



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS CON
TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO
NUEVO CHIMBOTE, 2015

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

AUTORA

Haydee Lino Hilario

ASESORA

Dra. María Adriana Vílchez Reyes

CHIMBOTE – PERÚ

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. JULIA CANTALICIA AVELINO QUIROZ

PRESIDENTA

Mgtr. LEDA MARÍA GUILLÉN SALAZAR

SECRETARÍA

Dra. SONIA AVELINA GIRÓN LUCIANO

MIEMBRO

DEDICATORIA

A mi padre Nemesio Lino, que desde el cielo está siempre a mi lado como un ángel protegiéndome y guiando mis pasos, también a mis hermanas que siempre están conmigo dándome fuerzas y alentándome a seguir adelante y recordándome lo importante que es lograr mis metas y de ser un profesional competitivo y de calidad.

A mi hermano Jaime Lino Hilario que siempre ha estado junto a mí muchas veces poniéndose en el papel de padre, por la comprensión que me brinda día con día para alcanzar nuevas metas, tanto profesionales como personales es un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

A mi adorada hija Ana Lucia, que con su dulzura y amor llena mi vida de felicidad y a quien siempre cuidaré para verla convertida en una mujer de bien y que pueda valerse por sí misma.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por su misericordia y bondad, por estar junto a mí en cada paso, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestras mentes y por haber puesto en el camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante mis estudios.

Agradezco sobre todo y de manera muy especial a un ser maravilloso que siempre confió y creyó en mí, y que está conmigo en todo momento, brindándome su amor incondicional, por darme la vida y esa persona es mi querida madre Asteria Hilario

A mi querida hermana Yobana Lino:

El apoyo que me has brindado ha sido sumamente importante, estuviste a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más difíciles, sin embargo siempre fuiste muy motivadora gracias por la confianza que has depositado en mí.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de naturaleza cuantitativo, descriptiva, con diseño de una sola casilla. Obteniendo como objetivo general, describir los determinantes de la salud en adultos con Tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo - Nuevo Chimbote, 2015. El universo muestral estuvo constituida por 32 Adultos, a quienes se aplicó un instrumento: cuestionario sobre los determinantes de la salud, utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en el software PASW Statistics versión 18.0. Para el análisis de los datos se construyó tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales, así como sus respectivos gráficos estadísticos. Concluyendo que en los determinantes de la salud socioeconómicos más de la mitad son adultos maduros, la mayoría tienen ingreso económico menor de s/750.00 nuevos soles, grado de instrucción superior no universitaria, un poco más de la mitad son de sexo femenino, más de la mitad tienen trabajo eventual, la mayoría tiene casa propia, gran número entierra, quema y arroja al carro recolector, material de piso loseta, vinílicos o sin vinílico, más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, baño propio, usan gas, conexión domiciliaria de agua, tienen energía eléctrica. En los determinantes de los estilos de vida casi la totalidad duerme de 06/08 horas, consumen a diario fideos, se bañan cuatro veces a la semana, no fuman ni lo han hecho de manera habitual, más de la mitad no realiza actividad física. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias la totalidad no recibe ningún tipo de apoyo social organizado, no hay pandillaje, casi la totalidad no recibe apoyo social natural; en la totalidad el tipo de seguro que tienen es SIS – MINSA.

Palabras clave: Adulto maduro, determinantes de la salud.

ABSTRACT

Quantitative research study, descriptive, with one box design. Getting general objective, describe the determinants of health in adults with TB Center Yugoslavian Health - Nuevo Chimbote, 2015. The sample universe consisted of 32 adults, who answered a questionnaire was applied: questionnaire on health determinants, using the interview technique and observation. Data were processed in SPSS version 18.0 software. For the analysis of the data distribution tables absolute and relative percentage frequencies and their respective statistical graphics constructed. Concluding that more than half are mature adults, most have lower income than s / 750.00 nuevos soles, degree of non-university higher education, slightly more than half are female, more than half have eventually work, most have own house, large number buried, burned and thrown into the collector car, material tile floor, vinyl or without vinyl, more than half have detached house, own bathroom, use gas, household water connection, have electricity, almost all of 06/08 hours sleep, consumed daily noodles, bathe four times a week, not smoke or have done regularly, more than half are not physically active, all does not receive any support social organized, no gangs, no receives almost all natural social support; in all the type of insurance they have is SIS - MINSA.

Keywords: Mature Adult, determinants of health

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<i>Pág.</i>
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1. Antecedentes.....	20
2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación.....	23
III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	32
3.2. Universo muestral.....	32
3.3. Definición y operacionalización de variables.....	33
3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	44
3.5. Plan de análisis.....	46
3.6. Principios éticos.....	48
IV. RESULTADOS	
4.1. Resultados.....	49
4.2. Análisis de los resultados.....	60
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	85
5.2. Recomendaciones.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS.....	102

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	49
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.	
TABLA 2	50
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.	
TABLA 3	53
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.	
TABLA 4, 5, 6	56
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS APOYO COMUNITARIO DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO DE TABLA 1	91
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.	
GRÁFICO DE TABLA 2	93
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.	
GRÁFICO DE TABLA 3	100
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.	
GRÁFICOS DE TABLA 4, 5, 6	104
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS APOYO COMUNITARIO DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.	

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como propósito identificar los determinantes de la salud en los adultos con Tuberculosis en el Centro de Salud Yugoslavo, y con ello contribuir a la ciencia identificando los estilos y calidad de vida de la población de estudio.

La salud de todas las personas será expresión de un sustantivo desarrollo socio económico, del fortalecimiento de la democracia y de los derechos y responsabilidades ciudadanas basadas en la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal con mejoramiento de los ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y la familia como unidad básica de la salud y desarrollo de la sociedad, en una cultura de solidaridad, de vida y de salud, así como en el establecimiento de mecanismos de accesibilidad a los servicios de salud con calidad, integrados en un sistema nacional coordinado y descentralizado de salud y cumpliendo las políticas y objetivos nacionales de salud (1).

La salud es un concepto no tan sencillo de definir dado que, a la vez representa un prerequisite indispensable para satisfacer cualquier tipo de aspiración sobre el bienestar y la felicidad. Ahí reside la importancia de comprender y acotar este concepto, situado en uno de los focos de interés de cualquier sociedad, de cualquier lugar y de cualquier tiempo. Actualmente la salud y la calidad de vida ocupan un lugar central en nuestra sociedad, podemos decir que la sociedad del siglo XXI se encuentra “salutizada” dado que la salud es un derecho, un valor, una aspiración, un recurso, una necesidad y una

demanda social que está en el centro de las decisiones en la práctica totalidad de ámbitos públicos y privados, a ello se le da a conocer como “Determinantes sociales de la salud” (2).

En el ámbito de la salud, intervienen varios determinantes y/o factores, que son importantes tener en cuenta a la hora de dar a conocer sobre el concepto de salud, y que son resaltantes a variados aspectos, dentro de ellos tenemos: a los factores hereditarios, personales, sociales, ambientales, familiar, alimenticios, económicos, laborales, culturales, nivel educativos, aspectos sanitarios y también religiosos, entre otros. La mayor parte de estos factores pueden ser modificados, incluidos los biológicos, dado que, con el pasar de los años, los grandes avances en el campo de la genética, ciencia, tecnología y médica han traído mejoras en el campo de la salud (2).

Por su complejidad, se ha producido un desplazamiento desde la búsqueda de las causas de la enfermedad centradas en el individuo a la aparición de los determinantes sociales, los principales moduladores del fenómeno salud y la enfermedad. Hoy sabemos que la salud y la calidad de vida son un resultado social directamente relacionado con las condiciones generales de la vida de las personas y con la forma de vivir; en este sentido se han hecho notables esfuerzos en las últimas décadas para comprender cómo interactúan los determinantes sociales y se producen los resultados en salud. Analizamos las aportaciones que han conseguido poner de manifiesto los principales factores generadores de las desigualdades sociales. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, sin caer en una concepción demasiado simplista del complejo binomio salud-enfermedad (3).

La actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. En esta labor no sólo el personal médico y sanitario tiene una vital participación, se requiere de la acción comunitaria y de muchos sectores dentro y fuera del sector salud. Esta participación debe alentar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recoger, transmitir e intercambiar información para evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas adecuadas, con el objetivo de establecer intervenciones efectivas destinadas a abordar los diferentes factores determinantes de la salud (4).

Los determinantes sociales de la salud se entienden como, las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud. También se ha fraseado, como: “Las características sociales en que la vida se desarrolla”. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social, como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (5).

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

En los últimos años han aumentado las investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud. Es el resultado de una preocupación por parte, primero, de un grupo de estudiosos que han mostrado irrefutablemente, la influencia de éstos en la salud de las poblaciones y, segundo, de países pioneros en el campo de la salud pública que están empeñados en seguir mejorando la salud de sus poblaciones. Paradójicamente éstos son los países que tienen los mejores índices de salud en el mundo (5).

En el fondo, la base que sirvió para la emergencia de la promoción de la salud como estrategia fundamental de la salud pública, y es el sustento de su posterior desarrollo. Por lo mismo, se reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones (6).

El estado de salud de una población es un fenómeno complejo y dinámico, que depende de un conjunto de acciones en los sistemas de salud. Y responde tanto a las intervenciones de atención médica, como a los cambios sociales, económicos, culturales y políticos, así como a las condiciones de vida y estilos de vida de una población (7).

A nivel mundial, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Esto se hace más crítico en algunos de los grupos más vulnerables (8).

Estas inequidades han aumentado a pesar de que nunca antes han existido en el mundo la riqueza, los conocimientos y la sensibilidad e interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad. Paradójicamente, existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales (8).

Por lo tanto al conceptualizar los determinantes de la salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades. Marc Lalonde, Ministro canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública donde explica que los determinantes de la salud, aún vigente, donde se sobresalta el estilo de vida de forma particular, así también como el ambiente donde se incluye al ámbito social en un aspecto más amplio juntamente en el campo de la biología humana y la organización de los servicios de salud (9).

El reciente informe de la comisión de determinantes de la salud de la OMS 2012 lo describe muy bien: La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la

posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud (10).

La salud, inevitablemente referida al ámbito colectivo-público social, ha pasado por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado, las que definen en cada coyuntura las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud. En los orígenes de estos movimientos se encuentran varios referentes que han sido ampliamente revisados desde diversas perspectivas. La configuración de la trama sociohistórica de la salud y en especial de los sistemas de salud, ha derivado en el concepto ampliamente aceptada de que los sistemas de salud son esencialmente sistemas sociales (11).

En nuestro país la dimensión poblacional de las explicaciones e intervenciones en salud distingue a las acciones de salud pública y las diferencia de las acciones médicas y biomédicas realizadas a nivel individual. Desde esta perspectiva, la salud pública como espacio de saberes, reconoce la multiplicidad de disciplinas científicas técnicas que la integran y como ámbito para la acción, opera en el espacio donde los actores sociales se organizan para hacer frente a la enfermedad y sus consecuencias a escala poblacional (11).

Las premisas de este enfoque de salud de la población plantea que la salud está determinada por diversas interacciones que son de características individuales, los factores sociales y económicos y los entornos físicos; Por lo tanto, en la salud influyen factores relacionados con el estilo de vida que afectan de forma negativa a la salud de los adultos, como son el tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas, una dieta inadecuada y el sedentarismo; llamados

también enfermedades no transmisibles. Otros factores que también actúan como condicionantes de la salud son los factores sociales y el sexo. Entre los factores sociales que más se relacionan con los problemas de salud destacan el nivel socioeconómico y el educativo. A nivel socioeconómico, la pobreza es el condicionante social más determinante para la salud en todo el mundo. También el acceso a la educación permite tener más conocimiento sobre los cuidados para su salud (11).

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

A nivel nacional, esta enfermedad continua siendo un problema de salud pública, por lo que en el año 2013, 9 millones de personas padecieron de esta enfermedad, de los cuales el 60% de la cifra corresponde al sexo masculino. En tanto, para el año 2012 en el Perú, la tuberculosis fue la segunda enfermedad infecciosa con mayor carga de enfermedad con 51, 597 años saludables perdidos. A esta realidad, el departamento de Ancash no es ajeno, ya que en el año 2014 se reportaron 735 casos de Tuberculosis, de los cuales 400 de ellos pertenecen a las ciudades de Chimbote y Nuevo Chimbote, afectando en mayor número a las edades entre 17 y 50 años (13).

Frente a esta problemática no escapan los adultos del Centro de Salud Yugoslavo, se ubica en la Av. Sauces S/N dentro de la jurisdicción del distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash, en la costa norte del país. Nuevo Chimbote, cuenta con una población aproximada de 113.166 personas, según el INEI. Por otro lado, el CS Yugoslavo atiende durante las 24 horas del día de lunes a domingos, brindando los servicios de TBC, ESNI, medicina, odontología, CRED, tópico, laboratorio, obstetricia, psicología, ecografía, farmacia y el servicio del SIS. A la vez cuenta con profesionales totalmente preparados para la atención al público, como: enfermeras, médicos, técnicos de enfermería, químicos farmacéuticos, técnicos en laboratorio, cirujano dental y psicólogos. En el Centro de Salud existe mucha accesibilidad, en beneficio de las personas, al acceder a diversos programas y campañas constantemente realizadas (14).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos con Tuberculosis, Centro De Salud Yugoslavo - Nuevo Chimbote, 2015?

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

Describir los determinantes de la salud en los adultos con diagnóstico de Tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo - Nuevo Chimbote, 2015.

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

Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico y ambientales en los adultos (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, condición de trabajo), entorno físico; (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), en adultos con tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo - Nuevo Chimbote, 2015.

Identificar los determinantes de estilos de vida en los adultos: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física) y morbilidad en adultos con tuberculosis Centro de Salud Yugoslavo, 2015.

Identificar los determinantes de redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas, impacto en la salud, apoyo social en adultos con tuberculosis Centro de Salud Yugoslavo, 2015.

Para concluir esta investigación se justifica en el campo de la salud en beneficio de generar y pro-crear conocimiento para así poder entender mejor los múltiples problemas que perjudican la salud de los adultos con diagnóstico de Tuberculosis y a partir de ello proponer estrategias y posibles soluciones. Es por ello que, esta investigación se realizó, con el fin de dar a conocer que la función de todo el sistema de salud se necesita cumplir, puesto que ello contribuye con la prevención, control y el manejo de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de los adultos con Tuberculosis y contribuir con el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente estudio de investigación permite a los estudiantes de la salud, a investigar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para

mejorar estos determinantes, único camino para salir del círculo de la enfermedad, la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. También ayudó a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para la salud pública, misma que persigue la equidad y la mejora de los adultos con Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavo.

Dicha investigación es de carácter necesaria para el Centro de Salud Yugoslavo ya que las conclusiones y recomendaciones contribuyen a mejorar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud principalmente en la etapa de vida de los adultos y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Direcciones de Salud de Ancash y municipios en el campo de la salud, así como para los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavo y la población a nivel nacional; ya que los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes

Investigación reciente en el ámbito internacional:

Mariscal A y col, (15). En su investigación titulada: “Conocimiento de tuberculosis pulmonar en pacientes y sus contactos en Veracruz, México 2013”, con el objetivo: Conocer el nivel de conocimiento de la tuberculosis pulmonar tanto de los pacientes como de sus contactos, con una metodología de estudio tipo descriptivo-transversal, a partir de la aplicación de un instrumento a 69 pacientes con tuberculosis pulmonar. Y llegando a las siguientes conclusiones: “que la población tiene un conocimiento medio sobre tuberculosis y su conocimiento en prevención es bajo.

Tovar C y García C, (16). Realizaron un trabajo de investigación que se titula “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2012”, llegando a la conclusión de que la conducta del individuo, sus creencias, valores, educación y percepción del mundo, su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad de comunicación, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de su vida determinan sus preferencias y estilo de vivir, estas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

Heredia N, (17). En su investigación titulada: “Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México 2014”.

Es un estudio cuantitativo, no experimental, transeccional descriptivo, de un grupo de 31 pacientes del Estado de Yucatán, a quienes se aplicaron encuestas basadas en el formato de la escala de Likert, para medir determinantes sociales y adherencia al tratamiento. Resultados. El 83,8% de los entrevistados pertenece a un nivel socioeconómico bajo. El 61,3% se encuentra en pobreza extrema. El 83,4% acudió a centros de salud cercanos a su domicilio y refirieron que las instrucciones del personal médico fueron confusas y los procedimientos diagnósticos incómodos y molestos. El 54,8% sabía muy poco o nada sobre la enfermedad y temía al rechazo de su familia o comunidad. Los fármacos causaron malestar en 80,6% de los pacientes y el 16,1% abandonó el tratamiento.

A nivel Nacional:

Retamozo R, (18). En su investigación titulada "Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de la tuberculosis en los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis en el Centro de salud Tahuantinsuyo Alto Lima 2011" los resultados que obtuvieron fueron en cuanto al nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de la Tuberculosis en la dimensión patológica (17%) presenta nivel de conocimiento alto, (66%) medio, (17%) bajo. Respecto a las medidas preventivas de la Tuberculosis en la dimensión alimentación y nutrición saludable (43%) tiene un nivel de conocimiento alto, medio (43%), bajo(13%). Respecto a las medidas preventivas de la tuberculosis en la dimensión higiene y ambiente (13%) tiene un nivel de conocimiento alto.

Castillo P, (19). En su investigación titulada “Factores personales que influyen en el despistaje de tuberculosis pulmonar, Centro de Salud Villacampa Rímac – Perú”. Concluyen que los resultados fueron que del total de contactos (132): sólo el 27% asistieron al control o despistaje de la enfermedad, el 19,04% fueron de sexo masculino y de sexo femenino el 34,7%. Los que poseen grado de instrucción bajo, el nivel de conocimiento es malo 83,33%. Las causas de inasistencia al despistaje fueron: 47,27% habían restado importancia a la enfermedad, carencia de medios económicos 15,9%, por razón de vergüenza a la enfermedad 13,3% y el 11,5% por temor al trato poco acogedor del personal del Centro de Salud.

A nivel local:

Salvador G y Quispe K, (20). En su investigación titulada: efectividad del programa educativo "Cuidando mi salud", en el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas del cuidador del paciente con tuberculosis. Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis, centro de salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote. Los resultados obtenidos fueron en el pre test, se observó una mayor proporción de un nivel de conocimiento medio (83,3%), seguido del nivel de conocimiento bajo (16,75%), no se reporta casos para un nivel de conocimiento alto (0,0%) en el post test se observó un desplazamiento del nivel de conocimiento medio (83,3%) y el nivel de conocimiento bajo (16,7%) en el pre test, hacia el nivel de conocimiento alto (100%). Después de aplicar el programa educativo "Cuidando mi salud" obtuvo una efectividad

significativa, al incrementar el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas del cuidador del paciente con tuberculosis.

La región Ancash al 2013, presenta una tasa de incidencias de 130 casos por 100 mil habitantes por lo que, se caracteriza por encontrarse en el sexto lugar en incidencia de casos de tuberculosis a nivel nacional, el 80 % de los casos se ubica en la zona costa (Santa, Chimbote, Casma, Huarmey) y 20 % se encuentra en la sierra (Huaraz, Yungay, Caraz y Huari), alcanzando una mayor incidencia en las zonas urbano marginales. Chimbote tiene más de la mitad de casos de esta enfermedad registrados en Ancash; es decir, de 735 pacientes que son atendidos en los hospitales y puestos de salud del MINSA en esta región, 414 pertenecen a la red norte de Chimbote (21).

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

En dicho informe de investigación se fundamenta y enfocan en las bases conceptuales de los determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, los mismos que presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión en los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (22).

Mack Lalonde propone un modelo de salud donde explica que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud del que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos

fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económica social. Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones (23).



También hace un análisis de cuál es el impacto de las medidas sanitarias/inversión sanitaria llevadas a cabo en Canadá (y en la mayoría de los países occidentales de la época y en la actualidad) sobre la salud real. Tras todo esto se llega a la conclusión de que las principales causas de los problemas son socioeconómicas.

Explica como las desigualdades sociales en la salud son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, y al nivel de políticas de salud nacionales. En el centro del cuadro están los individuos dotados de edad, sexo y factores genéticos que indudablemente influyen en su potencial final de salud. En el exterior del centro, la próxima capa representa conductas y estilos de vida (23).

En la próxima capa se representan las influencias sociales y comunitarias. En el próximo nivel, encontramos factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo, provisión de alimentos y acceso a los servicios esenciales. Por sobre todos los otros niveles están las condiciones económicas, culturales y medioambientales prevalecientes en la sociedad en conjunto (23).

El marco propuesto por DAHLGREN Y WHITEHEAD señala cuatro niveles interrelacionados hacia los cuales pueden dirigirse qué políticas: El primer individuo. Nivel es el fortalecimiento de los El segundo nivel es el fortalecimiento de las comunidades. El tercer nivel apunta a mejorar el acceso a los medios y servicios esenciales. El cuarto nivel de la política apunta a alentar los cambios macroeconómicos o culturales (23).



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

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, la figura del marco conceptual de los determinantes sociales de las inequidades de salud propuesta por la comisión de la OMS pretende mostrar los mecanismos y procesos que asignan posiciones sociales a las personas. La primera columna se refiere a

la manera en que la sociedad genera y distribuye el poder y la riqueza, por ejemplo, las políticas económicas y laborales, el tipo de sistema educativo, las normas en torno al género y el tipo de organización del estado (24).

La estratificación social que este contexto socioeconómico y social genera es la que define la exposición diferencial de los distintos grupos de individuos dentro de la jerarquía social que se desprende de dicho contexto constituyen los que se conocen como Determinantes estructurales de la salud o Determinantes de las inequidades en salud (24).

a) Determinantes estructurales

En cuanto a los determinantes estructurales son muy importantes, ya que son los que influyen significativamente en la estratificación, como la distribución de ingresos y la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad, creencias, orientación sexual e identidad de género). La estratificación de la población configura las oportunidades en salud y los resultados en salud, ya que sitúa a las personas en posiciones desiguales de poder, prestigio y acceso a los recursos. Según la posición en la sociedad, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo su salud (24).

b) Determinantes intermediarios

Implican un conjunto de elementos y/o condiciones de trabajo y de vivienda, disponibilidad alimentaria, factores conductuales (“estilos de vida”) y psicosociales, o los propios sistemas de salud. Un menor acceso

a los servicios de salud y menor calidad de los mismos para los grupos sociales menos favorecidos puede repercutir en unas peores consecuencias de los problemas incidentes en la salud y bienestar (24).

c) Determinantes proximales

Por el lado de los determinantes proximales, el Proyecto Genoma Humano está estimulando el progreso de la epidemiología genética y molecular en la identificación de relaciones causales entre los genes y la presencia de enfermedad en los individuos. Por el lado de los determinantes distales, el desarrollo de la investigación sobre el impacto de las desigualdades socioeconómicas, de género, etnia y otros factores culturales en la salud está estimulando el progreso de la epidemiología social en la identificación de los sistemas causales que generan patrones de enfermedad en la población (24).

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» sino que también la salud es algo más que esa ausencia, sino también en términos de equilibrio y afirmará que “la salud es el estado que una persona obtiene exactamente en el momento en que su repertorio de acción es relativamente adecuado a los objetivos por ella establecidos” (23).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, la explicación sobre el origen de las desigualdades sociales en salud excede la explicación aportada por esta perspectiva ya que, tal y como han demostrado distintos estudios longitudinales, la asociación entre la

posición socioeconómica y el estado de salud o la mortalidad se mantiene después de controlar el efecto de estos factores en el análisis (24).

Salud: Para responder a cuestiones como cuáles son los factores que influyen sobre la salud y la calidad de vida de las personas y las sociedades, cómo se explica la variabilidad social respecto de la salud o de la esperanza de vida de las personas dentro de un país, entre países o dentro de una ciudad, o cómo superar la brecha de desigualdad entre unos grupos sociales y otros, debemos disponer de marcos de análisis y reflexión que han ido construyéndose sobre el conocimiento sucesivo de las revisiones sobre el concepto de salud y sus determinantes desarrolladas a lo largo de estos últimos tiempos.

Comunidad: Las formas en que se organiza la atención médica y sanitaria, en sus aspectos de promoción, protección y recuperación de la salud y de prevención, control y tratamiento de la enfermedad en una población son determinantes del estado de salud en dicha población.

Servicios de salud: La provisión de servicios de inmunización, anticoncepción y tratamiento antibiótico contribuyen notoriamente al mejoramiento de la expectativa y la calidad de vida de las poblaciones, así como los programas de prevención y control de enfermedades prioritarias.

Educación: El acceso a oportunidades educacionales equitativas, la calidad de la educación recibida y la oportunidad de poner en práctica las habilidades aprendidas son también factores de gran trascendencia sobre las condiciones de vida y el estado de salud de la población.

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

Trabajo: El empleo, la calidad del ambiente de trabajo, la seguridad física, mental y social en la actividad laboral, incluso la capacidad de control sobre las demandas y presiones de trabajo son importantes determinantes de la salud.

En este nivel operan los grandes macro determinantes de la salud, que están fundamentalmente asociados a las características estructurales de la sociedad, la economía y el ambiente y, por tanto, ligados con las prioridades políticas, decisiones de gobierno y formas de tratamiento de la agenda social, así como también a su referente histórico. El concepto de población se transforma de la colección de individuos al conjunto de interacciones entre individuos y sus contextos, un concepto dinámico y sistémico (25).

Desde una perspectiva funcional, un adulto sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el adulto, por ello la organización mundial de la salud propone como el indicador más representativo para este grupo etéreo el estado de independencia funcional (26).

El tiempo de convivencia es un factor de riesgo para enfermar, fundamentalmente en un período de 7 a 59 meses. La intensidad y la duración de la exposición explican el mayor riesgo de infección en los

contactos íntimos del enfermo. Cuanto mayor es la convivencia o el contacto, en cuanto a duración o intensidad, mayor es el riesgo de contagio. Si se tiene en cuenta que este depende en primer lugar de la capacidad infectiva del paciente quien elimina los bacilos al ambiente (cantidad de bacilos) y del tiempo de exposición a estos bacilos, que se excretan poco en la mayoría de los pacientes tuberculosos, se requiere un contacto continuo de convivencia domiciliaria para infectarse. Los resultados obtenidos en este estudio responden precisamente a esta condición: para un mayor tiempo de exposición, mayor es el tiempo de contagio (27).

La probabilidad de que una persona se infecte depende también de factores higiénicos y ambientales, los cuales determinan la propagación del microorganismo; el hacinamiento resulta un factor de riesgo importante para la transmisión de la enfermedad, de hecho, los porcentajes más elevados de transmisión se encuentran entre los contactos próximos al enfermo que comparten su dormitorio, los contactos en el lugar de trabajo y ocasionales tienen niveles más bajos de transmisión (28).

La enfermería juega un rol protagónico muy importante en la enfermedad de la tuberculosis y en el control de este problema planteando intervenciones integrales en diferentes esferas del individuo, familia y sociedad. La intervención de enfermería se enfoca desde el planteamiento de políticas públicas basadas en estudios de base epidemiológica, mediante la implementación de programas

multisectoriales hasta la atención directa y educación de los usuarios en el plan operativo. Diferentes instituciones profesionales en enfermería pueden desarrollar un papel decisivo en el abordaje integral del problema, no sólo en el ámbito nacional sino también internacional, pero para ello se requiere establecer redes de apoyo con integración educativa, social, técnica y política (29).

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

Tipo y nivel de investigación:

La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal (30, 31).

Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación fue de una sola casilla (32, 33).

3.2. Universo muestral

El universo muestral estuvo constituido por 32 Adultos con Tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo - Nuevo Chimbote.

3.2.1. Unidad de análisis

Adultos con Tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo, que formaron parte del universo muestral y respondieron a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adultos con Tuberculosis, que vivió más de 3 a años en la jurisdicción del Centro de Salud Yugoslavo.
- Adultos con Tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo, que aceptaron participar en el estudio.

- Adultos con Tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo que tuvieron disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adultos con Tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo, que presento algún trastorno mental.
- Adultos con Tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo, que tuvieron problemas de comunicación.

3.3. Definición y operacionalización de variables:

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO

Edad

Definición conceptual

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento de la encuesta (34).

Definición operacional

Escala de razón:

- Adulto joven (20 años a 35 años)
- Adulto maduro (de 35 a 60 años)
- Adulto mayor (60 a más años)

Sexo

Definición Conceptual

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio, definidas como, hombres y mujeres (35).

Definición Operacional: Escala nominal.

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (36).

Definición operacional: Escala ordinal.

- Sin nivel
- Inicial/Primaria
- Secundaría incompleta o secundaría completa
- Superior incompleto o superior completo

Ingreso Económico

Definición conceptual: Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto-suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones, y otras transferencias recibidas por los hogares (37).

Definición operacional: Escala de razón.

- Menor de 750 nuevos soles
- De 751 a 1000 nuevos soles
- De 1001 a 1400 nuevos soles

- De 1401 a 1800 nuevos soles
- De 1801 a más nuevos soles

Ocupación

Definición conceptual: Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (38).

Definición operacional: Escala nominal.

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

Vivienda

Definición conceptual: Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (39).

Definición operacional: Escala nominal.

- Vivienda unifamiliar
- Vivienda multifamiliar
- Vecindad, quinta, choza o cabaña
- Local no destinada para habitación humana
- Otros (40)

Tenencia

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

- Alquiler venta
- Propia (40)

Material del piso

- Tierra
- Entablado
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos
- Laminas asfálticas
- Parquet (40)

Material del techo:

- Madera, estera
- Adobe
- Estera y adobe
- Material noble ladrillo y cemento
- Eternit (40)

Material de las paredes

- Madera, estera
- Adobe
- Estera y adobe
- Material noble ladrillo y cemento (40)

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

- 4 a más miembros
- 2 a 3 miembros
- Independiente (40)

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

- Gas, electricidad
- Leña, carbón
- Bosta
- Tuza (coronta de maíz)
- Carca de vaca

Energía eléctrica

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

- Vela

Disposición de basura

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

Frecuencia de recolección de basura por la vivienda

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

Lugar de eliminación de la basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición conceptual: Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (41).

Definición operacional:

Escala nominal.

¿Habitualmente Fuma?

- Si fumo, diariamente

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

¿Con que frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?:

Escala nominal.

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

¿Cuántas horas duerme usted?

- De 6 a 8 horas
- De 08 a 10 horas
- De 10 a 12 horas

¿Con que frecuencia se baña?

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

Actividad física en tiempo libre:

Escala nominal.

Tipo de actividad física que realiza:

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realizo

Actividad física en estas dos últimas semanas, durante más de 20 minutos: Escala nominal.

- Si
- No

Tipo de actividad:

- Caminar
- Gimnasia suave
- Juegos con poco esfuerzo
- Correr
- Deporte
- Ninguna

Alimentación

Definición conceptual: Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (42).

Definición operacional:

Escala ordinal.

Dieta

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

Escala nominal.

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

III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición conceptual: Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad (43).

Definición operacional:

Escala ordinal.

¿Recibe algún apoyo social natural?

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

¿Recibe algún apoyo social organizado?

- Organizaciones de ayuda al enfermo
- Seguridad social
- Empresa para la que trabaja
- Instituciones de acogida

- Organizaciones de voluntariado
- No recibo

Apoyo de organizaciones del estado

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

Acceso a los servicios de salud

Definición conceptual: Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (44).

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

Escala nominal.

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

- Muy cerca de su casa
- Regular
- Lejos

- Muy lejos de su casa

- No sabe

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

- Si
- No

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento N° 01

El instrumento se elaboró en base al cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas del Perú. Elaborado por la Dra. Vílchez A. consta de 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (Anexo 01)

- Datos de identificación, donde se obtuvieron las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno biosocioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), alimentos que consumen las personas.

- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, acceso a los servicios de salud.

Control de Calidad de los datos:

Evaluación cualitativa

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

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

Evaluación cuantitativa.

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú. (Anexo 02)

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador. (45) (Anexo 03).

3.5. Plan de análisis

3.5.1. Procedimientos de la recolección de datos:

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

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

3.5.2. Análisis y procesamiento de los datos

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

3.6. Principios éticos

Se valoró previamente los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (46).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos con tuberculosis que la investigación es anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos con tuberculosis, siendo útil sólo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a los adultos con tuberculosis los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraron plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Se trabajó con los adultos con tuberculosis que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 05).

IV. RESULTADOS

4.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 01: DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Sexo	N	%
Masculino	14	43,75
Femenino	18	56,25
Total	32	100,0

Edad	N	%
Adulto Joven	12	37,5
Adulto Maduro	18	56,25
Adulto Mayor	2	6,25
Total	32	100,0

Grado de instrucción del adulto	N	%
Sin nivel instrucción	0	0,0
Inicial/Primaria	1	3,12
Secundaria: Completa / Incompleta	10	31,25
Superior universitaria	2	6,25
Superior no universitaria	19	59,38
Total	32	100,0

Ingreso económico familiar	N	%
Menor de S/. 750.00	19	59,38
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	12	37,50
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	1	3,12
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	0	0,0
De S/. 1801.00 a más	0	0,0
Total	32	100,0

Ocupación del jefe de familia	N	%
Trabajador estable	7	21,88
Eventual	20	62,50
Sin ocupación	3	9,38
Jubilado	1	3,12
Estudiante	1	3,12
Total	32	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la Salud en adultos con Tuberculosis, Centro de salud yugoslavo - nuevo Chimbote, 2015. Elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de investigación.

4.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 02: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	26	81,25
Vivienda multifamiliar	6	18,75
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	32	100,0
Tenencia	N	%
Alquiler	0	0,0
Cuidador/alojado	1	3,12
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	0	0,0
Propia	31	96,88
Total	32	100,0
Material del piso	N	%
Tierra	8	25,00
Entablado	1	3,12
Loseta, vinílicos o sin vinílico	23	71,88
Láminas asfálticas	0	0,0
Parquet	0	0,0
Total	32	100,0
Material del techo	N	%
Madera, estera	4	12,5
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	0	0,0
Material noble, ladrillo y cemento	12	37,5
Eternit	16	50,00
Total	32	100,0
Material de las paredes	N	%
Madera, estera	6	18,75
Adobe	1	3,12
Estera y adobe	1	3,13
Material noble ladrillo y cemento	24	75,00
Total	32	100,0

¶ Continúa...

TABLA 02: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.

N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	0	0,0
2 a 3 miembros	19	59,38
Independiente	13	40,62
Total	32	100,0
Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0
Pozo	0	0,0
Red pública	0	0,0
Conexión domiciliaria	32	100,0
Total	32	100,0
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	0	0,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño público	0	0,0
Baño propio	32	100,0
otros	0	0,0
Total	32	100,0
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	32	100,0
Leña, carbón	0	0,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	32	100,0
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	0	0,0
Energía eléctrica permanente	32	100,0
Vela	0	0,0
Total	32	100,0
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	0	0,0
Al río	0	0,0
En un pozo	0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	32	100,0
Total	32	100,0

Continua....

TABLA 02: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	6	18,75
Todas las semana pero no diariamente	3	9,38
Al menos 2 veces por semana	23	71,87
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0,0
Total	32	100,0

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	31	96,87
Montículo o campo limpio	0	0,0
Contenedor especifico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	1	3,13
Total	32	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la Salud en adultos Con tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo - Nuevo Chimbote, 2015. Elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de investigación.

4.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	0	0,0
No fumo actualmente, pero he fumado antes	10	31,25
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	22	68,75
Total	32	100,0

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	0	0,0
Una vez al mes	0	0,0
Ocasionalmente	7	21,88
No consumo	25	78,12
Total	32	100,0

N° de horas que duerme	N	%
[06 a 08)	26	81,25
[08 a 10)	6	18,75
[10 a 12)	0	0,0
Total	32	100,0

Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	6	18,75
4 veces a la semana	20	62,5
No se baña	6	18,75
Total	32	100,0

Continua

TABLA 03: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%
Caminar	6	18,75
Deporte	1	3,12
Gimnasia	0	0,0
No realizo	25	78,13
Total	32	100,0

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	7	21,88
Gimnasia suave	0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	0	0,0
Deporte	0	0,0
Ninguna	25	78,12
Total	32	100,0

Continúa...

TABLA 03: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	10	31,25	12	37,5	8	25	1	3,12	1	3,13
Carne	23	71,88	6	18,75	2	6,25	1	3,12	0	0,0
Huevos	9	28,12	3	9,38	19	59,38	1	3,12	0	0,0
Pescado	3	9,38	15	46,88	9	28,12	5	15,62	0	0,0
Fideos	31	96,88	1	3,12	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pan,cereales	30	93,75	2	6,25	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Verduras, hortalizas	10	31,25	5	15,63	12	37,5	4	12,5	1	3,12
Legumbres	3	9,38	4	12,5	15	46,88	9	28,12	1	3,12
Embutidos, enlatados	1	3,12	2	6,25	8	25	12	37,5	9	28,13
Lácteos	9	28,12	11	34,38	8	25	1	3,12	3	9,38
Dulces, gaseosas	1	3,12	1	3,12	3	9,38	8	25	19	59,38
Refrescos con azúcar	1	3,12	0	0,0	3	9,38	5	15,62	23	71,88
Frituras	14	43,75	3	9,37	7	21,88	4	12,5	4	12,5

Fuente: Cuestionario de determinantes de la Salud en adultos con tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo - Nuevo Chimbote, 2015. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de investigación.

4.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 04: DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	0	0,0
Centro de salud	32	100,0
Puesto de salud	0	0,0
Clínicas particulares	0	0,0
Otras	0	0,0
Total	32	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	9	28,12
Regular	13	40,63
Lejos	4	12,5
Muy lejos de su casa	0	0,0
No sabe	6	18,75
Total	32	100,0
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	0	0,0
SIS – MINSA	32	100,0
SANIDAD	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	32	100
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran en el establecimiento de salud ¿le pareció?	N	%
Muy largo	0	0,0
Largo	2	6,25
Regular	0	0,0
Corto	22	68,75
Muy corto	8	25,0
No sabe	0	0,0
Total	32	100,0

Continúa...

TABLA 04: DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	11	34,38
Buena	17	53,12
Regular	4	12,5
Mala	0	0,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	32	100,0
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	5	15,62
No	27	84,38
Total	32	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la Salud en adultos con tuberculosis, centro de salud yugoslavo - nuevo Chimbote, 2015. Elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de investigación.

TABLA 05: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGUN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	5	15,63
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	1	3,12
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	26	81,25
Total	32	100,0

Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	32	100,0
Total	32	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la Salud en adultos con tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo - Nuevo Chimbote, 2015. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de investigación.

TABLA 06: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE APOYO EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Apoyo social de las organizaciones	Si		No	
	N	%	N	%
Pensión 65	0	0,0	0	0,0
Comedor popular	0	0,0	0	0,0
Vaso de leche	0	0,0	0	0,0
Otros	0	0,0	32	100,0
Total	32	100,0	32	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la Salud en adultos con tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo - Nuevo Chimbote, 2015. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de investigación.

4.2. Análisis de los resultados

TABLA 1: Del 100% (32) en adultos con tuberculosis del centro de salud yugoslavo, el 56,25% (18) son de sexo femenino, 56,25% (18) son adultos maduros, el 59,38% (19) tienen grado de instrucción superior no universitaria, el 59,38% (19) tienen un ingreso económico menor de 750.00; el 62,5% (20) su ocupación es eventual.

En cuanto al sexo, según la Organización Mundial de la salud, son las características, normas, roles y relaciones socialmente construidas y designadas a masculino (hombre) y femenino (mujer) (47).

De acuerdo a nuestro estudio más de la mitad son de sexo femenino con infecciones de Tuberculosis, debido que actualmente los distintos aspectos socioeconómicos y culturales, tales como poder adquisitivo, ocupación, dedicación laboral y doméstica, nutrición, funciones generales y familiares. Por ello, de acuerdo a nuestro resultados, estos coinciden con el estudio realizado por Xiao-Ch *et al* (48), donde predominó el sexo femenino con 69,7% sobre 30,3% en los varones. Asimismo, diferentes estudios difieren a lo encontrado en nuestro estudio, por ejemplo Yamamura *et al* (49), refiere que el sexo masculino predomina en obtener el diagnóstico de Tuberculosis con un 79,2%, elevado porcentaje al obtenido por las féminas con un 20,8%.

La tuberculosis terriblemente se presenta en todas las edades, pero, según el estudio realizado por Acuña *et al* 2012 (50) la edad más frecuente fue de 35 a 50 años con un 70%, asimismo, la edad promedio de pacientes diagnosticados con tuberculosis fue de 38.6. La Organización Mundial de la

Salud, refiere que la Tuberculosis afecta principalmente a la edad más productiva, pero todos los grupos de edad están es riesgo, y es más incidente en las personas con VIH sida (51).

El grado de instrucción es considerado un indicador del nivel de educación de una persona. Ha sido utilizada como variable aproximada al nivel socioeconómico de las personas, por su fuerte asociación con los ingresos y el nivel de vida. El nivel de estudios distingue bastante bien a los sujetos como distinto estado de salud, pues los individuos con mayor nivel de estudios son capaces de comprender mejor la información sobre la promoción de la salud (52).

La educación es el proceso más eficaz para adquirir el conocimiento científico de los múltiples procesos como fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento así como para que el individuo modifique su modo de ser, pensar, los hábitos y costumbres y que el conocimiento hace que los individuos identifiquen tempranamente las enfermedades y tengan mayor interés en tomar medidas al respecto, lo cual se traduce en que actuarán teniendo en cuenta las medidas preventivas (53).

Es en el caso específico de la tuberculosis, una enfermedad que afecta principalmente a aquellas personas con menor acceso a los medios informativos debido a los escasos recursos económicos con que cuenta, se requiere la participación de cada una de las personas, todo ello se conseguirá con previo conocimiento sobre la enfermedad, su transmisión y las medidas preventivas, todo ello en relación a los cuidados que deben realizar (54).

El ingreso económico es un elemento vital, así como su uso y distribución. Las personas con suficiente salario disponen de recursos para alimentarse, vestirse adecuadamente y mejorar la vivienda; y en aquellos países en los que la educación no constituye un valor de la sociedad, constituido en derecho, también para garantizar los gastos destinados a la instrucción de los hijos. La carencia extrema de una entrada financiera conduce a la pobreza; problema de salud todavía común en países desarrollados como consecuencia de un progreso desigual. Se acepta que el hecho de tuberculizarse está relacionado con un bajo estado socioeconómico, pero solamente cuando condiciona un hacinamiento y un menguado nivel de vida que contribuya a transmitir la infección (55).

Se encontraron estudios similares Martos E, (56). En su investigación titulada “análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales Gandia 2010”. Concluyo que: la situación sobre la tuberculosis en el siglo XXI se ve reflejado en las diferencias socioeconómicas predominantes en el mundo y entre países, y también entre las clases sociales existentes en el interior de cada nación, lo que vio evidenciado en que el 95 % de los casos de enfermedad y el 98 % de las muertes se dieron en los países y también grupos sociales con deficientes recursos económicos.

Al estudiar la relación que existe entre los factores de riesgo y la aparición de casos nuevos de enfermos de tuberculosis pulmonar en Cuba 2011, hay que tener en cuenta dicha realidad social que se caracteriza por las condiciones de vida de la población que se desarrollaron en los principios de

iguales oportunidades y derechos fundamentales en todas áreas de la vida, especialmente en salud, educación y el empleo. Situación que obligó al estado cubano a adoptar un conjunto de medidas económicas para salvar la Revolución y sus conquistas sociales, lo que ha provocado contrastes en las condiciones materiales en que viven las familias en la sociedad cubana actual. (57).

Estudios similares como López P, (58). En su investigación llegó a la conclusión: “la ocurrencia de tuberculosis en el municipio de Marianao, en Ciudad de La Habana”, durante el período 2000-2013 dentro de los factores sociales que fueron estudiados; se mostraron que la disfunción familiar mostró un efecto marcado que trae como consecuencias factores de riesgo, en el cual se determinó la relación existente entre los niveles de incidencia de tuberculosis y factores socioeconómicos. Las tasas de incidencia se hallaron significativamente asociadas de forma directa con el porcentaje de familias con problemas disfuncionales.

La ocupación es la labor que desempeña o realiza la persona; o sea, una categoría conductual trascendente, puesto que en general una tercera parte de la vida la emplean los seres humanos trabajando. Muchas enfermedades se relacionan con el proceso laboral y las características del puesto de trabajo, como pueden ser los factores del medio natural de este último y sus condiciones físicas, químicas y biológicas. También algunos elementos vinculados con la faena que se realiza, pueden favorecer el desarrollo de malos hábitos, fundamentalmente de índole social. Un factor de riesgo básico en este análisis, además de las enfermedades a las que están

expuestos los trabajadores, es el desempleo, de gran repercusión sobre el estado de salud, tanto individual como colectiva (59).

Encontramos investigaciones tales como: Álvarez S, (60). En su investigación titulada, “intervención en salud familiar 2011”. En donde se concluye que: de la familia se desprende la necesidad de visualizarla también como unidad de salud y atención médica. Esto no solamente por la transmisión de pautas culturales sino porque el proceso que se inicia con la definición de enfermedad hasta su curación está pleno de decisiones sociales que toma el grupo familiar, acuda o no a las instituciones de salud oficiales.

En el Reino Unido se utiliza un índice de pobreza que está enfocado en salud, para así poder cuantificar sobre la situación de salud de las comunidades. El índice lo componen nueve dimensiones, entre las que se resaltan los recursos para la atención médica y social y las condiciones de la vivienda. Se ha encontrado que los factores económicos como el ingreso mínimo vital y tipo de ocupación no se relacionan o influyen en la prevalencia de las formas clínicas de la tuberculosis (61).

En el presente estudio realizado se encontró que la mayoría, la ocupación del jefe de familia tiene trabajo eventual, más de la mitad son de sexo femenino, son adultos maduros, refiere tener estudios superior no universitario y tienen un ingreso económico menor de 750,00 nuevos soles. Es por ello que el grado de instrucción, el empleo y el ingreso económico son indicadores importantes en la vida del adulto con tuberculosis para poder satisfacer sus necesidades y tener una mejor calidad de vida en la

sociedad, al tener un trabajo eventual, el adulto con tuberculosis no podrá satisfacer sus necesidades básicas.

En la tabla 02: Del 100% (32) de adultos, el 81,25% (26) cuentan con vivienda unifamiliar, 96,88% (31) tiene casa propia, el 71,88% (23) tiene piso de loseta, vinílicos o sin vinílico, el 50% (16) tiene un techo construido de eternit, el 75% (24) tiene paredes de material noble ladrillo y cemento, el 59,38% (19) duerme de dos a tres miembros en una habitación, el 100% (32) tiene Conexión domiciliaria, el 100% (32) tiene baño propio, el 100% (32) cocina a gas, el 100% (32) tiene energía eléctrica permanente; el 100% (32) Se entierra, quema, carro recolector; el 71,87% (23) refiere que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana; el 96,87% (31) elimina su basura a través del carro recolector.

La vivienda es un lugar indispensable para la vida, necesaria para el desarrollo de las personas y la familia. Debe brindar seguridad, protección, intimidad y contribuir al bienestar de todas las personas que la habitan, por lo tanto la vivienda saludable es el espacio físico donde seres humanos transcurren la mayor parte de su vida; este espacio, por sus características y especificaciones, brinda condiciones para prácticas saludables, previniendo o reduciendo los riesgos que generan problemas de salud (62).

El tipo de material predominante en los pisos de la vivienda, se refiere al material de construcción de la mayor parte de los pisos de las habitaciones de la vivienda, como: tierra, cemento; losetas, terrazos, cerámicos o similares; parquet o madera pulida; madera (pona, tornillo, etc.); laminas asfálticas, vinílicos o similares u otro material (63).

De acuerdo al estudio realizado por Richeldi L, (64). Los resultados obtenidos demostraron que la higiene del hogar también tiene un efecto marcado de riesgo, debido a que, no tener ventilación en los dormitorios, es considerado como un factor determinante en la salud, llamado factor ambiental o del entorno, constituyendo una influencia trascendente en la salud de las personas.

Molina S, López C, Hernández A, (65). Han destacado la importancia sobre la influencia de la ventilación de los dormitorios o del hogar sobre la calidad de vida de las personas afectadas con tuberculosis, afirma que la vivienda precaria y las inadecuadas condiciones de la vivienda tienen un enorme impacto negativo sobre la salud de estos. Los expertos en salud pública también lo relacionan con el tabaquismo, y alertan además de que hace falta actualizar el decimonónico concepto de vivienda saludable para prevenir las enfermedades modernas y reducir las graves desigualdades de salud lo cual no se relaciona con nuestro estudio, ya que la vivienda de los adultos conocen sobre los cuidados en el hogar.

En la presente investigación realizada encontramos que la totalidad cuentan con abastecimiento de agua con conexión domiciliaria, tienen baño propio, el combustible que usan para cocinar es gas, cuentan con energía eléctrica permanente, entierra, quema, carro recolector, casi la totalidad suele eliminar la basura en el carro recolector mientras que la mayoría refirieron que la frecuencia con la que pasan recogiendo la basura por su casa es de al menos 2 veces por semana, las paredes son de material noble ladrillo y cemento, vivienda unifamiliar, material del piso es de loseta,

vinílicos o sin vinílico, más de la mitad duermen en habitación independiente. Así mismo se encontró que todos cuentan con servicios básicos, como abastecimiento de agua con conexión domiciliaria y baño propio, así como servicio de energía agua potable y desagüe.

En cuanto al almacenamiento de agua y el saneamiento es necesario mencionar que son factores importantes y uno de los principales motores. Lo que garantiza la rehabilitación de la salud en los adultos con tuberculosis y el acceso al agua salubre y a instalaciones sanitarias adecuadas, independientemente de la diferencia de sus condiciones de vida, garantizando así la probabilidad de desarrollar o adquirir otro tipo de enfermedades oportunas.

Se denomina agua potable al agua que tras ser sometida a un proceso de potabilización se convierte en agua potable, quedando así lista para el consumo humano; de esta manera, el agua de este tipo, podrá ser consumida sin ningún tipo de restricciones garantizando así la trazabilidad de los procesos y la consecución de la exactitud requerida en cada caso; empleando para ello instrumentos, métodos y medios apropiados (66).

El saneamiento ambiental básico es el conjunto de acciones técnicas y socioeconómicas de salud pública que tienen por objetivo alcanzar niveles crecientes de salubridad ambiental. Comprende el manejo sanitario del agua potable, las aguas residuales, los residuos orgánicos tales como las excretas y residuos alimenticios, los residuos sólidos y el comportamiento higiénico que reduce los riesgos para la salud y previene la contaminación. Tiene por

finalidad la promoción y el mejoramiento de condiciones de vida urbana y rural (67).

El gas natural se puede utilizar tanto para cocinar, lavar y secar, como para obtener agua caliente, calefacción o climatización en verano. La cocina, el horno, la lavadora, el lavavajillas, la nevera, o la secadora de ropa, son algunos ejemplos. Incluso hay barbacoas que tienen el gas como combustible y que no producen cenizas ni otros residuos sólidos, a diferencia de lo que pasa con las de leña. El gas natural también permite calentar los hogares mediante las calderas de calefacción, las cuales se conectan a una red de radiadores situados en puntos estratégicos de la vivienda. Estas calderas se denominan mixtas, porque producen calor y agua caliente a la vez, y pueden ser individuales cuando dan servicio a una sola vivienda o colectivas cuando lo hacen para todo un edificio o urbanización (68).

En la presente investigación realizada, se encontró que la totalidad de los adultos con tuberculosis tienen Conexión domiciliaria, baño propio, cocina a gas, energía eléctrica permanente; tal es así que podemos afirmar que cuanto más limpio y eficiente es el combustible utilizado en la vivienda menor será el riesgo para la salud, encontrando también que un porcentaje el material del techo es de eternit, población que se encuentra en riesgo de contraer enfermedades respiratorias como neumonías en los adultos con tuberculosis, infecciones respiratorias agudas y resfríos. El impacto más significativo del agua se concentra en la salud de las personas, la electricidad y la vivienda es otro de los elementos básicos que configuran un entorno saludable por su

impacto positivo en el mejoramiento de las condiciones para la realización de diversas actividades en el hogar y el mejoramiento de la salud de los adultos con tuberculosis.

En la tabla 03: Del 100% (32) en adultos con tuberculosis Centro de Salud Yugoslavo el 68,75% (22) de personas No fumo, ni a fumado nunca de manera habitual, el 78,12% (25) no consume bebidas alcohólicas; el 81,25% (26) duerme de 06 a 08 horas; el 62,5% (20) se baña 4 veces a la semana; el 78,13% (25) no realiza actividad física en su tiempo libre; 78,12% (25) no ha realizado ninguna actividad física durante las 2 últimas semanas durante más de 20 minutos; el 37.5% (12) consumen frutas tres o más veces a la semana, el 71.88% (23) consume carne a diario, 59.38% (19) consume huevos uno o dos veces a la semana, el 46.88% (15) consume pescado 3 o más veces por semana; el 96.88% (31) consume fideo diario; el 93.75% (30) consume pan y cereales a diario; el 37.5% (12) consume verduras y hortalizas uno o dos veces a la semana; el 46,88% (15) alimentos que consumen legumbres 1 o 2 veces a la semana; el 37,5% (12) consumen embutidos, enlatados menos de 1 vez a la semana, el 34,38% (11) alimentos que consumen lácteos es de 3 o más veces a la semana; el 59,38% (19) en alimentos que consumen dulces, gaseosas nunca o casi nunca; el 71,88% (23) en alimentos que consumen refrescos con azúcar es nunca o casi nunca; el 43,75% (14) consumen frituras a diario.

Los diferentes cambios sociales que se han presentado en las últimas décadas, se han relacionado con las modificaciones en las costumbres sociales, las crisis económicas, la globalización, la pérdida de valores, las

cuales han afectado la vida de las personas, interviniendo en el consumo de sustancias que pueden resultar nocivas para la salud, Con respecto al hábito de fumar, se han identificado una serie de etapas. La primera de ellas es la etapa contemplativa, en la cual se forman actitudes y creencias acerca del Consumo de Tabaco. La siguiente etapa es la de experimentación, en la cual se incluye el consumo repetido pero irregular de cigarrillo. La tercera etapa hace referencia al uso regular del mismo y por último se encuentra la de adicción, en la que se implica la necesidad fisiológica de consumir nicotina (69).

En el campo de la salud se señalan frecuentemente la relación que hay entre el consumo de bebidas alcohólicas y la incidencia de la tuberculosis, debido a los mecanismos inmunitarios que se ven afectados por el alcohol entre los que se encuentran también aquellos que son esenciales para aumentar el riesgo de Tuberculosis. Una de las complicaciones médicas apreciadas en el abuso del alcohol es la alteración en la regulación inmune que conlleva inmunodeficiencia, posiblemente por alteración en el equilibrio de los linfocitos. Como consecuencia aumenta la susceptibilidad a enfermedades respiratorias, entre otras complicaciones (70).

Fernández L, (71). En su investigación titulada: “Drogodependencias: Farmacología, patología psicología, Legislación. Buenos Aires. 2010”. Concluyo: que los pacientes que consumen drogas y están infectados por el *Micobacterium Tuberculosis* constituyen un grupo en el que puede ser difícil de erradicar la tuberculosis sino que no se va a poder garantizar la continuidad del tratamiento y por lo tanto culminarlo satisfactoriamente.

Se encontraron estudios similares Anibarro L y Col, (72). En su investigación titulada “Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra 2004”. Concluyo que: el alcoholismo ha sido señalado como una condición predisponente para el padecimiento de la infección tuberculosa. Su asociación con el deterioro inmunológico, interviene en la predisposición de estos pacientes a contraer la enfermedad. Las medidas preventivas del consumo de alcohol exceden, evidentemente, las del control de la Tuberculosis, pero sí deben ser objeto de atención en los servicios de asistencia social por la mayor tendencia al incumplimiento terapéutico en esto pacientes. Los resultados de otras investigaciones realizadas en Santiago de Cuba son discrepantes, pues unos encuentran asociación causal; mientras que, por el contrario, en toda la bibliografía foránea revisada se sostienen fuertes criterios de causalidad.

Los pacientes con tuberculosis pueden tener problemas en el tratamiento antituberculosos, ya que pueden producir con frecuencia efectos secundarios, en ocasiones potencialmente graves, que es necesario conocer antes de instaurar un tratamiento, y monitorizar durante el mismo. La presencia de efectos secundarios conlleva morbilidad, incluso riesgo de daño hepático por los fármacos, incremento de los costes del tratamiento, y puede ser la causa más importante de abandono terapéutico. Una buena información al paciente sobre su posible presentación y un manejo adecuado de los mismos puede permitir lograr el objetivo, que debe prevalecer siempre, de completar la pauta inicial de tratamiento (73).

En la presente investigación realizada se encontró que la mayoría de adultos con tuberculosis no realiza actividad física en su tiempo libre ni durante más de 20 minutos, los pacientes que presentan problemas respiratorios pueden favorecer a la estimulación de la expectoración, beneficiando a todos los sistemas del cuerpo humano y músculo esquelético. Asimismo, desarrolla un mejor dominio del cuerpo, una mayor seguridad y confianza en su desenvolvimiento ante las tareas cotidianas. El paciente puede realizar ejercicio en sesiones cortas, como caminar durante 20 minutos o completar dos paseos de 10 minutos, deberá caminar tan a menudo como le sea posible.

Llevar un estilo de vida que le permita vivir de forma libre, independiente y satisfactoriamente, muchas personas saben que la inactividad es un factor de riesgo y, sin embargo, prefieren ignorar la actividad física, “por el tiempo y esfuerzo que implica”. Dada la relevancia que tiene la actividad física en nuestra salud esto no debería ser así, por el contrario, la actividad física no requiere de gran dedicación de tiempo, grandes implementaciones, o esfuerzos excesivos. Necesitamos realizar un cambio importante al respecto, necesitamos un cambio cultural; para ello requerimos que el adulto mayor incorpore nuevos conceptos como por ejemplo los que define la Organización mundial de la Salud con respecto a actividad física: “todos los movimientos que forman parte de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y las actividades deportivas.” En realidad, la actividad física es un término amplio que abarca actividades que varían (74).

La recreación es un factor importante en el desarrollo del ser humano, ya que el ocio no contribuirá al desarrollo humano en ausencia de una dimensión moral y ética sostenible, por lo tanto se debe tener en cuenta que el ocio y la recreación reproducen muy diversos valores, el ocio debiera ser, una vivencia integral relacionada con el sentido de la vida y los valores de cada uno y coherentes con ellos, una experiencia de recreación, que crea ámbitos de encuentros “ cuando se habla de ocio no se refiere a la mera diversión, el consumo material, el ocio pasivo o la simple utilización del tiempo libre se alude un concepto de ocio abierto a cualquier perspectiva presente y futura” pero al mismo tiempo, entendido como marco desarrollo humano y dentro de un compromiso en beneficio a la salud (75).

La Recreación es la actitud positiva del individuo hacia la vida en el desarrollo de actividades para el tiempo, que le permitan trascender los límites de la conciencia y el logro del equilibrio biológico y social, que dan como resultado una buena salud y una mejor calidad de vida. Si pensamos que desde el principio, hombres y mujeres han estado sujetos a diversos tipos de presiones que con el tiempo crean cansancio y por ende, desánimo. Es por ello que las personas han buscado maneras de escapar de las presiones del diario vivir y darse espacios en los que puedan descansar y disfrutar (76).

Las medidas de autocuidado son todas aquellas habilidades aprendidas que incorpora un ser humano, para favorecer su integridad, salud, desarrollo y bienestar, adoptando cuidados que le ayuden a evitar o disminuir riesgos de daños a su salud, a corto y a largo plazo, por lo tanto requiere que se

enseñen; esta actividad de enseñanza constituye una responsabilidad de todo profesional de la salud, uno de ellos el enfermero, donde la educación juega un papel muy importante, que permite a las personas hacer frente a los problemas de salud. (77).

Por lo tanto son importantes las medidas de autocuidados debido a las prácticas que los adultos con tuberculosis inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. Teniendo una trascendencia social por que contribuirá a la mejora de su salud y también para evitar posibles contagios en el ambiente familiar y por ende tendrá un impacto positivo en su entorno social.

La alimentación en la etapa adulta se debe enfocar a mantener la salud y a prevenir el desarrollo de enfermedades mediante el seguimiento y consumo de una alimentación variada, sana y equilibrada de acuerdo a la edad, sexo y actividad física que realiza la persona. Los hábitos alimentarios saludables se deben combinar con hábitos de vida propicios que incluyan la práctica regular de ejercicio físico, así como la reducción de tóxicos como el alcohol y el tabaco (78).

Cuando no se lleva una alimentación balanceada, se pueden producir alteraciones que resultan nocivas para la salud, conduciendo a posibles enfermedades con consecuencias tanto físicas como psicológicas, causando problemas que podrían ser irreversibles. Dentro de estos trastornos encontramos el sobrepeso, la obesidad, la anorexia y la bulimia, estas dos últimas, caracterizadas por ser patologías propias de la sociedad contemporánea, y prevalentes en la población juvenil, debido a su expansión

territorial y a su relación con algunos rasgos culturales, una dieta balanceada o equilibrada es aquella que a través de los alimentos que forman parte de cada una de las comidas aporta nutrientes en las proporciones que el organismo sano necesita para su buen funcionamiento (79).

En cuanto a la nutrición de los adultos con tuberculosis se ve alterada, ya que la enfermedad es de curso prolongado. La tos y las respiraciones profundas incrementan la demanda de energía, y en su mayoría los pacientes estaban desnutridos al inicio de la enfermedad. Es preciso por ello que en el hogar los pacientes cubran las necesidades básicas de ingestión de proteínas que se catalizan en energía la alimentación diaria en el desayuno, almuerzo y comida debe contener estos tres tipos de alimentos: los constructores que ayudan a construir tejidos y aportan masa muscular, que dan energía para realizar las actividades diarias, ayudan a mantener el peso y permiten el crecimiento y desarrollo; en el grupo de los reguladores que favorecen el funcionamiento del cuerpo, dan vitaminas y minerales que lo encontramos en las verduras y frutas.

Romero P y col, (80). En su investigación titulada: “los factores ambientales tales como determinantes del estado de salud de la población”. Concluyo que uno de los esfuerzos para enfrentar esta situación en nuestro país, es la ejecución del Programa de Alimentación y Nutrición para el paciente ambulatorio con tuberculosis y familia, actualmente gerenciado por el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria y que fue elaborado por el Instituto Nacional de Salud, a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición en coordinación con otros sectores. Su objetivo es contribuir a la

recuperación integral del paciente y la protección de su familia mediante actividades de complementación alimentaria, educación alimentaria-nutricional y evaluación nutricional.

El programa de atención en los pacientes con tuberculosis acceda a una canasta de alimentos mensual que aporta 660 calorías y 15 gramos de proteínas. En Arequipa, durante el periodo estudiado, la canasta consistía de 12 kg de arroz, 4,5 kg arvejas, 3 L de aceite y 9 latas de atún, y era entregada en cada establecimiento de salud previa charla educativa y evaluación de peso, talla y control de BK. Considerando que la mayoría de beneficiarios son de sexo masculino, que un grupo significativo lo constituyen jefes de familia y que en países en desarrollo la mayoría desempeña labores de demanda física, podemos advertir que su recuperación contribuye no solo a eliminar su limitación productiva, sino a sostener la economía de su hogar, y por tanto, a su reinserción social. Bajo este marco, los programas de asistencia alimentaria se convierten en inversiones del Estado para la recuperación familiar y reinserción social de las personas con tuberculosis (81).

García P, (82). En su investigación titulada: “Fundamento de Nutrición”. Los resultados obtenidos fueron: La dieta es la base fundamental e independiente para cada paciente de acuerdo a sus requerimientos nutricionales, pero se recomienda un promedio de 2700 KCAL. Por día. La cantidad de agua en la dieta de los pacientes con tuberculosis influye significativamente en prolongar la salud, normalmente se recomienda la

ingesta de 2 litros de agua aparte de las que podamos consumir por los alimentos, con lo cual se garantiza una adecuada hidratación al cuerpo.

En la presente investigación realizada se encontró que los adultos con tuberculosis consumen diariamente carne, fideos, pan y cereales, encontrando también que consumen frituras lo cual ponen en riesgo a que fracasen en su tratamiento, ya que si no adoptan hábitos saludables en su alimentación esto puede perjudicarlos en la recuperación de su enfermedad.

La canasta de víveres tiene como finalidad de contribuir a la recuperación integral de la persona afectada por tuberculosis que recibe tratamiento del Estado a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis y la protección de su familia, mediante actividades de educación alimentaria nutricional, evaluación nutricional y un complemento alimentario para los adultos afectados por tuberculosis y sus contactos intra domiciliarios (83).

También se ha demostrado que muchos fármacos antituberculosos actúan provocando trastornos gastrointestinales que alteran la absorción de nutrientes, además de ocasionar sintomatología como náuseas, vómitos y alteración en los sentidos del gusto y del olfato, lo que tiene como consecuencia la disminución en el consumo de alimentos por el paciente y, por ende, el deterioro del estado nutricional (84).

Los adultos que reciben tratamiento para tuberculosis suelen provocar con regularidad efectos adversos, el paciente debe comprender la importancia de cada uno de los fármacos incluidos en el esquema y sus

efectos adversos y toxicidad. Hay que asegurarle al paciente que se harán todos los esfuerzos para reducir al máximo las molestias asociadas al tratamiento, pero que deberá estar mentalmente preparado para continuar con el régimen a pesar de los efectos adversos. El paciente debe estar consciente de que ésta puede ser su última oportunidad de curación y que de abandonar el tratamiento, otros futuros regímenes, serán aún más tóxicos y menos efectivos disminuyendo así la posibilidad de su recuperación (84).

En cuanto al estado nutricional de los pacientes afectados por tuberculosis es importante para el tratamiento de su enfermedad, por ello que la complementación alimentaria en dichos pacientes con tuberculosis es considerada una actividad que va acompañada conjuntamente al tratamiento. La tuberculosis hace que el organismo genere más gasto de energía diaria y si el paciente no recibe la energía necesaria perderá peso, por lo cual el organismo no responderá adecuadamente al tratamiento.

En la tabla 04, 05, 06: Del 100% (32) en adultos con tuberculosis Centro de Salud Yugoslavo, se atendió en el centro de salud en los últimos 12 meses, el 40.63% (13) considera que el lugar donde se atendió está regular de su casa; el 100% (32) cuentan con Seguro (SIS-MINSA); el 68.75% (22) le pareció corto el tiempo que espero para ser atendidos; el 53.12% (17) consideró que fue buena la calidad de atención que recibieron; en cuanto al pandillaje y la delincuencia cerca de su casa no existe en un 84.38%, (27); el 81.25%(26) de adultos no reciben ningún apoyo social natural; y el 100%(32) manifiesta que no recibe algún apoyo social

organizado, El 100% (32) no recibe apoyo social de las organizaciones: pensión 65, comedor popular, vaso de leche, otros.

Estudios similares Sánchez B, (85). En su investigación titulada: “Dimensión Espiritual del cuidado de Enfermería en situación de enfermedad y muerte. Colombia. 2010”. Concluyo: El objetivo del trabajo de enfermería es el cuidado, premisa que ha sido aceptada por los profesionales, de este modo, cuando se define Enfermería, se dice que ésta es la ciencia y el arte del cuidado No obstante, se sabe que el acto de cuidar es propio de la naturaleza humana.

Van K, (86). En su investigación titulada: “la dinámica de autodirección espiritual. New Jersey. 2011”. Concluyo: Según en base a la teoría de Watson, que el cuidado es el núcleo y la esencia de la profesión en enfermería. Watson en su teoría del cuidado humano enfatiza que ese cuidado debe estar acompañado con un amor incondicional; lo cuál, son esenciales para la recuperación de ese paciente o individuo que lo necesita. Además, proyecta y guía a la enfermera(o) a adoptar esa armonía al momento de la planificación y ejecución de esos cuidados encaminados a la satisfacción de ese cliente.

En la presente investigación realizada se encontró la mayoría de los adultos con tuberculosis no recibe apoyo social natural, la familia es el elemento participativo del cuidado en el hogar y la mayor fuente de apoyo para el paciente con tuberculosis por lo que es necesario conocer de quien recibe el apoyo social y psicológico para su tratamiento y así poder reforzar y contribuir a las relaciones familiares.

El apoyo social se definió en términos cognitivos, tomando en consideración la dimensión subjetiva del mismo apoyo percibido, ya que es esta percepción precisamente, la que se considera promotora de la salud. La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, y en ausencia de percepción de un apoyo disponible, éste no podrá ser utilizado (87).

El apoyo comunitario puede entenderse como el resultado de las características particulares de una comunidad determinada en este sentido, las diferencias individuales en los niveles de apoyo comunitario percibido pueden estar reflejando también diferencias en las comunidades donde residen las personas. En tal sentido la importancia que tiene la comunidad local o vecindario de residencia en los niveles de apoyo comunitario percibido porque los recursos no se distribuyen igualmente entre los vecindarios de una comunidad, ya que existen amplias diferencias espaciales en los niveles de ingreso, educación, calidad de la vivienda, estabilidad residencial y empleo en las comunidades (88).

En la presente investigación realizada se encontró que la totalidad de los adultos con tuberculosis cuentan con SIS - MINSA lo cual se establece como Estrategia para prevenir la enfermedad a través de la información, educación y comunicación lo cual permitirá que las personas adquieran conocimientos sobre este tema, labor que debe de cumplir la enfermera(o) en la Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis con el objetivo de disminuir la incidencia y prevalencia de esta enfermedad.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas y de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, es responsable de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, así como de brindar asistencia técnica y supervisar el cumplimiento de la misma. Los niveles de dirección o gerencia del mayor nivel de los establecimientos de salud públicos y privados son responsables de la implementación de la presente Norma Técnica de Salud en sus respectivas jurisdicciones, así como de supervisar su cumplimiento. El Seguro Integral de Salud y otras Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud son responsables del financiamiento de las prestaciones relacionadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis de acuerdo a la normatividad vigente y al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (89).

El MINSA tiene la mayor cobertura de servicios de salud a nivel nacional y administra el 84,7% del total de establecimientos entre hospitales, centros de salud y puestos de salud ubicados en zonas urbanas, urbano marginales y rurales dispersas. Atiende a la población predominantemente pobre que no cuenta con seguro social de salud. Por otra parte, ESSALUD atiende a trabajadores del sector formal y a sus familias. Sus establecimientos están ubicados principalmente en áreas urbanas. Finalmente, los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y familiares directos. El sub sector privado, conformado por clínicas, consultorios y organismos no gubernamentales, otorga sus servicios en las principales ciudades del país (89).

En la presente investigación realizada encontramos que menos de la mitad en los adultos con tuberculosis consideran que la distancia del lugar donde se atendieron es regular.

La accesibilidad geográfica de los servicios de salud es interpretada como distancia entre la oferta, equipamiento colectivo localizado- y demanda que posee la población en un momento dado. El resultado existente de esta relación (oferta y demanda) nos dará la accesibilidad y el consecuente uso efectivo de estos servicios por parte de la población. Si la localización introduce un factor de discriminación en el uso de los servicios en las diferentes áreas jurisdiccionales, es de interés analizar las relaciones espaciales entre ambas (90).

El brindar una atención de calidad en salud es algo deseado tanto para los que dirigen los centros asistenciales como para la autoridad que se preocupa que esto se cumpla. En este contexto, en el año 2005 se creó la ley de Autoridad Sanitaria, que establece un sistema de acreditación para los prestadores autorizados para funcionar. Este sistema exige que se implementen estándares mínimos que permitan que los procesos brinden mayor seguridad a quienes utilizan los servicios de los establecimientos de salud. Complementariamente, se crea en el año 2012 la ley sobre Derechos y Deberes de las Personas, que está relacionada con las acciones vinculadas a la atención de salud. El espíritu de esta ley cautela brindar una atención de calidad respetando los derechos esenciales de las personas (91).

Se encontraron estudios similares Sánchez L, (92). En su investigación titulada: “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad

en hospitales públicos”. Los resultados obtenidos fueron: la tuberculosis persiste como un problema de salud pública de grandes dimensiones. Un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo de la tuberculosis. La tuberculosis es causada por el bacilo de Koch, una bacteria transportada por el aire de persona a persona, como la del resfriado común. Si no se trata, una persona con tuberculosis activa puede infectar promedio de 10 a 15 personas por año. La tuberculosis ataca a las personas en todo el mundo, independientemente de su raza o poder económico. Muchas de sus víctimas viven en la pobreza, dónde la malnutrición, los problemas de saneamiento, y el hacinamiento promueve la propagación de dicha enfermedad.

El seguro integral de salud es un organismo público ejecutor del Ministerio de Salud, que tiene como finalidad velar por la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, también construir un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la tasa de morbimortalidad. Así también Promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza (93).

El seguro integral de salud administra fondos para el pago de las prestaciones que reciben sus asegurados en los distintos regímenes de financiamiento. El estado ha creado el fondo intangible solidario de salud, como un mecanismo para responder eficaz y eficientemente, y de manera focalizada, a las necesidades actuales y reales de la población. Como todo

seguro, el seguro integral de salud tiene exclusiones, y estas son: la cirugía profiláctica o estética, así como procedimientos para otros propósitos que no sean para mejorar el estado de salud; intervenciones financiadas para otras cuentas como el SOAT, EsSalud, estrategias, programas, etc.; así como atención fuera del país (93).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En los determinantes biosocioeconomicos en los adultos con tuberculosis que acudieron al Centro de Salud Yugoslavo, la totalidad tienen baño propio, la totalidad en combustible que usan para cocinar es a gas, la totalidad tienen energía eléctrica permanente, la totalidad en disposición de basura entierra, quema, carro recolector; casi la totalidad tiene vivienda propia, casi la totalidad suele eliminar su basura en carro recolector; la mayoría tiene trabajo eventual, la mayoría tiene vivienda unifamiliar, la mayoría el material del piso es loseta, vinílicos o sin vinílico, la mayoría en material de las paredes es de material noble ladrillo y cemento, la mayoría de la frecuencia con que pasan recogiendo la basura es al menos dos veces por semana; más de la mitad son de sexo femenino, más de la mitad son adulto maduro, más de la mitad tienen grado de instrucción superior no universitaria, más de la mitad tienen ingreso económico menor de 750.00 nuevos soles, más de la mitad el material del techo es de eternit, más de la mitad del número de personas que duermen en una habitación es de dos a tres miembros.
- En los determinantes de los estilos de vida en los adultos con tuberculosis que acudieron al Centro de Salud Yugoslavo; la mayoría no fumo, ni ha fumado nunca de manera habitual, la mayoría no consumen bebidas alcohólicas; la mayoría el número de horas que duerme es de (06 a 08) horas; la mayoría en la frecuencia con que se bañan es 4 veces a la semana; la mayoría no realiza actividad física en su tiempo libre, la mayoría no realizó ninguna actividad física en las dos últimas semanas durante más de 20

minutos; consumen fruta 3 o más veces a la semana; el alimento que consumen es carne a diario, alimentos que consumen 1 o 2 veces a la semana es huevo; el alimento que consumen es pescado de 3 o más veces a la semana; en su totalidad consumen fideos, pan y cereales diariamente; un poco menos de la mitad consumen verduras y hortalizas 1 o 2 veces a la semana, alimentos que consumen legumbres 1 o 2 veces a la semana; en menos de la mitad en alimentos que consumen es embutidos, enlatados menos de 1 vez a la semana, alimentos que consumen lácteos 3 o más veces a la semana, en alimentos que consumen dulces, gaseosas nunca o casi nunca, refrescos con azúcar nunca o casi nunca; alimentos que consumen es frituras a diario.

- Los determinantes de redes sociales y comunitarias en los adultos con tuberculosis que acudieron al Centro de Salud Yugoslavo, en su totalidad no reciben algún apoyo social organizado; en su totalidad en institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses fue en Centro de Salud, en su totalidad en tipo de seguro cuentan con SIS – MINSa; en su totalidad no cuentan con apoyo social de las organizaciones como pensión 65, comedor popular, vaso de leche, otros; la mayoría no recibe algún apoyo social natural; la mayoría en el tiempo que espero para que la atendieran les pareció corto, la mayoría refiere que no existe pandillaje o delincuencia cerca de sus casas; un poco más de la mitad refiere que la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud fue buena; un poco menos de la mitad especificaron el lugar donde lo atendieron esta regular de su casa.

5.2. Recomendaciones

- Difundir, Sensibilizar y concientizar a las autoridades, para que por medio de los resultados encontrados coordinen, elaboren y ejecuten acciones a favor de un adecuado estilo de vida, a fin de contribuir y enriquecer los conocimientos para mejorar los determinantes de la salud de los adultos con tuberculosis.
- Hacer llegar los resultados obtenidos en la presente investigación al personal de salud y autoridades del “Centro de Salud Yugoslavo” con la finalidad de fomentar hábitos saludables en los adultos con tuberculosis. Nuevo Chimbote.
- Concientizar más al personal del “Centro de Salud Yugoslavo”, a que realicen campañas de salud de promoción, prevención y despistaje para los adultos con tuberculosis. Centro de Salud Yugoslavo, en cuanto a la prevención y/o tratamiento de estas enfermedades. Optando por diseñar e implementar más programas educativos que estén dentro del paquete de atención y puedan mejorarse los hábitos de vida de los adultos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Dirección de Salud Lima V Rímac, San Martín de Porres, Los Olivos. Lima. Marzo. 2012.
2. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
3. Blouin C, Chopra M, van der Hoeven R. Trade and social determinants of health. Lancet. 2012;373:502-7
4. Dunn JR, Walker JD, Graham J, Weiss CB. Gender differences in the relationship between housing, socioeconomic status, and self-reported health status. Rev Environ Health. 2012;19:177-95
5. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
6. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
7. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22

8. Muntaner C, Chung H. Comentario: Determinantes Macrosociales, Epidemiología y política de salud: ¿se debe prohibir la política y la economía de los determinantes sociales de la investigación en salud? *J Política de Salud Pública*. 2012; 29: 299-306
9. Johnson S, Abonyi S, Jeffery B, Hackett P, et al. Recomendaciones para la acción sobre los determinantes sociales de la salud: una perspectiva canadiense. *Lanceta*. 2012; 372: 1690-3.
10. Raphael D. Consideraciones serias sobre los determinantes sociales de la salud: nuevas orientaciones para los trabajadores de la salud pública. *Promot Educ*. 2012; 15: 1520.
11. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
12. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
13. Diario de Chimbote. Número de pacientes con tuberculosis ha aumentado en Chimbote y cono sur. Portada noticias locales 79024. Perú. Agosto; 2015.
14. INEI. Construcción de indicadores demográficos a partir de censos y encuestas-Perú 2011.
15. Mariscal A, Ramírez C, Fuentes J, Zenteno R; “Conocimiento de tuberculosis pulmonar en pacientes y sus contactos en Veracruz, México” 2013 [citado 20 – 07 – 13] disponible en: <http://132.248.9.1:8991/hevila/Altepepaktli/2007/vol3/no6/1.pdf>

16. Tovar C, García C; “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2012”. Colombia. Agosto 2014. Nro. 027. 2004.
17. Heredia N. Puc-Franco, Caamal-Ley, Vargas-González. Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México.2014 Rev Biomed. 2012;23:113-20.
18. Retamozo, R; "Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de la tuberculosis en los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional - de Tuberculosis en el Centro de salud TAHUANTINSUYO ALTO. Lima (2010}.
19. Castillo P; Factores personales que influyen en el despistaje de tuberculosis pulmonar, en los contactos: Centro de Salud Villacampa – Rímac (32 p. tab.) 1997 [citado 04 – 08 – 11], disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=309141&indexSearch=ID>.
20. Salvador, G. y Quispe, K.: Efectividad del Programa Educativo "Cuidando mi Salud", en el Nivel de Conocimiento sobre Medidas Preventivas del cuidador del Paciente con Tuberculosis. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote. (2011).

21. Diario el correo. La tuberculosis. [Http://diariocorreo.pe/ciudad/207-murieron-con-tbc-en-el-2013-en-ancash-44448/](http://diariocorreo.pe/ciudad/207-murieron-con-tbc-en-el-2013-en-ancash-44448/)
22. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial.
23. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009.
24. Dalhigren, G. Whitehead, M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006.
25. Rodríguez Bayarri MJ, Madrid San Martín F. Tuberculosis pulmonar como enfermedad profesional. Arch Bronconeumol 2004;40(10):467-72.
26. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
27. Comité Nacional del Adulto Mayor (1996). Política nacional para el adulto mayor. Documento completo. Chile.
28. Doctorado en Salud Pública, Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú, e-mail: fmusayon@upch.edu.pe.

29. Enfermeros en acción. Modelo de atención de enfermería de promoción de la Salud de Nola Pender. 2009 [Citado 20 julio 2012]. Disponible en: <http://blogsdelagente.com/enfermeros-en-accion-por-la-salud-eal/2009/07/31/modelo-atenacion-enfermeria-promocion-la-salud-de/>.
30. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
31. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
32. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
33. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
34. Pérez J. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>.
35. OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet].

Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL:
<http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>.

36. Jauraritz E. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID.

37. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM): México; 2010. Disponible en:
<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>

38. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL:
<http://definicion.de/ocupacion/>.

39. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf

40. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.

41. Martínez R. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_7_36_1.pdf
42. Martos E. Analisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20re%20des%20sociales.pdf>
43. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
44. Sánchez L. : “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en: <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfacion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>.
45. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.

46. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
47. World Health Federation. Gender. Geneva-Switzerland, 2015. [cited 2015 12-11]. Available from: <http://www.who.int/topics/gender/en/>.
48. He X-c, Zhang X-x, Zhao J-n, Liu Y, Yu C-b, Yang G-r, et al. Epidemiological Trends of Drug-Resistant Tuberculosis in China From 2007 to 2014: A Retrospective Study. *Medicine*. 2016;95(15):e3336.
49. Yamamura M, Freitas IMd, Santo Neto M, Chiaravalloti Neto F, Popolin MAP, Arroyo LH, et al. Spatial analysis of avoidable hospitalizations due to tuberculosis in Ribeirao Preto, SP, Brazil (2006-2012). *Revista de Saúde Pública*. 2016;50.
50. Acuña VR, Jaimet MC. Características de la Tuberculosis en pacientes VIH/SIDA. Reporte de 30 casos. 2012.
51. World Health Organization. Tuberculosis. Switzerland, 2016. [cited 2016, 30-05]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>.
52. Definición ABC. [citado 31 Junio 2015] Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/capacitacion.php>
53. Educación para la Salud. México. Secretaría de Educación y Gobierno del Estado de Jalisco. Julio–septiembre 2006.

54. Muñoz Ll. Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre Tuberculosis Pulmonar y algunos Factores Sociodemográficos de los Expendedores de Alimentos Preparados en el AA.HH. Ermitaño Alto – Independencia. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú 2000.
55. Segarra Obiol F. Enfermedades broncopulmonares de origen ocupacional. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1985. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192009000400007
56. Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en: <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>.
57. López C. Concepto y medición de la pobreza. Rev Cubana Sal Públ [Internet]. 2007 [citado mayo 2010];33(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662007000400003&script=sci_arttext.
58. López P. Concepto y medición de la pobreza. Rev Cubana Sal Públ [Internet]. 2007 [citado mayo 2014];33(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662007000400003&script=sci_arttext.

59. Toledo C. GJ. Fundamentos de salud pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192009000400007.
60. Álvarez R. Aval sobre el manual para la intervención en salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 [citado mayo 2012]; 19(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_3_03/mgi12303.htm
61. Beare / Myers, Edit. Harcourt Brace. El tratado de enfermería Mosby. Vol. 2. 2da edición. España; 2008.
62. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable 2011. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
63. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2010. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2010.
64. Richeldi L. Una actualización sobre el diagnóstico de la infección tuberculosa. Am J Respir Crit Care Med. 2006; 174 (7) : 736-42 .
65. Molina S, López C, Hernández A. Un estudio ecológico sobre tuberculosis en un municipio de Cuba. Cad salud publ. 2003; 19(5):1305-12.
66. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el mejoramiento de la calidad del agua a nivel casero 2010. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2010.

67. Zeballos C. Estudio sobre Saneamiento básico en la población de Maynas-Loreto [trabajo para optar el título de Medicina]. Perú: Universidad Nacional de Loreto; 2012.
68. Madrid I. El Gas Natural .El Recorrido De La Energía, 2013. [Base de datos online]. Disponible en: <http://www.fenercom.com/pdf/aula/recorrido-de-la-energia-gas-natural.pdf>
69. Fernández L, Salas R. Tesis titulada Estilo de vida y Alimentación de la persona adulta A.A. H.H. Tres Estrellas Chimbote, 2011. [trabajo para optar el título de Licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote Privada; 2011.
70. Ministerio De Salud “Estrategia Nacional de lucha contra las drogas 2012-2016” (15 de enero 2013) Disponible en (URL:http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/11793/PLAN_11793.pdf)
71. Fernández L. “Drogodependencias: Farmacología, patología psicología, Legislación”.3ra Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires.2010.Cap.XXVII, pg.213.
72. Anibarro L, Lires J, Iglesias F, Vilariup C, Baloria A, Ares de Lis J,Ojea R.Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra.Gac Sanit 2004;18(1):21-5.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400007

73. Ministerio De Salud Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis, 2014. Op. Cit. pg. 77
74. Gonzales J. “Actividad física, deporte y vida”.1ra edición. Editorial Grafo.C. Vasco- España .2003 Cap. V. pg. 53
75. Duque H, Yepes R “Como alcanzar la superación y éxito personal”, 7ma Edición. Editorial San Pablo .Bogotá-Colombia. 2007 pg. 56-58
76. Benites M, Salinas M. “Cuidados paliativos y atención primaria” 1ra Edición. Editorial Springer Barcelona, España.2000.Cap.XIX, pg. 210-211
77. Tobón O. “El autocuidado una habilidad para vivir” 2011 (29 de junio) Disponible (URL: <http://promocionsalud.ucaldas.edu.pdf>).
78. Ministerio de Salud. Etapa de Vida Adulto 2013. Perú: Ministerio de Salud; 2013.
79. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la promoción de la alimentación y nutrición saludable 2010. Perú: Ministerio de Salud; 2010.
80. Romero P, Álvarez M, Álvarez A. Los factores ambientales como determinantes del estado de salud de la población. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2007 [citado mayo 2010];45(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol45_2_07/hie01207.html
81. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la promoción de la alimentación y nutrición saludable 2010. Perú: Ministerio de Salud; 2010.

- 82.** García P. “Fundamento de Nutrición” .1ra Edición.Editorial.Universidad Estatal de Costa Rica. San José, Costa Rica .1983. pg 217.
- 83.** Ministerio De Salud “Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis. 2013. Op. Cit. pg.76-77
- 84.** Zent C, Smith P. Study of the effect of concomitant food on the bioavailability of rifampicin, isoniazid and pyrazinamide. *Tuber lung Dis* 1999; 76 (Apr): 109 – 113.
- 85.** Sánchez B. “Dimensión Espiritual del cuidado de Enfermería en situación de enfermedad y muerte”, Editorial Universidad Nacional de Colombia, Bogota- Colombia 2010. pg. 73-75.
- 86.** Van k, a. “the dynamics of spiritual self direction”. *Dimension, denville, New Jersey*.2011 citado por Goddard, Nancy. Op. Cit., pg. 808 – 815.
- 87.** Fernández R. *Redes sociales, apoyo social y salud. periférie*. 2009; 149 (3): 1-16.
- 88.** Gracia E, Herrero J. La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario.*Scielo*.2006; 38 (2): 327-342.
- 89.** Ministerio de Salud. *Análisis de la situación de salud 2011*. Perú: Ministerio de Salud; 2011.

- 90.** Villanueva A. Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación. análisis espacial de las localidades de Necochea y Quequén. Revista Transporte y Territorio. 2010; 2(4): 136-157.
- 91.** Minsa. Norma Técnica de Salud N° 041-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis", aprobada por R.M. N° 383-2006/MINSA, Lima 2006.
- 92.** Sánchez L: "Satisfacción en los Servicios de Salud y su relación con la calidad en hospitales públicos" [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>.
- 93.** Ministerio de Salud: Seguro Integral de Salud. 10 años financiando la salud de los peruanos [artículo de internet]. 2002-2012. [accedido 10-03-2016]. Disponible en: [http://www.sis.gob.pe/portal/mercadeo/Material_consulta/BrochureSIS_10 añosfinansaludperuanos](http://www.sis.gob.pe/portal/mercadeo/Material_consulta/BrochureSIS_10_añosfinansaludperuanos).



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ANEXO 1

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA D

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA DEL PERU

Elaborado por Vélchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

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

2. **Edad:**

- Adulto Joven (20 a 35 > años) ()
- Adulto Maduro (35 a 60 > años) ()
- Adulto Mayor (60 a más años) ()

3. **Grado de instrucción:**

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

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

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

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia:

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

- Alquiler venta ()
- Propia ()

6.3. Material del piso:

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

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

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

6.6 Cuantos personas duermen en una habitación

- 4 a más miembros ()

- 2 a 3 miembros ()
- Independiente ()

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

- Diario ()
- Dos a tres veces por semana ()
- Una vez a la semana ()
- Una vez al mes ()
- Ocasionalmente ()

- No consumo ()

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

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

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

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

21. DIETA:

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

Alimentos:	Diario	3 o más veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
• Fruta					
• Carne (Pollo, res, cerdo, etc.)					
• Huevos					
• Pescado					
• Fideos, arroz, papas.....					

• Pan, cereales					
• Verduras y hortalizas					
• Legumbres					
• Embutidos, enlatados					
• Lácteos					
• Dulces, gaseosas					
• Refrescos con azúcar					
• Frituras					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

- Otros si () no ()

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

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

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

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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

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

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO 2

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

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

Tabla

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

N°	V de Aiken	N°	V de Aiken
1	1,000	14	1,000
2	1,000	15	1,000
3	1,000	16	1,000
4	1,000	17	1,000
5	0,944	18	1,000
6.1	1,000	19	1,000
6.2	1,000	20	1,000
6.3	1,000	21	1,000
6.4	1,000	22	1,000
6.5	1,000	23	1,000

6.6	1,000	24	1,000
7	1,000	25	1,000
8	1,000	26	1,000
9	1,000	27	1,000
10	1,000	28	1,000
11	1,000	29	1,000
12	1,000	30	1,000
13	1,000		
Coefficiente V de Aiken total		0,998	

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

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

ANEXO N° 3

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

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

14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento														0,998

ANEXO N° 04

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								
P6.1								
Comentario:								
P6.2								
Comentario:								

P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									

Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									

Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
6 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
P25									
Comentario:									

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

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

Gracias por su colaboración.



ANEXO N° 05

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE
CHIMBOTE**

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS CON
TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO – NUEVO
CHIMBOTE, 2015**

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

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

.....

FIRMA

ANEXOS N° 01
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS Y
AMBIENTALES

GRÁFICO N°01

GRÁFICO SEGÚN SEXO EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO
DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

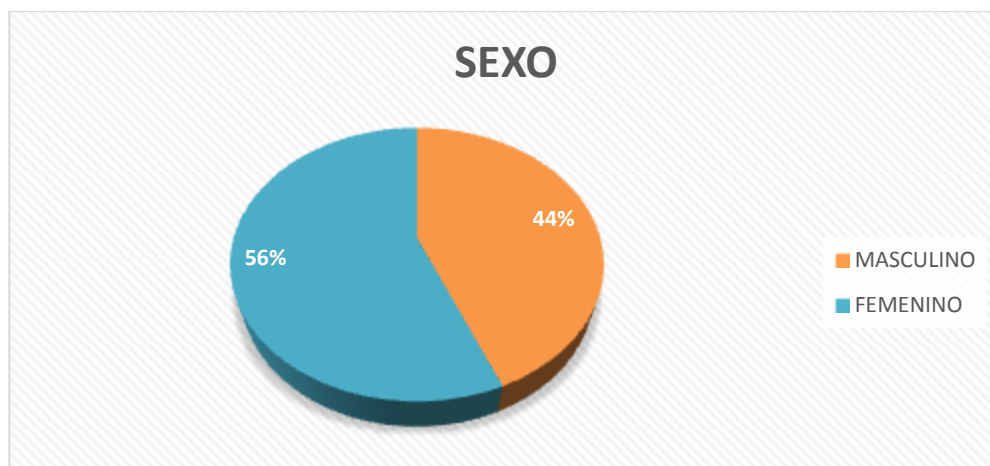
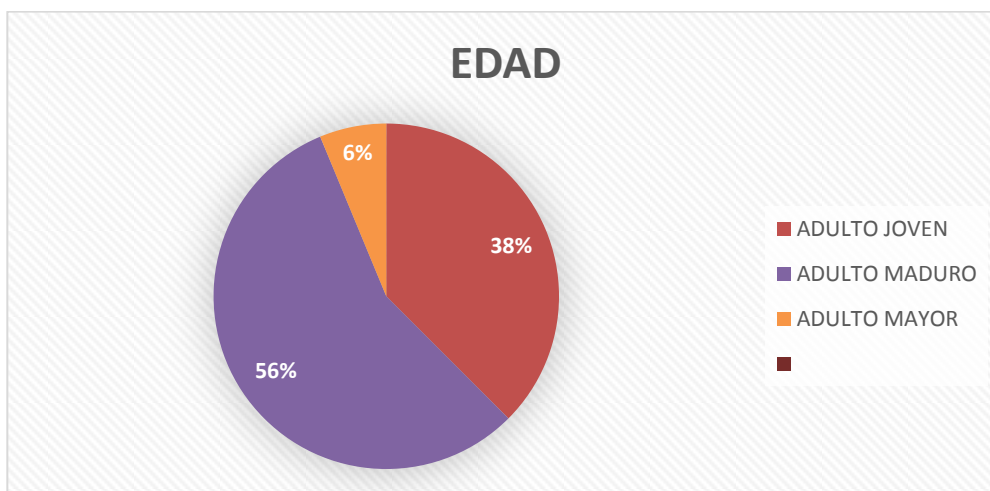


Figura: Tabla N°01

GRÁFICO N°02

GRÁFICO SEGÚN EDAD DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS,
CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Fuente: Tabla N°01

GRÁFICO N°03

GRÁFICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

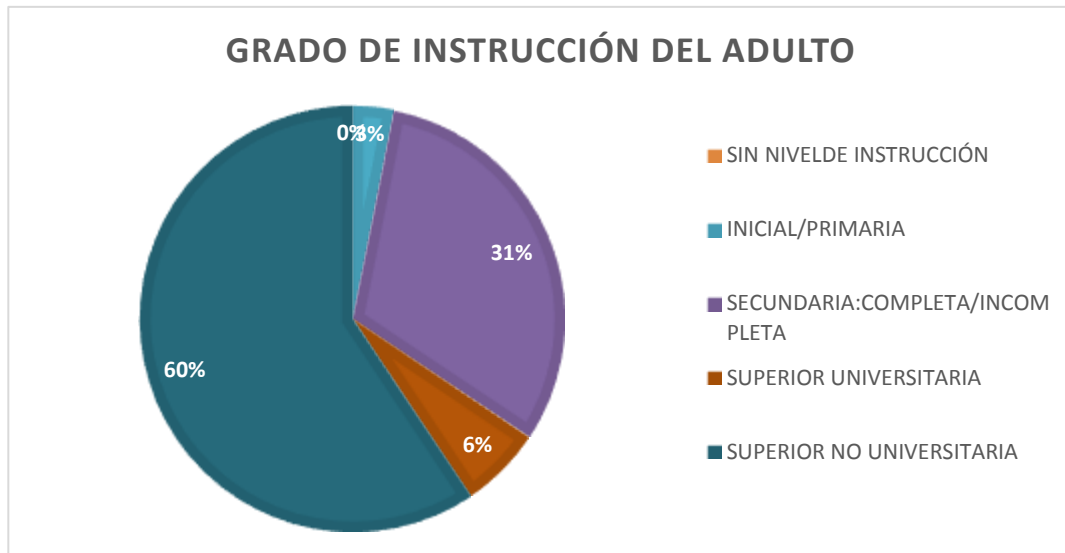


Figura: Tabla N°01

GRÁFICO N°04

GRÁFICO SEGÚN INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR DE ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

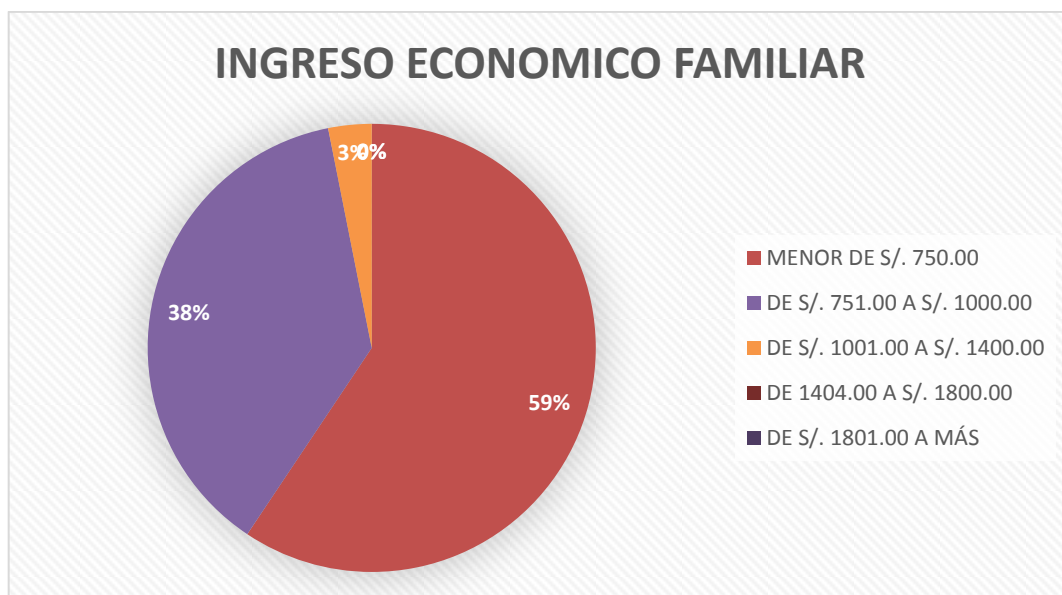


Figura: Tabla N°01

GRÁFICO N°05

GRÁFICO SEGÚN OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

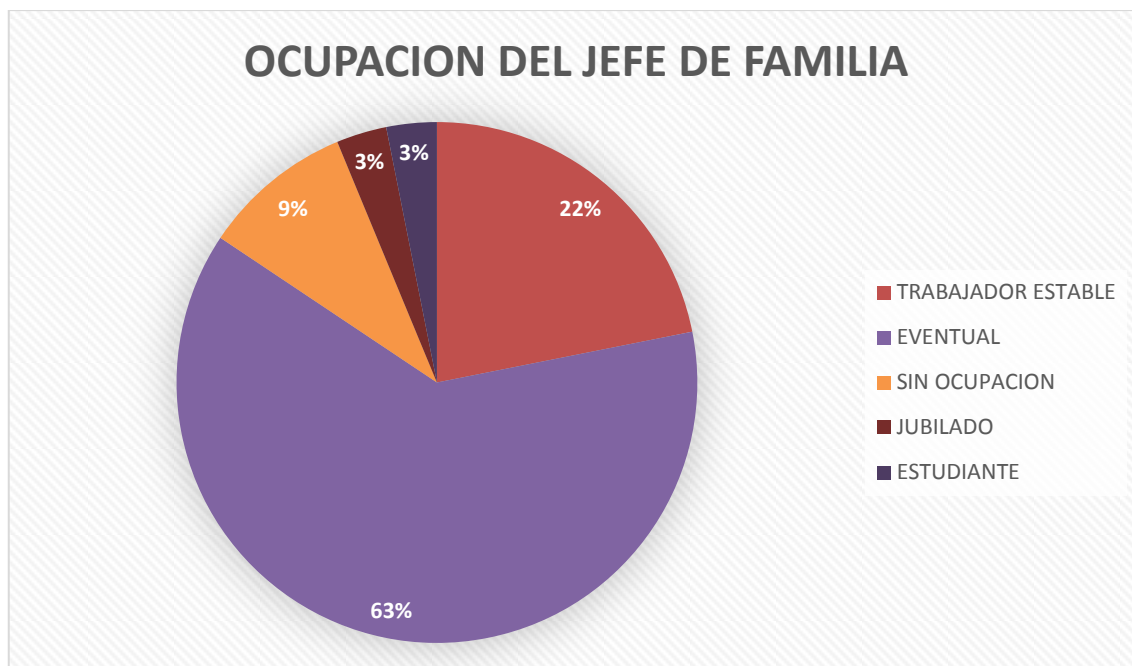


Figura: Tabla N°01

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRÁFICO N°06

GRÁFICO SEGÚN TIPO DE VIVIENDA DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

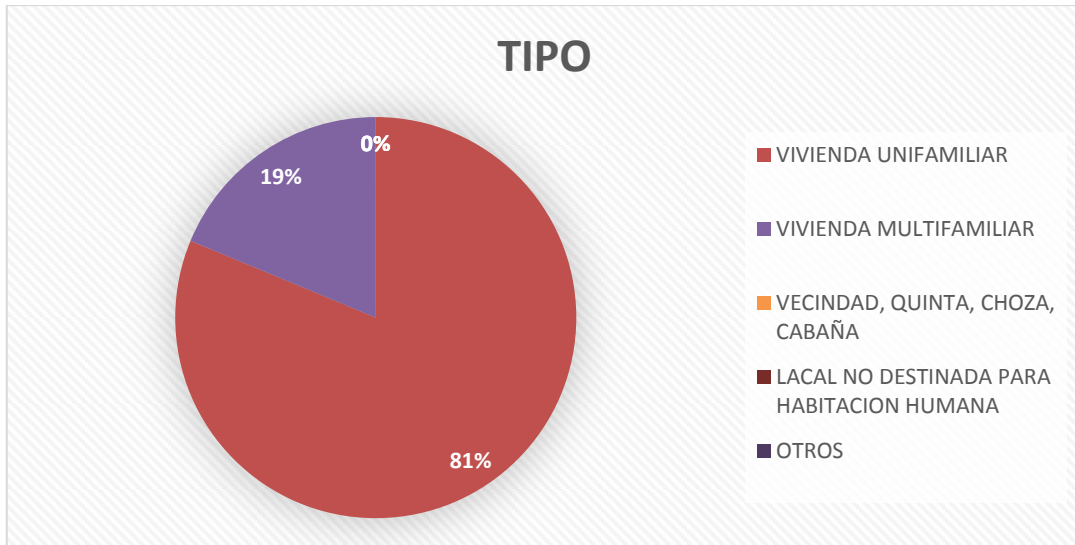


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°07

GRÁFICO SEGÚN TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

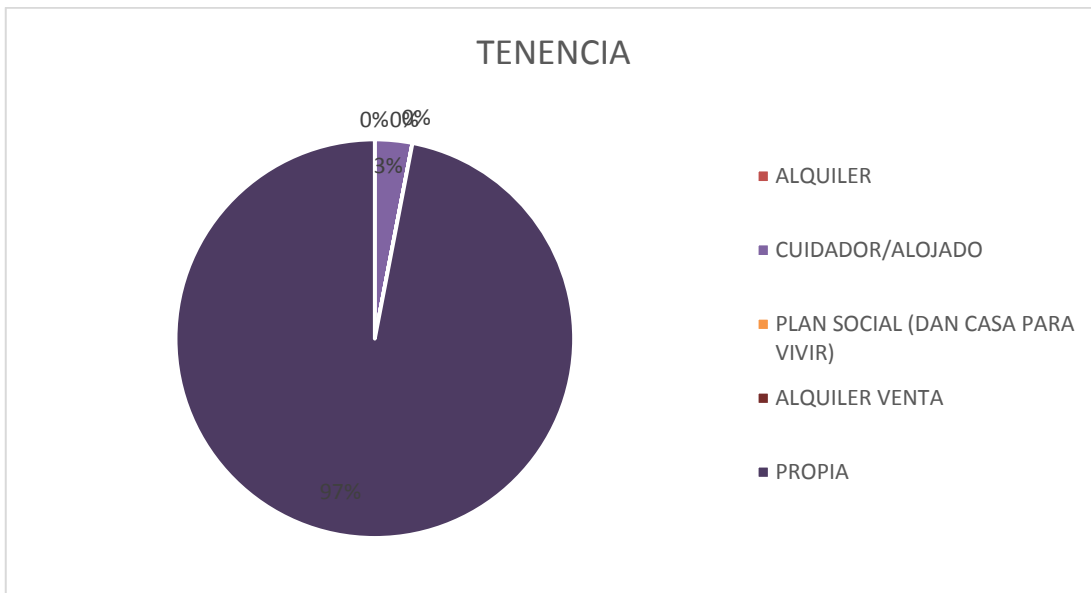


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°08

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

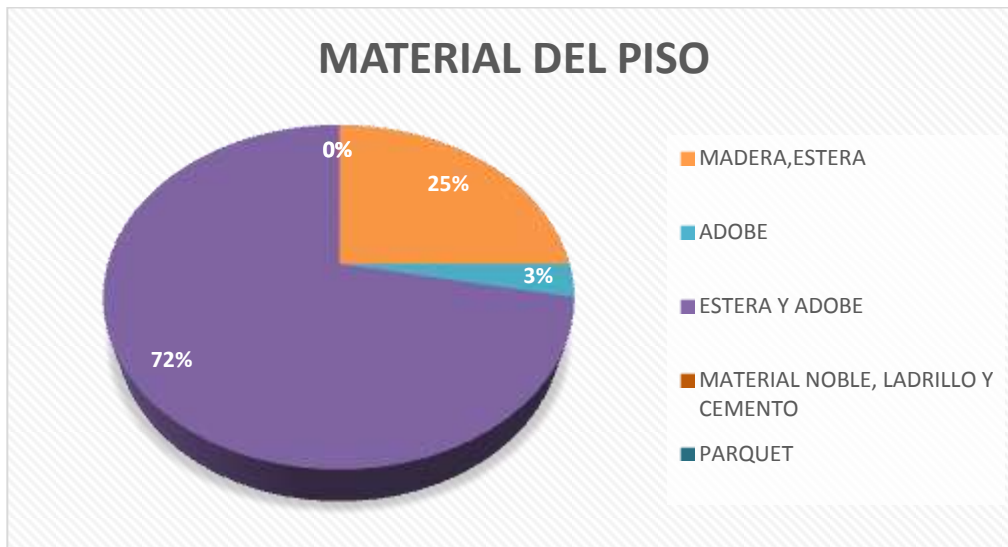


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°09

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

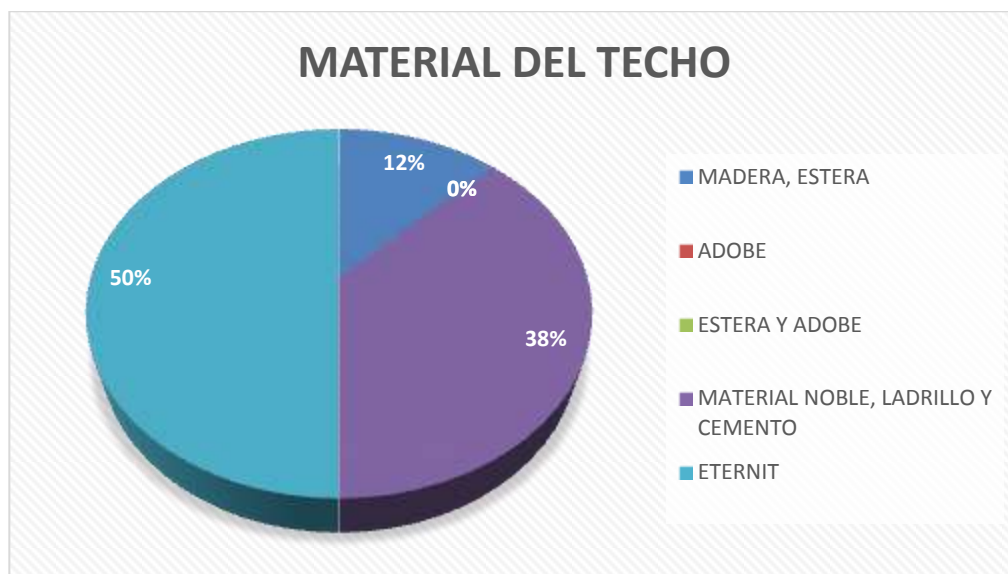


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°10

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

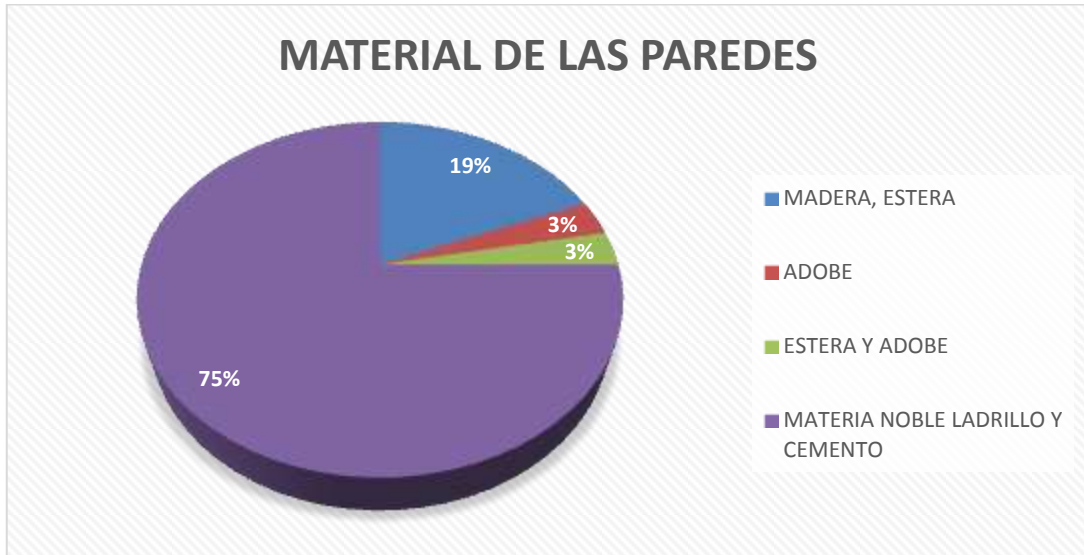


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°11

GRÁFICO SEGÚN NÚMERO DE PERSONAL QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN CON LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

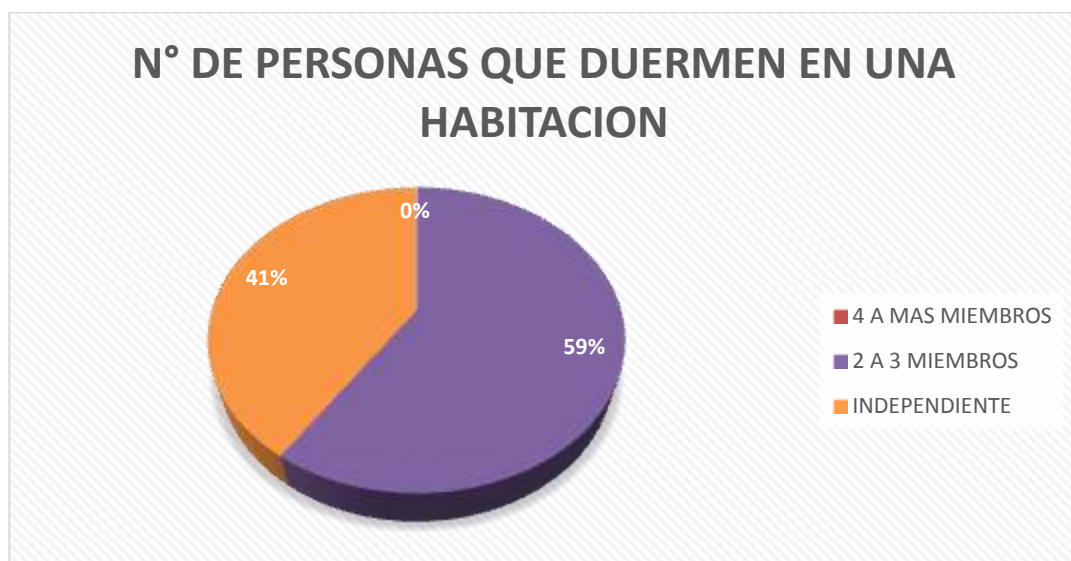


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°12

GRÁFICO SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

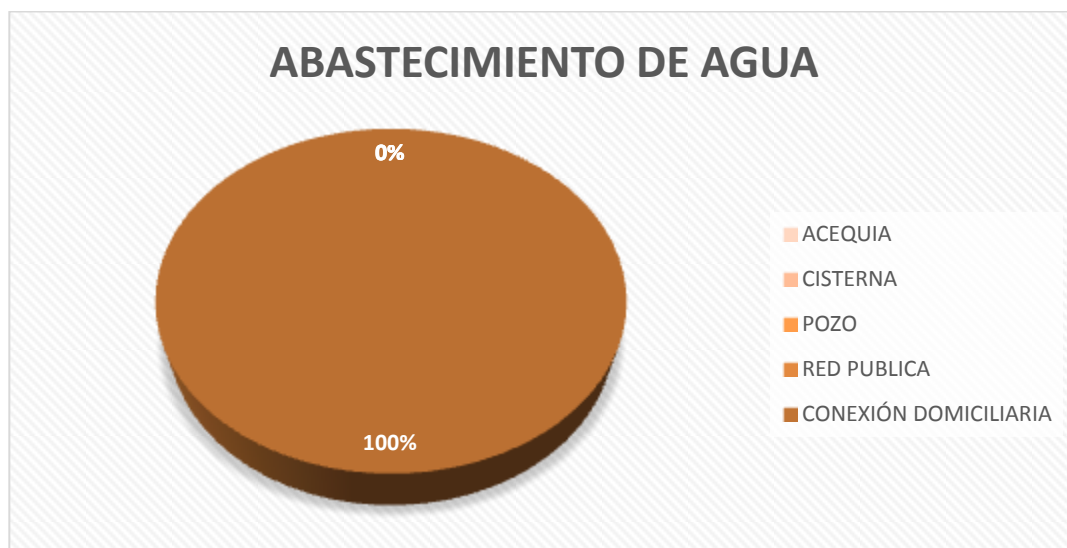


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°13

GRÁFICO SEGÚN ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°14

GRÁFICO SEGÚN COMBUSTIBLE QUE SE UTILIZA PARA COCINAR EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°15

GRÁFICO SEGÚN ENERGÍA ELÉCTRICA QUE SE UTILIZAN EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

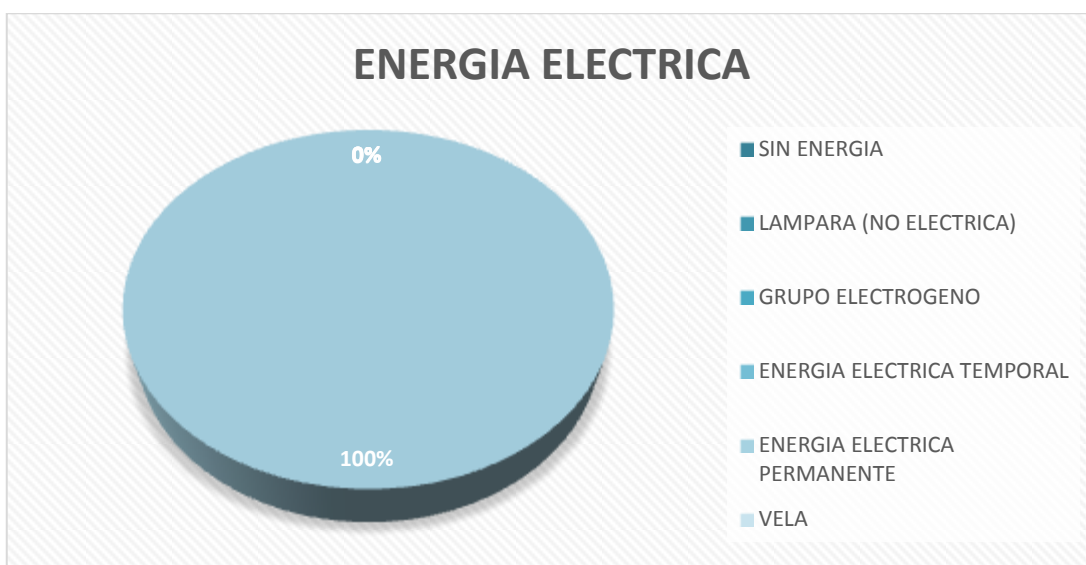


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°16

GRÁFICO SEGÚN DISPOSICIÓN DE LA BASURA EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

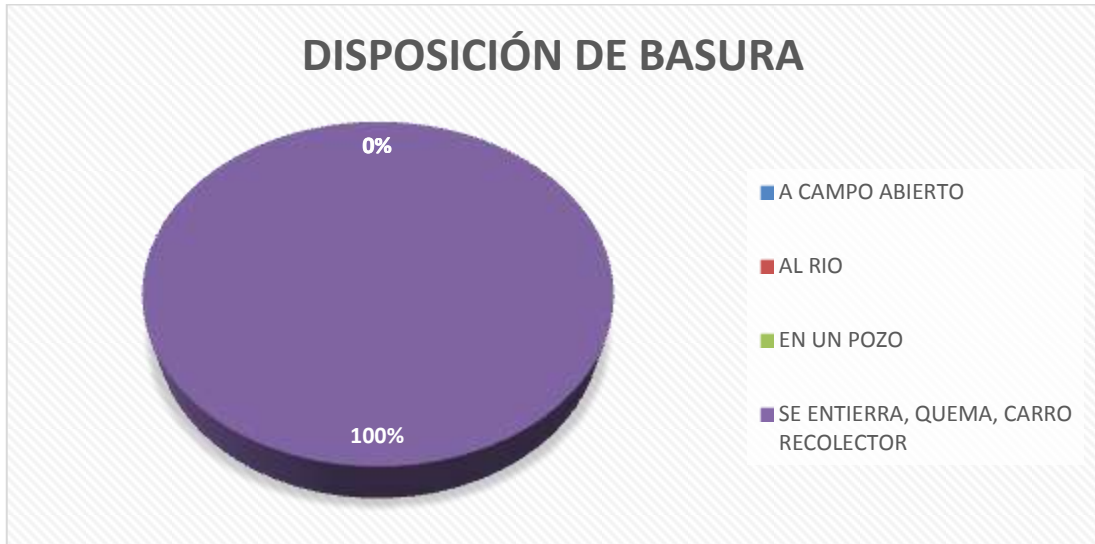


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°17

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

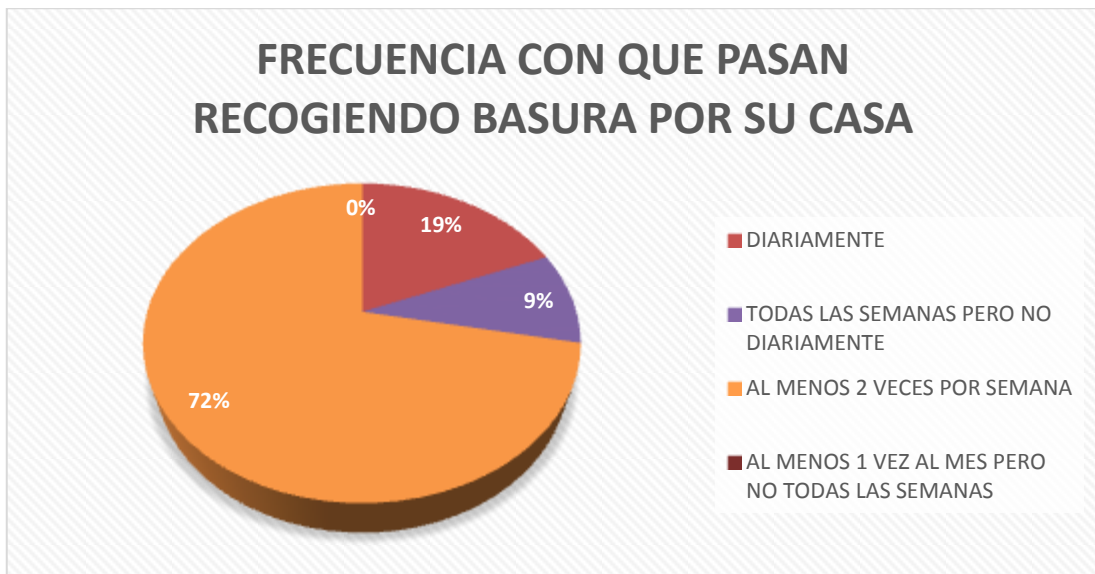


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°18

GRÁFICO SEGÚN LUGARES DONDE SUELEN ELIMINAR LA BASURA DE LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

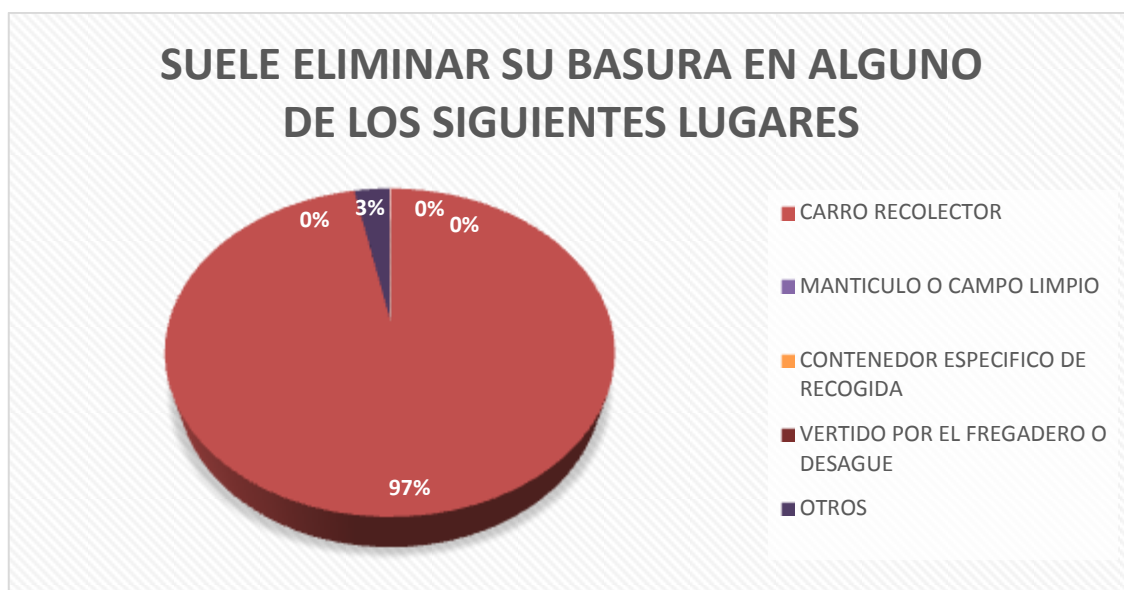


Figura: Tabla N°02

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

GRÁFICO N°19

GRÁFICO SEGÚN TIENEN HÁBITO DE FUMAR ACTUALMENTE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

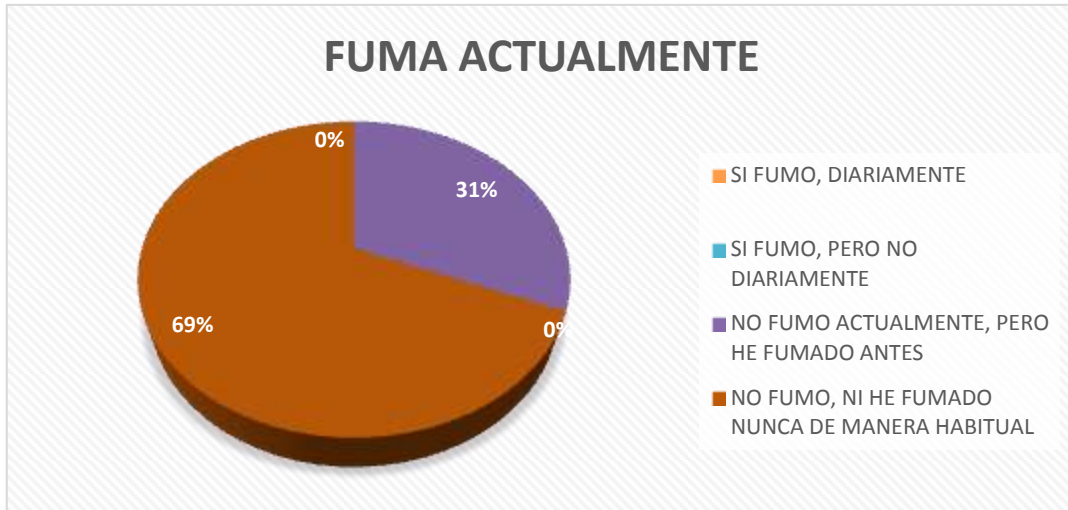


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO N°20

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE INGIEREN BEBIDAS ALCOHÓLICAS LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Figura: Tabla N°03

GRÁFICO N°21

GRÁFICO SEGÚN NÚMERO DE HORAS QUE DUERMEN LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Figura: Tabla N°03

GRÁFICO N°22

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑAN LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

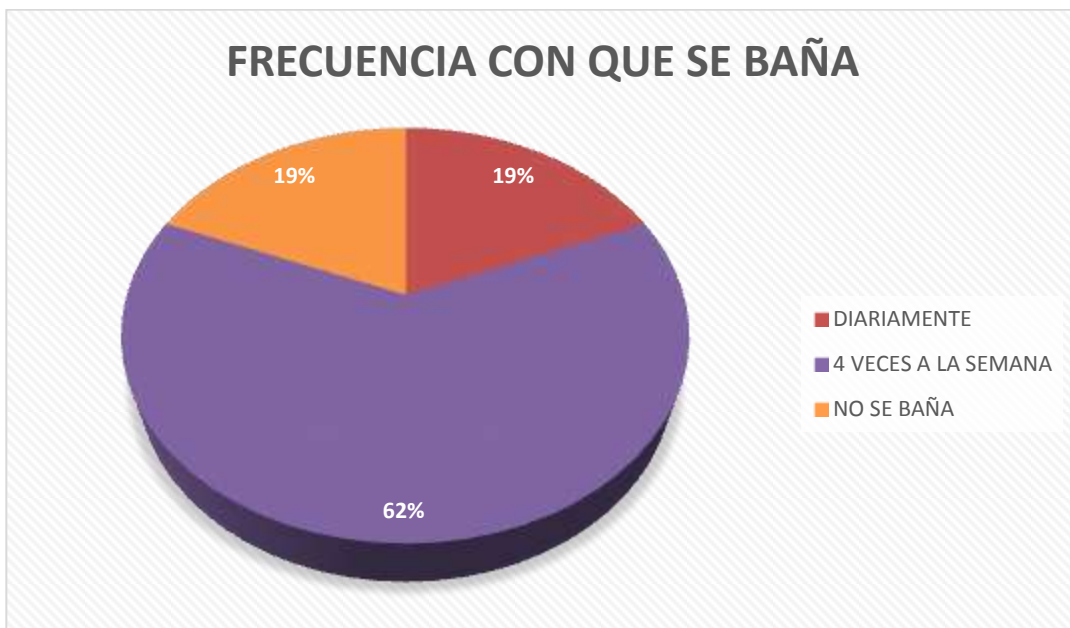


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO N°23

GRÁFICO SEGÚN EN TIEMPO LIBRE QUE REALIZAN ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Figura: Tabla N°03

GRAFICO N°24

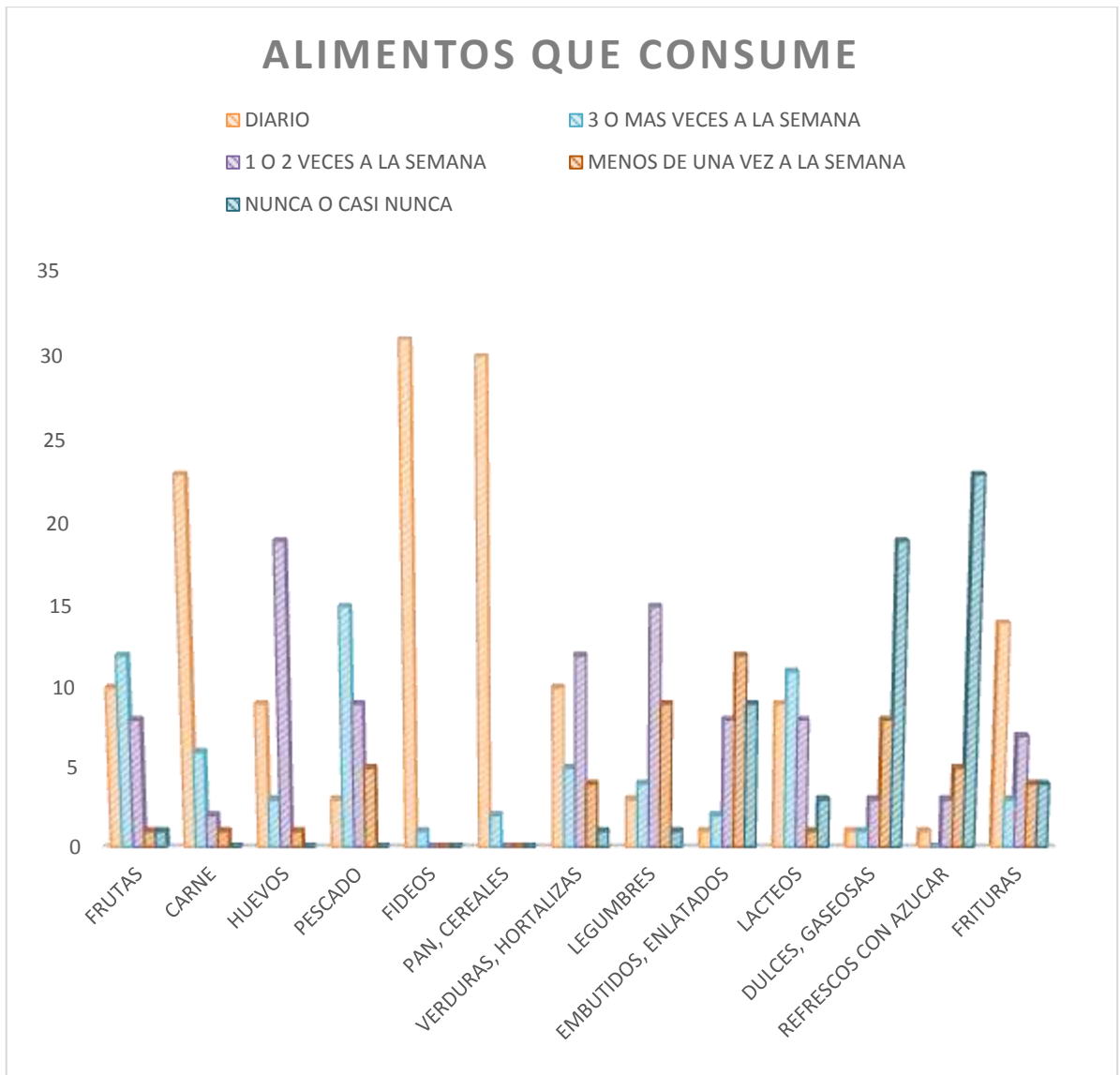
GRÁFICO SEGÚN EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS REALIZARON ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Figura: Tabla N°03

GRÁFICO N°25

GRÁFICO SEGÚN CONSUMO DE ALIMENTOS EN LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Fuente: Tabla N°03

TERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO

GRÁFICO N°26

GRÁFICO SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIERON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

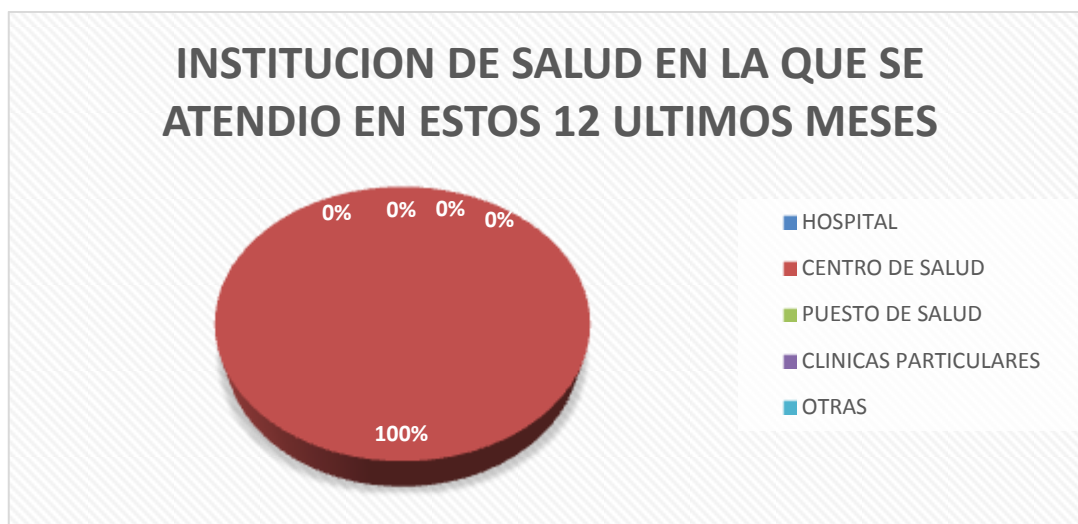
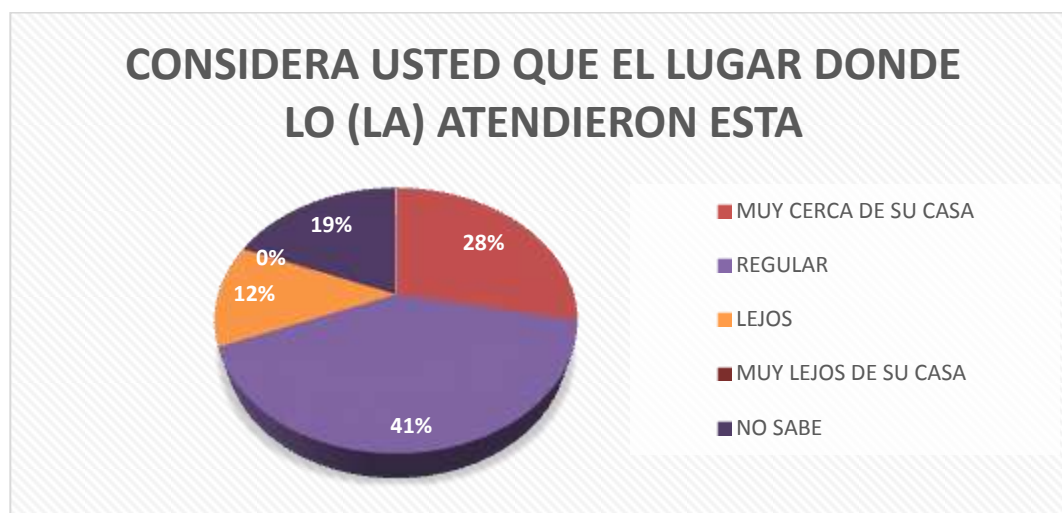


Figura: Tabla N°04

GRAFICO N°27

GRÁFICO SEGÚN UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE ATENDIERON EN RELACIÓN A LA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Fuente: Tabla N°04

GRÁFICO N°28

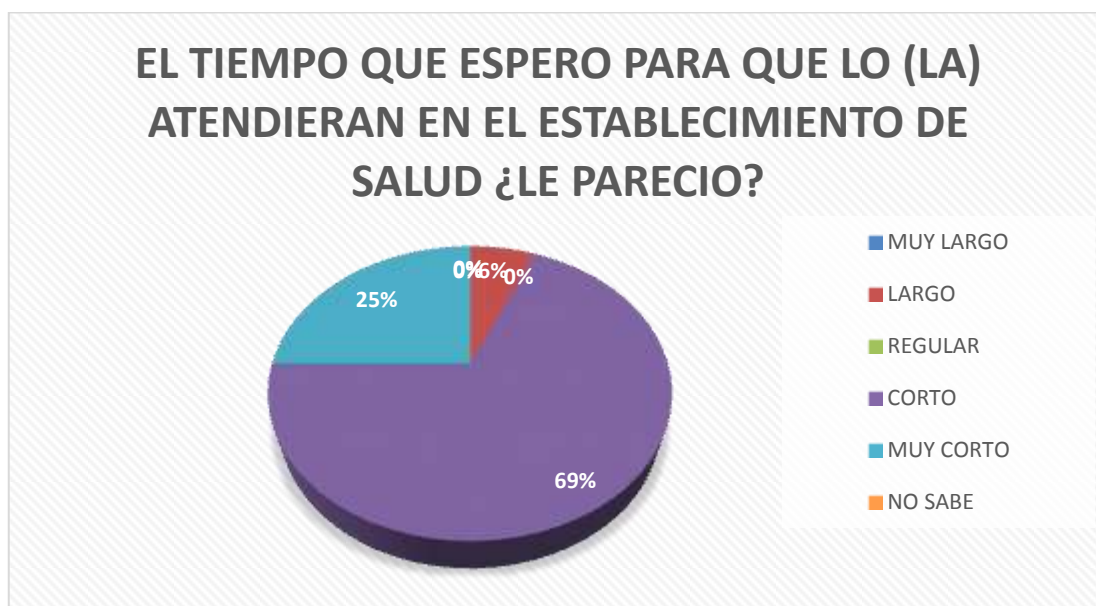
GRÁFICO SEGÚN TIPO DE SEGURO QUE TIENEN LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Fuente: Tabla N°04

GRÁFICO N°29

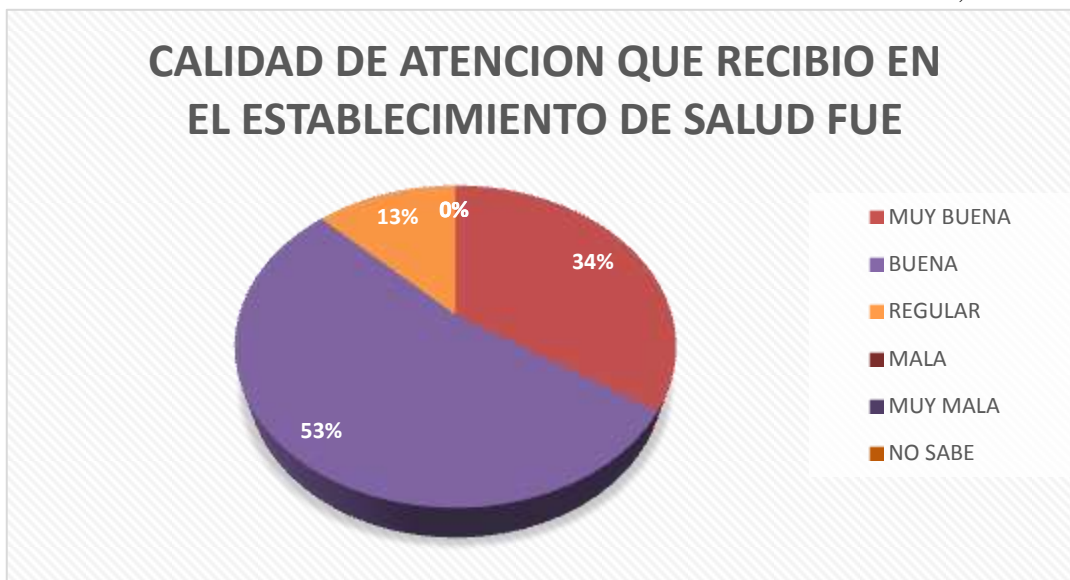
GRÁFICO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Fuente: Tabla N°04

GRÁFICO N°30

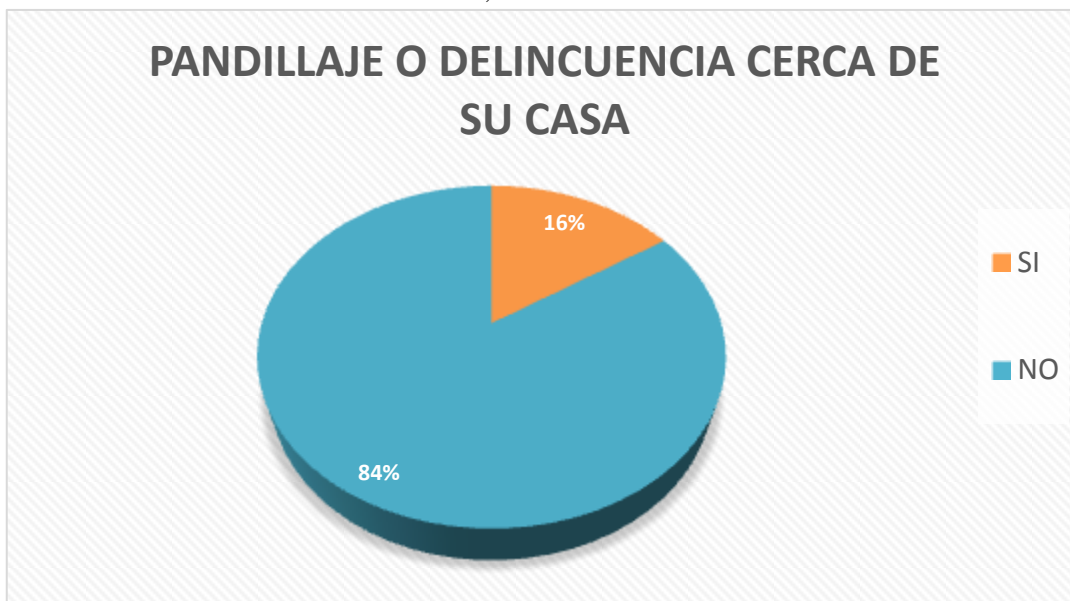
GRÁFICO SEGÚN CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE RECIBIERON EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Fuente: Tabla N°04

GRÁFICO N° 31

GRÁFICO SEGÚN PRESENCIA DE PANDILLAJE O DELICUENCIA CERCA DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Fuente: Tabla N°04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL

GRÁFICO N° 32

GRÁFICO SEGÚN RECIBEN ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015

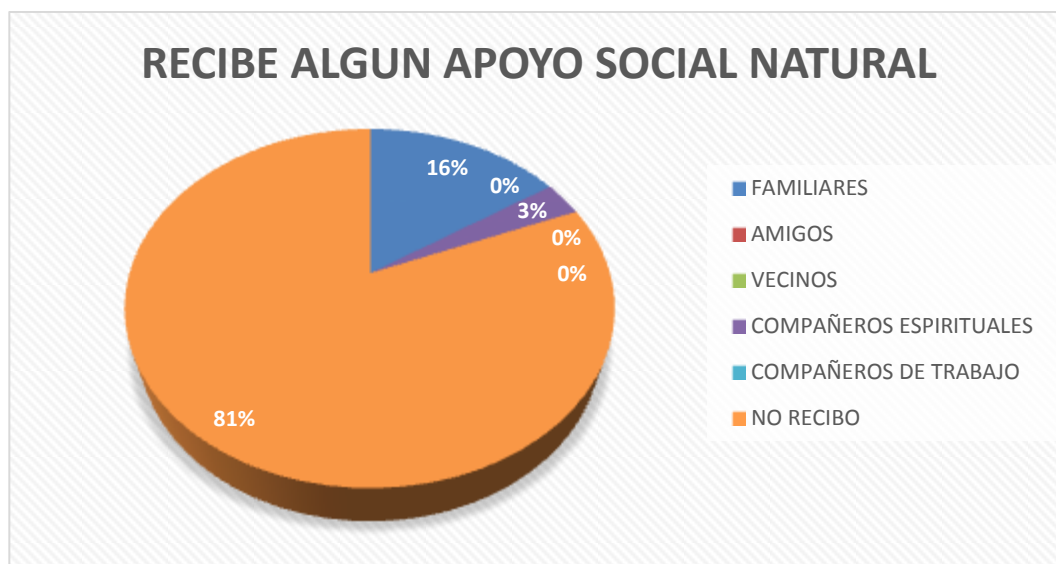


Figura: Tabla N°05

GRÁFICO N°33

GRÁFICO SEGÚN RECIBEN ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Figura: Tabla N°05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN

GRÁFICO N°34

GRÁFICO SEGÚN APOYO QUE RECIBEN DE ALGUNAS ORGANIZACIONES LOS ADULTOS CON TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD YUGOSLAVO - NUEVO CHIMBOTE, 2015



Figura: Tabla N°06