



---

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA  
DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA

AUTORA

MARYLIA FERNANDA QUISPE TORRES

ASESORA

DRA. MARIA ADRIANA VILCHEZ REYES

TACNA - PERÙ

2018

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

DRA. MARIA ELENA URQUIAGA ALVA  
**PRESIDENTA**

MGTR. LEDA MARIA GUILLEN SALAZAR  
**SECRETARIA**

MGTR. FANNY ROCIO ÑIQUE TAPIA  
**MIEMBRO**

## **AGRADECIMIENTO**

A la comunidad de Tarata por los servicios y facilidades brindadas para la realización de la presente investigación.

A la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, a la planta docente de la escuela profesional de enfermería por los conocimientos adquiridos a lo largo de mi formación

Mención especial a la MS. Elva Maldonado de Zegarra, mi asesora por brindarme su ayuda cuando la necesite, por ser una persona con la que puedo contar siempre, por corregir mis errores y por el cariño que me brinda.

## DEDICATORIA

Con mucho amor dedico este trabajo de investigación a Dios por darme la fuerza necesaria para seguir adelante, guiando mis pasos y haciendo que renueve mi fe en él constantemente.

A Fernando y Luzmila, mis amados padres por estar conmigo en este largo camino, inculcarme valores y principios y por su amor incondicional.

A mi sobrina, Luana y a mis hermanas (o) Belén, Karla, Daniela y Marcelo a quienes amo infinitamente, les dedico este trabajo de investigación por estar día a día conmigo, por darme ánimos en este camino.

Y la familia Aponte Zúñiga por el apoyo moral e incentivarme a superarme cada día más.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general describir los determinantes de la salud en la persona adulta del distrito de Tarata- Tacna, 2013. La muestra estuvo constituida por 292 personas adultas a quienes se les aplicó el instrumento cuestionario sobre los determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics versión 18,0 para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos. Concluyendo que: la mayoría material de sus viviendas son de eternit, abastecimiento de agua dentro de la vivienda, baño propio, usan gas para cocinar, energía eléctrica permanente, usan el carro recolector, duermen de 06 a 06 horas, se baña diariamente, no se realiza examen médico, consumen frutas, carnes, fideos, pan y lácteos diariamente, no recibe apoyo social, se atendió en un centro de salud cerca de su vivienda; más de la mitad son de sexo masculino, ingreso económico menor de 750 soles, trabajo estable, vivienda unifamiliar, paredes de adobe, no fuman, existe pandillaje: menos de la mitad cuenta con secundaria completa, piso de loseta, duerme de 2 a 3 horas, no consumen bebidas alcohólicas, camina más de 20 minutos y poco menos de la mitad tiene vivienda propia.

**Palabra clave:** Adulto, Determinantes, Salud.

## ABSTRACT

The present work of investigation of quantitative type, descriptive with design of a single box. Its general objective is to describe the determinants of health in the adult person of the district of Tarata-Tacna, 2013. The sample was constituted by 292 adults to whom the questionnaire instrument on the determinants of health was applied using the technique of the interview and observation. The data was processed in a Microsoft Excel database and then exported to a database in the PASW Statistics software version 18.0 for processing. For the analysis of the data, tables of distribution of absolute frequencies and relative percentages are constructed. As well as its statistical graphic graphics. Concluding that: most of the material of their homes are eternit, water supply inside the house, own bathroom, use for cooking, permanent electric power, use the collector car, sleep from 06 to 06 hours, bathe daily, not a medical examination is carried out, he consumes fruits, meats, noodles, bread and dairy daily, he does not receive social support, he is attended in a health center near his home; more than half male child, economic income less than 750 soles, stable work, single-family housing, adobe walls, do not smoke, gangs exist: less than half have full secondary, tile floor, sleeps 2 to 3 hours, does not consume alcoholic beverages, walks more than 20 minutes and less less than half has their own home.

**Keyword:** Adult, Determinants, Health.

## INDICE DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iii
<b>DEDICATORIA</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>I. INTRODUCCION</b> .....	10
<b>II. REVISION DE LA LITERATURA</b> .....	22
2.1 Antecedentes.....	22
2.2 Bases teóricas.....	27
<b>III. METODOLOGIA</b> .....	35
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	35
3.2 Población y muestra.....	36
3.3 Definición y operacionalización de variables.....	37
3.4 Técnicas e instrumentos.....	49
3.5 Procedimientos y análisis de datos.....	53
3.6 Consideraciones éticas.....	54
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	55
4.1 Resultados.....	55
4.2 Análisis de resultados.....	66
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	89
5.1 Conclusiones.....	89
5.2 Recomendaciones.....	91
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	92
<b>ANEXOS</b> .....	113

## INDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>TABLA 1</b> .....	<b>55</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICOS EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013	
<b>TABLA 2</b> .....	<b>56</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LAS VIVIENDAS DE LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013	
<b>TABLA 3</b> .....	<b>59</b>
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013	
<b>TABLA 4, 5 Y 6</b> .....	<b>62</b>
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013	

## INDICE DE GRAFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>GRAFICOS DE TABLA 1 .....</b>	<b>130</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013	
<b>GRAFICOS DE TABLA 2.....</b>	<b>133</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013	
<b>GRAFICOS DE TABLA 3.....</b>	<b>140</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013	
<b>GRAFICOS DE TABLA 4, 5 Y 6.....</b>	<b>145</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013	

## **I. INTRODUCCION**

El presente estudio de investigación se realizó con el propósito de identificar los determinantes de la salud de las personas adultas ya que determina el estado de bienestar de la persona adulta del distrito de Tarata-Tacna.

En los últimos cinco decenios se han logrado en todo el mundo extraordinarias mejoras en lo referente al estado de salud de los adultos. El riesgo de morir entre los 15 y los 60 años ha disminuido sustancialmente, de una media mundial de 354 por 1000 habitantes en 1955 a 207 por 1000 en 2002. La desaceleración registrada en los últimos tiempos en el ritmo de descenso es una clara advertencia de que no va a ser fácil lograr una reducción continuada de la mortalidad adulta, particularmente en los países en desarrollo (1).

La mortalidad en la etapa adulta ha disminuido en el grupo de adultos de 15 a 59 años existiendo así diferencias significativas en cuanto al ritmo y la magnitud tanto en hombres y mujeres de distintas partes del mundo. Sin embargo el estado de salud de la población adulta es frágil debido a diversos factores que hacen que la salud del adulto se deteriore. En algunos países de Europa oriental la mortalidad de varones ha ido en aumento y esto hace que se acerque a los niveles de mortalidad de población adulta que se tiene en países africanos (1).

Desde los años ochenta se han iniciado procesos de reforma del sector salud en casi todos los países de América Latina. Sin duda, existían razones para cambiar muchas cosas, porque mayoritariamente los establecimientos estaban degradados, el personal desmotivado, la planificación y regulación eran obsoletas y las consecuencias eran unos servicios de mala calidad, mal distribuidos geográficamente y mal orientados en relación con las necesidades de la población (2).

En la actualidad la situación de salud en América Latina ha mejorado pero aún existe carencias en los sistemas de salud y muestra de ello es que en Bolivia, uno de los países más pobres de Latinoamérica, los indicadores de salud revelan una mejoría, pero no lo suficiente, y las metas del milenio planteadas están todavía muy lejos de ser alcanzadas, esto debido a diversos factores como sociales, geográficos y culturales (3).

La situación de la salud en el Perú presenta grandes problemas estructurales de larga data que constituyen desafíos para el sector salud. Existen las unidades ejecutoras con problemas semejantes a poblaciones emergentes periféricas concentrando los recursos y economías sin la adecuada planificación. Existen establecimientos de salud que se encuentran en la zona rural y peri urbana que no cuentan con recursos para la adecuada atención a la población más pobre que tiene la mayor posibilidad de enfermar o morir por no tener acceso a los servicios de salud (4).

Es por ello que bajo este contexto se habla mucho de las desigualdades de atención a nivel del sector salud, por diferentes razones tanto económico, geográfico, social y/o cultural. Y hace existente muchos problemas en la salud del adulto a nivel nacional y local, ahondándose más en las zonas rurales por el escaso acceso a los servicios de salud.

La situación de salud en la ciudad de Tacna, referente al estado nutricional según el Instituto Nacional de Salud se observó que en el grupo de 30 a 59 años, el adelgazamiento no representaría un problema de salud. En cambio, lo preocupante es encontrar a 3 de cada 4 sujetos con problemas de exceso de peso (sobrepeso u obesidad); incluso la proporción de obesos es mucho mayor al promedio nacional. Entre las personas de 60 años a más, el adelgazamiento en la región afecta a 1 de cada 6 adultos mayores (5).

A esta realidad no escapa de esta problemática de salud la persona adulta en la región de Tacna en el distrito de Tarata, 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 (6).

La concepción de la salud ha variado desde tiempos remotos y siempre ha estado íntimamente ligada al proceso de la enfermedad, considerándose como categorías dialécticas pares, por lo que la “no salud” es igual a enfermedad, y la “no enfermedad” es igual a la salud. De manera que los conceptos de salud que se han referido, construido y analizado en los diferentes momentos históricos, sustentan la necesidad del hombre como ser biopsicosocial de explicar los fenómenos que se producen en ausencia de la enfermedad. (7).

La definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud en 1948 es la siguiente: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia del mal o la enfermedad". Por lo tanto, contempla el estado saludable de la persona desde el punto de la calidad de vida y no simplemente desde la manifestación de síntomas o el padecimiento de enfermedades (8).

Por su complejidad, sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud. Están relacionados con aspectos tan variados como lo son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos (9).

Dado el avance en la ciencia, la medicina, la tecnología y el conocimiento en general, la gran mayoría de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos de los biológicos. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, sin caer en una concepción demasiado simplista del complejo binomio salud-enfermedad (9).

Se comenzaron a hablar de los grandes determinantes de la salud de los individuos y de las poblaciones, a partir del estudio presentado por Marc Lalonde en 1974. Lalonde era un abogado y político que desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá y encargó un estudio a un grupo de epidemiólogos para que estudiaran, en una muestra representativa, las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses. (10).

Al final del estudio Lalonde presentó un Informe denominado: "New perspectives on the health of Canadians", que marcó uno de los hitos importantes dentro de la Salud Pública, como disciplina orientadora del accionar los servicios de salud encargados de velar por la salud de la población. (10).

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. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos: Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos,

sociales- políticos y los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros (10).

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de las intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Como determinantes sociales de la salud se entienden las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud de las personas (11).

Los determinantes sociales son tanto de carácter socio individual, tales como las prácticas de salud, capacidad y aptitudes para la adaptación de la persona, como aquéllos derivados de la estructura de una sociedad, entre los que se sitúan la pobreza, la educación, el trabajo, el género, el nivel socioeconómico. De esta manera, 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 (11).

A través del tiempo se ha dado gran importancia a la promoción de la salud, como función esencial de la salud pública, ha sido un importante tema de debate desde el pasado siglo. De hecho, se han realizado nueve conferencias

para abordar ampliamente sus aspectos conceptuales, su vínculo con la educación en salud y la participación comunitaria al respecto (12).

Cabe señalar que la promoción de la salud se sustenta en una amplia base teórica, integrada por conceptos, principios básicos y métodos, que han sido ampliamente difundidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en documentos, cursos, reuniones y programas de capacitación en diversos países (12).

Es así como se puede definir a la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla<sup>1</sup> y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población (13).

La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 es que la promoción de la salud "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud (7)

En nuestro país el Ministerio de salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales (14).

Por inequidad en salud entendemos las diferencias injustas y evitables en el ejercicio de los derechos fundamentales a la salud y la seguridad social en salud y, principalmente, en el acceso a los servicios y prestaciones de salud. Estas disparidades resultan de las condiciones en que la población nace, crece, vive y envejece en relación con los factores o determinantes de la salud, entre ellos, el desempeño del sistema nacional de salud y su financiamiento (15).

Y por otro lado tenemos que la equidad en salud tiene muchos aspectos y lo mejor es verla como un concepto multidimensional. Incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, y no solo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto, debe prestar atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria (16).

Otra importante consecuencia del estudio de los determinantes sociales de la salud es que el acceso a un sistema sanitario de calidad tiene un poder explicativo bajo en relación con las desigualdades sociales en salud. Tales

desigualdades obedecen sobre todo a factores sociales, que tienen que ver con las diferencias de estatus y las desigualdades materiales (17).

Las diferencias injustas y evitables en el ejercicio del derecho a la salud coexisten con la Declaración Universal de Derechos Humanos desde 1948. Algunas causas de la persistente inequidad se infieren después de Alma-Ata, tales como financiación insuficiente, desarrollo de los sistemas nacionales de salud sin adecuada priorización, y desde la década de 1980 concertación económica para introducir el modelo de mercado en salud (18).

En la actualidad en Perú, la salud sigue siendo un ámbito de escasos avances, ostensible inequidad y participación limitada en el desarrollo. Continúan las insuficientes políticas del siglo XX y es recurrente la pérdida de oportunidades, incluyendo la que brinda el incremento del valor de las exportaciones desde hace más de una década (18).

La presente investigación se realizó, en el Distrito de Tarata, Tacna, ubicado en la zona alto andina a 3070 m.s.n.m. con una distancia de 89km de la ciudad de Tacna, sus límites son: por el norte con la provincia del Collao, por el este con el país de Bolivia, con el oeste con la provincia de Candarave y por el sur con la provincia de Tacna. Se dedica a la actividad económica de la agricultura, el distrito de Tarata se caracteriza por ser una zona agrícola. Pertenece al centro de salud de Tarata, cuenta con una población total de 3423 personas, de las cuales 1215 pertenecen a la etapa adulta.

En cuanto a la morbilidad, en el distrito de Tarata, tenemos las enfermedades de la cavidad bucal (401), infecciones respiratorias agudas (329), obesidad (372), traumatismos (136) y enfermedades de la piel (41) Por otro lado no se han encontrado ningún caso de mortalidad (6).

Frente a lo expuesto consideramos pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

**¿Cuáles son los determinantes de la salud en las persona adulta del distrito de Tarata- Tacna, 2013?**

Teniendo como objetivo general de la investigación:

Describir los determinantes de la salud en las personas adultas del distrito de Tarata- Tacna, 2013.

Siendo los objetivos específicos:

- Identificar los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) en las personas adultas del distrito de Tarata- Tacna.
- Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad en las personas adultas del distrito de Tarata- Tacna.

- Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social en las personas adultas del distrito de Tarata- Tacna.

Y siendo la justificación de la investigación:

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

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

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

Además es conveniente para: Las autoridades de la región de Tacna, la Dirección Regional de salud y el municipio del distrito de Tarata, así como para la población a nivel regional; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

## **II. REVISION DE LA LITERATURA**

### **2.1. Antecedentes**

#### **Investigación actual en el ámbito extranjero**

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación.

#### **A nivel internacional:**

**Silberman M, Moreno A, Kawas V y González E. (19)**, en su investigación titulada ‘‘Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal, México 2013’’, los resultados obtenidos revelan, que se detectaron personas con problemas de salud que a primera impresión pueden parecer simples, pero dadas las condiciones materiales de la vivienda, el nivel educativo y las problemáticas sociales que involucran al hogar, adquieren otra dimensión y requieren una respuesta más acorde a la situación del hogar y no sólo al tipo y gravedad de la enfermedad. Observándose también algunos casos en familias en las que un problema de salud se combina con una situación de otra índole que reestructura el funcionamiento familiar.

**Quintero J, Fe de la Mella S y Gómez L. (20)**, en su investigación titulada ‘‘La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria en Cuba 2017’’ concluyo que se deben realizar acciones de promoción de salud en todo momento, aun en pacientes enfermos o en proceso de rehabilitación,

pues siempre que se trabaje por mejorar la salud se obtiene salud integral y mejor calidad de vida. Los niveles preventivos no son incompatibles entre sí; se complementan y se enriquecen mutuamente para mejorar la calidad de vida de la gente y la sociedad en su conjunto, y ello es imposible de deslindar de la promoción de la salud.

**Cardona D, Acosta L, Bertone C. (21)**, en su investigación titulada ‘‘Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe’’ concluye que en las últimas décadas se ha reconocido internacionalmente que las condiciones de la población de América Latina y el Caribe ha mejorado de manera significativa, lo cual ha repercutido de un modo positivo en los indicadores de salud de la región. Sin embargo, estos cambios no han sido iguales para todos los países y, por consiguiente, no alcanzan para lograr los objetivos de desarrollo del milenio en la región. Por lo tanto, la situación revela la necesidad ineludible de mejorar la equidad y de ampliar la protección social en materia de salud.

#### **A nivel Nacional:**

**Narro N (22)**, en su investigación titulada ‘‘Determinantes de la salud de la persona adulta mayor, sector Antenor Orrego- El Porvenir, 2012’’ se encontró en los determinantes de la salud relacionados con la vivienda: el 66% cuenta con vivienda propia y el 13% es encargada además el 78% cuenta con

un piso de tierra y el 22% de cemento, el 72% su material de techo es de carrizo y el 28% de concreto, el 70% su material de paredes son de ladrillo de barro y el 30% de cemento, ladrillo. El 88% tiene como lugar de cocina una habitación independiente y el 5% al aire libre, el 100% cuenta con conexión de agua en casa, el 79% cuenta con desagüe de alcantarillado y el 4% es de campo abierto y letrina, el 100% cuenta con alumbrado eléctrico, el 81% utiliza gas para cocinar y el 2% electricidad. En cuanto al recojo de basura es todos las semanas pero no diariamente un 100%.

**Ávila M (23)**, en su investigación titulada “Determinantes de la salud de la persona adulta en el Caserío Miraflores- La Huaca Paita, 2013”. Se encontró en los determinantes de la salud biosocioeconomicos que los adultos del Caserío Miraflores-La Huaca-Paita, 2013; el 79,0% son de sexo femenino, el 61,3% son adultos maduros (de 30 a 59 años 29 días), se observa que el 63,2% tienen grado de instrucción completa e incompleta, además el 91,0% tienen un ingreso económico menor de 750 soles y el 74,8% son trabajadores eventuales. Así concluyo que se encontraron a más mujeres porque desde que se creó este caserío fueron más mujeres las que lo fundaron, sumándole también que algunas son madres solteras, o tienen su tienda propia donde trabajan dentro del hogar.

**Farfán H (24)**, en su investigación titulada “Determinantes de la salud de la persona adulta en el Centro Poblado Villa María- Cieneguillo Centro-Sullana, 2013” se encontró sobre los determinantes de la salud relacionados con la vivienda el 97,53% de ellos tienen una vivienda unifamiliar, el 93,42%

de las personas adultas tienen una vivienda propia, el 76,95% de las viviendas tienen piso de tierra, además el 95,88% de las viviendas tienen techo de plancha de calamina o Eternit, así también el 60,90% de las viviendas tienen sus paredes de ladrillo y cemento. En cuanto al número de personas que duermen en una habitación el 74,49% la utilizan de 2 a 3 miembros, además el 95,88% se abastece de cisterna. Concluyendo que el hecho de no tener agua permanente puede ser un factor de riesgo para la salud, ya que es indispensable para la supervivencia, dando lugar al uso de volúmenes inadecuados para la higiene básica personal y para el consumo humano.

#### **A nivel local:**

**Murillo L (25)**, en su investigación titulada: ‘‘Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto del Centro Poblado Menor Yarada Baja- Tacna, 2013’’ se observó que, casi la totalidad de las personas adultas tienen un estilo de vida no saludable, porque pueden estar siguiendo patrones de conductas no favorables, debido a que la mayoría de la población son inmigrantes provenientes de zonas andinas del Perú y se rigen por costumbres y tradiciones que perjudican su estilo de vida. Concluyendo que estas costumbres implican la forma personal en la que el hombre se realiza como ser social en condiciones y circunstancias concretas y específicas, lo cual indica que las personas adultas no están adoptando conductas de salud convenientes, así como la falta de hábitos de alimentación saludables, sumado al descanso inadecuado, más su no asistencia al establecimiento de salud, lo que los conduce a la automedicación.

**Fernández M (26)**, en su investigación titulada ‘‘Determinantes de la salud de la persona adulta de la Asociación de vivienda 28 de Agosto del Distrito de Ciudad Nueva- Tacna, 2013’’ se observó que los determinantes de las redes sociales y comunitarias. El 54.1% de la población no recibe apoyo social, el 98.6% no recibe apoyo social organizado, el 51.5% se atendió en los 12 últimos meses en el centro de salud, el 51.3% considera que el lugar donde lo atendieron está muy cerca, el 56.1% tiene tipo de seguro SIS Minsa, el 42.5% el tiempo que espero para que lo atendieran le pareció regular, el 42.3% la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud es regular, el 86.2 % refiere que existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa. Concluyendo que no recibe apoyo social natural organizado, accede a los servicios de salud como SIS-Minsa.

**Uchazara M (27)**, en su investigación titulada ‘‘Determinantes de la salud en la persona adulta del Centro Poblado Menor Los Palos- Tacna, 2013’’ se observó que el 56% de la población encuestada son del sexo femenino, 49% están en la etapa adulto maduro comprendida de (30a 59 años 11 meses 29 días), 62% tiene grado de instrucción de Secundaria completa/Secundaria incompleta, 55% tienen un ingreso económico que menor de 750 nuevos soles, 98% tiene la ocupación eventual. El 100% de personas adultas tienen vivienda unifamiliar, 95% tenencia propia, 53% presenta el material del piso de tierra, 71% material del techo de estera y adobe, 54% presenta material de las paredes de adobe y 100 % presenta de 2 a 3 miembros en una habitación.

## 2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

En la presente investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, los cuales exponen los principales determinantes de la salud. Para la facilidad de comprensión de los procesos sociales que tienen impacto sobre la salud, y así poder identificar los puntos de entrada de las intervenciones (28).

En 1974, Mack Lalonde plantea un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que establecía explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Sobresalió la discrepancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales estipulados a los diferentes determinantes (29).



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan plasmadas en un modelo establecido por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Esclarece cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos determinan su potencial de salud. La siguiente capa constituye los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una incidencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen más barreras económicas para escoger un modo de vida más sano (30).

En los extremos se grafican las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares trascienden sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se sitúan en el extremo inferior de la escala social poseen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve obstaculizado por las condiciones de limitación de las comunidades que residen por lo general con un menor aporte de servicios sociales y de apoyo (30).

En el nivel siguiente, se hallan los factores enlazados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios básicos. Aquí, las deficientes condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo de alto riesgo y el acceso limitado a los servicios crean riesgos para quienes se

encuentran en una situación socialmente desfavorecida. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad engloban en su totalidad los niveles restantes (30).

En estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se enlazan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, probablemente puede influir en la decisión de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que se coloca a las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias intervienen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta interpretar además las interacciones entre los factores (30).



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

Según este prototipo, existen tres tipos de determinantes sociales de la salud. Encabezando la lista son los Determinantes estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, seguido de los Determinantes intermediarios, que nacen de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden impulsar el apoyo a los integrantes de la comunidad en situaciones desfavorables, pero también pueden o no ofrecer su apoyo o presentar un efecto negativo, y por último encontramos los Determinantes proximales, quienes señalan que la conducta personal y los estilos de vida pueden promover o hacer daño a la salud. Los involucrados son afectados por las actitudes de sus amistades y por las normas de su comunidad (31).

**a) Determinantes estructurales**

Son aspectos relacionados con el contexto social y político, y se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y a la distribución de poder y recursos dentro de ella. Incluyen la tradición política de los gobiernos y sus políticas macroeconómicas, sociales (mercado, vivienda, educación, bienestar social), la cultura y los valores sociales. Las características de este contexto socioeconómico y político influyen en la posición social que las personas ocupan según su status, género, etnia y además según su educación tendrá una ocupación que influirá en sus ingresos, estos aspectos son ejes de desigualdad social (32).

## **b) Determinantes intermediarios**

Las circunstancias psicosociales, falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control, etc. Además de los factores conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud.

El sistema de salud, pues aunque los servicios sanitarios contribuyen muy poco a las desigualdades en salud, el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos humanos. Además, el pago de los servicios de salud puede llevar a la pobreza a la población de estas clases sociales (33).

## **c) Determinantes proximales**

Los factores determinantes proximales, que actúan en ambos niveles micro y macro, a menudo incluyen el estilo de vida o de comportamiento (por ejemplo, el alcohol, la grasa, el tabaco, el consumo de frutas y hortalizas), y socioeconómicos medio ambiente (incluida la macro-económicas tales como medidas de la riqueza), la demografía (por ejemplo, personas mayores Proporción de la población total), el entorno físico (por ejemplo, la contaminación del aire por óxidos de azufre, de nitrógeno o de carbono) y la constitución de acogida (34).

El sistema de salud, que también opera en este nivel proximal, comparte una interfaz con otros sectores de la sociedad organizada, como el social, político y económico. Sistema de salud, como insumos médicos y de la tecnología médica puede ser el resultado de la dinámica intersectorial y social. Se espera que los sistemas de salud pública puedan influir en muchos de los proximal no médicos y los factores determinantes de evitar o reducir al mínimo la necesidad de costosos cuidados médicos (34).

La propia Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 1946) señala que la salud es un completo estado de bienestar y no solo la ausencia de enfermedad, poniendo así de manifiesto la confluencia de ambas perspectivas. Igualmente, esto es lo que hace Keyes (2005), al proponer el concepto de salud mental completa, el cual incorpora tanto la ausencia de enfermedad o diagnóstico, como la presencia de características positivas. Finalmente dentro de una lógica de intervención en las comunidades se proponen múltiples relaciones entre la estructura de atención y los diferentes conceptos de salud (35).

Desde la concepción biológica de finales del siglo XIX hasta el modelo conceptual de la Comisión para los Determinantes Sociales de la Salud de nuestros días, hemos sido testigos de las diferentes conceptualizaciones y explicaciones de la salud y la enfermedad, con importantes contribuciones de Dahlgren y Whitehead (1991), entre otros Sin embargo, a pesar que el término “determinantes sociales de la salud” es de uso reciente, su presencia en la

explicación de diferentes eventos y estados -relacionados con la salud de la persona- es antigua (36).

**Mi salud:** En este contexto, se refiere a un estado individual y a los estilos de vida relacionados a la salud de las personas, incluyendo el entorno social y la manera de crear relaciones interpersonales, así como las condiciones que hace que la persona adopte conductas para el bienestar de la propia salud (37).

**Comunidad:** En este contexto se refiere a la comunidad como un sistema geográfico y social actúa como un elemento de conexión entre la persona y la estructura social más amplia y es, asimismo un vehículo a través del cual se canaliza el apoyo social. El deterioro de una comunidad puede afectar a los recursos de apoyo disponibles en ella generando un clima de desconfianza, una reducción del sentido de comunidad, del capital social disponible para sus habitantes, así como de la eficacia colectiva de esa comunidad para resolver sus problemas o lograr sus aspiraciones (38).

**Servicios de salud:** son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas. Este contexto hace mención a la red asistencial que engloba al ejercicio, el acceso, y la calidad de la red asistencial de salud, incluyendo así las prácticas administrativas en salud. (39).

**Educación:** Este ámbito refiere a la educación como un proceso humano y cultural complejo. La educación es un todo individual y supraindividual. Es dinámica y tiende a perpetuarse mediante una fuerza inercial extraña. Hace mención al impacto que el sistema de educación tiene sobre la salud (40).

**Trabajo:** El trabajo como relación social expresa determinadas relaciones de poder. Este contexto refiere a las oportunidades laborales y las condiciones del ambiente de trabajo, como impacta sobre la salud teniendo en cuenta también el reglamento general de trabajo y seguridad del mismo (40).

**Territorio (ciudad):** El territorio es un concepto teórico y metodológico que explica y describe el desenvolvimiento espacial de las relaciones sociales que establecen los seres humanos en los ámbitos cultural, social, político o económico; es un referente empírico, pero también representa un concepto propio de la teoría. Teniendo en cuenta este concepto, en este contexto el territorio abarca a las condiciones de vida del entorno, calidad de la vivienda y acceso a los servicios básicos (agua, luz, desagüe, etc) (41).

Señala el desenvolvimiento del estado como productor y gestor de políticas públicas que trascienden sobre la salud, además como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población engloba el entorno laboral, social y personal que definitivamente influye en la salud de las personas, ya que son condiciones que otorga y ayuda a las personas en su elección de alternativas saludables (31).

### **III. METODOLOGIA**

#### **3.1 .Tipo y nivel de investigación**

El tipo de estudio fue cuantitativo y el nivel descriptivo (42) (43).

Cuantitativo: Las metodologías cuantitativas se han desarrollado enormemente en la tradición académica, tienen una gran confianza en los números para representar opiniones o conceptos (44).

Descriptivo: es un método científico que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera (45).

#### **3.2.Diseño de investigación**

El tipo de estudio fue de una sola casilla (46) (47).

Diseño de una sola casilla: Usa un solo grupo con carácter de “experimental”: el investigador observa y describe el comportamiento del grupo para luego informar. Es de carácter retrospectivo y es el diseño apropiado para los problemas de identificación y descripción; sus resultados son válidos para formular, a partir de ellos, nuevos problemas de tipo explicativo (46) (47).

### **3.3.Población y muestra**

El universo fue constituido por una población de 1215 personas adultas que viven en el distrito de Tarata.

La muestra estuvo constituida de 292. Obtenida por el muestreo aleatorio simple (ANEXO 01).

#### **Unidad de análisis**

La persona adulta que vive en el distrito de Tarata en sus diferentes grupos etarios, que formó parte de la muestra y respondió a los criterios de la investigación.

#### **Criterios de inclusión**

- Persona adulta que vive más de 3 años en el distrito de Tarata.
- Persona adulta del distrito de Tarata que acepta participar en el estudio.
- Persona adulta del distrito de Tarata que tiene la disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

#### **Criterios de exclusión**

- Persona adulta que tenga algún trastorno mental.

### **3.4. Definición y operacionalización de las variables.**

#### **DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONOMICO**

##### **Edad**

###### **Definición Conceptual.**

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio (48).

###### **Definición Operacional**

Escala de razón:

La operacionalización dependerá de la población a trabajar.

- Adulto joven (20 a 40 años)
- Adulto maduro (40 a 64 años)
- Adulto mayor (65 en adelante)

##### **Sexo**

###### **Definición Conceptual.**

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (49).

###### **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 (50).

### **Definición Operacional**

Escala Ordinal

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

## **Ingreso Económico**

### **Definición Conceptual**

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (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 (51).

### **Definición Operacional**

Escala de razón

- Menor de 750
- De 751 a 1000

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

### **Ocupación**

#### **Definición Conceptual**

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (52).

#### **Definición Operacional**

Escala Nominal

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

## **DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA**

### **Vivienda**

#### **Definición conceptual**

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (53).

## **Definición operacional**

### Escala nominal

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

### **Tenencia**

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

### **Material del piso:**

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

**Material del techo:**

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

**Material de las paredes:**

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

**Miembros de la familia que duermen por habitaciones:**

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

**Abastecimiento de agua**

- Acequia
- Cisterna
- Pozo
- Red pública

- Conexión domiciliaria

### **Eliminación de excretas**

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

### **Combustible para cocinar**

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

### **Tipo de alumbrado de la vivienda**

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

### **Disposición de basura**

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

### **Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa**

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

### **Eliminación de basura**

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

## **DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA**

### **Definición Conceptual**

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (54).

### **Definición operacional**

Escala nominal

### **Hábito de fumar**

- Si fumo diariamente

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

### **Consumo de bebidas alcohólicas**

Escala nominal

### **Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas**

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

### **Número de horas que duermen**

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

### **Frecuencia en que se bañan**

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

### **Actividad física en tiempo libre.**

Escala nominal

### **Tipo de actividad física que realiza:**

Caminar ( ) Deporte ( ) Gimnasia ( ) otros ( )

**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 ( ) otros ( )

**Alimentación**

**Definición Conceptual**

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (55).

**Definición Operacional**

Escala ordinal

**Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos**

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

## **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. (56).

### **Apoyo social natural**

#### **Definición Operacional**

Escala ordinal

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

### **Apoyo social organizado**

#### **Escala ordinal**

- 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) (57).

### **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 ( )

### **3.5. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos**

#### **Técnicas**

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

#### **Instrumento**

En este trabajo de investigación se utilizó 1 instrumento para la recolección de datos que se detallan a continuación:

#### **Instrumento No 01**

El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas adultas en el distrito de Tarata, Tacna. Elaborado por Dra. María Adriana Vílchez Reyes, investigadora de este estudio y estuvo constituido por 30 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO 02)

- Datos de Identificación, donde se obtuvo 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 datos:**

#### **EVALUACION 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 el distrito de Tarata- Tacna** desarrollada por Dra. Maria Adriana Vílchez Reyes, 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 e 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 (ANEXO 03)

## **EVALUACION 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).

$$V = \frac{X-1}{K}$$

Donde:

X – 1 : Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

I: Es la calificación más baja posible.

K: Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es de 0,93, este valor indico que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta de Tacna.

### **Confiabilidad**

#### **Confiabilidad inter evaluador**

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 realizó a un mínimo de 15 personas.

A través del coeficiente de Kapps se estudió el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores el cual fue de 1,00 un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad inter evaluador (53) (ANEXO 04).

### 3.6. Procedimientos y análisis de datos:

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

- Se informó y pidió consentimiento de las personas de dicha comunidad, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con las personas adultas su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos

El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/ info/ software versión 18 se presentaron los datos en tablas simples y se elaboraron gráficos para cada tabla.

### **3.7. Principios éticos:**

En toda la investigación que se llevó a cabo, el investigador previamente debió valorar los aspectos éticos de la misma tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se pudieron obtener son éticamente posibles (58).

#### **Anonimato**

Se aplicó el cuestionario indicándoles a las personas que la investigación sería anónima y que la información obtenida sería 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 las personas adultas, siendo útil solo para fines de la investigación

#### **Honestidad**

Se informó a las personas adultas los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraron plasmados en el presente estudio.

#### **Consentimiento**

Solo se trabajó con las personas adultas que aceptaron voluntariamente a participar en el presente trabajo (ANEXO 05)

#### IV. RESULTADOS

##### 4.1. Resultados

##### 4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

**TABLA 1**

*DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013*

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	<b>163</b>	<b>55,80</b>
Femenino	129	44,20
Total	292	100,00
<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Adulto joven (de 18 años a 29 años 11 meses 29 días)	0	0,00
Adulto Maduro (de 30 a 59 años 11 meses 29 días)	<b>292</b>	<b>100,00</b>
Adulto Mayor (60 a más años)	0	0,00
Total	292	100,00
<b>Grado de instrucción</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin nivel e instrucción	5	1,70
Inicial/Primaria	54	18,50
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	<b>142</b>	<b>48,60</b>
Superior universitaria	35	12,00
Superior no universitaria	56	19,20
Total	292	100,00
<b>Ingreso económico (Soles)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menor de 750	<b>175</b>	<b>59,90</b>
De 751 a 1000	117	40,10
De 1001 a 1400	0	0,00
De 1401 a 1800	0	0,00
De 1801 a más	0	0,00
Total	292	100,00
<b>Ocupación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trabajador estable	<b>161</b>	<b>55,10</b>
Eventual	131	44,90
Sin ocupación	0	0,00
Jubilado	0	0,00
Estudiante	0	0,00
Total	292	100,00

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. María Adriana Vilchez Reyes y aplicado a la persona adulta del distrito de Tarata- Tacna, 2013.

#### 4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

**TABLA 2**

*DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013*

<b>Tipo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Vivienda unifamiliar	<b>167</b>	<b>57,20</b>
Vivienda multifamiliar	125	42,80
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,00
Local no destinada para habitación humana	0	0,00
Otros	0	0,00
Total	292	100,00
<b>Tenencia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alquiler	81	27,70
Cuidador/alojado	55	18,80
Plan social (dan casa para vivir)	2	0,80
Alquiler venta	0	0,00
Propia	<b>154</b>	<b>52,70</b>
Total	292	100,00
<b>Material del piso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tierra	124	42,50
Entablado	6	2,10
Loseta, vinílico o sin vinílico	<b>142</b>	<b>48,60</b>
Láminas asfálticas	11	3,80
Parquet	9	3,00
Total	292	100,00
<b>Material del techo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Madera, esfera	29	9,90
Adobe	0	0,00
Estera y adobe	6	2,10
Material noble, ladrillo y cemento	28	9,60
Eternit	<b>229</b>	<b>78,40</b>
Total	292	100,00
<b>Material de las paredes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Madera, estera	0	0,00
Adobe	<b>174</b>	<b>59,60</b>
Estera y adobe	88	30,10
Material noble ladrillo y cemento	30	10,30
Total	292	100,00

**Continúa...**

**TABLA 2: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**

<b>N° de personas que duermen en una habitación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
4 a más miembros	35	12,00
2 a 3 miembros	<b>146</b>	<b>50,00</b>
Independiente	111	38,00
Total	292	100,00
<b>Abastecimiento de agua</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Acequia	0	0,00
Cisterna	0	0,00
Pozo	0	0,00
Red pública	0	0,00
Conexión domiciliaria	<b>292</b>	<b>100,00</b>
Total	292	100,00
<b>Eliminación de excretas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Aire libre	6	0,00
Acequia, canal	0	0,00
Letrina	0	0,00
Baño público	0	0,00
Baño propio	<b>292</b>	<b>100,00</b>
Otros	0	0,00
Total	292	100,00
<b>Combustible para cocinar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Gas, Electricidad	<b>215</b>	<b>73,60</b>
Leña, carbón	77	26,40
Bosta	0	0,00
Tuza (coronta de maíz)	0	0,00
Carca de vaca	0	0,00
Total	292	100,00
<b>Energía eléctrica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin energía	0	0,00
Lámpara (no eléctrica)	0	0,00
Grupo electrógeno	0	0,00
Energía eléctrica temporal	0	0,00
Energía eléctrica permanente	<b>291</b>	<b>99,70</b>
Vela	1	0,30
Total	292	100,00

**Continúa...**

**TABLA 2: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**

	N	Conclusión %
<b>Disposición de basura</b>		
A campo abierto	0	0,00
Al río	0	0,00
En un pozo	0	0,00
Se entierra, quema, carro recolector	<b>292</b>	<b>100,0</b>
<b>Total</b>	292	100,0
<b>Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura</b>	N	%
Diariamente	0	0,00
Todas las semana pero no diariamente	114	39,00
Al menos 2 veces por semana	<b>178</b>	<b>61,00</b>
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0,00
<b>Total</b>	292	100,00
<b>Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares</b>	N	%
Carro recolector	<b>292</b>	<b>100,00</b>
Montículo o campo limpio	0	0,00
Contenedor específico de recogida	0	0,00
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,00
Otros	0	0,00
<b>Total</b>	292	100,00

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. María Adriana Vilchez Reyes y aplicado a la persona adulta del distrito de Tarata- Tacna, 2013

#### 4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

**TABLA 3**

*DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LAS PERSONAS ADULTAS  
DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013*

<b>Fuma actualmente:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si fumo, diariamente	0	0,00
Si fumo, pero no diariamente	0	0,00
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	124	42,50
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	<b>168</b>	<b>57,50</b>
<b>Total</b>	292	100,00
<b>Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diario	0	0,00
Dos a tres veces por semana	0	0,00
Una vez a la semana	2	0,70
Una vez al mes	70	24,00
Ocasionalmente	104	35,60
No consumo	<b>116</b>	<b>39,70</b>
Total	292	100,00
<b>N° de horas que duerme</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
[06 a 08)	<b>205</b>	<b>70,20</b>
[08 a 10)	87	29,80
[10 a 12)	0	0,00
Total	292	100,00
<b>Frecuencia con que se baña</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diariamente	<b>283</b>	<b>96,90</b>
4 veces a la semana	9	3,10
No se baña	0	0,00
Total	292	100,00
<b>Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	100	34,20
No	<b>192</b>	<b>65,80</b>
Total	292	100,00

Continúa...

**TABLA 3: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**

<b>Actividad física que realiza en su tiempo libre</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Caminar	<b>123</b>	<b>42,10</b>
Deporte	83	28,40
Gimnasia	0	0,00
No realizo	86	29,50
Total	292	100,00
<b>En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Caminar	<b>128</b>	<b>43,80</b>
Gimnasia suave	5	1,70
Juegos con poco esfuerzo	9	3,10
Correr	63	21,60
Deporte	36	12,30
Ninguna	51	17,50
Total	292	100,00

**Continúa...**

**TABLA 3: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**

Alimentos que consume											Conclusión	
	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	%	N	%	N	%
frutas	200	<b>68,50</b>	25	8,60	55	18,80	12	4,10	0	0,00	292	100,00
carne	239	<b>81,80</b>	44	15,10	9	3,10	0	0,00	0	0,00	292	100,00
huevos	162	<b>55,50</b>	73	25,00	38	13,00	9	3,10	10	3,40	292	100,00
<b>Pescado 29</b>	35	12,00	7	2,40	25	8,50	84	28,80	141	<b>48,30</b>	292	100,00
fideos	239	<b>81,80</b>	47	16,10	6	2,10	0	0,00	0	0,00	292	100,00
pan, cereales	251	<b>86,00</b>	11	3,80	16	5,40	0	0,00	14	4,80	292	100,00
verduras, hortalizas	144	<b>49,30</b>	126	43,20	22	7,50	0	0,00	0	0,00	292	100,00
legumbres	118	<b>40,40</b>	101	34,60	66	22,60	7	2,40	0	0,00	292	100,00
embutidos, enlatados	16	5,50	22	7,50	126	<b>43,20</b>	97	33,20	31	10,60	292	100,00
lácteos	208	<b>71,20</b>	57	19,50	13	4,50	14	4,80	0	0,00	292	100,00
dulces, gaseosas	18	6,20	9	3,10	147	<b>50,30</b>	113	38,70	5	1,70	292	100,00
refrescos con azúcar	15	5,10	15	5,10	81	27,70	<sup>169</sup>	<b>57,90</b>	12	4,20	292	100,00
frituras	27	9,20	78	26,70	86	29,50	97	<b>33,20</b>	4	1,40	292	100,00

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. María Adriana Vilchez Reyes y aplicado a la persona adulta del distrito de Tarata- Tacna, 2013

#### 4.1.4. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

**TABLA 4**

*DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013*

<b>Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hospital	8	2,70
Centro de salud	<b>191</b>	<b>65,40</b>
Puesto de salud	14	4,80
Clínicas particulares	9	3,10
Otras	70	24,00
Total	292	100,00
<b>Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy cerca de su casa	<b>184</b>	<b>63,00</b>
Regular	77	26,40
Lejos	26	8,90
Muy lejos de su casa	0	0,00
No sabe	5	1,70
Total	292	100,00
<b>Tipo de seguro</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
ESSALUD	79	27,10
SIS – MINSA	<b>205</b>	<b>70,20</b>
SANIDAD	8	2,70
Otros	0	0,00
Total	292	100,00
<b>El tiempo que esperó para que lo(la) atendieran ¿le pareció?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy largo	25	8,60
Largo	33	11,30
Regular	<b>103</b>	<b>35,30</b>
Corto	99	33,90
Muy corto	32	11,00
No sabe	0	0,00
Total	292	100,00
<b>Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy buena	48	16,40
Buena	<b>165</b>	<b>56,50</b>
Regular	71	24,30
Mala	7	2,40
Muy mala	0	0,00
No sabe	1	0,30
Total	292	100,00

Continúa...

**TABLA 4: DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**

	<b>N</b>	<b>Conclusión</b> <b>%</b>
<b>Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:</b>		
Si	<b>172</b>	<b>58,90</b>
No	120	41,10
Total	292	100,00

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. María Adriana Vilchez Reyes y aplicado a la persona adulta del distrito de Tarata- Tacna, 2013.

**TABLA 5**

*DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LAS  
PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013*

<b>Recibe algún apoyo social natural:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Familiares	0	0,00
Amigos	1	0,30
Vecinos	0	0,00
Compañeros espirituales	0	0,00
Compañeros de trabajo	0	0,00
No recibo	<b>291</b>	<b>99,70</b>
Total	292	100,00
<b>Recibe algún apoyo social organizado:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,00
Seguridad social	0	0,00
Empresa para la que trabaja	0	0,00
Instituciones de acogida	0	0,00
Organizaciones de voluntariado	1	0,30
No recibo	<b>291</b>	<b>99,70</b>
Total	292	100,00

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. María Adriana Vilchez Reyes y aplicado a la persona adulta del distrito de Tarata- Tacna, 2013.

**TABLA 6**

*NANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LAS PERSONAS*

*ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013*

<b>Recibe algún apoyo social organizado:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Pensión 65	0	0,00
Comedor popular	0	0,00
Vaso de leche	0	0,00
Otros	<b>292</b>	<b>100,00</b>
Total	292	100,00

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. María Adriana Vilchez Reyes y aplicado a la persona adulta del distrito de Tarata- Tacna, 2013.

## 4.2. Análisis de resultados

### TABLA 1

Se muestra que del 100% de personas adultas que participaron en el estudio el 100% pertenecen a la etapa de vida adulta que oscilan entre los 30 a 59 años de edad, el 59.9% tiene un ingreso económico menor de 750 nuevos soles, el 55.8% son de sexo masculino y el 44.2% son de sexo femenino, el 55.1% tiene trabajo estable y el 48.6% cuenta con secundaria completa e incompleta.

Estos resultados coinciden a los encontrados por Yovera Castro A. (59) en su investigación titulada Determinantes de la salud en la persona adulta en el Asentamiento Humano Cristian Requena – Catacaos - Piura, en el año 2013 donde concluye que la mayoría son de sexo masculino y adultos maduros, esto se debe a que muchos de ellos son los jefes de familia y son los que trabajan para poder tener ingresos económicos y sostener a sus familias, además de realizar trabajo pesados como la agricultura, o alquilar una mototaxi para poder cubrir los gastos que se generan acerca de su familia y del hogar.

Los resultados se acercan a lo investigado por Garay N. (60), Determinantes de la salud en la persona adulta de la asociación El Morro II etapa- Tacna, 2013. Se evidencia la distribución porcentual de la persona adulta que reside en la Asociación el Morro II, según la variable Determinantes de la salud socioeconómicos, en la cual se reporta que el 71.6% de la población

encuestada están en la etapa adulto joven de (18 a 29 años 11 meses 29 días) y el 62.7% son de sexo femenino, se observa también que el 56.4% tiene grado de instrucción secundaria completa e incompleta. En lo que respecta al ingreso económico el 57.2% cuenta con ingreso menor de 750 soles, y el 66.1% presenta un trabajo eventual.

Los resultados del presente estudio coinciden a los encontrados por Uchazara M. (61), Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor Los Palos- Tacna, 2013 donde se evidencia En los determinantes Socioeconómicos se observa que el 56.7% de la población encuestada son del sexo femenino, el 49.8% están en la etapa adulto maduro comprendida de (30 a 59 años 11 meses 29 días), el 62.4% tiene grado de instrucción de Secundaria completa/Secundaria incompleta, el 55.5% tienen un ingreso económico que menor de 750 nuevos soles, el 98.8% tiene la ocupación eventual.

Asimismo, estos resultados se asemejan a los encontrados por Vite L. (62), en su estudio titulado Determinantes de la salud del adulto del Asentamiento Humano San Martín - Sechura, en el año 2013 donde concluye que el 58,46% de la población son de sexo femenino, el 45,77% es adulto joven, el 31,92% tienen grado de instrucción superior universitaria, 63,08% tienen un ingreso menor de 750 nuevos soles y el 31,92% tienen un trabajo eventual.

Los resultados encontrados difieren a los estudiados por Sobrevilla V. (63), en su investigación titulada: Determinantes de la Salud en Personas Adultas del Caserío Somate Bajo Bellavista – Sullana en el año 2013. Donde se observa que el 67,5% de la población son de sexo masculino, el 50,2% son adultos maduros, el 38,9% tiene grado de instrucción inicial/primaria, el 39,6% tiene un ingreso económico De 1001 a 1400 nuevos soles y que el 39,6% es trabajador eventual.

Los determinantes de la salud constituyen las condiciones sociales y económicas (y a veces ambientales) que afectan la salud, como lo demuestra la evidencia acumulada relacionándolos con enfermedades físicas, enfermedades mentales y mortalidad (64).

Los determinantes sociales en la salud se refieren a las condiciones en que las personas viven y trabajan que impactan la salud, las cuales incorporan tanto las características específicas del contexto social como las vías a través de las cuales estas condiciones se traducen en efectos para la salud de las personas (65).

En biología, el sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos). La reproducción sexual implica la combinación de células especializadas llamadas gametos para formar hijos que heredan rasgos de ambos padres. El sexo de un organismo se

define por los gametos que produce: el sexo masculino producen gametos masculinos (espermatozoides) mientras que los de sexo femenino producen gametos femeninos (óvulos) (66).

El grado de instrucción de una persona se puede conceptualizar como el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (67).

El trabajo eventual es aquel que no reúne los requisitos para ser considerado un trabajo de tiempo determinado, obra determinada o para inversión de un capital determinado. Es decir, el trabajo que cumple actividades ocasionales, en nuestra realidad se puede observar muchos de estos trabajos, sobre todo en zonas alejadas del centro de nuestra ciudad (68).

En la investigación realizada a la persona adulta del distrito de Tarata ubicada en la ciudad de Tacna, se encontró que el mayor porcentaje es de sexo masculino y la edad que predomina es de adulto que comprende de 30 a 59 años, 11 meses y 29 días; resultado que indica el riesgo que corre una mujer de esa edad en el ámbito reproductivo, asociado con los estereotipos de género y tradiciones vigentes de la sociedad.

Las mujeres pueden ser más vulnerables a la depresión, ansiedad y enfermedades como las infecciones de transmisión sexual (ITS), cáncer de cuello uterino, problemas de salud acompañado al embarazo y parto. Factores que también la vuelven vulnerables es la sobre carga de trabajo, el cuidar de

sus hijos y por supuesto no se puede dejar de mencionar que está expuesta a la violencia sea física como psicológica.

Al hacer el análisis de la variable grado de instrucción se registró un porcentaje elevado de secundaria completa e incompleta, esto puede deberse a que el adulto de dicho distrito no tuvo la oportunidad de concluir sus estudios secundarios por motivos económicos, lo cual claramente hace que haya menos oportunidad de acceder a un posicionamiento social o un puesto de trabajo relevante para la persona adulta.

En relación al ingreso económico de menos de 750 soles y que predomina el trabajo agrícola estable, esto se debe a que fundamentalmente la persona adulta del distrito de Tarata genera sus propios ingresos ya que son propietarios de parcelas o chacras y es ahí donde cultivan sus productos en este caso verduras, hortalizas y frutas llevándolas finalmente a ser comercializadas.

## **TABLA 2**

Se muestra que del 100% personas adultas que participaron en el estudio el 78.4% de personas que viven en el distrito de Tarata, el material del techo de sus viviendas es de eternit, el 59.6% cuentan con el material de las paredes de adobe, el 57.2% viven en una vivienda unifamiliar, el 52.7% viven en casa propia, el 50.0% refiere que en las habitaciones de sus viviendas duermen entre 2 a 3 miembros y el 48.6% manifiesta que el material del piso de sus viviendas es de loseta, vinílicos o sin vinílico.

Se muestra también que el 100% cuentan con abastecimientos de agua de conexión domiciliaria, para la eliminación de excretas cuentan con baño propio, para la disposición de basura refieren que se entierra, quema o usan el carro recolector, el 99.7% cuentan con energía eléctrica permanente, el 73.6% usa gas o electricidad para cocinar y el 61.0% refiere que el carro recolector de la basura pasa al menos dos veces por semana.

Los resultados obtenidos se asemejan a los estudiados por Salazar, F. (69), en su investigación titulada Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector P Huaraz en el año 2013. Donde el 68% (116) tienen vivienda unifamiliar, el 90% (153) tienen casa propia, 75% (127) tienen piso Loseta, 67% (114) tienen techo material noble , ladrillo y cemento, 75% (128) material de pared es de material noble , ladrillo y cemento, 89% (152) duermen de 2 a 3 miembros en una habitación, en cuanto saneamiento el 100% (169) tienen abastecimiento de agua con conexión domiciliaria, 100% (169) eliminan sus excretas en baño, 100% (169) tienen baño propio, el 94% (159) cocinan con gas, 100% (169) tienen electricidad, 95% (161) recolectan su basura carro recolector, 100% (169) manifiestan que la basura no lo recogen diariamente y el 95% (161) eliminan en carro recolector.

Los resultados investigados coinciden con los estudiados por Colchado A. (70), en su estudio titulado Determinantes de la salud en adultos maduros con infección respiratoria aguda Vinzos. Distrito de Santa- Chimbote, 2012 donde se evidencia en las característica que; predominaron las viviendas unifamiliares

con un 93.75%, lo que representa la mayoría, tienen viviendas de material noble en un 93.75% siendo la mayoría, son de material de piso tierra y el 22,5%(18) son de entablado; el material de techo el 83,75% (65) madera y estera, el 15%(12) material noble y el 1.25%(1)Eternit.

El material de paredes el 60%(48) son de adobe, el 37.5%(30) material noble, el 2,5%(2) estera y adobe; el 58,75%(47)son de 2 a 3 miembros y 41,25%(33) son independientes; el 81.25%(65)tiene baño propio y el 18,75%(15) tienen letrina; el 71,25%(57) usan gas , electricidad, el 23,75%(19)Coronta de maíz y el 5%(4) leña y carbón;97,5%(78)energía eléctrica permanente y el 2,5%(2) energía eléctrica temporal; en la disposición de la basura el 96,25%(77) entierra, quema, carro recolector de basura, el 3,75%(3) a campo abierto; la basura pasa por las casas el 93,75(75) todas las semana pero no diariamente, el 6.25% al menos 2 veces por semana; suelen botar la basura el 96,25%(77) en el carro recolector de basura y el 3,75%(3) montículo o campó limpio.

Los resultados coinciden a lo investigado por Alzate E, Vélez M, López Y. (71), quienes investigaron sobre la Vivienda Nueva Rural enmarcada en la Estrategia de Vivienda Saludable: Copacabana, Antioquia (Colombia) – 2011. Se encontró que el 58.3% de la población cuenta con vivienda propia, el 25% son arrendadas, el 8,3% en sucesión y el 3,4% en préstamo. EL material del piso y paredes es liso impermeable con el 100%, el 100% cuenta con techo de Eternit. El 93.1% de viviendas tiene cobertura de energía. El 69% cuentan con

acueducto veredal. El 11,8% utilizan leña y madera como combustible para la cocción de alimentos. La cobertura de recolección de basura es 58,6% en el total de las viviendas. La segunda opción utilizada es la quema a campo abierto con 17,6%, el 11.7% quema, el 11.7% bota al campo abierto.

Los resultados, difieren con la investigación de Zeballos C. (72), quien estudió sobre saneamiento básico en la población de Maynas - Loreto 2012. Resultando de acuerdo a datos censales, entre 2001 a 2012 aumentó el número de viviendas sin instalación de agua potable dentro de la vivienda, también aumentó significativamente los hogares que se abastecen de agua a través de pozos (de 8166 en 2001 a 18.725 en 2012). El 50% de las viviendas de la provincia de Maynas mantiene el privilegio de disponer instalaciones domiciliarias de agua y desagüe.

Del mismo modo, estos resultados difieren a los resultados encontrados por, Monasteri N y Aranda J. (73), En su investigación titulada Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el A.H. Víctor Raúl Haya de la Torre – Piura en el año 2013. Concluyendo que un 70% vive en una vivienda unifamiliar, 74% vivienda propia, 71,2% tienen piso de tierra, 57,2% material noble, 95,6% paredes de ladrillo; 76% comparten habitación con 2 o 3 miembros, 99,6% se abastecen de agua por conexión domiciliaria, 100% con baño propio, 99,6% utilizan gas o electricidad para cocinar, 98,8% cuentan con energía eléctrica permanente, 96% eliminan la basura semanalmente pero no diariamente y el 100% eliminan en carro recolector de basura.

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 (74).

Una Vivienda: Es una edificación o unidad de edificación, construida, adaptada o convertida para ser habitada por una o más personas en forma permanente o temporal. Debe tener acceso directo e independiente desde la calle o a través de espacios de uso común para circulación como pasillos, patios o escaleras (75).

Se entiende por tipo de vivienda, al conjunto de viviendas que tienen una o más características comunes que las hacen semejantes entre si y diferentes de otras. Además, en atención a las normas que determinan las relaciones de convivencia de las personas que residen en ellas, pueden ser clasificadas en viviendas particulares o viviendas colectivas (76).

Cualquiera sea el material que se emplea para la construcción, la vivienda debe contar con estructuras firmes y seguras. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas para evitar la como ratas, pulgas, garrapatas y otros que pueden transmitir enfermedades. Los pisos deben ser compactos, impermeables y de fácil limpieza. Los techos deben proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y de animales que generan enfermedades (77).

El agua y la salud son dos aspectos indispensables y dependientes. En la actualidad los problemas del agua se centran tanto en la calidad como en la cantidad para abastecer a las poblaciones de una forma adecuada, así mismo están relacionados con la continuidad del servicio (78).

La energía eléctrica permanente. Está referido a la disponibilidad o no de alumbrado eléctrico por red pública en la vivienda (79).

Residuos sólidos. Los residuos sólidos son todas aquellas sustancias o productos en estado sólido que ya no se necesita, pero que pueden ser reaprovechados (80).

El distrito de Tarata se encuentra ubicado en la sierra de la ciudad de Tacna, es por ello que predominan las casas de adobe y que son de tipo unifamiliar, más de la mitad de las personas adultas que viven en el distrito cuentan con tenencia propia de la vivienda, con material del piso de loseta, vinilicos o sin vinilicos, encontrándose también un porcentaje con piso de tierra. El material del techo se encontró que la mayoría es de Eternit y es convincente puesto que más de la mitad de las paredes de las viviendas son de adobe, notablemente los pobladores no podrían techar sus viviendas con material ladrillo y cemento ya que las bases no soportarían el peso.

En cuanto al número de personas que duermen en una habitación, el análisis mostro que es de 2 a 3 miembros. Esto se debe probablemente al poco

espacio de la vivienda ya que muchos de los propietarios optaron por instalar tiendas de abarrotes o de comida, reduciendo así el espacio y distribución dentro de la vivienda.

Según los resultados de los determinantes de la salud relacionados con la vivienda la totalidad de pobladores cuentan con servicios básicos como abastecimiento de agua dentro de las viviendas, eliminación de excretas en baño propio, todos cuentan con energía eléctrica dentro de sus viviendas, salvo un pequeño porcentaje que no tiene energía eléctrica dentro de sus viviendas probablemente por la distancia que tienen de sus viviendas hasta el centro del distrito, el combustible que utilizan para cocinar es gas y/o electricidad encontrándose un porcentaje menor que utilizan para cocinar leña o carbón. Para la eliminación de la basura la municipalidad del distrito les brinda ese servicio mediante carros recolectores.

### **TABLA 3**

Se muestra que del 100% de las personas que participaron en el estudio, el 96.9% refiere que se baña diariamente, el 70.2% duerme de 06 a 08 horas diarias, el 65.8% no se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud, el 57.5% no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, el 43.8% refiere que en las dos últimas semanas realizó la actividad física de caminar por más de 20 minutos, el 42.1% en sus tiempos libres realizan la actividad de caminar y el 39.7% no consume bebidas alcohólicas.

En cuanto a alimentación se muestra que el 86.0% consume pan y cereales diariamente, el 81.8% consume carne y fideos diariamente, el 71.2%, consume embutidos, enlatados 1 o 2 veces a la semana, el 68.5% consume frutas diariamente, el 57.9% consume gaseosas 1 o 2 veces a la semana, el 55.5% refiere que consume huevos a diario, el 50.3% consume lácteos a diario, el 49.3% consume verduras y hortalizas diariamente, el 48.3% consume nunca o casi nunca pescado, el 43.2% consume legumbres a diario, el 40.4% consume legumbres a diario y el 33.2% refieren que menos de una vez a la semana consumen frituras.

Los resultados difieren a los obtenidos por Gámez Z. (81), quien investigó Perfil de tabaquismo de la población de Argentina del Ministerio de Salud de Argentina - 2005. Se evidencia que El 32,7% de todos los encuestados era fumador. Si consideramos solo el grupo de los mayores de 18 años el 33,7% era fumador. La prevalencia fue mayor en hombres que en mujeres (38% vs 26,8%). El grupo que concentra más fumadores es el de varones de 19 a 24 años donde el 45,7% fuma. Se observó mayor prevalencia en niveles socioeconómicos bajo (32,80%) y medio (36,90%) comparado con el nivel alto (24%). Mendoza presentó la mayor prevalencia (42,60%) seguida por Rosario (37,40%).

Los resultados obtenidos en el presente estudio difieren con Martínez E, Martínez L, Saldarriaga L. (82), estudiaron sobre el Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín -Colombia 2011. Obteniendo que

la proporción general del consumo de tabaco alcanza el 25.5%. El consumo es severo en el 9.6%, moderado en el 7.6% y leve en el 8.3%. El 17.2% fumaron alguna vez, pero abandonaron el hábito, y las personas que nunca han fumado representan el 57.3%. La edad y el nivel socioeconómico no se encontraron asociados al tabaquismo; en cambio, el sexo, la educación, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la alimentación poco saludable se encontraron estadística y epidemiológicamente asociados con el hábito de fumar.

Así mismo difieren con los resultados estudiados por Darias S. (83), *Determinantes socioeconómicos y salud en Canarias, 2009* el caso de los factores de riesgo cardiovascular a pesar del reconocimiento científico de los beneficios del ejercicio, la realidad es que la prevalencia es muy baja. En 2005, más del 40% de población adulta de Europa (cuando estaba constituida por 15 países) refirieron no realizar ningún tipo de actividad, el 16% no caminaban ni siquiera 10 minutos al día y el 60% pasaban más de 4 horas diarias sentadas. El 18% de los encuestados afirmaron realizar algún tipo de ejercicio moderado diariamente.

Los resultados obtenidos difieren con los estudiados por Concepción I. (84), en su investigación *Análisis de la clase social como determinante de salud en la población adulta de Canarias, 2011*. Que señala que el tipo de alimentación en zonas urbanas difiere de la que se realiza en áreas rurales, siendo la urbana la que mostraría preferencia por el consumo de productos

animales, alimentos azucarados, mayor cantidad de cereales y granos, productos preparados, etc.

Los resultados investigados son casi similares a los obtenidos por Seclen-Palacin JA, Jacoby ER. (85), Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú, 2003. Los datos sobre Perú muestran que más de la tercera parte (38,2%) de la población entrevistada practicaba deportes o ejercicios al menos una vez a la semana, y esta proporción fue mayor entre los hombres (44,5%) que entre las mujeres (32,4%). Por otro lado, 11,6% de las personas practicaban actividades deportivas regulares (ADR) con frecuencia diaria o interdiaria, que también fue ligeramente mayor en hombres (12,8%) que en mujeres (10,5%). Llamativamente, el grupo de edad que practicaba más ADR fue el de 50 a- 55 años en los hombres (20%) y el de 40 a -45 años en las mujeres (18%).

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La OMS lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones (86).

El cumplimiento de la Ley Antitabaco, aprobada el año 2010 por el Congreso de la República, reducirá en gran medida las más de 55 enfermedades

que ocasiona la exposición del humo de tabaco en la salud de las personas (17 son algunos tipos de cáncer) y tendrá un impacto positivo en la disminución de muertes que superan aproximadamente las diez mil al año, informó el Ministerio de Salud tras saludar la importante y trascendental decisión del legislativo. Disponer de ambientes 100% libres de humo de tabaco, conforme lo establece la Ley N°29517 hace que en el Perú se fortalezca el cuidado de la salud de las personas que viven o trabajan en los espacios cerrados y más aún a los niños, adultos mayores y personas con enfermedades respiratorias y población en general (87).

La actividad física (AF) regular se asocia a menor riesgo de enfermedad cardiovascular, enfermedad coronaria, accidente vascular encefálico, mortalidad cardiovascular y total. Se ha estimado que el sedentarismo pudiere ser responsable de 12,2% de los infartos al miocardio en la población mundial y así, una de las principales causas prevenibles de mortalidad Si bien no existe claridad absoluta acerca de los mecanismos por los cuales la AF ejerce protección cardiovascular, sus efectos benéficos se han atribuido principalmente a la disminución del índice de masa corporal (IMC), de la resistencia a la insulina, al aumento del colesterol HDL y mejoría de la hipertensión y función endotelial, junto con una disminución de los niveles de factores inflamatorios, como la proteína C-reactiva ultrasensible (88).

Según la OMS el tabaco es la primera causa de invalidez y muerte prematura del mundo. En Europa el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones

de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer y de más del 50 % de las enfermedades cardiovasculares. Fumar es directamente responsable de aproximadamente el 90 % de las muertes por cáncer de pulmón y aproximadamente el 80-90 % de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfisema (89).

El sueño representa una función vital, por ser imprescindible (el ser humano no puede vivir sin dormir), restauradora (el sueño repara el cuerpo cada día), complementaria y fundamental para asegurar la vigilia (se duerme para poder sentirse despierto al día siguiente), fisiológicamente necesario (90).

La alimentación en la etapa adulto maduro 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 (91).

En la investigación realizada a la persona adulta del distrito de Tarata de la ciudad de Tacna en relación a los determinantes de la salud de los estilos de vida se encontró que un porcentaje significativo no ha fumado, ni fuma nunca de manera habitual y que la frecuencia con la que ingieren bebidas

alcohólicas es ocasionalmente; lo que puede ser atribuido a la zona por la poca difusión del consumo de bebidas y esto puede significar un estilo de vida saludable.

En cuanto a la variable de examen periódico médico en un establecimiento de salud estos resultados probablemente se deban a que los adultos no cuentan con los medios económicos suficientes para el acceso a un examen preventivo, motivos de distancia, falta de organización del tiempo, por costumbre y creencias. Es importante el examen médico ya que esto garantizaría la integridad física y psicológica de las personas.

En cuanto a la variable actividad física un porcentaje significativo de las personas adultas considera el caminar como dicha actividad realizándolo más de 20 minutos; y que en otras actividades físicas un porcentaje significativo considera caminar, correr y hacer deporte como su opción para la actividad física.

Se encontró un porcentaje significativo de personas adultas que consumen un alto índice de alimentos como carne, fideos, pan y cereales, lácteo a diario; el motivo sea probablemente al fácil acceso de estos productos de consumo y a la condición económica de cada persona adulta.

#### **TABLA 4, 5 Y 6**

Se muestra que del 100% de las personas que participaron en el estudio, el 100% recibe otro tipo de apoyo que no es social organizado, el 99.7% no recibe apoyo social organizado y no recibe apoyo social natural, el 65.4% refiere que en la institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses fue en el centro de salud y el 63.0% considera que el lugar donde fueron atendidos está muy cerca de sus viviendas.

Se muestra también que el 70.2% cuenta con seguro SIS- MINSA, El 58.9% refiere que si existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa, el 56.5% manifiesta que la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena y el 35.3% muestra que el tiempo que las personas atendidas esperaron fue regular.

Los resultados obtenidos en el presente estudio difieren con lo obtenido por Morera M y Aparicio A (92), en su investigación sobre Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica -2010. Los resultados revelan que los entrevistados con nivel de educación universitaria completa tienen una mayor probabilidad de acudir al médico. No se observaron diferencias en la proporción de población entre los quintiles de ingreso, y resultó que un 86% están asegurados. El 73% refiere buen estado de salud y el 33% indica que padece una o más enfermedades crónicas. Concluyendo que los factores determinantes de la utilización de consultas médicas fueron el nivel educativo,

el estado de salud percibida, el número de enfermedades crónicas declaradas y la región de residencia.

Los resultados coinciden con Rodríguez S. (93), en su estudio sobre Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia - 2010. Se Utilizó la encuesta de Calidad de Vida 2008. Encontrando entre quienes presentaron un problema de salud aproximadamente el 21.38% no utilizó los servicios: 13% por barreras impuestas desde la oferta y 87.2% por las barreras de demanda. La falta de dinero sigue siendo una importante barrera al acceso tanto para población con seguro de salud (14.4%), como para la población sin él, 50.24%. Aunque se muestran evidencias a favor de la estrategia de aseguramiento como facilitador del acceso, la persistencia de barreras financieras sigue imponiendo un reto al sistema de salud.

Los resultados difieren con Huiza G. (94), quien estudió Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval del Callao-2006. La muestra estuvo compuesta por 260 usuarios externos. En relación a los resultados, encontramos que la satisfacción del usuario externo fue del 76.15 %, medianamente satisfechos el 16.92 % e insatisfechos el 6.92 %. Los elementos que tuvieron valores porcentuales muy bajos de satisfacción fueron: el tiempo de espera (41.15 %) y la provisión en Farmacia de todos los medicamentos recetados por el médico tratante (47.31%). Las conclusiones de este estudio muestran que el usuario externo

estuvo satisfecho con la calidad de atención de salud de la consulta externa ya que el intervalo de confianza del valor porcentual es de 76.15%.

Los servicios de salud, en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud y prevenir las enfermedades, contribuyen a la salud de la población. Son tan importantes preventivos y de atención primaria de salud como lo es la atención prenatal, los consultorios infantiles y la inmunización para la salud maternoinfantil. Los servicios que educan a los niños y los adultos sobre los riesgos para la salud y las elecciones sanas, además de promover hábitos saludables, son una contribución. Los servicios para ayudar a los ancianos a mantener su salud e independencia son también importantes (95).

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), concebido por el Ministerio de Salud del Perú identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella (96).

Los servicios de salud en el Perú se agrupan en dos subsectores: el público y el privado. El primero está conformado por el MINSA (Ministerio de Salud), ESSALUD (seguro social de salud) y los servicios de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional (97).

El apoyo social reconoce que las relaciones de las personas, en sus entornos de trato con los demás, cumplen una serie de funciones que van a determinar la aparición o no de problemas, y el grado de bienestar personal. Asimismo, se contempla el trabajo como un posible elemento integrador de la persona, ya que le da la posibilidad de otorgarle un estatus, o favorecer la satisfacción de necesidades sociales (98).

Desde la dimensión de la acción social, se valora la participación social como proceso subjetivo de interacción social, en el que los individuos reconocen sus disposiciones de necesidad, dentro del contexto grupal, incorporando, desde la autonomía, las normas estructuradas y homogéneas por lo que actúan conscientemente en correspondencia con su libertad individual (99).

El pandillaje es uno de los principales problemas que afectan a nuestra juventud. Prácticamente las pandillas se presentan en grupos y por lo general son muchachos que pasan de la niñez a la adolescencia y todos con un mismo objetivo en común: alentar a su equipo o en defensa de su barrio. Por lo general las pandillas están formadas por chicos de bajos recursos económicos o que tienen problemas familiares y también por falta de comunicación de padres e hijos (100).

En la investigación realizada al distrito de Tarata en la ciudad de Tacna, se encontró que la mayoría de las personas que viven en dicho distrito no reciben

apoyo social natural y apoyo social organizado; encontrándose también un alto porcentaje de personas que refieren si recibir otro tipo de apoyo social organizado. La importancia del apoyo social radica y puede influir positivamente y de forma directa sobre la salud y el bienestar en la forma que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima, realización personal y afecto. De esta manera los efectos positivos de apoyo social sobre la salud pueden compensar los negativos como el estrés y brindar mayor soporte para las personas.

En la variable institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses se encontró que se atienden en un centro de salud esto puede deberse a que la mayoría cuenta con seguro del sistema integral de salud (SIS) que corresponde al MINSA. También encontrándose que más de la mitad considera que el lugar en donde se atienden queda muy cerca de sus viviendas.

En cuanto a la variable del tiempo de espera para ser atendido, los resultados refieren que el tiempo fue regular, encontrándose también que la atención que recibió fue buena, esto probablemente se deba a la poca afluencia de personas al centro de salud, ya que siendo zona rural es poca la población que vive en dicho distrito. Los resultados también muestran que la presencia de pandillaje o delincuencia es poca.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

- En relación a los determinantes biosocioeconómicos de los adultos más de la mitad son de sexo masculino, en su totalidad son adultos que oscilan entre los 30 a 59 años de edad, menos de la mitad cuentan con secundaria completa e incompleta, más de la mitad reciben un sueldo menor a S/.750 soles mensuales y tienen un trabajo estable. Con respecto a los determinantes del entorno físico en su totalidad cuentan con abastecimiento de agua dentro de sus viviendas, baño propio, la mayoría tiene en sus viviendas un techo de eternit, cuenta con energía eléctrica permanente, entierra, quema o usa el carro recolector para la basura y refiere que el carro recolector de la basura pasa dos veces por semana. Es así que más de la mitad se encuentran en una vivienda unifamiliar, vivienda propia y el material de las paredes es de material adobe además el que usan gas o electricidad para cocinar, la mitad refiere que en una habitación duermen de 2 a 3 miembros dentro de una habitación y menos de la mitad refiere que el material del piso es de loseta, vinílico o sin él.
- Con respecto a los determinantes de los estilos de vida la mayoría se baña diariamente, no se realiza exámenes médicos periódicos, duerme de 06 a 08 horas, en tanto más de la mitad no fuma y menos de la mitad no consume bebidas alcohólicas, sale a caminar como actividad física. Con respecto a la alimentación la mayoría consume frutas, carne, fideos, pan cereales y lácteos, en tanto más de la mitad consume huevos, dulces, gaseosas y refrescos con

azúcar, por otro lado menos de la mitad consume pescado, verduras, hortalizas, legumbres, embutidos- enlatados y frituras

- En relación a los determinantes de las redes sociales y comunitarias en su totalidad reciben otro tipo de apoyo, casi la totalidad no recibe apoyo social natural u organizado, en tanto la mayoría se atiende en un centro de salud cercano a sus viviendas y cuentan con SIS- MINSA. Más de la mitad considera que la calidad de atención que recibió es buena y refiere que si hay presencia de pandillaje en la zona, y por ultimo menos de la mitad manifiesta que el tiempo de espera para ser atendido en el centro de salud fue regular.

## 5.2.Recomendaciones

- El profesional de enfermería del Centro de salud de Tarata, donde pertenece la comunidad, debe tomar en cuenta las conclusiones del presente estudio a fin de continuar mejorando actitudes hacia los determinantes de la salud de la población adulta.
- Brindar los resultados encontrados a la municipalidad distrital de Tarata, para que de esta manera las autoridades pertinentes logre contribuir con aportes importantes para la población adulta y la comunidad.
- Promover y difundir los resultados obtenidos al personal de salud del Centro de Salud de Tarata, con el propósito y finalidad de motivar al personal de salud a realizar campañas de salud dirigida a las personas adultas, en cuanto a prevención de enfermedades trasmisibles y no transmisibles; haciendo hincapié en la promulgación de la práctica diaria de estilos de vida saludables.
- Realizar otros estudios sobre influencia de los determinantes en la salud, alimentación saludable, actividad física, saneamiento básico que ayude a plantear estrategias en beneficio de la comunidad y así se logre contribuir con la población adulta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. WHO. [página en internet]. España: Informe sobre la salud en el mundo; c2003 [actualizado 14 Jun 2003; citado 12 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/>
2. Puig-Junoy J, Jané E, Castells X, Mata I. Cambios recientes en los sistemas de salud en América Latina y perspectivas de futuro. Gac Sanit [Internet]. 2002 Feb [citado 2018 Mar 13] ; 16( 1 ): 2-4. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112002000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100002&lng=es).
3. Erdstegui C, Zalles L, Paz Soldán R, Carvajal N, Cartagena , N. Montaña-Rueda Karla et al . Relación de las determinantes de la salud con el estado de salud de pobladores de la zona de K'ara K'ara en Cochabamba (Bolivia) valorado a través de revisión médica. Gac Med Bol [Internet]. 2013 Jul [citado 2018 Mar 13] ; 36( 1 ): 21-26. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662013000100005&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662013000100005&lng=es).
4. Quispe H. Situación de salud pública en Perú. [monografía en internet] Puno: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2012 [citada 02 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos94/situacion-salud-peru/situacion-salud-peru2.shtml>

5. MINSA. Informe ejecutivo Tacna – situación nutricional. [base de datos en Internet]. PER: MINSA. c2011 - [citado 13 Feb 2018]. Disponible en: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/resu\\_sist\\_cena/TACNA.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/resu_sist_cena/TACNA.pdf)
6. Centro de Salud Tarata. Plan de Salud Local. Tacna: Centro de Salud Tarata; 2012.
7. Martínez J, Gispert E, Castell-Florit P, Alfonso C, Diago H. Consideraciones sobre el concepto de salud y su enfoque en relación a la salud bucal. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2014 Oct [citado 2018 Ene 02] ; 36( 5 ): 671-680. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000500015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500015&lng=es).
8. SANITAS España. [página en internet]. España : La evolución del concepto de salud; c2017 [actualizado 2017; citado 02 Ene 2017]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/prevencion-salud/san041834wr.html>
9. Ávila-Agüero M. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Acta méd. costarric [Internet]. 2009 Abril [citado 2018 Ene 02] ; 51( 2 ): 71-73. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022009000200002&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000200002&lng=en).

10. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta méd. peruana [Internet]. 2011 Oct [citado 2018 Ene 02] ; 28( 4 ): 237-241. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es).
11. Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller R, Rodríguez C, Chávez A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. Cienc. enferm. [Internet]. 2014 Abr [citado 2018 Ene 02] ; 20( 1 ): 61-74. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532014000100006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100006&lng=es).<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100006>.
12. Coronel J, Marzo N. La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. MEDISAN [Internet]. 2017 Jul [citado 2018 Ene 02] ; 21( 7 ): 926-932. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000700018&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700018&lng=es).
13. Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: panamericana, 2001 pág. 52

14. MINSA Perú . [página en internet] Lima : Institucional ; c2016 [actualizado 25 Feb 2016; citado 02 Ene 2018] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe>
15. Sánchez-Moreno F. La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2013 Oct [citado 2018 Ene 02] ; 30( 4 ): 676-682. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000400022&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400022&lng=es).
16. Amartya S. ¿Por qué la equidad en salud?. Texto Contexto Enferm [serie en Internet] 2001 Jul [citado 02 ene 2018] ;01 (2) :308. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/302-309/es>
17. Puyol Á. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. Gac Sanit [Internet]. 2012 Abr [citado 2018 Ene 02] ; 26( 2 ): 178-181. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112012000200016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200016&lng=es).
18. Sánchez-Moreno, F. LA INEQUIDAD EN SALUD AFECTA EL DESARROLLO EN EL PERÚ. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2013;30(4):676-682. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36329481022>

19. Silberman M, Moreno A, Kawas V, González E. Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2013 Ago [citado 2018 Ene 02] ; 56( 4 ): 24-34. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422013000400004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400004&lng=es).
20. Quintero Fleites Eva Josefina, Fe de la Mella Quintero Sara, Gómez López Leysa. La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. Medicentro Electrónica [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Ene 02] ; 21( 2 ): 101-111. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432017000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200003&lng=es).
21. Cardona D, Acosta L, Bertone C. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). Gac Sanit [Internet]. 2013 Ago [citado 2018 Feb 04] ; 27( 4 ): 292-297. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112013000400003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000400003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.007>.
22. Narro N. En su investigación “ Determinantes de la salud de la persona adulta mayor, sector Antenor Orrego- El Porvenir, 2012”. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Trujillo: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.

23. Ávila M. En su investigación “Determinantes de la salud de la persona adulta en el Caserío Miraflores- La Huaca- Paita, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016.
24. Farfán H. En su investigación “Determinantes de la salud de la persona adulta en el Centro Poblado Villa María- Cieneguillo Centro- Sullana, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016.
25. Murillo L. En su investigación “Estilos de vida y factores Biosocioculturales del Adulto del Centro Poblado Menor Yarada Baja- Tacna, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
26. Fernández M. En su investigación “Determinantes de la salud de la persona adulta de la Asociación de vivienda 28 de Agosto del Distrito de Ciudad Nueva- Tacna, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
27. Uchazara M (23). En su investigación titulada “Determinantes de la salud en la persona adulta del Centro Poblado Menor Los Palos- Tacna, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.

28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. Domínguez M. Monografía sobre los determinantes sociales de salud. [monografía en internet] Cantabria: Universidad de Cantabria; 2012 [citada 05 Feb 2018]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/855/DominguezSantamariaM.pdf?sequence=1>

33. Padovani S, Pazos E, Padovani A, Ruano M. Determinantes sociales de la salud y sistema de gestión de la calidad en servicios estomatológicos. Rev haban cienc méd [Internet]. 2014 Oct [citado 2018 Feb 06] ; 13( 5 ): 757-768. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2014000500013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000500013&lng=es).
34. Onyebuchi A, Gert P, Diana M, Niek S. Sistema de salud y los factores determinantes de los resultados susceptibles de salud pública en los países industrializados: una combinada, de corte transversal con el análisis de series temporales. BMC Public Health [serie en Internet]. 2005 May [citado 06 Feb 2018]; 5 (3): 81. Disponible en: [http://viaclinica.com/article.php?pmc\\_id=1185550#13](http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=1185550#13)
35. Juárez F. El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud.. International Journal of Psychological Research [Internet]. 2011;4(1):70-79. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299022819009>
36. Oyola A, Vidal M. Determinantes Sociales de la Salud: distintas formas de abordaje. Revista Peruana de Epidemiología [Internet]. 2014;18(1):1. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203132677001>
37. Fernández-López J, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación

Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2010 Abr [citado 2018 Feb 06] ; 84( 2 ): 169-184. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es).

38. Gracia E, Herrero J. La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. Revista Latinoa. De Psic. [serie en Internet]. 2006 Feb [citado 06 Feb 2018]; 38 (2) 327-342. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n2/v38n2a07.pdf>

39. Forrellat M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Feb 06] ; 30( 2 ): 179-183. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-02892014000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011&lng=es).

40. Montes de Oca N, Machado F. Estrategias docentes y métodos de enseñanza-aprendizaje en la Educación Superior. Rev Hum Med [Internet]. 2011 Dic [citado 2018 Feb 06] ; 11( 3 ): 475-488. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202011000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000300005&lng=es).

41. Richter J. El concepto ampliado de trabajo: los diversos trabajos. Gaceta Laboral [Internet]. 2011;17(2):169-189. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33619713002>
42. Llanos-Hernández L. EL CONCEPTO DEL TERRITORIO Y LA INVESTIGACIÓN EN LAS CIENCIAS SOCIALES. Agricultura, Sociedad y Desarrollo [Internet]. 2010;7(3):207-220. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360533086001>
43. García J, Peña Á, Rodríguez A. Métodos cuantitativos versus métodos cualitativos en la Economía de los Negocios. ¿Es una metodología irreconciliable?. EconoQuantum [Internet]. 2007;3(2):117-150. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=125015208005>
44. Shuttleworth M. (Sep 26, 2008). Diseño de Investigación Descriptiva. Feb 05, 2018. Disponible en: <https://explorable.com/es/disenodeinvestigacion-descriptiva>
45. Soplapuco P. Diseños de investigación científica para contrastar hipótesis. [monografía de internet] España: Pedro Soplapuco Montalvo; 2012 [citada 06 Feb 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/267223583/3-4-DISENOS-DE-INVESTIGACION-pdf>

46. Soplapuco P. Diseños de investigación científica para contrastar hipótesis. [monografía de internet] España: Pedro Soplapuco Montalvo; 2012 [citada 06 Feb 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/267223583/3-4-DISENOS-DE-INVESTIGACION-pdf>
47. Pérez Díaz Julio. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
48. 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>
49. Eusko Jaurlaritza. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en [http://www.eustat.es/documentos/opt\\_0/tema\\_165/elem\\_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID)

50. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).: Mexico; 2010. Disponible en:<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
51. 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/>
52. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. Mexico. 2011. Disponible en [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco\\_conceptual\\_cpv2010.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf)
53. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001
54. Rafael Martínez Morán. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en [http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0\\_736\\_1.pdf](http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf)

55. Martos Carrión Esther. Analisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
56. Sánchez Isla Laura: “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [ Título 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>
57. 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>.
58. Inez 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](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm).
59. Yovera A. En su investigación “ Determinantes de la salud en la persona adulta en el Asentamiento Humano Cristian Requena – Catacaos – Piura, 2013”.

[Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016.

60. Garay N. Determinantes de la salud en la persona adulta en la asociación El Morro II etapa de Tacna 2013 [trabajo para optar el título de licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
61. Uchazara M. Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor Los Palos de Tacna 2013 [trabajo para optar el título de licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
62. Vite L. En su investigación ‘‘ Determinantes de la salud del adulto del Asentamiento Humano San Martín - Sechura, 2013’’. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016.
63. Sobrevilla, V. En su investigación ‘‘Determinantes de la salud en la persona adulta del Caserío Somate Bajo – Bellavista – Sullana 2013’’. [ Tesis Para optar el título de Lic. en enfermería] Piura - Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015.
64. Barragán H. determinantes de la salud: niveles de análisis e intervención propuesta pedagógico-didáctica. Revista Científica de la Facultad de Ciencias Médicas. 2011; 2(4): 1-3.

65. Fuentes A. ¿Cómo el Ingreso Afecta la Salud?: La Perspectiva de la Epidemiología Social. Ciencia y trabajo. [Serie en internet]. 2010 [citada 2013 Agosto 30]; 12(35): [Alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/35/pagina272.pdf>
66. Organización Mundial de la salud. Términos de Salud pública. Washington: OMS; 2007.
67. Marriner E. Administración en enfermería. México: Editorial Interamericana; 2005.
68. 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>.
69. Salazar, F. En su investigación “Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Vista Alegre Sector P – Huaraz, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.
70. Colchado A. Determinantes de la salud en adultos maduros con infección respiratoria aguda [tesis para optar el título de licenciada en enfermería] . Vinzos distrito de Santa: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.

71. Alzate Amariles E, Vélez Ma, López YI. Vivienda nueva rural enmarcada en la estrategia de vivienda saludable: Copacabana, Antioquia (Colombia), 2011. Revista Hacia la Promoción de la Salud 2012; 1740-59. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826004>. Consultado el 3 de octubre de 2013.
72. 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.
73. Monasteri, N, y Aranda, J. En su investigación “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el A.H. Victor Raul Haya de la Torre - Piura, [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Piura] 2013.
74. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable 2009. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
75. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.

76. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
77. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable 2009. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
78. Hernández- Vásquez L, Chamizo- García H, Mora- Alvarado D. Calidad del agua para consumo humano y salud. [base de datos en internet]. COSTARRICC: SCIELO. c2011 – [citado 19 jun 2014]. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S140914292011000100004](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140914292011000100004).
79. Organización Mundial de la Salud. Relación del agua, el saneamiento y la higiene con la salud 2004. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
80. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el mejoramiento de la calidad del agua a nivel casero 2005. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
81. Vidarte Claros JA, Vélez Álvarez C, Sandoval Cuellar C, Alfonso Mora ML. Actividad física: Estrategia de Promoción de la Salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud 2011; 16202-218. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126695014>. Consultado el 18 de octubre de 2013.

82. Martínez E, Martínez L, Saldarriaga L. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín Colombia. *Redalyc* 2011; 29(2): 163-169.
83. Darias S. Determinantes socioeconómicos y salud en Canarias: el caso de los factores de riesgo cardiovascular. [base de datos en internet]. ESP: BBtk. c2009 – [citado 14 jun 2014]. Disponible en: <ftp://tesis.bbtkt.ull.es/ccssyhum/cs242.pdf>.
84. Concepción I. Análisis de la clase social como determinante de salud en la población adulta [Tesis Doctoral]. Canarias: Universidad de la Laguna; 2011.
85. Seclen-Palacin JA, Jacoby ER. 2003. Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú. *Rev Panam Salud Pública* 2003; 14(4): 255–264.
86. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Atención primaria de la salud 2008. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
87. Ley antitabaco. Ley Nro. N°29517. Boletín Ministerio de Salud, número 8706, (26 May 2010).
88. Krämer V, Acevedo M, Orellana L, Chamorro G, Corbalán R, Bustamante M José et al . Actividad física y potencia aeróbica: ¿Cómo influyen sobre los factores de riesgo cardiovascular clásicos y emergentes?. *Rev. méd.*

Chile [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2014 Feb 18] ; 137( 6): 737-745. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872009000600002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872009000600002&lng=es).<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600002>.

89. Drogas. Secretaría General de Sanidad y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. 2008.

90. Sandoval Kingwergs, G. (2002). Factores de riesgo relacionados con el insomnio: Aplicación del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (S.E.Vi.C.). Tesis de licenciatura. 219 pp. México: Facultad de Psicología, UNAM.

91. Ministerio de Salud. Etapa de Vida Adulto 2013. Perú: Ministerio de Salud; 2013.

92. Morera M, Aparicio A. Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado 2013 Jun 17]; 24(5): 410-415. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021391112010000500009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112010000500009&lng=es).

93. Rodríguez S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud [monografía en internet]. Colombia: Colciencias; 2010 [citada 2013 Jun17].

[Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebreerca/Srodriguez.pdf>.

94. Huiza G. Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval del Callao [Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Enfermería mención Gestión en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
95. CANADA HEALTH, OPS/OMS (2000). Salud de la Población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. «La perspectiva canadiense». Washington, D.C.
96. Ministerio de Salud. Norma técnica de estándares de calidad para hospitales e institutos especializados 2003. Perú: Ministerio de Salud; 2003.
97. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.
98. TISOC. [Página en internet]. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; c2011 [actualizado 2014; citado 11 May 2014]. Disponible en: <http://www.tisoc.com/el-rincon-del-coach/apoyo-social.php>.

99. Rubio D, Vera V. Comunidad y participación social. Un debate teórico desde la cultura. Eumed [serie en internet].2012 [citada 2013 Junio 18]; 30: (18): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: [www.eumed.net/rev/cccss/20/](http://www.eumed.net/rev/cccss/20/).
100. Tong, F. (1999) Nacidos para Ser Salvajes. Lima: Sur.

## ANEXO 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

### CÁLCULO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de proporciones de una población finita.

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

**Donde:**

$n$  = Tamaño de muestra

$N$  = Tamaño de la población =  $X$

$Z$  = Nivel de confianza al 95% establecido por el investigador = 1.96

$p$  = 0.5 Proporción de individuos de la población que tiene las características que se desean estudiar.

$q$  = 0.5 Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés.

$e$  = 0.05 Margen de error permisible establecido por el investigador = 5%

**Reemplazando:**

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (X)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (X-1)}$$

## 1.2 RESULTADOS DEL CÁLCULO DE LA MUESTRA DEL DISTRITO DE TARATA.

### CALCULO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{z^2 p \cdot q N}{z^2 \cdot p \cdot q + E^2 (N-1)}$$

n = Tamaño de muestra

N = Población adulta (1215)

Z = Nivel de confianza 95% (1.96)

E = error estándar 5% (0.05)

p  $\Rightarrow$  si = 50% (0.50)    q  $\Rightarrow$  d = 50% (0.50)

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50)(0.50)(1215)}{(1.96)^2 (0.50)(0.50) + (0.05)^2 (1215-1)}$$

$$n = \frac{3.8416 (0.25)(1215)}{3.8416 (0.25) + 0.0025 (1214)}$$

$$n = \frac{1,166.9}{0.9604 + 3.035}$$

$$n = \frac{1,166.9}{3.9954}$$

n = 292

ANEXO 2



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA D

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA  
PERSONA ADULTA EN EL DISTRITO DE TARATA -TACNA, 2013.

Elaborado por Dra. María Adriana Vílchez Reyes

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

1. Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

2. Edad:

- Adulto Joven (18 años a 29 años 11 meses 29 días) ( )
- Adulto Maduro ( De 30 a 59 años 11 meses 29 días) ( )
- Adulto Mayor ( 60 a más años) ( )

3. Grado de instrucción:

- Sin nivel instrucción ( )
- Inicial/Primaria ( )
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ( )

- Superior Universitaria ( )
- Superior no universitaria ( )

**4. Ingreso económico familiar en nuevos soles**

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

**5. Ocupación del jefe de familia:**

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

**6. Vivienda**

**6.1. Tipo:**

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

## 6.2. Tenencia:

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

## 6.3. Material del piso:

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

## 6.4. Material del techo:

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

## 6.5. Material de las paredes:

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

### 6.6 Cuantos personas duermen en una habitación

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

### 7. Abastecimiento de agua:

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

### 8. Eliminación de excretas:

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

### 9. Combustible para cocinar:

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

### 10. Energía eléctrica:

- Sin energía ( )
- Lámpara (no eléctrica) ( )
- Grupo electrógeno ( )

- Energía eléctrica temporal ( )
- Energía eléctrica permanente ( )
- Vela ( )

**11. Disposición de basura:**

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

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

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

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

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

**II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA**

**14. ¿Actualmente fuma?**

- Si fumo, diariamente ( )

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

**15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?**

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

**16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?**

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

**17. Con que frecuencia se baña?**

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

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

Si ( ) NO ( )

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

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

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

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

## 21. DIETA:

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

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



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

#### CONSULTA DE EXPERTOS

De FORMULACION DE LAS PREGUNTAS a...

Procesamiento de encuestas:

N      Pregunta del  
         01 - 36  
Válidos              5  
Perdidos            0

Escala aiken está según del enunciado positivo al enunciado negativo

- MUY SATISFECHO
- SATISFECHO
- ALGO SATISFECHO
- NO DEL TODO SATISFEHO

	enunciado positivo				enunciado negativos
<b>Items</b>					
<b>Item 1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Item 2</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Item 3</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Item 4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>...</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>...</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Item31</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Item32</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Item33</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Item34</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Item35</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Item36</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

EL cuestionario: encuesta con sus 36 respectivos ítem  
 Qué interés desean analizar - “Que escala se mide”

**La validación para los expertos** es con la fórmula de Aiken – con Alpha de Cronbach para la confiabilidad de una escala, y correlaciones de ítem-test para la validez.

**Spss – análisis de confiabilidad Consulta de expertos**

**Resumen del procesamiento de los casos**

		N	%
Casos	Válidos	5	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	5	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,124	36

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P1	162,60	8,300	,000	,124
P2	162,80	8,200	-,039	,138
P3	163,60	8,300	,000	,124
P4	163,80	8,200	-,039	,138
P5	163,00	6,500	,537	-,079 <sup>a</sup>
P6	163,00	6,500	,537	-,079 <sup>a</sup>
P7	162,80	6,700	,605	-,061 <sup>a</sup>
P8	163,00	8,500	-,157	,182
P9	163,00	8,000	,000	,129
<b>P10</b>	<b>163,20</b>	<b>10,700</b>	<b>-,753</b>	<b>,356</b>

P11	162,60	8,300	,000	,124
P12	162,80	8,200	-,039	,138
P13	162,60	8,300	,000	,124
P14	162,80	8,200	-,039	,138
P15	162,80	8,200	-,039	,138
P16	163,40	10,300	-,766	,320
P17	162,80	6,700	,605	-,061 <sup>a</sup>
P18	162,80	6,700	,605	-,061 <sup>a</sup>
P19	163,00	9,000	-,304	,229
P20	162,80	10,200	-,735	,313
P21	162,80	6,700	,605	-,061 <sup>a</sup>
P22	162,60	8,300	,000	,124
P23	163,00	9,000	-,304	,229
P24	162,60	8,300	,000	,124
P25	163,20	11,200	-,873	,386
P26	162,80	7,700	,161	,080
P27	163,00	9,500	-,444	,271
P28	162,60	8,300	,000	,124
P29	163,20	7,700	,099	,094
P30	163,00	6,000	,745	-,172 <sup>a</sup>
P31	163,20	7,200	,272	,029
P32	163,20	5,700	,879	-,235 <sup>a</sup>
P33	162,80	7,700	,161	,080
P34	163,00	9,500	-,444	,271
P35	163,00	6,000	,745	-,172 <sup>a</sup>
P36	162,80	6,700	,605	-,061 <sup>a</sup>

a. El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativos, lo cual **viola los supuestos del modelo de fiabilidad**. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

## ANEXO 4



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

**VALIDEZ Resumen del procesamiento  
de los casos prueba piloto realizado en  
Locumba, 2013.**

		N	%
Casos	Válidos	15	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	15	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,160	50

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Prgt001	128,60	67,829	-,298	,192
Prgt002	128,47	63,124	,312	,129
Prgt003	126,80	60,743	,187	,114
Prgt004	129,00	64,857	,086	,152
Prgt005	128,33	69,524	-,332	,218
Prgt006	128,80	61,171	,526	,102
Prgt007	127,07	52,067	,343	,011
Prgt008	128,27	65,495	-,096	,199
Prgt009	126,93	70,210	-,306	,236
Prgt010	126,87	70,410	-,352	,232
Prgt011	127,67	67,095	-,168	,187
Prgt012	125,53	66,695	-,146	,180

Prgt013	125,60	73,257	-,464	,267
Prgt014	128,80	63,314	,070	,146
Prgt015	125,47	71,267	-,467	,237
Prgt016	126,40	68,257	-,254	,202
Prgt017	128,80	67,314	-,162	,201
Prgt018	129,00	64,143	,069	,150
Prgt019	126,53	62,124	,318	,118
Prgt020	124,80	66,457	-,125	,203
Prgt021	128,93	62,638	,278	,125
Prgt022	128,67	62,667	,060	,147
Prgt023	128,53	67,695	-,291	,190
Prgt024	127,27	62,924	,034	,154
Prgt025	126,87	59,695	,064	,142
Prgt026	128,20	51,886	,549	-,026 <sup>a</sup>
Prgt027	128,33	60,381	,160	,116
Prgt028	128,67	60,667	,209	,111
Prgt029	127,00	64,143	-,080	,204
Prgt030	128,47	71,695	-,409	,248
Prgt031	128,67	69,095	-,438	,207
Prgt032	128,33	63,667	,093	,145
Prgt033	128,73	66,495	-,125	,177
Prgt034	127,27	62,638	,047	,150
Prgt035	127,53	55,552	,463	,032
Prgt036	126,67	52,667	,629	-,022 <sup>a</sup>
Prgt037	126,67	52,381	,734	-,033 <sup>a</sup>
Prgt038	126,80	56,600	,496	,043
Prgt039	124,87	58,410	,152	,108
Prgt040	124,20	65,600	,000	,160
Prgt041	128,20	65,600	,000	,160
Prgt042	128,33	65,952	-,083	,166
Prgt043	128,40	67,971	-,372	,192
Prgt044	128,20	65,600	,000	,160
Prgt045	128,20	62,171	,551	,114
Prgt046	128,27	69,924	-,279	,237
Prgt047	128,20	65,600	,000	,160
Prgt048	127,73	65,781	-,076	,179
Prgt049	127,67	67,095	-,151	,196
Prgt050	128,20	65,600	,000	,160

a. El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativos, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

**ANEXO 5**



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LASALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**TÍTULO**

**DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN EL  
DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013.**

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 ora la 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.

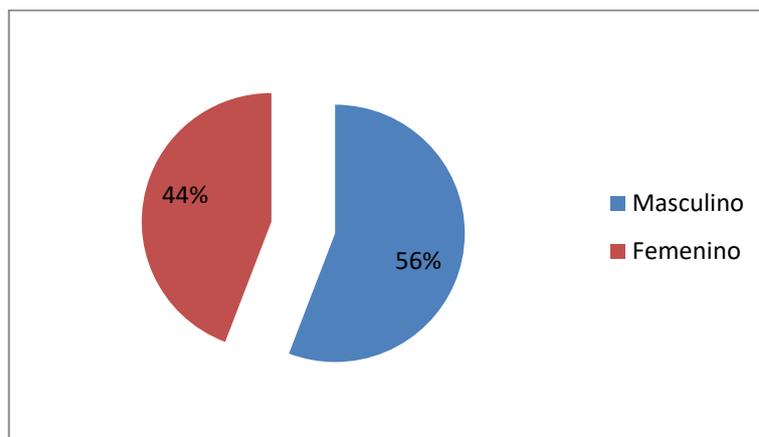
**FIRMA**

.....

## DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICOS

### GRAFICO DE TABLA 1

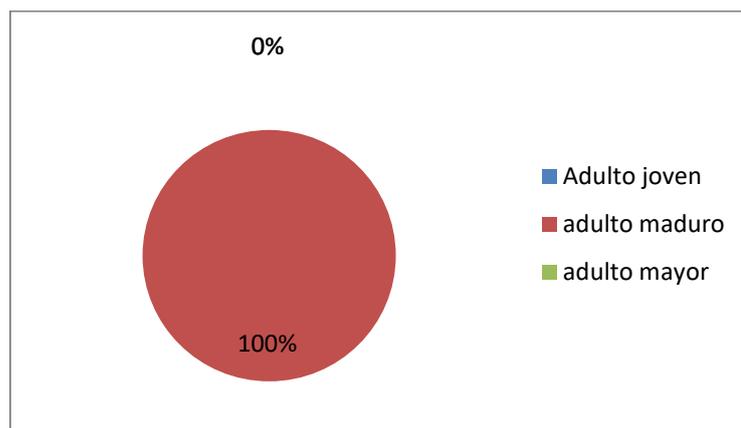
GRAFICO SEGÚN SEXO DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA-TACNA, 2013



Fuente: Idem Tabla 1

### GRAFICO DE TABLA 1

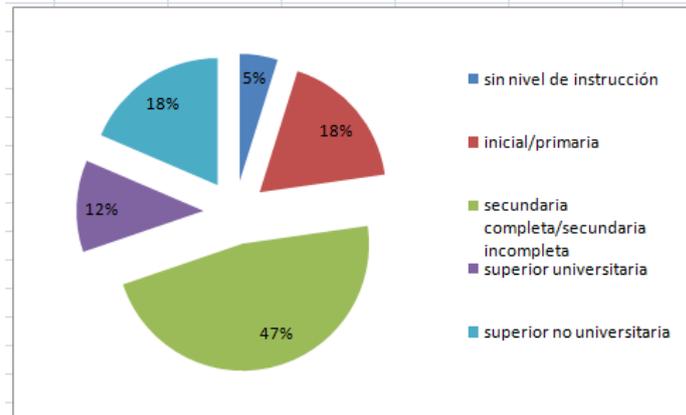
GRAFICO SEGÚN EDAD DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA-TACNA, 2013



Fuente: Idem Tabla 1

### GRAFICO DE TABLA 1

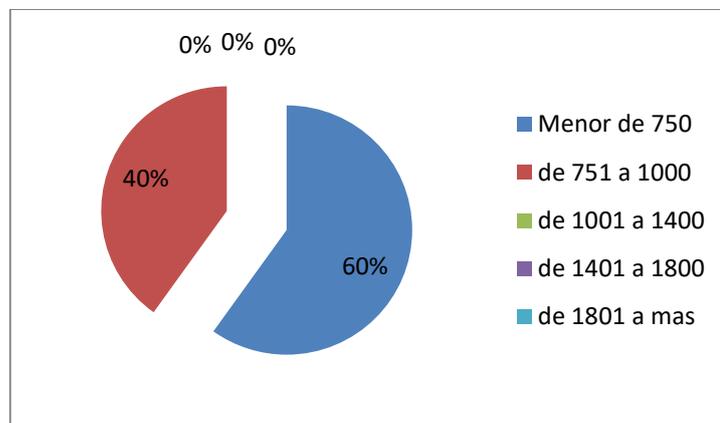
**GRAFICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA-TACNA, 2013**



Fuente: Idem Tabla 1

### GRAFICO DE TABLA 1

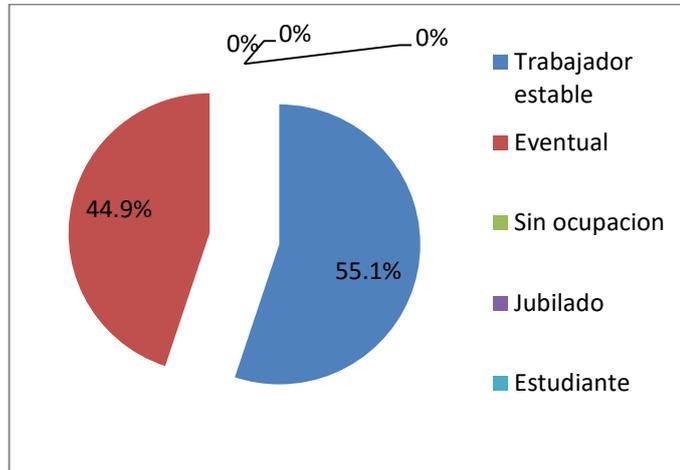
**GRAFICO SEGÚN INGRESO ECONOMICO (SOLES) DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA-TACNA, 2013.**



Fuente: Idem Tabla 1

**GRAFICO DE TABLA 1**

**GRAFICO SEGÚN OCUPACION DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE  
TARATA- TACNA. 2013.**

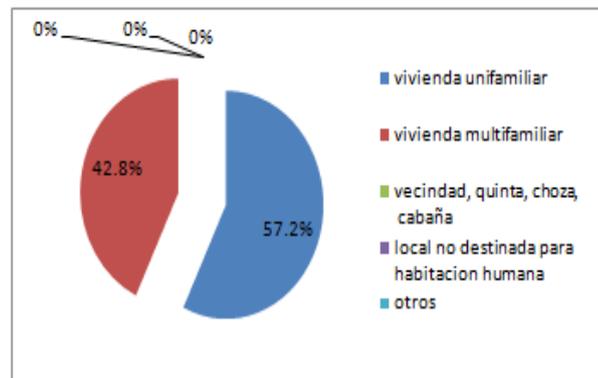


**Fuente:** Idem Tabla 1

## DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

### GRAFICO DE TABLA 2

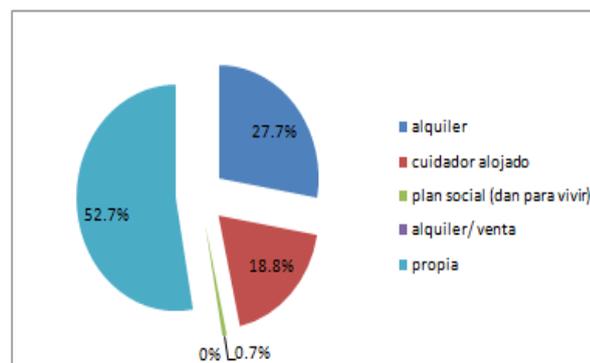
#### GRAFICO SEGÚN TIPO DE VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013



Fuente: Idem Tabla 2

### GRAFICO DE TABLA 2

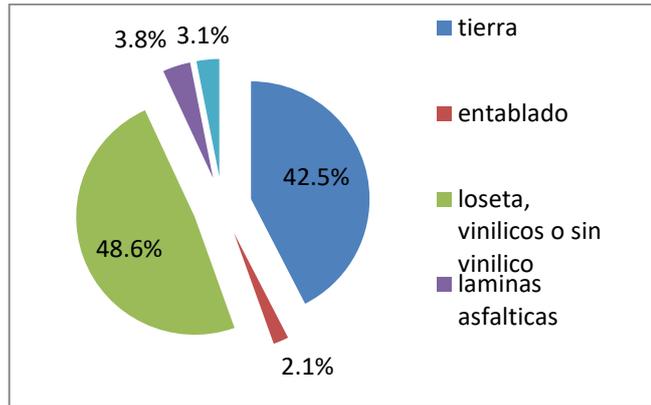
#### GRAFICO SEGÚN TENENCIA DE LA PERSONA ADULTA EN EL DISTRITO DE TARATA-TACNA, 2013



Fuente: Idem Tabla 2

**GRAFICO DE TABLA 2**

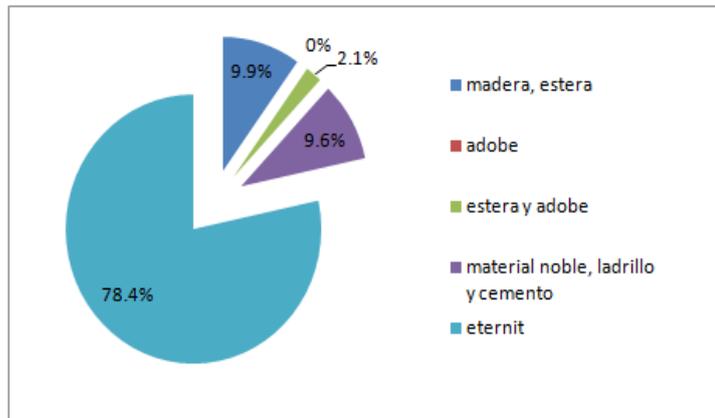
**GRAFICO SEGÚN MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 2

**GRAFICO DE TABLA 2**

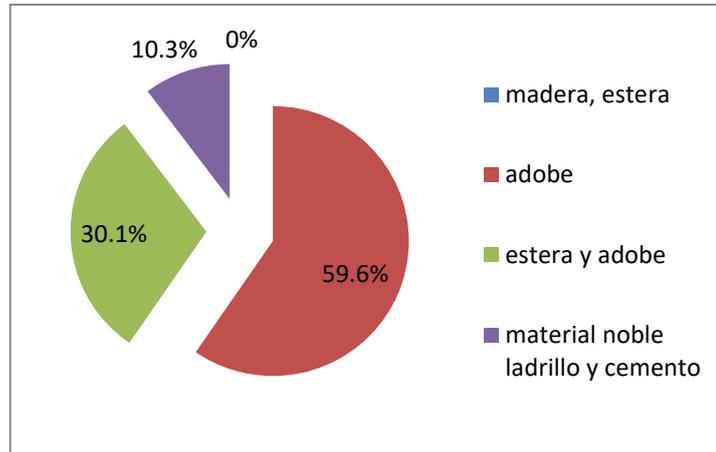
**GRAFICO SEGÚN MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 2

**GRAFICO DE TABLA 2**

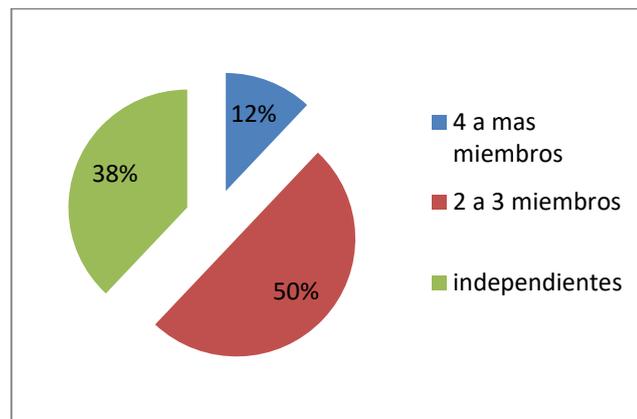
**GRAFICO SEGÚN MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 2

**GRAFICO DE TABLA 2**

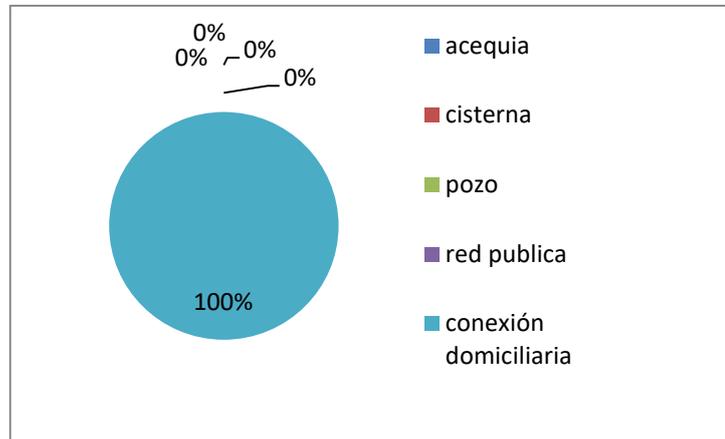
**GRAFICO SEGÚN N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACION DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA-TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 2

**GRAFICO DE TABLA 2**

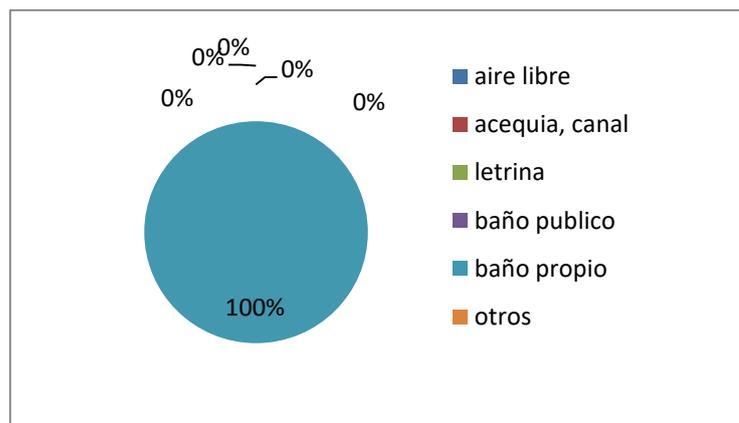
**GRAFICO SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA-TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 2

**GRAFICO DE TABLA 2**

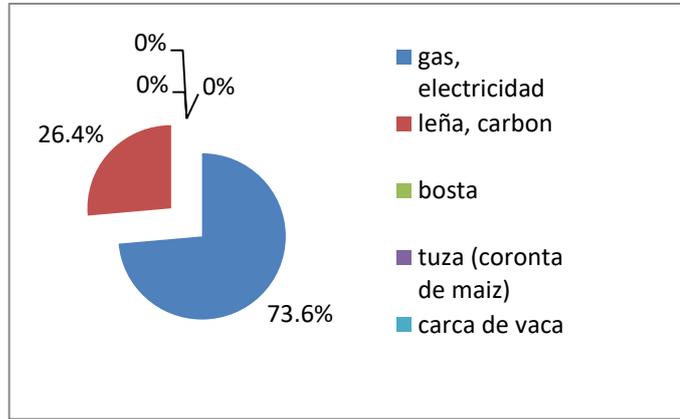
**GRAFICO SEGÚN ELIMINACION DE EXCRETAS DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 2

**GRAFICO DE TABLA 2**

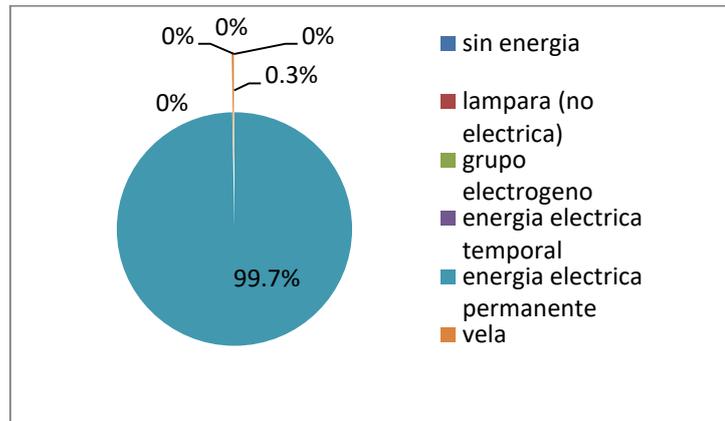
**GRAFICO SEGÚN COMBUSTIBLE PARA COCINAR DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA-TACNA, 2013**



Fuente: Idem Tabla 2

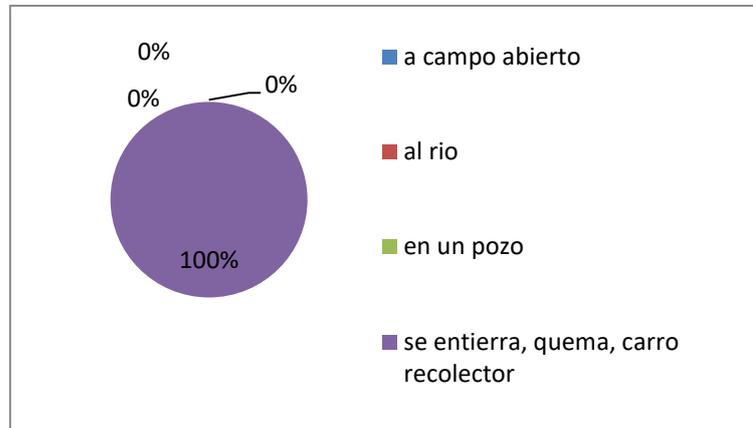
**GRAFICO DE TABLA 2**

**GRAFICO SEGÚN ENERGIA ELECTRICA DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA-TACNA, 2013**



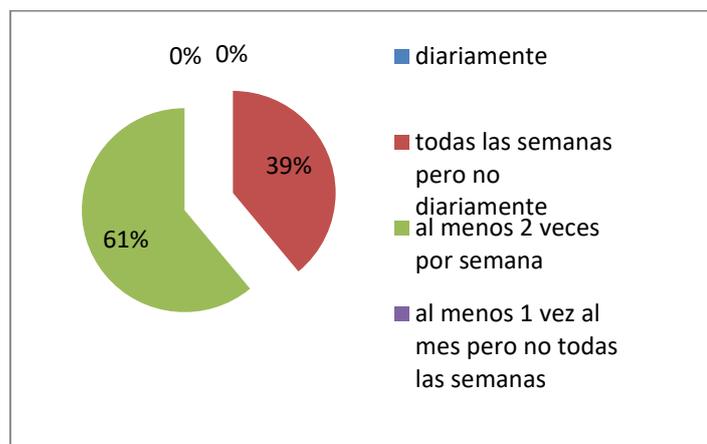
Fuente: Idem Tabla 2

**GRAFICO DE TABLA 2**  
**GRAFICO SEGÚN DISPOSICION DE BASURA DE LA PERSONA ADULTA**  
**DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 2

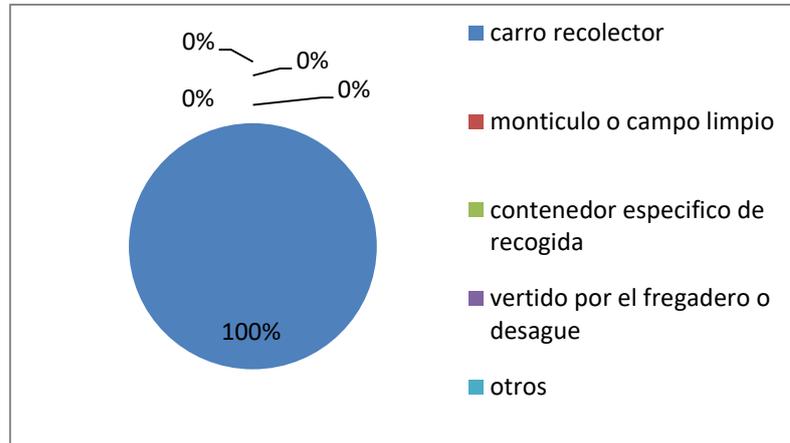
**GRAFICO DE TABLA 2**  
**GRAFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA**  
**BASURA DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA,**  
**2013**



**Fuente:** Idem Tabla 2

**GRAFICO DE TABLA 2**

**GRÁFICO SEGÚN COMO SUELEN ELIMINAR LA BASURA DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013.**

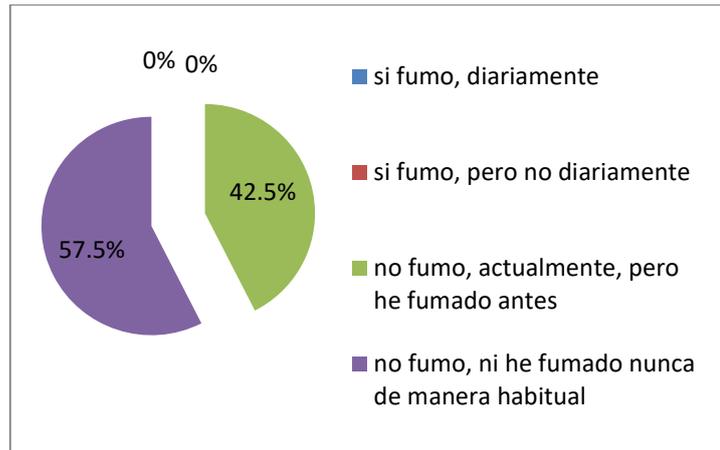


**Fuente:** Idem Tabla 2

## DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

### GRAFICO DE TABLA 3

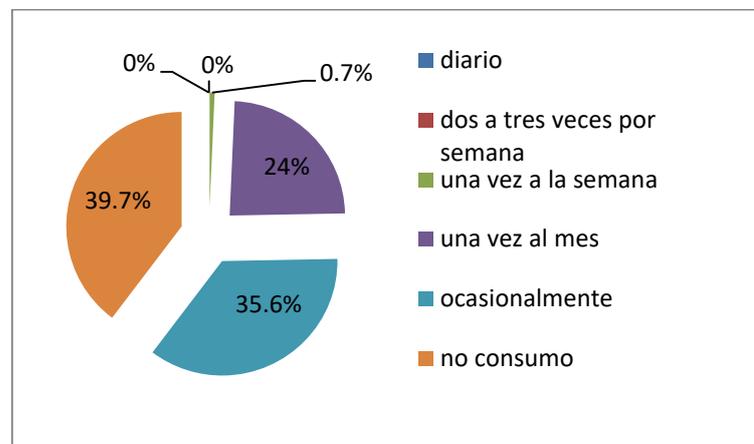
#### GRAFICO SEGÚN HÁBITO DE FUMAR ACTUALMENTE DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013



Fuente: Idem Tabla 3

### GRAFICO DE TABLA 3

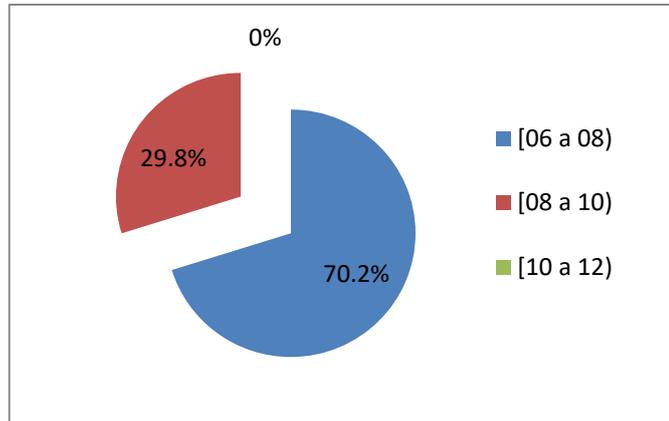
#### GRAFICO SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013



Fuente: Idem Tabla 3

**GRAFICO DE TABLA 3**

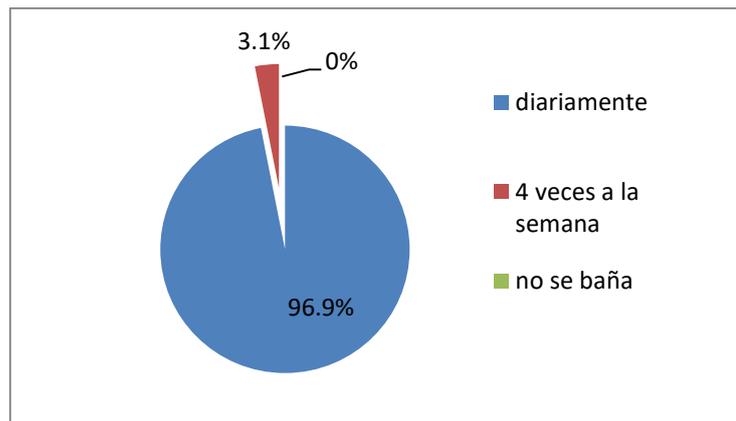
**GRAFICO SEGÚN N° DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA  
DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 3

**GRAFICO DE TABLA 3**

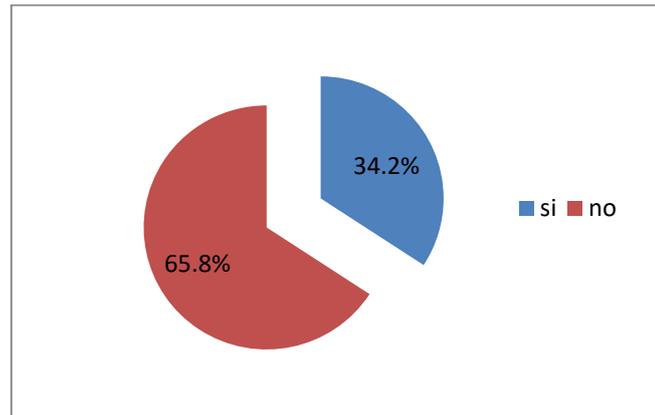
**GRAFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA LA PERSONA  
ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 3

**GRAFICO DE TABLA 3**

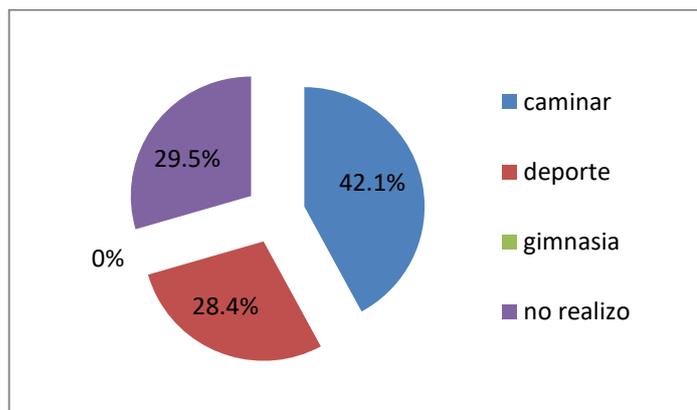
**GRAFICO SEGÚN EXAMEN MEDICO PERIODICO QUE SE REALIZA EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD LA PERSONA ADULTA EN EL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 3

**GRAFICO DE TABLA 3**

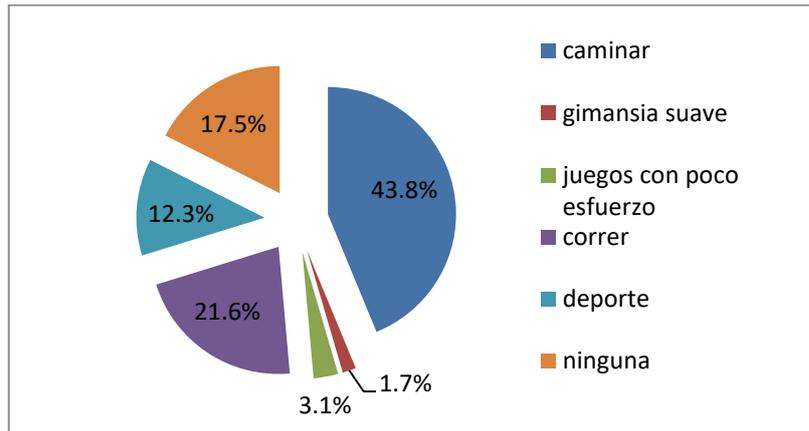
**GRAFICO SEGÚN ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA-TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 3

**GRAFICO DE TABLA 3**

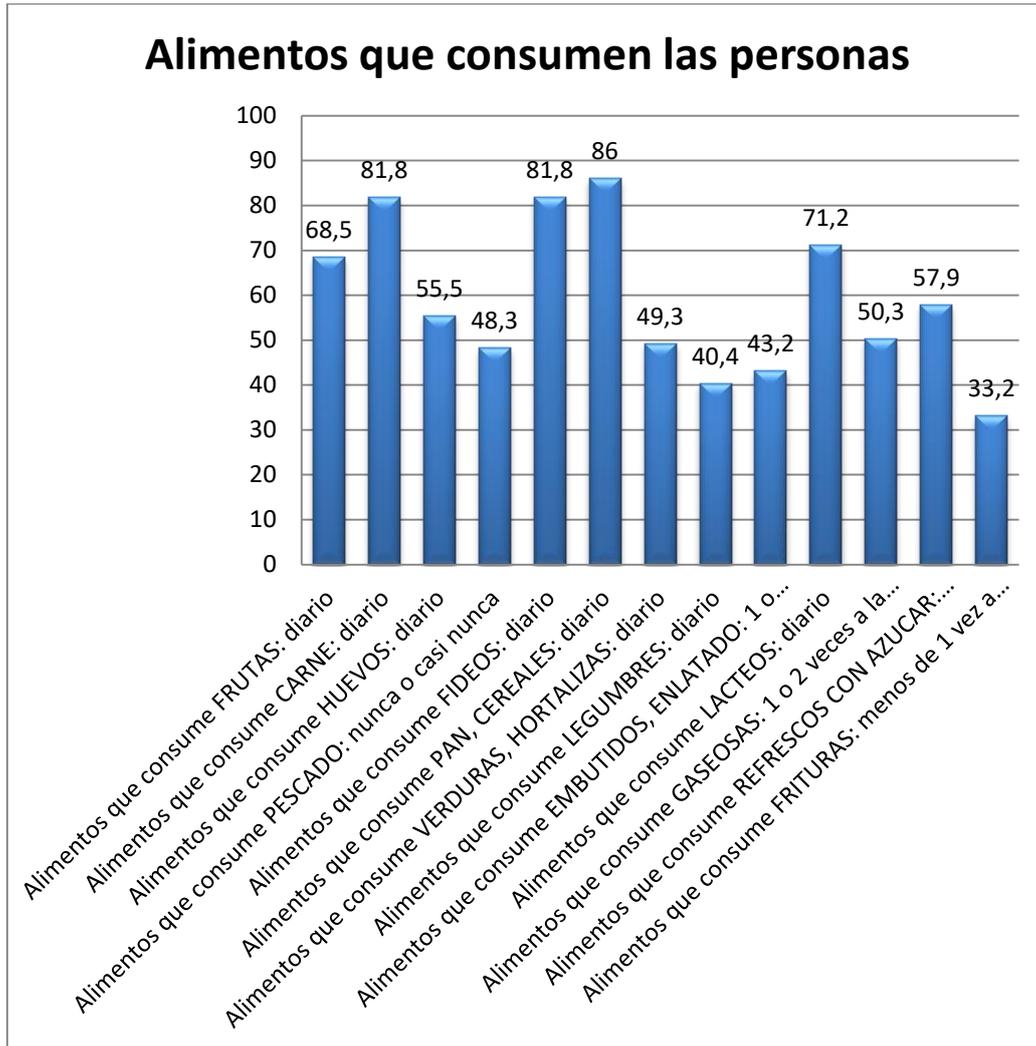
**GRAFICO SEGÚN ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZÓ DURANTE 20  
MINUTOS EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS LA PERSONA ADULTA DEL  
DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 3

### GRAFICO DE TABLA 3

## DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LAS PERSONAS ADULTAS DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013

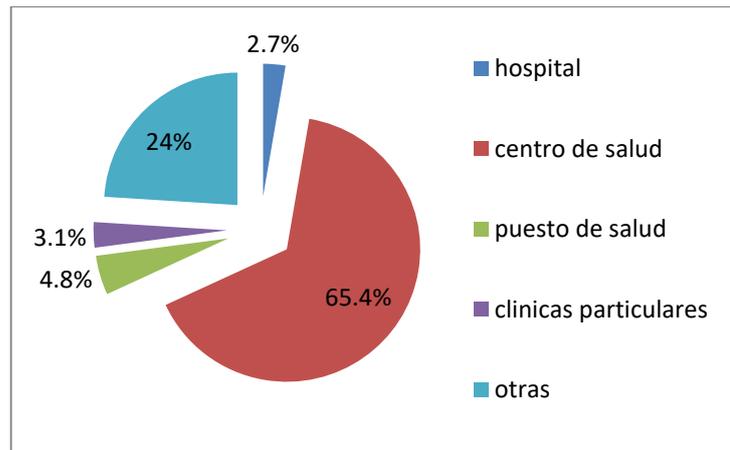


Fuente: Idem Tabla 3

## DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

### GRAFICO DE TABLA 4

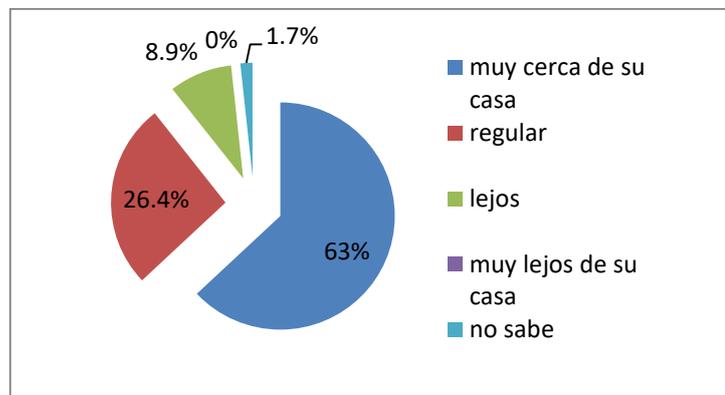
GRAFICO SEGÚN INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIO EN  
LOS ULTIMOS 12 MESES LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE  
TARATA- TACNA 2013



Fuente: Idem Tabla 4

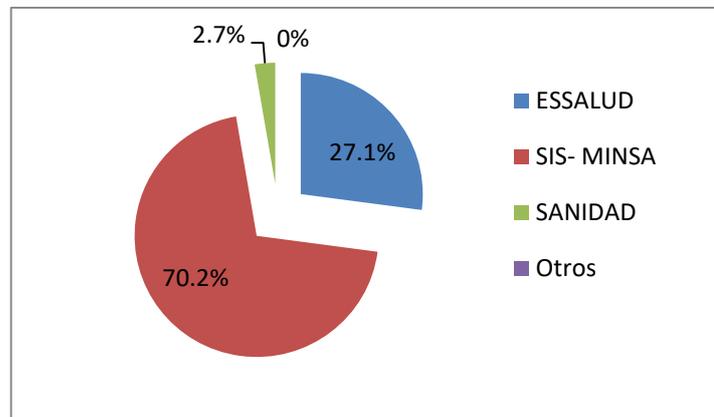
### GRAFICO DE TABLA 4

GRAFICO SEGÚN CERCANIA DEL LUGAR DONDE SE ATENDIO LA  
PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013



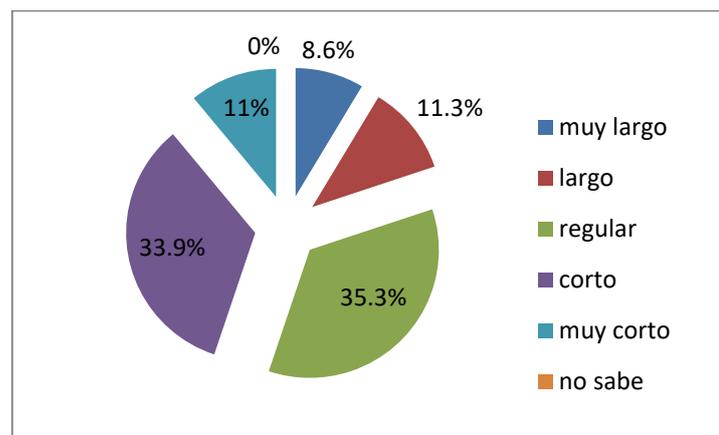
Fuente: Idem Tabla 4

**GRAFICO DE TABLA 4**  
**GRAFICO SEGÚN TIPO DE SEGURO DE LA PERSONA ADULTA DEL**  
**DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 4

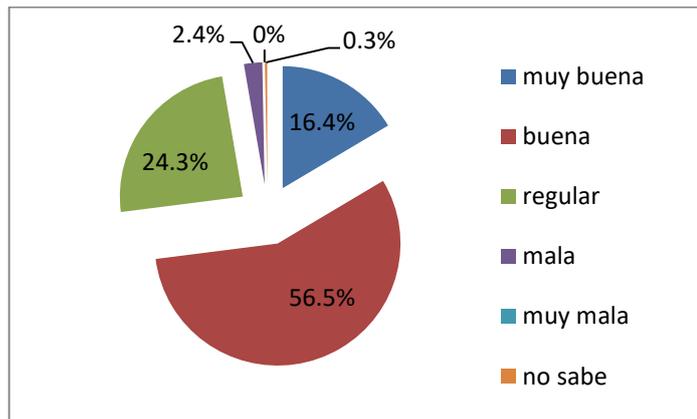
**GRAFICO DE TABLA 4**  
**GRAFICO SEGÚN TIEMPO QUE ESPERO PARA QUE LO (LA)**  
**ATENDIERAN DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA-**  
**TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 4

**GRAFICO DE TABLA 4**

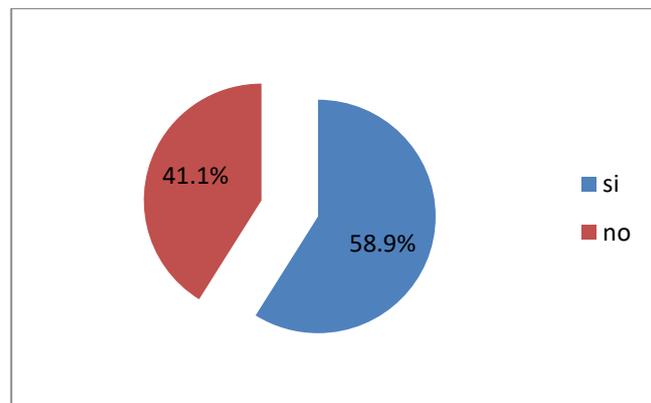
**GRAFICO SEGÚN LA CALIDAD DE ATENCION QUE RECIBIÓ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN EL QUE SE ATENDIO LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA-TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 4

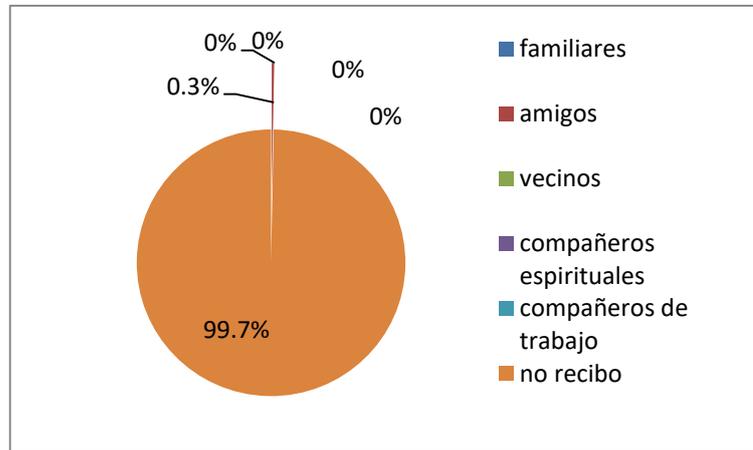
**GRAFICO DE TABLA 4**

**GRAFICO SEGÚN PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**



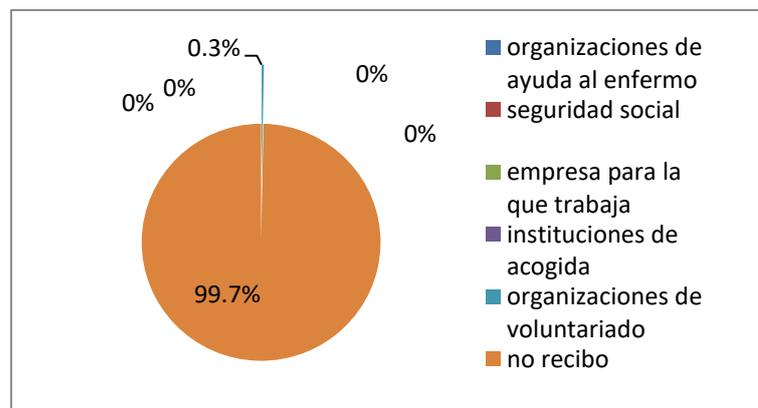
**Fuente:** Idem Tabla 4

**GRAFICO DE TABLA 5**  
**GRAFICO SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL DE LA PERSONA ADULTA**  
**DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 5

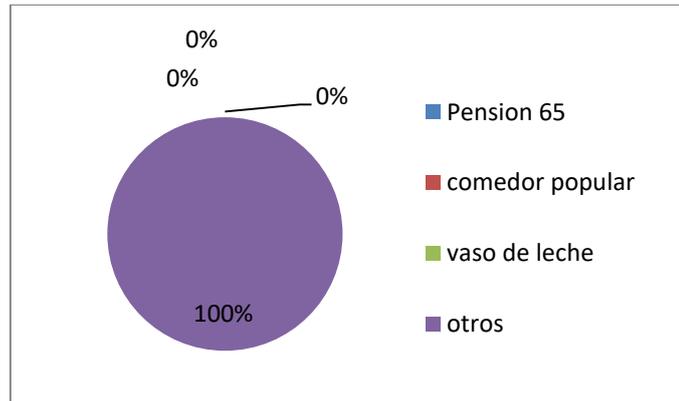
**GRAFICO DE TABLA 5**  
**GRAFICO SEGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO DE LA PERSONA**  
**ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013**



**Fuente:** Idem Tabla 5

### GRAFICO DE TABLA 6

#### GRAFICO SEGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO QUE RECIBE LA PERSONA ADULTA DEL DISTRITO DE TARATA- TACNA, 2013



Fuente: Idem Tabla 6