



**UNAP**

**Facultad de Enfermería  
Sección de Postgrado**

**ESPECIALIZACIÓN  
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA**

**FACTORES PREDICTORES Y PARTICIPACIÓN DE USUARIOS DE LA  
ESTRATEGIA SANITARIA NO TRANSMISIBLES  
ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL REGIONAL  
DE LORETO – IQUITOS - 2015**

**Presentado por:**

**SAJAMI COLLANTES, Glendy  
BARDALES QUIÑONES, Teresa de Jesús  
ALVÁN TELLO, Jéssica Yeaneth  
CALIXTRO VÁSQUEZ, Lizeth Marina**

**Asesores:**

**ALVARADO CORA Haydee  
ZAPATA VÁSQUEZ Eliseo E.**

**IQUITOS – PERU**

**2015**

**INVESTIGACIÓN OPERATIVA APROBADA EN SUSTENTACIÓN  
PÚBLICA DE FECHA 21 DE AGOSTO DEL 2015.**

**POR EL JURADO CALIFICADOR INTEGRADO POR:**

.....

**Dra. Elena LAZARO RUBIO**

**Presidenta**

.....

**Dra. Juana Evangelista FERNANDEZ SANCHEZ**

**Miembro**

.....

**Dra. Haydee ALVARADO CORA**

**Miembro – Asesora**

**FACTORES PREDICTORES Y PARTICIPACIÓN DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NO TRANSMISIBLES ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO – IQUITOS – 2015.**

**AUTORAS: SAJAMI COLLANTES, Glendy, BARDALES QUIÑONES, Teresa de Jesús, ALVÁN TELLO, Jéssica Yeaneth, CALIXTRO VASQUEZ, Lizeth Marina.**

**RESUMEN**

El presente estudio descriptivo, prospectivo, correlacional, se realizó en la estrategia sanitaria no transmisibles Adulto Mayor en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos, se evaluó a una población de 80 usuarios (adultos mayores), en un periodo de 4 meses, el objetivo principal fue determinar la relación que existe entre los factores predictores y la participación de usuarios de la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor en el Hospital Regional de Loreto, estableciendo como factores predictores: Edad, sexo, grado de instrucción, distancia desde el hogar al hospital, estado civil. Antecedentes patológicos, apoyo socioeconómico y familiar. La edad, el sexo, la distancia desde el hogar al hospital, antecedentes patológicos hipertensión arterial y apoyo socioeconómico y familiar, evidenciaron correlación directa con la participación de los usuarios de la estrategia sanitaria no transmisibles Adulto Mayor ( $p < 0.05$ ).

**PALABRAS CLAVES:** Factores predictores, adulto mayor

**PREDICTIVE FACTORS AND USER PARTICIPATION OF HEALTH STRATEGY NONCOMMUNICABLE ELDERLY IN REGIONAL HOSPITAL LORETO - IQUITOS – 2015.**

**AUTHORS: SAJAMI COLLANTES, Glendy, BARDALES QUIÑONES, Teresa de Jesús, ALVÁN TELLO, Jéscica Yeaneth, CALIXTRO VASQUEZ, Lizeth Marina**

**ABSTRACT**

This descriptive, prospective, correlational study was conducted in non-communicable health strategy Elderly in the Regional Hospital of Loreto, Iquitos, was assessed a population of 80 users (older adults) in a period of 4 months, the main objective was to determine the relationship between predictors and the involvement of users in the non-communicable health strategy more flatter in Loreto Regional Hospital, established as predictors: age, sex, level of education, distance from home to hospital, marital status. Medical history, socioeconomic and family support. The age, sex, distance from home to hospital, marital status, medical history of cardiac disease and socio-economic and family support, evidenced regarding the participation of users of non-communicable health strategy Elderly ( $p < 0.05$ ).

**KEYWORDS:** predictive factors, elderly

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b>	15
<b>RESULTADOS</b>	17
<b>DISCUSIÓN</b>	22
<b>CONCLUSIONES</b>	27
<b>RECOMENDACIONES</b>	28
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	30
<b>ANEXOS</b>	33

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes en el mundo. Así en el año 2010, el 10% de la población mundial fueron personas mayores de sesenta años y este porcentaje llegará al 15% en el año 2025 y al 22% en el 2050. En la Región de América Latina y el Caribe todos los países marchan hacia sociedades más envejecidas, así en el año 2025 superará los 100 millones de personas de sesenta años y que se duplicará en el año 2050, cuando sumen más de 180 millones de personas, las que representaran más del 24% del total de la población. (1)

En el Perú, la población de personas adultas mayores con más de 60 años viene incrementándose paulatinamente. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI (Censo 2007), existen 2'495,866 de personas adultas mayores, que representan el 9.1 % de la población nacional y se proyecta que en el año 2025 será el 13.27%. En relación al total de personas adultas mayores, las mujeres representan el 51.70%, y los varones el 48.30%.(1)

En la Región Loreto, la Esperanza de vida al nacer para el periodo 2005-2010 es para los hombre 65.8 años y para las mujeres de 70.8 años. (2)

Los servicios sociales y dentro de estos los de salud no están preparados para absolver las necesidades y requerimientos de este grupo poblacional, lo que los hace más vulnerables a las consecuencias del proceso de envejecimiento por los cambios biopsicosociales que experimentarán y las carencias de prestaciones de salud de tipo preventivo promocional para evitar o disminuir el riesgo de presentar enfermedades crónico degenerativas, sentimientos de inutilidad, aislamiento social y familiar. (3)

Mella, F. Gonzales, L. D'Appolonio j. Maldonado I. Fuenzalida A. Díaz A. (2004). En una investigación sobre la relación entre los distintos factores asociados a la salud mental y el bienestar subjetivo en el adulto mayor, considera bienestar subjetivo, edad, depresión, salud percibida, apoyo social percibido, género y nivel socioeconómico, los

resultados del análisis arroja correlaciones significativas entre bienestar subjetivo y depresión ( $r = -0.634$ ), apoyo social percibido y bienestar subjetivo ( $r = 0.665$ ) y bienestar subjetivo y salud percibida ( $r = 0.278$ ). También aparecen como significativas las correlaciones entre salud percibida y depresión ( $r = -0.454$ ), depresión y apoyo social percibido ( $r = -0.601$ ) y entre salud percibida y apoyo social percibido ( $r = 0.305$ ). En el análisis de regresión lineal múltiple, el bienestar subjetivo está determinado principalmente por apoyo social percibido, género y por la ausencia de depresión. (4)

Actualmente se considera que una de las principales barreras entre la vejez y un estado de bienestar, lo constituye una evaluación negativa de la ancianidad hecha por algunos miembros de las sociedades occidentales, lo que disminuye la oportunidad de aceptar otros hallazgos importantes de la gerontología moderna, los cuales destacan el incremento de la variabilidad interindividual en relación con el funcionamiento y el ajuste en la vejez y el hecho de que la mayor parte de las personas se ubicarían en el rango normal de esta variabilidad. (4)

Velásquez, D. (2012). En un estudio sobre condiciones socioeconómicas, familiares y de participación comunitaria del adulto mayor en la urbanización de la llanada, sector II de la ciudad de Cumaná año 2012. Encontró que el 8,82 % son adultos mayores con tendencia al aumento, si bien una importante mayoría recibe algún ingreso los mismos son inferiores al salario mínimo, precarios para satisfacer sus necesidades, lo que los ubica en situación de pobreza. Aun cuando la situación general de los adultos es aceptable en tanto salud y apoyo familiar se refiere, se evidencian presencia de enfermedades y carencia de afecto. Los programas gubernamentales para el adulto mayor no son suficientes, situación que se agrava al no ofrecer la comunidad ninguna actividad que los atienda por lo tanto no tienen espacios de participación, lo que amerita de programas y acciones sociales y comunitarios dirigidos a este sector. (5)

Los procesos de envejecimiento y el cúmulo de pérdidas psicosociales que acontecen durante la vejez parecen determinar en algunos ancianos su incapacidad para percibir sus competencias y habilidades y, desde luego, los aspectos positivos del entorno que les

rodea y de la vida en general. En este sentido, existen hallazgos empíricos que demuestran que la autoestima decrece con la edad. Esta autoestima o autosatisfacción puede considerarse, según Schwart (1999), como el eje de la calidad de vida de los ancianos.

Mroczek y Kolarz (1998), señalan la importancia de algunas variables sociodemográficas contextuales y de personalidad en la relación edad-bienestar. En particular, estos autores encuentran que se presentan mejores índices de bienestar en los adultos mayores casados y extrovertidos, en detrimento de los solteros e introvertidos, no encontrándose relaciones lineales en el caso de las mujeres. (4)

Bromley (1999), indica que la edad cronológica no parece explicar sino una pequeña porción de la varianza en el grado de bienestar del sujeto. (4)

En nuestra sociedad existen actitudes negativas frente al proceso de envejecimiento y por ende frente a las personas mayores de 60 años o adultos mayores. En el ámbito familiar estas actitudes van desde la sobreprotección hasta el maltrato en todas sus variantes, que por lo general no es denunciado por las víctimas en tanto significa un enfrentamiento con los agresores que usualmente son sus propios hijos o familiares de los que dependen afectiva y/o económicamente. (6)

El maltrato de ancianos, en todas sus formas es el reflejo de una familia con problemas y de una sociedad que directa o indirectamente no proporciona los medios para hacerle frente. Pero la dimensión social no se agota únicamente en el aporte de soluciones a estos problemas. La sociedad actual es también generadora de violencia.

En el año 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la resolución 46/91 que establece los principios en favor de las personas de edad bajo el lema “dar más vida a los años que se han agregado a la vida”. Entre estos se cuentan el derecho a la independencia garantizado a través del acceso a bienes, servicios, asistencia y formación; participación social, política y civil; cuidados de la familia y comunidad para mantener y/o recuperar el nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como también de las instituciones donde residan, respetando su dignidad, creencias,



necesidades e intimidad; autorrealización a través del uso de recursos educativos, culturales y religiosos; y por último el principio de dignidad que implica seguridad, libertad, exigiendo un trato digno libre de malos tratos físicos y/o mentales.

El maltrato no solo se ejerce a nivel individual y en forma personalizada, sino que va desde la estructura socio política dado por el haber jubilatorio insuficiente, prestaciones médicas deficitarias, barreras arquitectónicas, hasta las características de la vida actual en relación a la tecnificación y computarización aceleradas, que acentúan y cuantifican los hechos violentos.

En los diferentes ámbitos donde se desarrolla la vida cotidiana subyace la idea de cierto grado de inferioridad del grupo etario correspondiente a los ancianos y se los descalifica para varias actividades, responsabilidades, etc.

Se deben tener en cuenta, en principio, las relaciones interpersonales, inmersas en una estructura socio – cultural con sus características particulares. Esto posibilita el análisis de los distintos factores que intervienen en la emergencia del fenómeno de la violencia a los que se suma el concepto social de la vejez y la visión que se tiene de ella.

El término que más se utiliza para denominar esa nueva situación de “discriminación por edad”, identificada en la problemática de los adultos mayores, es el de maltrato, aunque no pocas veces se menciona conjuntamente con el de abuso. Desde esta perspectiva, si pensamos en la condición de invisibilidad a la que son sometidas las personas de edad por ser consideradas improductivas, todas ellas, sin excepción son objeto de maltrato y abuso. Al respecto, Álvarez (1997) plantea que “el maltrato al viejo es toda acción voluntaria, accidental y fortuita que conduzca a una ofensa o descuido físico, psicológico, emocional, social o económico, infringido a persona mayor de 60 años por los hijos, los sobrinos, hermanos, familiares, terceros, la sociedad o por el medio en el cual se desenvuelve. (6)

Cervera E. I. L. Hernández R. R. Pereira J. I. Sardinias M. O. (2012). En un estudio sobre Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. de tipo descriptivo transversal en el sector 7 de la parroquia Cartanal, municipio Independencia del Estado Miranda de la República Bolivariana de Venezuela encontraron un 66,2 % de ancianos con desatención familiar a expensas fundamentalmente de falta de afecto (33,8 %); predominó en este

grupo la edad mayor de 70 años, el sexo femenino (60,8 %) y el estado civil viudo (50,9 %). El mayor número de senescentes desatendidos provenían de familias disfuncionales y de ellos un 51,0 % refirió maltrato físico, en conclusión, la satisfacción respecto a su edad guardó correspondencia con la atención brindada por sus familiares. (7)

Así mismo, uno de los problemas que agrava la situación de los adultos mayores es la relacionada a las patologías subyacentes, así tenemos, la que se presenta con mayor daño estructural en la población (PAM), es la hipertensión arterial (HTA), la cual se asocia a la presencia de otras enfermedades cardiovasculares. Un metaanálisis de ensayos clínicos aleatorios controlados de valoración cardiovascular y cerebrovascular en mayores de 75 años, revela que el tratamiento en este grupo reduce el riesgo de accidentes cerebrovasculares no fatales, la morbilidad y mortalidad cardiovascular y la incidencia de insuficiencia cardíaca, aunque no cambia la mortalidad total. La edad avanzada también se asocia con mayor riesgo de algunas formas de enfermedad pulmonar intersticial y de fibrosis pulmonar idiopática en las personas adultas mayores (PAM)

La prevalencia de diabetes es actualmente de un 10,0% a 20,0% en personas mayores de 70 años de edad, y se espera un aumento considerable en las siguientes décadas. Aun cuando se le atribuye a la obesidad y al sedentarismo, puede deberse al envejecimiento por sí solo, siendo frecuente en las PAM. Varios estudios han hecho hincapié en la diabetes como un factor de riesgo para muchos síndromes geriátricos; sin embargo, ha sido poco estudiado. (8)

Con relación a la demanda de salud, esta investigación reportó que sólo el 13% del total de la población adulta mayor está asegurada, a pesar que este porcentaje ha aumentado en comparación a otros años. Uno de los servicios más usados por los asegurados adultos mayores es el de hospitalización (28,75%) y en menor porcentaje en consulta externa (24,25%) y emergencias (21,6%). Resulta pues, indiscutible, que el proceso de envejecimiento poblacional merece una especial atención. (8)

En ese contexto, Mella, F. Gonzales, L. D'Appolonio, J. Maldonado I. Fuenzalida A. Díaz A. (2004) hacen referencia a Krause, Liang, y Gu (1998), quienes sostienen que en la etapa evolutiva a la que pertenecen los adultos mayores es posible que surjan también dificultades financieras que pueden obligar al anciano a cambiar de hábitos, de domicilio y de ritmo de vida, lo cual acentúa los sentimientos de inseguridad y minusvalía social. Así mismo refieren que existe diferencias importantes de género en la variable bienestar subjetivo, donde las mujeres presentan un mejor nivel de bienestar subjetivo que los varones. (4)

Chávez, M. M. (2012), en una investigación descriptiva, sobre Demanda de atención del Adulto Mayor por problemas de Salud, 2006 – 2010. en la que se aplicó la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), evaluó la variable Percepción sobre indicadores de calidad de atención en los servicios de salud entre los adultos mayores, a través de cuatro indicadores: distancia del establecimiento de salud, demora en la atención, disponibilidad de los medicamentos recetados y trato del personal de salud, y como caracterización de la muestra las variables: Características sociodemográficas, problemas de salud, demanda de servicios de salud por problemas de salud. Los resultados indican que existe predominio del sexo femenino, no unida, con educación primaria, que vive en la sierra y en las zonas rurales, la población adulta mayor demanda atención por problemas de salud, identificando al MINSA como el principal prestador de salud y dentro de éstos, a los establecimientos del primer nivel de atención; esto último, explicado por un mayor empoderamiento del Sistema Integral de Salud (SIS). Esta demanda es diferenciada, siendo mayor en las regiones de la Sierra y Selva respecto a Lima Metropolitana y resto de costa. Este incremento también es mayor en zonas rurales respecto a las zonas urbanas, no es menos significativo, encontrar un importante porcentaje de esta población que teniendo problemas de salud, no demanda atención, por razones estrictamente económicas, por lo que presumiblemente, apelan a la automedicación y el uso de medicina casera, el incremento del aseguramiento en la población adulta mayor no se relaciona, con una mayor demanda de atención ni atenciones por hospitalización o intervenciones quirúrgicas.

En general, la percepción que tienen los adultos mayores acerca de la calidad del servicio por problemas de salud, es favorable. El trato recibido por el personal de salud, influye en la percepción del adulto mayor, lo cual se constituiría en una fortaleza de los establecimientos de salud y que también explicaría de alguna forma, la mayor demanda de atención de salud. (8)

Participar es vital en cualquier etapa de la vida, y lo es especialmente en la adultez mayor, cuando se viven muchos cambios y se tiende a la disminución de las actividades sociales, aunque la vida se ha alargado mucho en las últimas décadas, y ha aumentado el potencial de la mayoría de las personas de edad para vivirla a plenitud.

La vinculación con otros, la pertenencia, la actividad grupal, muestran el estado de nuestra “salud social”. Una buena salud social impacta positivamente la salud física y psicológica de los mayores. El aislamiento y la inactividad, por el contrario, producen una deficiente salud social que afecta la salud física y psicológica. El peor enemigo de una persona mayor es la soledad y el aislamiento. (9)

Casteblanque V. Cuñat A. (2002), en un estudio sobre personas mayores de 65 años del Área sanitaria de Guadalajara, fragilidad y ancianos de riesgo. Encontraron que la mayoría de los ancianos tiene un nivel cultural bajo y socioeconómico medio, viven solos con su cónyuge de un modo autónomo y perciben su estado de salud como bueno, a pesar del alta prevalencia de procesos crónicos. Mínima prevalencia de hábitos tóxicos. Hábitos alimentarios e higiénicos manifiestamente mejorables. Prevalencia excesiva de factores que pueden potenciar el riesgo de accidentes y caídas. Las mujeres alcanzan mejores puntuaciones en la escala de actividades. Se manifiestan como variables predictoras de fragilidad: edad superior a 75 años; estado civil no-casado; vivir solo; puntuación en el test de Barber superior a 0; percepción del propio estado de salud como regular, malo o muy malo; consumo diario de líquidos en cantidad inadecuada; efectuar una dieta no saludable; presencia de tres o más barreras arquitectónicas en el hogar; paseo diario inferior a 30 minutos; falta de práctica religiosa; puntuación en el test Adelaida inferior a 2; percepción de la propia actividad diaria como moderada o nula. (10)

La accesibilidad como los medios disponibles vinculados al Adulto Mayor, que incluyen las oportunidades de participación, programas, instancias de difusión, recursos en la comunidad y recursos económicos personales, que le otorgan la posibilidad de participaren Actividades Físico-Recreativas, son factores que influye en la participación de los Adultos Mayores en Actividades Físico-Recreativas, tornándose como un facilitador distinto según el género y rol de cada Adulto Mayor. Para los de género masculino los recursos económicos personales se constituyen en el principal medio para acceder a estas actividades, mientras que para la participante de género femenino los recursos comunitarios para la participación favorecen su involucramiento de manera gratuita. Por otra parte, los programas, la difusión y las oportunidades de participación, en suma, se constituyen en un factor que favorece la participación.

Así mismo, emergen variados cuestionamientos que resultaría interesante abordar en estudios posteriores, indagando género, nivel socioeconómico, entre otros, ya que permitirían una mayor profundización del área, y favorecerían medidas tendientes a mejorar la calidad de vida de un grupo poblacional que, como se ha mencionado, se encuentra en aumento, con un alto nivel de sedentarismo y bajos niveles de participación en este tipo de actividades, y por tanto, cada vez más necesario de estudiar. (11)

Rioseco, H. R. Quezada V. M. Ducci V. M. E. (2008), En un estudio sobre cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. Descriptivo, cuyo objetivo fue identificar, compartir y analizar las redes sociales de dos grupos de adultos mayores pobres, beneficiarios de dos tipos de viviendas sociales, en términos de tipos de nodos, frecuencia y motivo del vínculo antes y después del traslado a sus nuevos domicilios. Concluyeron. que en programas semejantes al estudiado se tome en cuenta la importancia que reviste la conservación y el fortalecimiento de las redes sociales creadas antes del traslado, y que se fomente la generación de vínculos en el nuevo sitio de residencia. (12)

Guzmán, J. M. Huenchuan, S. (2003) respecto a redes de apoyo social de personas mayores sostiene que el énfasis reciente hacia los apoyos sociales en las personas mayores se debe a que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la

salud (física o mental), pero también porque es una etapa de la vida en la cual con mayor probabilidad se experimenta el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, los amigos y compañeros.

En los países en desarrollo donde el proceso de envejecimiento ha sido más rápido y reciente, las históricas condiciones socioeconómicas no han permitido instaurar medidas suficientes para cubrir las necesidades de esa población. En muchos países la escasez en los servicios de salud, el poco acceso a los planes de pensión, la exclusión del mercado laboral formal advierten la existencia de un segmento de la población envejecida que no tiene acceso a mecanismos institucionales para satisfacer sus necesidades y que “aparentemente” depende de su familia en la sobrevivencia cotidiana pero también de otras expresiones de las redes sociales de apoyo para mantener vínculos afectivos, conservar información estratégica en la cotidianidad, y en conjunto preservar cierta calidad de vida. (13)

Motivados por este problema de salud pública que afecta en gran medida a los adultos mayores decidimos realizar la presente investigación titulado “**Factores predictores y participación de usuarios de la Estrategia Sanitaria No Transmisibles, Adulto Mayor en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos - 2015**”. Los objetivos del presente estudio son los siguientes:

Objetivo General: Determinar la relación que existe entre los factores predictores y la participación de usuarios de la estrategia sanitaria no transmisible adulto mayor en el Hospital Regional de Loreto, y objetivos específicos: a) Identificar los factores predictores que facilitan u obstaculizan la participación de los usuarios de la Estrategia sanitaria no transmisibles Adulto Mayor en el Hospital Regional de Loreto. b) Evaluar la participación de los usuarios de la Estrategia sanitaria no transmisible Adulto Mayor en el Hospital Regional de Loreto. c) Establecer relación entre los factores predictores y la participación de usuarios de la Estrategia sanitaria no transmisible Adulto Mayor en el Hospital Regional de Loreto.

Los resultados de la presente investigación, permitirán fortalecer las metodologías y/o estrategias de intervención al adulto mayor desde una perspectiva holística, a través de la identificación oportuna de los factores que predicen su nivel de participación de usuarios de la Estrategia Sanitaria No Transmisibles Adulto Mayor, integrando en este proceso la participación activa de la familia y comunidad en su conjunto.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio, descriptivo prospectivo de tipo correlacional. La población estuvo constituida por todos los usuarios de la estrategia sanitaria no trasmisibles Adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, se trabajó con el 100% de sujetos, conformada por 80 usuarios Adultos Mayores, de Marzo a Junio del 2015. El criterio de inclusión fue: Ser usuario de la estrategia sanitaria no transmisibles Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto.

La variable independiente fueron los factores predictores: Edad, sexo, grado de instrucción, distancia desde el hogar al hospital, estado civil, antecedentes patológicos, apoyo socioeconómico y familiar, sus índices fueron: Edad: de 60 a 70 años de edad, de 71 a 80 años de edad y de 81 a más años de edad, sexo: masculino y femenino, grado de instrucción: ninguno, primaria, secundaria y superior, estado civil: soltero, casado, viudo, divorciado y separado, distancia desde el hogar al hospital: menos de 10 minutos, de 11 a 30 minutos, de 31 a 60 minutos y más de 61 minutos, antecedentes patológicos: presencia o ausencia de hipertensión arterial, osteoartritis, dislipidemias, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebro vascular, cáncer de cérvix, mama o próstata, Apoyo socioeconómico y familiar: bueno, riesgo social y problema social. En cuanto a la variable dependiente Participación de los usuarios de la Estrategia Sanitaria No Transmisibles Adulto Mayor, su índice fue alta participación y baja participación.

Para la recolección de datos se empleó la siguiente técnica: Encuesta, que permitió obtener información necesaria sobre los factores predictores y participación de los usuarios de la Estrategia Sanitaria No Transmisibles Adulto Mayor, en el Hospital Regional de Loreto y revisión documentaria, que permitió obtener información de la

historia clínica para conocer la dirección y antecedentes patológicos de los adultos mayores.

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y entrevista, el instrumento fue un cuestionario, constituido por preguntas que se les hizo a los adultos mayores, la misma fue sometida a juicio de expertos, para lo cual se contó con el apoyo de profesionales expertos en el área, obteniéndose una validez de 92% y confiabilidad a través de alfa de Crombach de 94%.

Respecto al procedimiento de recolección de datos, se solicitó el permiso y autorización de la dirección del Hospital Regional de Loreto. La recolección de datos consistió en identificar y revisar las historias clínicas de todos los usuarios de la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor y la aplicación del cuestionario y visitas domiciliarias, para evaluar el apoyo socioeconómico y familiar que los adultos mayores reciben.

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 18, en el análisis se empleó la estadística descriptiva e inferencial, prueba de correlación multivariada y regresión logística dicotómica (Logit Dicotómico).



## Resultados

**Tabla N° 01**

**Factores Predictores en los Usuarios de la Estrategia Sanitaria no Transmisibles  
Adulto Mayor en el Hospital Regional de Loreto  
Iquitos 2015**

<b>Factores predictores</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Grupos de edad</b>	De 60 a 70 años	29	36,2
	De 71 a 80 años	38	47,5
	De 81 a más años	13	16,3
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	5	6,3
	Femenino	75	93,8
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Grado de Instrucción</b>	Ninguno	10	12,5
	Primaria	47	58,8
	Secundaria	20	25,0
	Superior	3	3,8
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Distancia</b>	Menos de 10 minutos	37	46,3
	De 11 a 30 minutos	23	28,7
	De 31 a 60 minutos	13	16,3
	Más de 61 minutos	7	8,7
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado Civil</b>	Soltero	6	7,5
	Casado	22	27,5
	Viudo	33	41,2
	Divorciado	3	3,8
	Separado	16	20,0
<b>Total</b>		<b>80</b>	<b>100,0</b>

<b>Antecedente patológico</b>	Hipertensión Arterial	48	60,0
	Osteoartritis	35	43,8
	Dislipidemia (colesterol alto)	24	30,0
	Diabetes	16	20,0
	Enfermedad Cardiovascular (infarto, arritmias, ICC)	10	12,5
	ECV (Enfermedad Cerebro Vascular)	1	1,3
	Cáncer de Cérvix, mama o próstata	1	1,3
<b>Apoyo Socioeconómico y Familiar</b>	Bueno	12	15,0
	Riesgo Social	57	71,3
	Problema Social	11	13,7
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

La tabla 01, muestra los factores predictores de la participación de la estrategia sanitaria no transmisibles del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, en los 80 (100.0%) usuarios de la estrategia de acuerdo a lo siguiente:

En cuanto a la edad se observa que, 47,5% (38 adultos mayores) tiene edad de 71 a 80 años, 36,2% (29 adultos mayores) de 60 a 70 años y 16,3% (13 adultos mayores) de 81 a más años respectivamente, la edad promedio fue de 75,89 años y la desviación típica de  $\pm 7.15$  años.

Sobre el sexo, el que prevaleció fue el femenino con el 93,8% (75 adultos mayores), quedando en segundo lugar los del sexo masculino con 6,3% (5 adultos mayores).

En cuanto al grado de instrucción, predominan los adultos con instrucción primaria con

58,8% (47 adultos mayores), luego se encuentran los adultos sin instrucción primaria en 25% (20 adultos mayores), le siguen los adultos sin ninguna instrucción con 12,5% (10 adultos mayores) y finalmente los adultos con instrucción superior con 3,8% (3 adultos mayores).

Con respecto a la distancia desde el hogar al hospital, se observa que en mayor porcentaje se encuentra la distancia menos de 10 minutos con 46,3% (37 adultos mayores), luego se encuentran las distancias de 15 a 30 minutos con 28,7% (23 adultos mayores), la distancia de 30 a 60 minutos con 16,3% (7 adultos mayores) y finalmente la distancia de más de 60 minutos con 8,7% (7 adultos mayores).

Sobre el estado civil se aprecia que la mayor frecuencia fue para el estado civil viudo con 41,2% (33 adultos mayores), le siguen los casados con 27,5% (22 adultos mayores), los separados con 20,0% (16 adultos mayores), los solteros con 7,5% (6 adultos mayores) y los divorciados con 3,8% (3 adultos mayores) respectivamente.

En cuanto los antecedentes patológicos se observa, que predomina el antecedente de hipertensión arterial en 60,0% (48 adultos mayores), luego se encuentran los antecedentes de osteoartritis con 43,8% (35 adultos mayores), la dislipidemia (colesterol alto) con 30,0% (24 adultos mayores), diabetes con 20,0% (16 adultos mayores), enfermedad cardiovascular (infarto, arritmias, ICC) con 12,5% (10 adultos mayores) y los adultos mayores con ECV (Enfermedad Cerebro Vascular) y Cáncer de Cérnix, mama o próstata con solo el 1,3% (1 adulto) respectivamente.

Del apoyo socioeconómico y familiar, se observa que en mayor frecuencia se encuentra los adultos con Riesgo social con 71,3% (57 adultos mayores), luego están los adultos con apoyo socioeconómico y familiar bueno con 15,0% (12 adultos mayores) y los adultos mayores con problema social con 13,7% (11 adultos mayores) respectivamente.

**Tabla N° 02**  
**Participación de los Usuarios de la Estrategia Sanitaria no**  
**Transmisibles Adulto Mayor en el Hospital Regional de**  
**Loreto–Iquitos 2015**

<b>Participación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Alta Participación	44	55,0
Baja Participación	36	45,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Al analizar la variable dependiente participación del adulto mayor en la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor en el Hospital Regional de Loreto, se aprecia que de los 80 (100.0%), el 55,0% (44 adultos mayores) tienen alta participación y el 45,0% (36 adultos mayores) baja participación.

**Tabla N° 03**

**Matriz de correlación Multivariada de factores personales y participación de usuarios de la estrategia sanitaria del adulto mayor del hospital Regional de Loreto, Iquitos 2015**

	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1 Edad</b>	.							
<b>2 Sexo</b>	,368	.						
<b>3 Distancia desde el hogar al hospital</b>	,144	,392	.					
<b>4 Instrucción</b>	,013	0,345	0,331	.				
<b>5 Estado Civil</b>	,022	0,333	,300	0,380.	.			
<b>6 Hipertensión arterial</b>	,426	,798	,221	,839	,839	.		
<b>7 ECV</b>	,005	,389	,793	,169	,167	178.	.	
<b>8 Apoyo Socioecon y Familiar</b>	,008	,372	,189	,264	,264	,244	,978	.
<b>9 Participación</b>	,000*	,037*	,004*	,447°	,777°	,017*	,272*	,022*

De la matriz de correlaciones multivariada de los factores predictores, se aprecia que la edad, sexo, distancia desde el hogar al hospital, hipertensión arterial y apoyo socio económico y familiar presentaron correlación directa con la participación de los usuarios de la estrategia adulto mayor del hospital Regional de Loreto.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio muestran los factores predictores que influyen en la participación de los usuarios de la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor en el Hospital Regional de Loreto.

En cuanto a factores predictores, existe predominio de adultos mayores con edades de 71 a 80 años 47.5%, el 93.8% del sexo femenino, el 58.8% tenían grado de instrucción primaria, el 46.3% le tomaba menos de 10 minutos para llegar al hospital, el 41.2% era viuda, el 60% tenía antecedentes de hipertensión arterial y el 43.8% tenía osteoartritis, en cuanto al apoyo socioeconómico y familiar el 71.0% de adultos mayores se encontraban con apoyo socioeconómico y familiar en riesgo social.

En cuanto a la participación de los usuarios de la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor el 55% tuvo alta participación y el 45% baja participación.

Al evaluar la correlación entre las variables en estudio, encontramos lo siguiente:

En cuanto al factor predictivo edad y participación de los usuarios de la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor, se tiene  $r = 0.000$ . Este hallazgo coincide con lo encontrado por Casteblaque V. y Cuñat A. (2002), en un estudio sobre personas mayores de 65 años del Área sanitaria de Guadalajara, fragilidad y ancianos de riesgo, en la que la edad superior a 75 años se manifiesta como variable predictora de fragilidad.

(10)

Esto nos indica que la edad tiene una correlación directa con la participación de los adultos mayores por lo que se deben implementar mecanismos de vigilancia y seguimiento integral a los adultos mayores con más edad.

En cuanto al sexo y participación de usuarios de la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor en el hospital Regional de Loreto, se tiene  $r = 0.037$ . Este hallazgo

coincide con lo reportado por Mella, F. Gonzales, L. D'Appolonio, j. Maldonado I. Fuenzalida A. Díaz A. (2004) hace referencia a Krause, Liang, y Gu (1998), en la que sostienen que existen diferencias importantes de género en la variable bienestar subjetivo, donde las mujeres presentan un mejor nivel de bienestar subjetivo que los varones.(4)

Este hallazgo puede deberse a que el mayor número de adultos mayores que formaron parte del presente estudio fueron de sexo femenino 93.8%, sin embargo considerando los referentes teóricos y de investigación se coincide en que en general las mujeres presentan mejor nivel de bienestar subjetivo y esta condición les motiva a tener mejores niveles de participación en actividades de salud.

En cuanto al grado de instrucción, se tiene  $r = 0.447$ , indicando que no existe correlación directa con la participación de usuarios de la estrategia sanitaria adulto mayor, este hallazgo coincide con lo encontrado por Casteblanque V. Cuñat A. (2002), en un estudio sobre personas mayores de 65 años del Área sanitaria de Guadalajara, fragilidad y ancianos de riesgo, en la que el grado de instrucción no es un factor predictor de fragilidad. (10)

Con lo encontrado se destaca que el grado de instrucción no es un factor predictor para la participación de los adultos mayores en actividades de salud, por lo que debería evaluar otras variables que se correlacionen directamente con la participación.

En cuanto a la distancia desde el hogar hasta el hospital, se tiene  $r = 0.004$ , indicando que existe correlación directa con la participación de los usuarios de la estrategia sanitaria adulto mayor del Hospital Regional de Loreto. Este hallazgo coincide con lo encontrado por, Alegría V. P., Castillo N. N., Del Solar D. P., Varas R. j., Gómez L. S., Gutiérrez M. P. (2013) En un estudio sobre factores que inciden en la participación social de adultos mayores en actividades Físico-Recreativas, reportando que la

accesibilidad es un factor que influye en la participación de los Adultos Mayores en Actividades Físico-Recreativas, tornándose como un facilitador distinto según el género y rol de cada Adulto Mayor. Para los de género masculino los recursos económicos personales se constituyen en el principal medio para acceder a estas actividades, mientras que para la participante de género femenino los recursos comunitarios para la participación favorecen su involucramiento de manera gratuita. Por otra parte, los programas, la difusión y las oportunidades de participación, en suma, se constituyen en un factor que favorece la participación. (11)

Los resultados de estas variables se deben precisamente a que los participantes del estudio vivían cerca al establecimiento de salud 74.8%, facilitando la participación de los adultos mayores en actividades de salud programadas.

En cuanto al estado civil, se tiene  $r = 0.777$ , indicando que no existe correlación directa con la participación de los usuarios de la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor, este hallazgo no coincide con lo reportado por Mella, F. Gonzales, L. D'Appolonio j. Maldonado I. Fuenzalida A. Díaz A. (2004) En un estudio sobre factores asociados al bienestar subjetivo en el Adulto Mayor. Universidad San Sebastián, Chile, hacen referencia a Mroczek y Kolarz (1998), quienes encontraron que se presentan mejores índices de bienestar en los adultos mayores casados y extrovertidos, en detrimento de los solteros e introvertidos. (4)

Con lo encontrado se destaca que el estado civil no es un factor predictor para la participación de los adultos mayores en actividades de salud, por lo que debería evaluar otras variables que se correlacionen directamente con la participación.

En cuanto al antecedente patológico, hipertensión arterial, se tiene  $r = 0.017$ , indicando que existe correlación directa con la participación de los usuarios de la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor, este hallazgo coincide con lo encontrado por Chávez M. M. (2010) En un estudio sobre demanda de atención del adulto mayor por



problemas de salud, que uno de los problemas, que se presenta con mayor daño estructural en las adultos mayores es la hipertensión arterial (HTA), la cual se asocia a la presencia de otras enfermedades cardiovasculares. (8)

De ello se destaca que los problemas cardiovasculares muy frecuente en los adultos mayores influyen en la participación en actividades de salud, debiendo gestionar y/o coordinar evaluaciones médicas periódicas, así como el seguimiento a través de visitas domiciliarias.

En cuanto al apoyo socioeconómico y familiar se tiene  $r = 0.022$ , indicando que existe correlación directa con la participación los usuarios de la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor, este hallazgo coincide con lo referido por Lamas, Rojas H. Lamas Lara F. j. (2010) en el texto, el maltrato al Adulto Mayor, en nuestra sociedad existen actitudes negativas frente al proceso de envejecimiento y por ende frente a las personas mayores de 60 años o adultos mayores. En el ámbito familiar estas actitudes van desde la sobreprotección hasta el maltrato en todas sus variantes, que por lo general no es denunciado por las víctimas en tanto significa un enfrentamiento con los agresores que usualmente son sus propios hijos o familiares de los que dependen afectiva y/o económicamente. (6)

Así mismo, Mella, F. Gonzales, L. D'Appolonio, j. Maldonado I. Fuenzalida A. Díaz A. (2004) hace referencia a Krause, Liang, y Gu (1998), sostienen que en la etapa evolutiva a la que pertenecen los adultos mayores es posible que surjan dificultades financieras que pueden obligar al anciano a cambiar de hábitos, de domicilio y de ritmo de vida, lo cual acentúa los sentimientos de inseguridad y minusvalía social. (4)

Con lo encontrado podemos identificar que el apoyo socioeconómico y familiar actúa como un factor predictor, que actúa limitando la participación de los adultos mayores en actividades de salud que mejoren su estilo de vida y sobre todo que ayuden a fortalecer

su autoestima, ello implica también que las políticas de salud deben reorientarse hacia el grupo de adultos mayores incidiendo en estilos de vida saludable.

## CONCLUSIONES

Los factores predictores considerados en el presente estudio presentan los siguientes hallazgos:

- Existió predominio de adultos mayores con edades de 71 a 80 años (47.5%),
- El 93.8% fueron del sexo femenino,
- El 58.8% tuvieron grado de instrucción primaria,
- El 46.3% le tomaba menos de 10 minutos para llegar al hospital,
- El 41.2% tuvieron estado civil viuda (o)
- El 60% tuvo antecedentes de hipertensión arterial y el 43.8% tenía osteoartritis.
- En cuanto al apoyo socioeconómico y familiar el 71% de adultos mayores se encontraban con apoyo socioeconómico y familiar en riesgo social.
- En cuanto a la participación de los usuarios de la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor el 55% tuvo alta participación y el 45% baja participación.
- Los factores predictores directos de la participación de los usuarios de la estrategia sanitaria adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, fueron: edad ( $r = 0.000$ ), sexo ( $r = 0.037$ ), distancia desde el hogar hasta el hospital ( $r = 0.004$ ), antecedente patológico, hipertensión arterial, se tiene ( $r = 0.017$ ), apoyo socioeconómico y familiar ( $r = 0.022$ ).

## RECOMENDACIONES

1. A los directivos de la Dirección Regional de Salud de Loreto, proponer políticas Regionales orientadas a atender las necesidades de los adultos mayores con un enfoque intercultural e integral.
2. Al Hospital Regional de Loreto, fortalecer la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor, con infraestructura, equipamiento y recurso humano altamente capacitado en el cuidado preventivo y recuperativo de los adultos mayores.
3. Así mismo incentivar en los trabajadores del hospital la atención preferencial, buen trato y respeto a los adultos mayores.
4. A la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, para que implemente procesos de vigilancia y seguimiento de los adultos mayores que permitan identificar factores que puedan estar afectando negativamente el desempeño físico, psicológico y social de los adultos mayores, para que a través de coordinaciones y/o gestiones se elaboren acciones y/o proyectos de mejora continua de la calidad en la atención a este grupo de seres humanos valiosos.
5. Así mismo, integrar en este proceso a la familia y redes de apoyo social y comunitario, para incentivar y motivar la participación activa de los adultos mayores en actividades de salud que permitan una vida sana.
6. Promover en los adultos mayores estilos de vida saludables como: alimentación sana, cuidado de la salud física, psicológica y social, actividades físicas

recreativas, actividades económicas laborales, integrando en este proceso a la familia y redes de apoyo social.

7. Gestionar espacios de participación de los adultos mayores, en actividades representativas del hospital, formando parte activa en los diferentes comités hospitalarios, en actividades de voluntarias en salud, entre otras.
8. Establecer mecanismos de acercamiento a las familias de los adultos mayores y permitir su involucramiento en los planes y actividades de su familiar adulto mayor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CARITAS DEL PERÚ. Normatividad Nacional sobre los derechos de las personas Adultas Mayores. PRAM – Perú. 2012.  
[http://www.caritas.org.pe/documentos/adulto\\_mayor.pdf](http://www.caritas.org.pe/documentos/adulto_mayor.pdf)
2. DIRESA - LORETO. Plan estratégico de la Dirección Regional de Salud Loreto 2007 – 2012. PEM. RER N° 279 2008 –GRL-P.
3. Rojas, C. A. Prácticas de Autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas del Asentamiento Humano Cerro El Sauce Alto, del Distrito de San Juan de Lurigancho 2001.Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Perú 2003. Pg. 8  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/rojas\\_ca/t\\_completo.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/rojas_ca/t_completo.pdf)
4. Mella, F. Gonzales, L. D'Appolonio J. Maldonado I. Fuenzalida A. Díaz A. Factores asociados al bienestar subjetivo en el Adulto Mayor. Universidad San Sebastian Chile. Artículo Vol. 13 N° 1. 2004. Pp. 79 - 89  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000100007&script=sci_arttext)
5. Velásquez, D. Condiciones socioeconómicas, familiares y de participación comunitaria del adulto mayor en la urbanización de la llanada, sector ii de la ciudad de Cumaná año 2012. UNIVERSIDAD DE ORIENTE NÚCLEO DE SUCRE ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL. 2012.

6. Lamas, Rojas H. Lamas Lara F. j. El maltrato al Adulto Mayor.  
<http://psicologiajuridica.org/archives/2831>
  7. Cervera E. I. L. Hernández R. R. Pereira J. I. Sardinas M. O. Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. Revista Archivo Médico de Camagüey.2008.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552008000600006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552008000600006&script=sci_arttext)
  8. Chávez M. M. Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud 2006-2010. INEI Lima 11 PERÚ noviembre de 2012  
[http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1041/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1041/libro.pdf)
  9. Participación Activa <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>
  10. Casteblanque V. Cuñat A. ¿Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara (I) Medicina General Premio SEMG/SANED 2002  
[http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista\\_45/pdf/443-459.pdf](http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_45/pdf/443-459.pdf)
  11. Alegría V. P., Castillo N. N., Del Solar D. P., Varas R. j., Gómez L. S., Gutiérrez M. P. Factores que inciden en la participación social de adultos mayores en actividades Físico-Recreativas. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Vol. 13, No. 1, 2013, Pág. 59 - 69
- Quintanar A. G. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del Municipio de Tetepango, Hidalgo a través del instrumento WHOQOL-BREF. México. 2010.  
[http://www.uaeh.edu.mx/nuestro\\_alumnado/esc\\_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf)

12. Rioseco, H. R. Quezada V. M. Ducci V. M. E. Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. Rev. Panam Salud Pública 23(3), 2008.
  
13. Guzmán, J. M. Huenchuan, S. Redes de Apoyo Social de Personas Mayores: Marco teórico conceptual. CELADE-DIVISIÓN de población de la cepal verónica montes de oca. Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.



# **ANEXOS**

**ANEXO 01**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NO TRANSMISIBLES ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO**

(Encuesta Nro.....)

Buenos días señor(a):

Mi nombre es Lizeth Calixtro, de profesión Enfermera, egresado de la Especialidad Gerontología y Geriatria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, y me encuentro realizando un estudio titulado “Factores predictores y participación de usuarios de la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2015”, para determinar la relación entre los factores predictores y la participación de usuarios de la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor, con la finalidad de mejorar nuestros procesos de atención en salud en el Hospital Regional de Loreto.

Siendo Usted una persona adulta, usuaria de la Estrategia Sanitaria no transmisibles Adulto Mayor del HRL, le invito a participar voluntariamente en este estudio, para lo cual le explicaré en qué consistiría su participación.

Se requerirá que usted conteste a las preguntas que se le realizará respecto a datos personales, antecedentes de enfermedad, el apoyo social y familiar, también le haremos una visita domiciliaria para verificar sus respuestas, La información obtenida se mantendrá en total confidencialidad, y no se registrará el nombre del entrevistado en el cuestionario. Todos los datos sobre edad, sexo, vivienda, estado civil, se usarán solamente para los fines de este estudio y en el informe del estudio en ningún caso se

mencionará su nombre. Su participación en este estudio no significa ningún riesgo ni incomodidad para Usted y no le demandará ningún tipo de gasto, ni habrá recompensa alguna, pero los resultados del estudio serán de utilidad para la DIRESA y Hospital Regional de Loreto. Si usted tiene alguna pregunta ahora o durante la encuesta yo puedo explicarle en mayor detalle cualquier duda sobre el estudio.

Si Usted acepta participar en este estudio, sírvase indicarlo firmando:

Yo (nombre)....., DNI:....., acepto voluntariamente participar en esta investigación:

Firma:.....

Investigador:

DNI:

Firma:.....

**ANEXO 02**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**N° FICHA:.....**

¿Cuál es su Dirección?:.....  
 ¿Cuánto tiempo demora en llegar al establecimiento de salud?:.....  
 ¿Cuántas veces al mes participas (asistes) a las actividades programadas por la Estrategia Sanitaria Adulto Mayor?:.....

**I. CARACTERÍSTICAS PERSONALES:**

1. **EDAD:**   
 2. **SEXO:**        MASCULINO :   
                          FEMENINO :

<b>3. GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	
Ninguno	
Primaria	
Secundaria	
Superior	
<b>4. ESTADO CIVIL</b>	
Soltero (a)	
Unión Estable	
Viudo (a)	
Divorciado (a)	
Separado (a)	
<b>5. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b>	
Hipertensión Arterial	
Diabetes	
Dislipidemias ( colesterol alto)	
Osteoartritis	
ECV (Enfermedad cerebro vascular)	
Enfermedad cardiovascular (infarto, arritmias, ICC)	
Cáncer de Cérvix, mama y próstata	

## II. APOYO SOCIOECONÓMICO Y FAMILIAR

<b>Pts.</b>	<b>SITUACIÓN FAMILIAR</b>	<b>Pts.</b>	<b>SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA</b>
1	Vive con la familia sin conflicto familiar.	1	Dos veces el salario mínimo vital (al mes)
2	Vive con la familia, presenta algún grado de dependencia física y psíquica	2	Menos de dos pero más de 1 salario mínimo vital (al mes)
3	Vive con cónyuge de similar edad	3	Un salario mínimo vital (al mes)
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital al mes)
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos en el interior de país o en extranjero.	5	Sin pensión, sin otros ingresos
<b>Pts.</b>	<b>VIVIENDA</b>	<b>Pts.</b>	<b>RELACIONES SOCIALES</b>
1	Adecuada a las necesidades	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda 8pisos irregulares, gradas, puerta estrechas)	2	Relación social solo con la familia y vecinos
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, Equipamiento inadecuado (baño incompleto)	3	Relación social solo con la familia
4	Vivienda semi construida o de material rústico	4	No sale del domicilio pero recibe visita de familia
5	Asentamiento humano, invasión o sin vivienda.	5	No sale del domicilio y no recibe visitas.
<b>Pts.</b>	<b>APOYO DE LA RED SOCIAL</b>		
1	No necesita apoyo		
2	Requiere apoyo familiar o vecinal		
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social		
4	No cuenta con seguro social		
5	Situación de abandono familiar		

<b>VALORACIÓN SOCIOECONÓMICO Y FAMILIAR</b>		<b>CALIFICACIÓN</b>
	Buena/ aceptable situación socioeconómica y familiar	5 a 9 Puntos
	Existe riesgo social	10 a 14 Puntos
	Existe problema social	Mayor o igual a 15