proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo, se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. La ancianidad es la fase final de la vida. El envejecimiento individual ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social, sin embargo en la sociedad moderna, en los primeros años del nuevo siglo (XXI), se asiste a una situación singular, más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez y que convierte el envejecimiento poblacional en quizás, uno de los retos más importantes para las sociedades modernas. De acuerdo con las proyecciones demográficas de la ONU, a partir del año 2003 una cuarta parte de la población del planeta tiene más de 60 años, y 1 de cada 3 adultos será una persona de edad³⁰.

Los avances en las ciencias de la salud y las mejores condiciones ambientales han logrado prolongar la esperanza de vida. Se es viejo cuando se abandonan los ideales de vida, cuando se deja de crecer y no cuando se alcanza una determinada edad. Durante la ancianidad puede continuar el proceso evolutivo de crecimiento personal, pues la educación se desarrolla a lo largo de toda la vida³¹.

-Enfermedades Crónicas no Transmisibles (E.C.N.T)

Las E.C.N.T. son aquellas de etiología incierta, multicausales, con largos períodos de incubación o latencia. Extensos períodos subclínicos, prolongado curso clínico, con frecuencia episódica; sin tratamiento específico ni resolución espontánea en el tiempo. A esto se agrega que son de etiología no demostrada fehacientemente (salvo algunos cánceres) y de gran impacto en la población adulta. Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Adulto (ECNTA) constituyen actualmente el principal problema de salud en la mayoría de los países. Una larga lista compone este grupo: Enfermedad coronaria, Acceso vascular encefálico, Diabetes Mellitus, Bronquitis crónica, Cirrosis hepáticas, Colecistitis crónicas, Úlceras pépticas, Enfermedades cardio y cerebro vascular, Cáncer de próstata, Cáncer de mama, pulmonar, Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica, Obesidad, Hipertensión Arterial, Enfermedades mentales crónicas, Osteoporosis, Enfermedades Musculoesqueléticas, entre otras. Se sabe que muchas de estas enfermedades son prevenibles y sus muertes prematuras, evitables³².

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan una amenaza para el desarrollo económico, social, la vida y la salud de millones de personas. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la causa más frecuente de discapacidad precoz así como su complejidad y costo elevado de su tratamiento y control³³. Según Orozco, Castiblanco³⁴, se denomina ECNT por prolongarse a través del tiempo, no tener cura, no conocerse un agente causante que las transmita de un individuo afectado a otro (Daar et al., 2007);

o como lo dice Hanson y Gluckman (2011), ser enfermedades que no se resuelven espontáneamente, que conllevan cambios mayores en amplios aspectos de la vida de una persona y alteran las rutinas y actividades cotidianas, lo cual a su vez implica ajustes y apoyo a nivel familiar, social y laboral.

-Factores de riesgo de las ECNT

Arzamendia³⁵, menciona que los factores de riesgo (FR) asociados epidemiológicamente a ellas, son el tabaquismo, consumo excesivo e inapropiado de alcohol, inactividad física, obesidad, hipertensión arterial (HTA) y dieta inadecuada principalmente. Los mencionados factores de riesgo son modificables y vulnerables a estrategias de intervención que intercepten la historia natural de la enfermedad en que participan.

- Consecuencias de la ECNTA

Las ECNTA, son las causas principales de muerte y discapacidad a nivel mundial. Asimismo, en América Latina y el Caribe éstas son la causa central de mortalidad prematura. Algunos estudios sobre el tema, demuestran que la prevalencia de los Factores de Riesgo (FR) mencionados, es muy alta en la población adulta de los países en vías de desarrollo, especialmente. Las Enfermedades de etiología Cardiovascular y cerebro vascular constituyen la primera causa de mortalidad, siendo la Hipertensión Arterial una de las patologías más frecuentes. Así, la tasa de mortalidad por enfermedades circulatorias estimada fue de 147,8 por 100.000 habitantes y ajustada de 229,2 por 100.000 habitantes. En lo que

respecta a la oncología, cada vez son mejor conocidas las causas del cáncer, y se considera que el 75-80% de las neoplasias se debe a factores ambientales como los agentes químicos (tabaco- cáncer de pulmón, boca, esófago, vejiga urinaria; benceno- leucemia) fármacos (alquilantes- leucemia, vejiga urinaria; estrógenos-cáncer de mama, endometrio) sustancias de la dieta (alcohol- cáncer de boca, esófago, hígado) entre otros³⁶.

- Determinantes de ECNT

- **La obesidad**

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Resultado un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 determina obesidad. El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas³⁷.

- **Sobrepeso**

El sobrepeso se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para

identificar el sobrepeso en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso³⁸.

- **Consumo de alcohol**

El consumo de alcohol es muy prevalente en todo el mundo. Consumir en cantidades moderadas es aceptable, siendo un hábito relacionado a la socialización y que ofrecería protección cardiovascular. Sin embargo, su consumo sobre lo recomendado se transforma en un problema social, familiar y de salud. Se habla de consumo riesgoso o perjudicial cuando se consume más de la recomendación diaria y abuso de alcohol cuando el individuo no logra cumplir con sus tareas (en el hogar, trabajo o estudio), cuando se expone a situaciones de riesgo físico o tiene problemas legales o sociales por el trago. También se ha acuñado el término bebedor problema cuando la persona o su familia perciben que el consumo está produciendo daño al paciente o su entorno. Se define como dependencia del alcohol cuando el individuo muestra signos de adicción física al alcohol. Las personas de mayor edad se vuelven más sensibles a los efectos del alcohol, debido a la disminución del aclaramiento renal y hepático, aumentando su concentración en el plasma a igual ingesta de un joven. Se asocia además con un mayor riesgo de caídas, delirium, enfermedades gastrointestinales, hemorragias y susceptibilidad a infecciones³⁹.

- **Clasificación de ECNT**

• **La Diabetes Mellitus**

La diabetes es el desenlace de un proceso iniciado varias décadas antes del diagnóstico. La mayoría de los individuos con diabetes tiene otros miembros de su familia con la misma enfermedad. A menudo tuvieron bajo peso al nacer y un aumento de peso mayor a lo normal durante la adolescencia. Casi todos ellos acumulan la grasa en el abdomen. Un alto porcentaje sufre hipertensión arterial, concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y ácido úrico antes de la aparición de la hiperglucemia. Con el tiempo, la concentración de glucosa en sangre aumenta, al principio sólo después de ingerir alimentos, y años después aun en estado de ayuno. El conocimiento de esta secuencia permite identificar a los sujetos en riesgo de convertirse en diabéticos y es la base para el diseño de programas preventivos⁴⁰.

Se define como el estado de hiperglucemia crónica producido por numerosos factores, entre ellos ambientales y genéticos que generalmente actúan juntos; cuyos trastornos pueden deberse a la falta de producción de insulina o al mal funcionamiento (hiperinsulinismo con resistencia periférica) de la misma. Este desequilibrio origina anormalidades en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y lípidos, la clasificación 1. Diabetes mellitus Tipo 1 Destrucción de las células Beta de los islotes del páncreas por proceso autoinmune o idiopático, con déficit absoluto de Insulina. Es más frecuente en menores de 15 años. Sin embargo, existe una forma de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina

y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta. A este grupo pertenecen aquellos casos denominados por algunos como diabetes autoinmune latente del adulto (LADA, por sus siglas en inglés). 2. Diabetes mellitus Tipo 2 Predomina la insulino-resistencia, con relativa insulino-deficiencia secretora. Tiene factores de riesgo, como: Familiares con Diabetes, obesidad, sedentarismo y malos hábitos alimentarios. Se ve con más frecuencia en mayores de 30 años. 3. Diabetes gestacional Hiperglucemia o diabetes detectada durante el embarazo, con un mayor riesgo de morbilidad neonatal. En un 40–80% desarrollan diabetes permanente en los siguientes 10 a 15 años después del embarazo. 4. Pre diabetes Incluyen a la glucemia alterada en ayunas (GAA) y a la intolerancia a la glucosa (ITG)⁴¹.

- **Hipertensión Arterial**

Es un Síndrome, una enfermedad o un factor de riesgo La respuesta a estas interrogantes es que son las tres cosas. Se trata de un Síndrome complejo genético y adquirido, con comprobadas implicaciones metabólicas, electrolíticas y a nivel de la membrana celular, además de las múltiples teorías que tratan de explicar su fisiopatogenia. Podemos entender como una enfermedad controlable de múltiples etiologías, caracterizada por la elevación de la presión arterial, reduciendo la calidad y expectativa de vida. Es el factor de riesgo más importante de la Enfermedad Cerebrovascular, la Cardiopatía Isquémica y especialmente en el Infarto del Miocardio, así como de la Insuficiencia Cardíaca, Insuficiencia Renal y la Insuficiencia Arterial periférica. La Hipertensión Arterial es

definida como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm de Hg. o más (se tiene en cuenta la primera aparición de los ruidos), o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm de Hg. o más (se tiene en cuenta la desaparición de los ruidos), o ambas cifras inclusive, en toda persona mayor de 18 años, en 2 ó más visitas subsecuentes con un intervalo de 2 minutos como mínimo entre cada toma. Medición de la presión arterial El diagnóstico de la hipertensión arterial no puede hacerse con una toma aislada de la presión, ésta debe realizarse dos a tres veces en el consultorio con dos minutos de intervalo entre cada toma y de ser posible en varios controles realizados fuera del consultorio, salvo que los valores estén muy elevados. El ideal es el Esfigmomanómetro a mercurio. El más usado es el aneroide que debe ser calibrado cada 100 tomas aproximadamente y los electrónicos que bajo correctas normas de uso: brazo bien relajado y control adecuado de calibración, puede ser usado por ser práctico, y se deben realizar siempre dos a tres tomas y sacar un promedio, pues son muy sensibles. Clasificación Se puede clasificar según diferentes parámetros: 1. Según los valores de presión arterial 2. Según la etiología 3. Según el daño producido a órganos blanco 4. Según factores de riesgo cardiovascular asociados y daño de órganos blanco⁴².

- **Enfermedades respiratorias crónicas**

La contaminación aérea en las ciudades se ha asociado a efectos de corta duración y enfermedad respiratoria crónica, exacerbación y consultas a urgencias y hospitalizaciones por causas respiratorias. También, con el aumento de los síntomas con niveles bajos de contaminación. Los efectos

de larga duración son controvertidos pero hay una creciente evidencia de que la contaminación, al menos en los niños se asocia a la incidencia de asma, desarrollo de una disminución de la función pulmonar e incidencia de síntomas de Bronquitis⁴³.

- **Síndrome metabólico (SM)**

El origen fisiopatológico del síndrome metabólico aún está en discusión. Se ha sugerido que la fisiopatología está basada principalmente en la resistencia a insulina, como origen del conjunto de anormalidades que conforman el síndrome. Sin embargo, han surgido algunas controversias. Existen especialistas que menciona al respecto que debemos tratar por igual cualquiera de los componentes del síndrome y no al conjunto como una sola entidad, o tratar de entenderlo con un origen común (La evaluación del síndrome metabólico debiera realizarse a personas obesas, aquellos con diagnóstico de dislipidemia, intolerancia a la glucosa, hipertensión y diabéticos). La importancia de la evaluación de SM en diabéticos tipo 2, radica en que hay evidencia de reducción de riesgo cardiovascular en ausencia de SM, además de ser los factores de riesgo para el desarrollo de síndrome metabólico los mismos que para desarrollo de enfermedad cardiovascular o diabetes⁴⁴.

- **Enfermedades mentales**

Si bien las neurociencias y las ciencias sociales han avanzado por sendas paralelas, es posible avistar precisamente debido a los avances en la investigación de las causas, mecanismos y consecuencias de las

enfermedades mentales mayores puntos de convergencia en la comprensión de los mecanismos etiopatogénicos de algunos trastornos mentales comunes. La neurobiología, principalmente de los trastornos afectivos y ansiosos, permite una nueva perspectiva de los efectos adversos del estrés y de experiencias traumáticas en la niñez y adolescencia. Existe la esperanza, entonces, que el mayor conocimiento de los vínculos entre estrés psicosocial y efectos neurobiológicos nos permita desarrollar intervenciones más específicas y efectivas. Tales hallazgos refuerzan lo que ya se sabe sobre la importancia de la prevención de tales experiencias en el ámbito de la familia y la comunidad⁴⁵.

- **Enfermedades renales**

La enfermedad renal crónica (ERC) es una entidad clínica bien identificada, secundaria a la vía final común de múltiples etiologías con factores de riesgo comunes a otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), con una característica particular: la existencia de la terapia renal de reemplazo (TRR) o sustitutiva (TRS) por diálisis o trasplante renal ante el daño funcional renal irreversible.

Se define como el daño estructural o funcional del riñón, evidenciado por marcadores de daño (orina, sangre o imágenes) por un período igual o mayor a 3 meses o por un filtrado glomerular teórico (FGt) menor a 60 ml/min, independientemente de la causa que lo provocó. Se estratifica en cinco estadios. La finalidad de esta clasificación es identificar a los pacientes con ERC desde sus estadios más precoces, instaurar medidas

para frenar su progresión, reducir la morbilidad y, en su caso, preparar a los pacientes para diálisis⁴⁶.

2.4 Hipótesis

Hipótesis general

H₀: No existen determinantes asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco 2016

H_i: Existen determinantes asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco 2016

Hipótesis específicas

H₀₁. No existen determinantes sociodemográficos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco 2016

H_{a1}. Existen determinantes socio demográficos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco 2016

H₀₂. No existen determinantes biológicos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco 2016

H_{a2}. Existen determinantes biológicos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco 2016

H_{o3}. No existen determinantes psicológicos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco 2016

H_{a3}. Existen determinantes psicológicos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco 2016

H_{o4}. No existen determinantes conductuales modificables asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco 2016

H_{a4}. Existen determinantes conductuales modificables asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco 2016

2.5 Variables

2.5.1 Variable principal

Determinantes Asociados: (socio demográficos, biológicos, psicológicos y conductuales modificables)

2.5.2 Variable de supervisión

Enfermedades crónicas no transmisibles

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Investigación

La investigación corresponde a la siguiente taxonomía:

Según el análisis, la intervención y el alcance de los resultados y estudio fue de tipo **observacional**, ya que no existió intervención alguna por parte del investigador, sólo busca evaluar el problema de acuerdo a la ocurrencia natural de los hechos.

De acuerdo a la planificación de la toma de datos, este estudio fue de tipo **prospectivo**, porque se registró la información en el momento que ocurrieron los hechos.

Por el número de ocasiones en que se midió la variable; fue de tipo de **transversal** porque se estudiaron las variables de un solo momento.

Y por el número de variables del estudio, la presente investigación fue de tipo **analítico**.

3.1.1 Enfoque

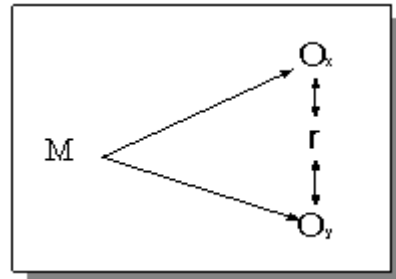
El enfoque de esta investigación, corresponde al cuantitativo. puesto que se fundamenta en la medición de las determinantes que se asocian con las enfermedades crónicas no transmisibles..

3.1.2 Nivel

El estudio es de asociación sin relación de dependencia, esto quiere decir que no hay relación de causa efecto, sólo se demuestra la dependencia entre eventos, este nivel nos permite hacer asociaciones y medidas de asociación.

3.1.3 Diseño

El diseño de la presente investigación fue el correlacional. Tal como se muestra a continuación:



Leyenda

M = Muestra de adultos mayores.

Ox = Determinantes.

Oy = Enfermedades crónicas no transmisibles

r = Asociación

3.2. Población y Muestra.

Se contó con una población finita. La población estuvo constituida por Personas Adultas Mayores del Programa Adulto Mayor del Centro de Salud Perú – Corea Amarilis, Huánuco 2016. Haciendo un total de 495 adultos mayores de ambos sexos hábiles y/o asistentes.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: se incluirán en el estudio los adultos mayores que cumplan con las siguientes condiciones:

- Que asisten regularmente al Programa del adulto mayor.
- De ambos sexos.
- ≥ 60 años y/o cumplió 60 años en 2015.

- Con diagnóstico médico definitivo.

Criterios de exclusión: no se incluirán en el estudio los adultos mayores que cumplan con las siguientes condiciones:

- Que no completen el 90% del llenado de los instrumentos.
- Contaron con diagnostico medico presuntivo.

-Ubicación de la población en espacio y tiempo

. Ubicación en el espacio: Este estudio se realizó en el programa del Adulto Mayor.del Centro de Salud Perú – Corea sito en la Urb. María Luisa s/n distrito de amarilis, departamento y provincia de Huánuco.

. Ubicación en el Tiempo: El estudio se llevó a cabo durante los meses de Abril - Julio 2016.

- Muestra y muestreo

.Unidad de análisis

Cada adulto mayor.del Centro de Salud Perú - Corea.

.Unidad de muestreo

La unidad seleccionada fue igual que la unidad de análisis

.Marco muestral

Estuvo conformada por la relación de adultos mayores citados usuarios del programa en el año 2016, según datos obtenidos por la coordinación del programa.

.Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula para variables categóricas:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	495
Error Alfa	α	0,05
Nivel de Confianza	1-α	0,95
Z de (1- α)	Z(1-α)	1,96
Probabilidad de éxito	p	0,5
complemento de p	q	0,5
Precisión	d	0,05
Tamaño de la muestra	n	80

Por lo tanto se trabajara con una muestra de 80 adultos mayores.

.Tipo de muestreo

La forma como se seleccionó las unidades de análisis de la muestra, fue a través del muestreo probabilístico aleatorio simple por rifa, en donde cada elemento de análisis de la población tuvo la misma probabilidad de ser seleccionado para integrar la muestra, en el que se le asignó un número a cada ficha de registro de control y seguimiento para identificar a cada unidad de análisis de la población, luego se sustrajo al azar la cantidad del tamaño de la muestra obtenida, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión

3.3 Técnicas e Instrumento de recolección de datos

3.3.1 Para la recolección de Datos

La técnica que se usó en el presente estudio fue la entrevista, con la finalidad de obtener información sobre los determinantes asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en la muestra considerada en el presente estudio.

- Instrumentos.

.)Cuestionario de identificación de determinantes asociados a las enfermedades crónicas no trasmisibles de la muestra de estudio (Anexo 1)

Este instrumento está constituido por 4 dimensiones y consta de 24 reactivos, los que sirvieron para identificar los determinantes asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores, el instrumento estuvo distribuido como determinantes sociodemográficos con 05 reactivos que recogen información de edad, genero, estado civil, instrucción, y ocupación.

Los determinantes biológicos recogen información de (antecedentes patológicos familiares, presencia de diagnóstico de la enfermedad, control médico, tratamiento farmacológico).

Los determinantes psicológicos recogen información sobre : (Convivencia con otros miembros de familia, Concepto de viada, Presencia de maltrato).

Los determinantes conductuales modificables recogen información sobre: (alimentación, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco).

. Ficha de recolección de ficha de recolección de datos para enfermedades crónicas degenerativas (anexo 02).

Este instrumento consta de 5 reactivos recoge datos informativos sobre medidas antropométricas como peso y talla; la ubicación de la clasificación de acuerdo a la relación de las medidas antropométricas y considera datos de presencia de enfermedades crónicas.

- Validación de los instrumentos.

Validación cualitativa.

Validez racional o revisión de conocimiento disponible.

En la presente investigación se realizó la revisión de los antecedentes para la construcción de instrumentos de medición.

La validación Delfos o de jueces.

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a prueba de validez mediante el juicio de expertos, con la finalidad de evaluar la suficiencia, pertinencia, claridad, vigencia, objetividad, estrategia, consistencia y estructura con que se redactaron los ítems para la muestra en estudio; para el cual se contó con 01 experto en metodología de investigación, y dos jueces expertos en el tema de Salud del adulto mayor, quienes al final de la calificación coincidieron en que el instrumento debería ser aplicado de acorde a los objetivos de investigación.

Validez por aproximación a la población.

Para evaluar el nivel de confiabilidad de los instrumentos, se ejecutó una prueba piloto tomando el 10 % de la muestra que hicieron un total de 20 adultos mayores del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

Para medir la confiabilidad de datos se utilizó el método de coeficiente de Alfa de Crombach encontrando una confiabilidad de $\alpha=0,83$ para el anexo 1, lo que significa que el instrumento presenta una excelente confiabilidad.

- **Procedimientos de recolección de datos**

Para la recolección de datos se efectuaron los siguientes pasos:

- **Solicitud de permiso.** Para obtener el permiso respectivo para la aplicación del trabajo de campo, se realizó las coordinaciones respectivas con las autoridades responsables de la institución a través de emisión de oficios dirigidas a las autoridades del Centro de salud Perú Corea

3.3.2 Para la Presentacion de Datos.

Para la recolección de datos el investigador se dirigió a la muestra de estudio con el fin de que se pueda aplicar el instrumento según el cronograma de actividad establecido, previo a ello se le aplico el consentimiento informado, explicándole en que consiste el estudio y que pueda retirarse cuando lo desee, teniendo en cuenta el horario establecido no mayor de 30 minutos.

.Elaboración de los datos

Para la elaboración de datos de la presente investigación se consideró las siguientes etapas:

Revisión de los datos.

Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron en el presente estudio; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.

Codificación de los datos.

Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándolo en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas

esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.

Clasificación de los datos.

Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica , numérica y ordinal.

Procesamiento de datos.

Luego de la recolección de datos estos fueron procesados en forma manual, mediante el programa de Excel previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz.

Plan de tabulación de datos.

Con base de datos que se obtuvo y para responder al problema y objetivos planteados en el presente estudio de investigación, se tabularon los datos en cuadros de frecuencia y porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación, los cuales facilitaron la observación de las variables.

Presentación de datos.

Se presenta los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio, a fin de realizar el análisis e interpretación de los mismos de acuerdo al marco teórico respectivo.

3.3.3 Para el análisis e Interpretación de los Datos

Análisis descriptivo,

Se usó un análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos, de acuerdo a la necesidad del estudio; determinando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables categóricas. Para tal efecto se determina

para las medidas de tendencia central, la media, moda y mediana; y para las medidas de dispersión la varianza.

Análisis inferencial

Para la constatación de la hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica de Chi cuadrado para establecer la asociación entre ambas variables. En la significancia estadística de las pruebas se consideró el valor $p \leq$ de 0,05. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS versión 20.0 para Windows.

- Aspectos éticos de la investigación.

Previo a la aplicación de recolección de datos, se solicitó el consentimiento informado de cada uno de los adultos mayores considerados en el presente estudio; considerando los principios éticos los cuales se aplicaron en la forma siguiente:

Beneficencia: Esta investigación traerá beneficio para los adultos mayores, ya que los resultados permitirá se implemente programas que promuevan el cuidado de la salud orientada con ello mejorar la calidad de vida.

No maleficencia: Se respetó este principio, porque no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y el bienestar de los adultos mayores, ya que la información fue de carácter confidencial.

Autonomía: Se respetó este principio, ya que se les explico que podían retirarse en el momento que lo deseaban.

Justicia: En el presente estudio se trató a todos los participantes por igual y se aplicó el consentimiento informado de carácter escrito.

IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos

4.1.1. Características generales de los determinantes de la muestra en estudio

Tabla 01. Características de los determinantes socio demográficas de los adultos mayores del Centro de Salud Perú Corea 2016.

Características socio demográficas	n = 80	
	F	%
Grupo de edad		
60 a 65 años	44	55,0
66 a 70 años	21	26,2
71 a 75 años	10	12,5
75 años a 80	4	5,0
> 80 años	1	1,3
Genero		
Femenino	42	52,5
Masculino	38	47,5
Estado Civil		
Soltero (a)	24	30,0
Casado (a)	32	40,0
Viudo (a)	16	20,0
Divorciado(a)	8	10,0
Grado de Escolaridad		
Sin escolaridad	12	15,0
Primaria	38	47,5
Secundaria	28	35,0
Superior	2	2,5
Ocupación		
Ama de casa	22	27,5
Comerciante	15	18,8
Jubilado	11	13,7
Desempleado	32	40,0

Fuente: Anexo 1

En la presente tabla se describe las características de los determinantes socio demográficas de los adultos mayores en estudio,

respecto al grupo de edad, prevalecieron el grupo de edades de (60 a 65 años) en más de la mitad en estudio [55,0%(44)], seguido del grupo de (66 a 70 años) con una proporción de [26,2%(21)], el grupo de (71 a 75 años) represento el [12,5%(10)], y el grupo (de 75 años a mas) fue el [6,3%(5)]. En relación al género el [52,5%(42)] correspondió al femenino, el [40,0%(32)] fueron casados, el [47,5%(38)] con instrucción primaria y el [40,0%(32)] refirieron ser desempleados.

Tabla 02. Características de los determinantes biológicos de los adultos mayores del Centro de Salud Perú Corea 2016.

Características Biológicas	n = 80	
	f	%
Antecedentes patológicos familiares		
H.T.A	28	35,0
Osteoporosis	10	12,5
Diabetes	26	32,5
Artritis	2	2,5
Cáncer	6	7,5
Ninguna	7	8,8
Otros	1	1,2
Enfermedad actual		
H.T.A	22	27,5
Osteoporosis	15	18,8
Diabetes	20	25,0
Artritis	5	6,2
Cáncer	1	1,3
Ninguna	8	10,0
Otros	9	11,2
Control Medico		
SI	26	32,5
NO	54	67,5
Tratamiento Farmacológico		
SI	32	40,0
NO	48	60,0

Fuente: Anexo 1

En la presente tabla se describe las características de los determinantes biológicos de los adultos mayores en estudio, respecto a los antecedentes patológicos familiares prevaleció la Hipertensión Arterial (HTA) con el [35,0%(28)], seguido de [32,5%(26)] para la diabetes, la enfermedad actual presente que prevaleció fue la Hipertensión Arterial (HTA) con el

[27,5%(22)], seguido del [25,0%(20)] para la diabetes. El [67,5%(54)] no tiene control médico y el [60,0%(48)] no recibe tratamiento farmacológico.

6

Tabla 03. Características de los determinantes psicológicos de los adultos mayores del Centro de Salud Perú Corea 2016.

Características psicológicas	n = 80	
	f	%
Con quien vive		
Solo	38	47,5
Con familiares	42	52,5
Concepto de vida		
Satisfecho	66	82,5
Insatisfecho	14	17,5
Maltrato		
Discriminación	12	15,0
Abandono	24	30,0
Soledad	18	22,5
Maltrato físico	6	7,5
Ninguno	20	25,0

Fuente: Anexo 1

Respecto a las características de los determinantes psicológicos de los adultos mayores en estudio, el [52,5%(42)] refirieron que viven con familiares, el [82,5%(66)] mientras que el [47,5%(38)] viven solos, en relación al concepto de vida que tienen los adultos mayores [82,5%(66)] encuentran satisfechos y el [17,5%(14)] insatisfechos, el [30,0%(24)] refirió abandono, el [25,0%(20)] refirió que no existe maltrato, el [22,5%(18)] refirió soledad, el [15,0%(12)] refirió discriminación y el [7,5%(6)] refirió maltrato físico.

4.1.2. Tabla 04. Características de los determinantes conductuales modificables de los adultos mayores del Centro de Salud Perú Corea 2016.

Características conductuales	n = 80	
	f	%
Nº de comidas		
1-2 comidas	60	75,0
3-5 comidas	20	25,0
Consumo porciones día		
½ plato	8	10,0
1 plato	10	12,5
2 platos	26	32,5
Más de 2 platos	36	45,0
Realiza actividad física		
SI	24	30,0
NO	56	70,0
Tipo de actividad		
Caminata	15	18,8
Paseos	26	32,5
Trabajo laboral	8	10,0
Ninguna	31	38,8
Tiempo de actividad física		
30minutos	77	96,2
45minutos	2	2,5
60minutos	1	1,3
Más de 60min	0	0
Frecuencia de la actividad física		
1-2 veces por semana	64	80,0
3-5 veces por semana	4	5,0
Todos los días	12	15,0
Ingesta de bebidas alcohólicas		
SI	54	67,5
NO	26	32,5
Consumo de Tabaco		
SI	44	55,0
NO	36	45,0

Fuente: Anexo 1

Respecto a las características de los determinantes conductuales modificables de los adultos mayores en estudio, el [75,0%(60)] refirieron consumo de 1-2 comidas al día, el [32,5%(26)] consumo de 2 platos de comida como porciones por día, el [70,0%(56)] no realiza actividad física, [70,0%(56)], el promedio de tiempo destinada a la actividad física es [30 minutos con el 96,2%(77)], la frecuencia es de 1-2 veces por semana con el [80,0%(64)], el [67,5%(54)] refiere consumo de alcohol y el [55,0%(36)] refiere consumo de tabaco.

4.1.3 Características de las Enfermedades Crónicas

Tabla 05. Características de la presencia de las enfermedades crónicas de los adultos mayores del Centro de Salud Perú Corea 2016.

Características de las Enfermedades crónicas	n = 80	
	F	%
Diagnostico nutricional según IMC:		
Normal	32	40,0
Sobrepeso	36	45,0
Obesidad tipo I	10	12,5
Obesidad tipo II	2	2,5
Obesidad tipo III	0	0
Presencia de enfermedades Crónicas		
SI	73	91,2
NO	7	8,8

Fuente: Anexo 2

En la presente tabla, respecto a las características de las enfermedades crónicas de los adultos mayores en estudio; encontramos el [45,0%(36)] con Sobrepeso, y el [91,2%(73)] presenta enfermedades crónicas.

4.2. Resultados Inferenciales

Tabla 09. Contrastación entre determinantes sociodemográficos y las enfermedades crónicas degenerativas en adultos mayores Centro de Salud Perú Corea 2016.

Determinantes sociodemográficos	Enfermedades Crónicas				Total	Prueba Chi cuadrada	Significancia
	(n=80)						
	SI		NO				
	f	%	f	%			
	f	%	f	%	n		
Edad > de 70 años							
SI	12	15,0	3	3,7	15	6,89	0,664
NO	61	76,2	4	5,0	65		
Género Femenino							
SI	38	47,5	4	5,0	42	8,75	0,003
NO	35	43,8	3	3,7	38		
Estado Civil viudo							
SI	12	15,0	4	5,0	16	10,24	0,711
NO	61	76,2	3	3,7	64		
Instrucción							
Ninguna y primaria							
SI	44	55,0	6	7,5	50	9,76;	0,001
NO	29	36,2	1	1,3	30		
Ocupación							
Desempleado							
SI	28	35,0	4	5,0	32	7,75	0,624
NO	45	56,3	3	3,7	48		

Fuente: Anexo, 1,2,

Respecto a la influencia entre los determinantes sociodemográficos y las enfermedades crónicas degenerativas, observamos que el 15,0% de adultos mayores presentaron edades mayores de 70 años y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas, el 47.5 % son de género femenino y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas, el 15,0 % es viudo y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas, el 55,0 % tiene instrucción primaria y ninguna y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas, el 35,0 % es

desempleado y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas. Mediante la Prueba de Chi cuadrado solo las variables género femenino ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), instrucción primaria y ninguna ($X^2=9,76$; $P\leq 0,001$) resultaron significativos.

Tabla 10. Contrastación entre determinantes biológicos y las enfermedades crónicas degenerativas en adultos mayores Centro de Salud Perú Corea 2016.

Determinantes biológicos	Enfermedades Crónicas				Total	Prueba Chi cuadrada	Significancia
	(n=80)						
	SI		NO				
	f	%	f	%			
					n		
Antecedentes Patológicos Familiares							
SI	66	82,5	7	8,8	73	6,89	0,005
NO	4	5,0	3	3,7	7		
Enfermedad diagnosticada							
SI	58	72,5	5	6,2	63	8,75	0,003
NO	15	18,8	2	2,5	17		
Control Medico							
SI	23	28,8	3	3,7	26	9,76	0,001
NO	50	62,5	4	5,0	54		
Tratamiento Farmacológico							
SI	26	32,5	6	7,5	32	9,24	0,003
NO	47	58,7	1	1,3	48		

Fuente: Anexo, 1,2,

Respecto a la influencia entre los determinantes biológicos y las enfermedades crónicas degenerativas , observamos que el 82,5,% de adultos mayores presentaron antecedentes patológicos familiares y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas, el 72.5 % presentan enfermedad diagnosticada y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas, el 62,5 % no tiene control médico y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas, el 58,7 % no tiene tratamiento farmacológico y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas. Mediante la Prueba de Chi cuadrado las variables antecedentes patológicos

familiares ($X^2=6,89$; $P\leq 0,005$), enfermedad diagnosticada ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), sin control médico ($X^2=9,76$; $P\leq 0,001$) Y sin tratamiento farmacológico ($X^2=9,24$; $P\leq 0,003$) resultaron significativos.

Tabla 11. Contrastación entre determinantes psicológicos y las enfermedades crónicas degenerativas en adultos mayores Centro de Salud Perú Corea 2016

Determinantes psicológicos	Enfermedades Crónicas				Total n	Prueba Chi cuadrada	Significancia
	(n=80)						
	SI		NO				
	f	%	f	%			
Convivencia con otros miembros de la familia							
SI	38	47,5	4	5,0	42	6,87	0,004
NO	35	43,8	3	3,7	38		
Concepto de vida							
Satisfecho	62	77,5	4	5,0	66	12,75	0,722
Insatisfecho	11	13,7	3	3,7	14		
Presencia de maltrato							
SI	54	67,5	6	7,5	60	9,76	0,001
NO	19	23,7	1	1,3	20		

Fuente: Anexo, 1,2,

Respecto a la influencia entre los determinantes psicológicos y las enfermedades crónicas degenerativas, observamos que el 47, 5% de adultos mayores presentaron convivencia con otros miembros de la familia y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas, el 77.5 % presentan satisfacción dentro del concepto de vida y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas, el 67,5 % refiere presencia de maltrato y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas. Mediante la Prueba de Chi cuadrado las variables convivencia con otros miembros de la familia ($X^2=6,87$; $P\leq 0,004$), presencia de maltrato ($X^2=9,76$; $P\leq 0,001$), resultaron significativos.

Tabla 12. Contrastación entre determinantes conductuales modificados y las enfermedades crónicas degenerativas en adultos mayores Centro de Salud Perú Corea 2016

Determinantes conductuales modificables	Enfermedades Crónicas				Total	Prueba Chi cuadrada	Significancia
	(n=80)						
	SI		NO				
	f	%	f	%			
					n		
Alimentación inadecuada							
SI	63	78,6	3	3,7	66	6,87	0,004
NO	10	12,5	4	5,0	14		
Actividad física sedentario							
SI	42	52,5	6	7,5	48	8,75	0,003
NO	31	38,8	2	2,5	32		
Consumo de alcohol							
SI	51	63,7	3	3,7	54	9,76	0,001
NO	22	27,5	4	5,0	26		
Consumo de Tabaco							
SI	34	42,5	2	2,5	36	10,24	0,633
NO	39	48,7	5	6,2	44		

Fuente: Anexo, 1,2,

Respecto a la influencia entre los determinantes conductuales modificables y las enfermedades crónicas degenerativas, observamos que el 78, 6% de adultos mayores presentaron alimentación inadecuada y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas, el 52.5 % presentan actividad física sedentario y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas, el 63,7 % refiere consumo de alcohol y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas y el 42,5 % consumo de tabaco.. Mediante la Prueba de Chi cuadrado las variables alimentación inadecuada ($X^2=6,87$; $P\leq 0,004$), actividad física sedentario ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), Consumo de alcohol ($X^2=9,76$; $P\leq 0,0041$), resultaron significativos.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados

Esta investigación fue realizada en el Centro de Salud Perú Corea donde se obtuvo una muestra de 80 adultos mayores, dentro del rango de edad de 60 años a más.

Mediante este proceso investigativo se logró cumplir con los objetivos planteados, pudiendo identificar los determinantes asociados a las enfermedades crónicas degenerativas en los adultos mayores del Centro de salud Perú Corea.

Mediante el presente estudio de investigación, se nos permitió caracterizar cuál de los determinantes evaluados fueron los significativos estadísticamente para las enfermedades crónicas degenerativas. Dentro de los cuales encontramos que en los determinantes sociodemográficos las variables género femenino ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), instrucción primaria y ninguna ($X^2=9,76$; $P\leq 0,001$) resultaron significativos.

Al evaluar la influencia entre los determinantes sociodemográficos y las enfermedades crónicas degenerativas, se pudo evidenciar en el estudio que el 15,0% de adultos mayores presentaron edades mayores de 70 años, el 47,5 % son de género femenino el 15,0 % es viudo, el 55,0 % no tienen instrucción, y que el 35,0 % es desempleado presentando a la vez enfermedades crónicas degenerativas.

Hallazgos que concuerdan con los encontrados por Pozo⁴⁷, en función a la identificación del género de adultos mayores más vulnerables como es el femenino.

Por otro lado Villena⁴⁸, manifiesta también en su estudio realizado sobre estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor; que en el factor biológico existe un predominio de género femenino y que dentro de los factores culturales el 40,2% (35) de adultos mayores tiene secundaria completa, por lo que no existe coincidencia a los resultados encontrados en el presente estudio.

En relación a la influencia entre los determinantes biológicos y las enfermedades crónicas degenerativas, observamos que el 82,5 % de adultos mayores presentaron antecedentes patológicos familiares, el 72.5 % presentan enfermedad diagnosticada el 62,5 % no tiene control médico , el 58,7 % no tiene tratamiento farmacológico y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas , datos que coinciden con Huamán⁴⁹, en donde se encontró patologías asociadas a los estilos de vida.

De acuerdo al Informe de Valle⁵⁰, los factores de riesgos frecuentes y evitables son la base de la mayor parte de las enfermedades crónicas. Estos factores de riesgo de enfermedades crónicas son una principal causa de la carga de mortalidad y de discapacidad en todos los países, independientemente de su estado de desarrollo económico. En todo el mundo, el principal factor de riesgo es el aumento de la presión arterial; seguido del consumo de tabaco; el colesterol total elevado, y el consumo bajo de frutas y verduras. Los principales factores de riesgo representan, en conjunto,

alrededor del 80% de las defunciones por cardiopatía y accidente cerebrovascular.

Por otro lado los trabajos seminales de Selye, Lazarus y Friedman y Rosenman⁵¹, sentaron las bases sobre la interacción entre ambiente, conducta y fisiología en la aparición, desarrollo y mantenimiento de enfermedades. Los patrones conductuales de los individuos y los estilos de vida (ej., ejercicio físico, consumo de drogas, respuesta ante el estrés) influyen directamente en la salud constituyéndose en factores protectores o de riesgo.

Así mismo consideran que, las variables sociales y contextuales (ej., nivel educativo, estatus socio-económico, rol social y laboral) tienen un impacto decisivo sobre la adopción y mantenimiento de conductas saludables o de riesgo⁵².

En el presente estudio se pudo evidenciar que de acuerdo a la influencia entre los determinantes biológicos y las enfermedades crónicas degenerativas, que el 82,5,% de adultos mayores presentaron antecedentes patológicos familiares, el 72.5 % presentan enfermedad diagnosticada, el 62,5 % no tiene control médico, el 58,7 % no tiene tratamiento farmacológico y presentan enfermedades crónicas degenerativas, lo que coincide con lo expresado por Selye, Lazarus, Friedman y Rosenman⁵³, sobre las bases de la interacción con el ambiente.

Los componentes de una familia tienen en común genes, comportamientos, estilos de vida y ambientes que juntos pueden influenciar su salud y su riesgo de enfermedades crónicas. La mayoría de las personas ya tienen antecedentes familiares de alguna enfermedad crónica (por ejemplo,

cáncer, HTA, diabetes) o de otras afecciones (por ejemplo, HTA e hipercolesterolemia). Las personas con un familiar cercano que padece una enfermedad crónica pueden tener un mayor riesgo de padecer esa misma enfermedad que aquellas personas sin tal familiar, teoría que se confirma a los resultados encontrados⁵⁴.

Por otro lado en los determinantes psicológicos se pudo evidenciar que el 47, 5% de adultos mayores presentaron convivencia con otros miembros de la familia, el 77.5 % presentan satisfacción dentro del concepto de vida , el 67,5 % refiere presencia de maltrato y a la vez presentaron enfermedades crónicas degenerativas lo que indica que la personalidad es un rasgo muy estable a lo largo de la vida y va a influenciar en el proceso del envejecimiento, una personalidad positiva favorece el estado de ánimo y el bienestar subjetivo de la persona, va a proteger en definitiva la salud psicológica y la capacidad de aceptar y adaptarse a los cambios propios de la edad. Existen otros factores que alteran el estado psicológico de las personas mayores como: estado de salud en general, nivel cultural, actividad física, mental y las relaciones personales.

Por ultimo en los determinantes conductuales se pudo evidenciar que el 78, 6% de adultos mayores presentaron alimentación inadecuada, el 52.5 % presentan actividad física sedentario, el 63,7 % refiere consumo de alcohol y el 42,5 % consumo de tabaco.

CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Dentro de las características de enfermedades crónicas, destaca el sobrepeso con una frecuencia de 36 que equivale el 45%; mientras solo existe obesidad tipo II usuarios que equivalen el 2.5%.
- Dentro de las características conductuales, el usuario manifestó que solo come 1 a 2 comidas por día, equivalente al 75%, mientras dentro del área de actividad física manifestaron que 56 usuarios equivalente al 70% no realiza actividad física.
- Dentro de los determinantes socio demográficos las variables género femenino ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), instrucción primaria y ninguna ($X^2=9,76$; $P\leq 0,001$) resultaron significativos.
- Dentro de los determinantes biológicos las variables antecedentes patológicos familiares ($X^2=6,89$; $P\leq 0,005$), enfermedad diagnosticada ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), sin control médico ($X^2=9,76$; $P\leq 0,001$) Y sin tratamiento farmacológico ($X^2=9,24$; $P\leq 0,003$) resultaron significativos.
- Dentro de los determinantes psicológicos las variables convivencia con otros miembros de la familia ($X^2=6,87$; $P\leq 0,004$), presencia de maltrato ($X^2=9,76$; $P\leq 0,001$), resultaron significativos.
- Dentro de los determinantes conductuales modificables las variables alimentación inadecuada ($X^2=6,87$; $P\leq 0,004$), actividad física sedentario ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), Consumo de alcohol ($X^2=9,76$; $P\leq 0,0041$), resultaron significativos.

RECOMENDACIONES

Se sugieren lo siguiente:

- El personal de salud debe brindar una atención individualizada con calidad y calidez a los adultos mayores, de esta manera tendrán confianza para acudir a los centros de salud para realizarse sus controles necesarios, promoviendo su autocuidado, orientándoles sobre su enfermedad y prevenir futuras complicaciones; utilizando diversas estrategias como (visitas domiciliarias, pruebas preventivo promocionales, tamizajes y campañas de salud) actividades que proyectaran la asistencia regular de la población.
- Incentivar la participación al adulto mayor en talleres relacionados en temas de: nutrición, higiene, tratamiento farmacológico, los mismos que puedan ser aplicados adecuadamente por los adultos y familiares que estén a cargo de su cuidado.
- Mejorar la praxis de atención de los usuarios adultos mayores que se atiendan en cualquier centro o puesto de salud, brindando una atención de calidad, dentro de los parámetros de salud impuesto por el ministerio de Salud.
- A la Facultad Ciencias de la Salud y Escuela profesional de Enfermería, propiciar a través del área del Adulto Mayor la ejecución de programas y/o proyectos sobre estilos de vida saludables (actividades de recreación, relajación, hábitos higiénicos y de alimentación) en favor de los adultos mayores, en especial a los que padecen de enfermedad crónica degenerativa.

- El sector salud debe implementar el área del adulto mayor en los diferentes establecimientos así como capacitar al profesional de enfermería en la especialidad de geriatría, teniendo en cuenta el incremento porcentual de los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. Informe Sobre La Situación Mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 [internet] [Consultado 2015 oct 20] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf
2. Organización mundial de la salud. Cada año, las enfermedades no transmisibles provocan 16 millones de defunciones prematuras, por lo que la OMS insta a redoblar esfuerzos [internet] [Consultado 2015 oct 22] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/es/>
3. DIEZ-CANSECO, Francisco et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: Retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. Rev. perú. med. exp. salud publica [online]. 2014, vol.31, n.1 [citado 2015-10-27], pp. 131-136 . Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100019&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
4. RPP noticias. Alertan de gigantesca epidemia de enfermedades crónicas en Latinoamérica internet] [Consultado 2015 oct 22] Disponible en: <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/alertan-de-gigantesca-epidemia-de-enfermedades-cronicas-en-latinoamerica-noticia-805257>
5. Instituto nacional de estadísticas e informática. Alrededor del 30% de la población adulta mayor sufre de hipertensión arterial [internet] [Consultado 2015 oct 24] Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/alrededor-del-30-de-la-poblacion-adulta-mayor-sufre-de-hipertension-arterial-8660/>
6. Organización mundial de la salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 [internet] [Consultado 2015 oct 22] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf
7. Gallardo Rincón H. Saucedo Martínez R. Tapia Conyer R. (2014).. CASALUD: un sistema de salud innovador para el control y la prevención de enfermedades no transmisibles. en México, Working Paper Series 2014: CISS [internet] [Consultado 2015 oct 22] Disponible en: <http://www.ciss.net/wps/wp-content/uploads/2015/08/4-CASALUD-ESP.pdf>.

8. Ministerio de salud. Detección temprana de hipertensión evita daños cardiovasculares hasta derrame cerebral [internet] [Consultado 2015 oct 22] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16554>
9. RPP noticias. Alertan de gigantesca epidemia de enfermedades crónicas en Latinoamérica internet] [Consultado 2015 oct 22] Disponible en: <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/alertan-de-gigantesca-epidemia-de-enfermedades-cronicas-en-latinoamerica-noticia-805257>
10. Ministerio de salud. Detección temprana de hipertensión evita daños cardiovasculares hasta derrame cerebral [internet] [Consultado 2015 oct 22] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16554>
11. Hernández A. Singh P. Andino C. Ulloa C. Daneri A. Flores ZE. Caracterización de hábitos relacionados con enfermedades crónicas en población universitaria de Honduras. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2015 Jun [citado 2015 Oct 27] ; 41(2): 324-334. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000200011&lng=es.
12. Dirección de Salud Regional Tacna. Boletín epidemiológico semanal N° 3. [internet] [Consultado 2015 oct 22] Disponible en: http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/2015/BOLETIN/BOL_SE_3.pdf
13. SANCHEZ, A et al. Índices antropométricos predicen riesgo cardiometabólico: Estudio de cohorte prospectivo en una población de empleados de hospitales públicos. Rev. argent. endocrinol. metab. [online]. 2014; 51(4): 185-191 [Consultado 2015-10-27]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342014000400003&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-3034.
14. Rebaza Vílchez JC. nivel de riesgo de comorbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles y de actividad física en personal que labora en hospital de Casma, 2012. Cientifi-k [internet] 2013; 1(2): 32- 41 [consultado 2015 Oct 26] Disponible en: <http://ojs.ucv.edu.pe/index.php/CIENTIFI-K/article/view/270/163>
15. Dirección de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles dirección general de vigilancia de la salud. Manual de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles [internet] [Consultado 2015 oct 22] Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/dvent/wp-content/uploads/2015/10/Manual-de-manejo-de-ECNT.pdf>
16. Pozo Juipa J. prevalencia de la obesidad, sobrepeso y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores del programa del adulto mayor de la Red Asistencial Cap III Metropolitano - Huánuco – 2013. [Para optar el título profesional de Enfermería] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2013.

17. Domínguez Alonso Emma, Seuc Armando H.. Esperanza de vida ajustada por algunas enfermedades crónicas no transmisibles. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2015 Oct 28] ; 43(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032005000200006&lng=es.
18. Organización mundial de la salud. Cada año, las enfermedades no transmisibles provocan 16 millones de defunciones prematuras, por lo que la OMS insta a redoblar esfuerzos [internet] [Consultado 2015 oct 22] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/es/>
19. Sanchez A. et al. Índices antropométricos predicen riesgo cardiometabólico: Estudio de cohorte prospectivo en una población de empleados de hospitales públicos. Rev. argent. endocrinol. metab. [online]. 2014; 51(4): 185-191 [Consultado 2015-10-27],. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342014000400003&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-3034.
20. ARZAMENDIA, Gladys. Calidad de vida y enfermedades crónicas no transmisibles en docentes que participan de programa de prevención y promoción de salud. Eureka [online]. 2011, vol.8, n.2 [citado 2015-10-28], pp. 278-290 . Disponíbel em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000200012&lng=pt&nrm=iso. ISSN 2220-9026.
21. Llibre Guerra JC, Guerra Hernández MA, Perera Miniet E. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2015 Oct 27] ; 24(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400005&lng=es
22. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17 (5/6): 353–61. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>
23. Rebaza Vílchez JC. Nivel de riesgo de comorbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles y de actividad física en personal que labora en Hospital de Casma, 2012. Cientifi-k [internet] 2013; 1(2): 32- 41 [consultado 2015 Oct 26] Disponible en: <http://ojs.ucv.edu.pe/index.php/CIENTIFI-K/article/view/270/163>
24. NUNEZ-ROBLES, Eloísa et al. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y riesgo metabólico en escolares, universitarios y mujeres

- de organizaciones sociales de base en distritos de Lima, Callao, La Libertad y Arequipa, Perú 2011. Rev. Perú. med. exp. salud pública [online]. 2014, vol.31, n.4 [citado 2015-10-28], pp. 652-659 . Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
25. Álvarez, Sánchez, Gómez, Tarqui. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). Rev Perú Med Exp Salud Pública [internet]. 2012; 29(3):303-13. [Consultado 2013 Jun 15]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n3/a03v29n3.pdf>
 26. Pozo Juipa J. prevalencia de la obesidad, sobrepeso y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores del programa del adulto mayor de la Red Asistencial Cap III Metropolitano – Huánuco – 2013. [Para optar el título profesional de Enfermería] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2013.
 27. Damaso B, Loza C, Menacho L. Prevalencia del síndrome metabólico en trabajadores activos en la Red Asistencial de EsSalud en Huánuco, 2007. Rev Med Hered [internet] 2011; 22 (2): 54-62.
 28. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud en Perú [Internet]. [Consultado 2015 oct 20] Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/cuaderno17/cap1.pdf>
 29. Pasca AJ, Pasca L. Transición nutricional, demográfica y epidemiológica. Determinantes subyacentes de las ECNT. Insufla Car [internet] 2001; 6(1): 27-29. [Consultado 2013 Mar 09]. Disponible en: <http://www.insuficienciacardiaca.org>
 30. Morfi Samper Rosa. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2005 Dic; 21(3): 1-1. [citado 2015 Oct 23] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300001&lng=es.
 31. Inga Aranda J. Vara Horna A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. Univ. Psychol. [online]. 2006; 5(3): 475-486 [Consultado 2015-10-21]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1657-9267.
 32. ARZAMENDIA, Gladys. Calidad de vida y enfermedades crónicas no transmisibles en docentes que participan de programa de prevención y promoción de salud. Eureka [online]. 2011, vol.8, n.2 [citado 2015-10-28], pp. 278-290 . Disponíbel em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000200012&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 2220-9026.
 33. Rebaza Vílchez JC. Op.cit.,p.33

34. OROZCO-GÓMEZ, ÁNGELA MARÍA; CASTIBLANCO-OROZCO, LAURA Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, vol. 24, núm. 1, enero-junio , 2015 , pp. 203-217 Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia
35. ARZAMENDIA, Gladys. Calidad de vida y enfermedades crónicas no transmisibles en docentes que participan de programa de prevención y promoción de salud. *Eureka* [online]. 2011, vol.8, n.2 [citado 2015-10-28], pp. 278-290 . Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000200012&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 2220-9026.
36. ARZAMENDIA, Gladys. Calidad de vida y enfermedades crónicas no transmisibles en docentes que participan de programa de prevención y promoción de salud. *Eureka* [online]. 2011, vol.8, n.2 [citado 2015-10-28], pp. 278-290 . Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000200012&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 2220-9026.
37. Rodríguez-Rodríguez E., López-Plaza B., López-Sobaler A. M.^a, Ortega R. M.^a. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Nutr. Hosp.* [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2015 Nov 02] ; 26(2): 355-363. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200017&lng=es.
38. Organización mundial de la salud. Obesidad y sobrepeso [internet] [Consultado 2015 oct 20] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
39. Yu C Chung Bin, Rojas A Verónica, Zalaquett R Macarena, Torres S Romina, Ramírez C Cristián, Román O Fernando et al . Consumo de alcohol en el adulto mayor chileno que viaja. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2014 Dic [citado 2015 Nov 02] ; 142(12): 1517-1522. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001200004>.
40. Olaiz-Fernández Gustavo, Rojas Rosalba, Aguilar-Salinas Carlos A, Rauda Juan, Villalpando Salvador. Diabetes mellitus en adultos mexicanos: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2007 Ene [citado 2015 Oct 28] ; 49(Suppl 3): s331-s337. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000900004&lng=es..
41. Dirección de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles dirección general de vigilancia de la salud. Manual de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles [internet] [Consultado 2015 oct

- 22] Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/dvent/wp-content/uploads/2015/10/Manual-de-manejo-de-ECNT.pdf>
42. REVILLA, Luis et al. Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [online]. 2014, vol.31, n.3 [citado 2015-10-28], pp. 437-444 . Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000300005&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1726-4634.
43. Orduz García CE, Toro MV, Gómez JC. Epoc, bronquitis crónica y síntomas respiratorios, asociados a la contaminación por pm10 en la ciudad de medellín (Colombia). *rev.fac.med* [serial on the Internet]. 2013 June [cited 2015 Nov 02] ; 21(1): 21-28. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562013000100002&lng=en.
44. LIZARZABURU ROBLES, Juan Carlos. Síndrome metabólico: concepto y aplicación práctica. *An. Fac. med.* [online]. 2013, vol.74, n.4 [citado 2015-11-02], pp. 315-320 . Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000400009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1025-5583.
45. Trucco Marcelo. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2002 Nov [citado 2015 Nov 02] ; 40(Suppl 2): 8-19. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600002>.
46. Gámez Jiménez Ana Margarita, Montell Hernández Oscar Antonio, Ruano Quintero Vivian, Alfonso de León José A, Hay de la Puente Zoto Marlen. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. *Rev. Med. Electrón.* [revista en la Internet]. 2013 Ago [citado 2015 Nov 02] ; 35(4): 306-318. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000400001&lng=es.
47. Pozo Juipa J. prevalencia de la obesidad, sobrepeso y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores del programa del adulto mayor de la Red Asistencial Cap III Metropolitano – Huánuco – 2013. [Tesis para optar el título profesional de Enfermería] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2013.
48. Villena L. (HUP Luis Felipe de las casas -nuevo Chimbote, notifica en su estudio de estilos de vida y factores biosoculturales del adulto mayor. 2011
49. Huamán, Vidauri A. Soporte Familiar y Social en el Proceso Salud Enfermedad del Adulto Mayor del Distrito de Cajamarca. [Tesis de pre grado] , Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca. 2008.
50. Valle. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes mayores de 18 años. universidad de el salvador (sede central).

ciclo académico ii - 2010. [Tesis para optar al grado de maestra en salud pública] Universidad de el Salvador.

51. Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. Br Med J.1950; 1:1383-1392.

52. Friedman M, Rosenman RH. Type A behavior and your heart. New York: Knopf; 1974.

53.- Muñoz A Psicología, Medicina, Salud y Terapias Alternativas. Psicologías de la Salud. Disponible en:

[Www.cepvi.com/articulos/psicologia_de_la_salud2.shtml#.U9WOheN5P4](http://www.cepvi.com/articulos/psicologia_de_la_salud2.shtml#.U9WOheN5P4)

54.- Muñoz A Psicología, Medicina, Salud y Terapias Alternativas

ANEXOS

CÓDIGO:

Fecha: ... /.... /....

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACION DE DETERMINANTES ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

TITULO: Determinantes asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco.

INSTRUCCIONES: Sr(a) documentador sírvase registrar o marcar con un aspa (x) las características requeridas, según el código asignado que se encuentra en la parte superior, a fin de realizar un análisis posterior. Escribir con letra y número legible a fin de que la información sea comprensible.

Gracias por su colaboración.

I. DETERMINANTES SOCIO DEMOGRÁFICOS

1. ¿Cuál es tu edad?

..... años

2. ¿Cuál es su género?

- | | | |
|----|-----------|-------|
| a) | Masculino | () |
| b) | Femenino | () |

3. ¿Cuál es su estado civil?

- | | | |
|----|---------------|-------|
| a) | Soltero (a) | () |
| b) | Casado (a) | () |
| c) | Viudo (a) | () |
| d) | Divorciado(a) | () |

4. ¿Cuál es su grado de escolaridad alcanzado?

- | | | |
|----|-----------------|-------|
| a) | Sin escolaridad | () |
| b) | Primaria | () |
| c) | Secundaria | () |
| d) | Superior | () |

5. ¿Cuál es su ocupación?

- | | | |
|----|----------------|-------|
| a) | Ama de casa | () |
| b) | Comerciante | () |
| c) | Empleado (a) | () |
| d) | Desempleado(a) | () |

II. DETERMINANTES BIOLOGICOS

6.- ¿Algún familiar padece alguna de las siguientes enfermedades?

- a) H.T.A ()
- b) Osteoporosis ()
- c) Diabetes ()
- d) Artritis ()
- e) Cáncer ()

7.- ¿Presenta alguna de las siguientes enfermedades?

- a) H.T.A ()
- b) Osteoporosis ()
- c) Diabetes ()
- d) Artritis ()
- e) Cáncer ()

8. ¿Realiza el control médico de su enfermedad?

Si () No ()

9.- ¿Toma alguna medicación para controlar su enfermedad?

Si () No ()

III. DETERMINANTES PSICOLOGICOS

10.- ¿Con quién vive usted?

- a) Solo ()
- b) Con familiares ()

11.- ¿Cuál es el concepto de su vida?

- a) Satisfecho con su vida ()
- b) Insatisfecho con su vida ()

12.- ¿Ha sufrido alguno de estos problemas?

- a) Discriminación ()
- b) Abandono ()
- c) Soledad ()
- d) Maltrato físico ()
- e) Ninguno ()

IV. DETERMINANTES CONDUCTUALES

13.- ¿Cuántas comidas completas consume al día?

- a) 1-2 comidas ()
- b) 3-5 comidas ()

14. ¿Cuál de estos grupos de alimentos consume con más frecuencia?

- a) Verduras, hortalizas, granos ()
- b) Lácteos y frutas ()
- c) Verduras, granos, lácteos y grasas ()
- d) Verduras, lácteos, carnes y grasas ()

15. ¿Cuántas veces por semana consume estos alimentos?

- a) 1 vez por semana ()
- b) 2 veces por semana ()
- c) 3 veces por semana ()
- d) Todos los días ()

16. ¿Cuántas porciones consume al día?

- a) ½ plato ()
- b) 1 plato ()
- c) 2 platos ()
- d) Más de 2 platos ()

17. ¿Usted realiza actividad física?

Si () No ()

18. ¿Qué tipo de actividad física realiza?

- a) Caminata
- b) Paseos
- c) Trabajo laboral
- d) Ninguna

19. ¿Cuánto tiempo tarda en la realización de actividad física?

- a) 30 minutos
- b) 45 minutos
- c) 60 minutos
- d) Más de 60 min

20. ¿Con qué frecuencia realiza actividad física?

- a) 1-2 veces por semana
- b) 3-5 veces por semana
- c) Todos los días

21. ¿Usted ingiere bebidas alcohólicas?

Si () No ()

24. ¿Usted fuma?

Si () No ()

CÓDIGO:

Fecha: ... /.... /....

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA ENFERMEDADES CRONICAS DEGENERATIVAS

TITULO: Determinantes asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco.

INSTRUCCIONES: Sr(a) sírvase registrar o llenar los espacios en blanco de cada ítem. Escribir con letra y número legible a fin de que la información sea comprensible.

Gracias por su colaboración

I. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

1. Peso.....Kg.
2. Talla.....mts.

II. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL SEGÚN LA OMS:

3. Índice de Masa Corporal
(IMC).....Kg/m²
4. Diagnostico nutricional según IMC:
 - 4.1. Insuficiencia ponderal ()
 - 4.2. Normal ()
 - 4.3. Sobrepeso ()
 - 4.4. Obesidad tipo I ()
 - 4.5. Obesidad tipo II ()
 - 4.6. Obesidad tipo III ()

III.- PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS

- 5.- Si () No ()

Anexo 03

CODIGO:

FECHA:../../..

CONSENTIMIENTO INFORMADO• **Título del proyecto.**

“Determinantes asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco.”

• **Equipo de investigadores**

.....estudiante del IX ciclo de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco.

• **Instrucción / propósito**

Identificar asociación entre los determinantes y las enfermedades crónicas no trasmisibles en personas adultas mayores usuarios de un programa de salud Huánuco 2016

• **Participación**

Participaran los adultos mayores.

Procedimientos

Se le aplicara tres entrevistas uno de características sociodemográfica, seguido de una ficha de recolección de datos de los determinantes y una ficha de análisis documental para el registro del diagnóstico de enfermedades crónicas no trasmisibles. Solo se tomará un tiempo aproximado menor de 30 minutos.

• **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

• **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna del proyecto.

• **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representara ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

• **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

• **Confidencialidad de la información**

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que solo se emplearan códigos para cumplir los objetivos antes descritos.

• **Problemas o preguntas**

Escribir al correoComunicarse al cel.....

• **Consentimiento participación voluntaria**

YoAcepto participar voluntariamente en el estudio. He leído la información, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y comprendo que tengo derecho a retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

• **Nombres y firmas del participante y responsable de la investigación**

Firma de la participante.

DNI:

Firma del responsable de la investigación

DNI:

