



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

DETERMINANTES DE SALUD EN LOS

ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA

DE CANDARAVE – TACNA, 2015

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

AUTORA:

YOBANA PEDATRIZ CALCINA CCALLOHUANCA

ASESORA:

DRA. ENF. MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES

TACNA – PERÚ

2018

i

JURADO EVADOR DE TESIS

Dra. MARIA ELENA URQUIAGA ALVA

PRESIDENTE

Mgtr. LEDA MARIA GUILLEN SALAZAR

SECRETARIO

Dra. FANNY ROCIO ÑIQUE TAPIA

MIEMBRO

DEDICATORIA

A Dios Todo poderoso por regalarme la vida y por haberme dado la fortaleza espiritual en momentos difíciles y sobre todo por guiarme e iluminarme por el camino del saber.

Muy especialmente con mucho amor a mi madre Juliana que con cariño y sacrificio me supo guiarme, y por su aprecio, cariño, confianza y sobre todo por haberme dado el valor de luchar por cumplir este sueño.

A mis hermanos German, Yeny y Yelena por estar siempre presente, por apoyarme y ayudarme sin condiciones. La amistad es un sentimiento grande por eso también mi gratitud con Yeni por ser una buena amiga por su cariño y apoyo.

AGRADECIMIENTO

Quiero dar gracias especiales: A esta prestigiosa casa de estudios Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela de Enfermería.

A la comunidad del Distrito de Cairani, por permitirme realizar el presente trabajo en su localidad.

A mi profesora La Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes, por su gran apoyo, paciencia y tolerancia que me brindo, por sus correcciones que me ayudan a ser mejor persona, por transmitirme su parte de sus experiencias y conocimientos, aun me falta mucho por aprender, pero gracias profesora, por no rendirse y esperar de nosotras siempre lo mejor.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general identificar los determinantes de salud en los adultos del distrito de Cairani, provincia de Candarave -Tacna, 2015. La investigación fue de tipo cuantitativo descriptivo con diseño de una sola casilla. La muestra estuvo conformada por 300 personas adultas y se les aplicó el cuestionario sobre los determinantes de la salud. Se llegó a las siguientes conclusiones: En los Determinantes de la salud biosocioeconómicos la mayoría de los adultos encuestados tiene un ingreso menor de 750 soles, de ocupación eventual, y la mayoría de ellos tiene la secundaria completa. Los Determinantes de la salud relacionados a la vivienda, la mayoría tiene vivienda de material de adobe, todos cuentan con abastecimiento de agua, baño propio y energía y la minoría tiene solo una habitación en su hogar. Los Determinantes de los estilos de vida, la mayoría no fuma, y consumen alcohol ocasionalmente y la minoría realiza actividad física. En relación a los Determinantes de las redes sociales y comunitarias la mitad de los adultos encuestados se han atendido en los últimos 12 meses en el puesto de salud; la mayoría refiere que la calidad de atención fue regular.

Palabras claves: Adulta, determinantes, salud.

SUMMARY

The general objective of the research was to identify the determinants of health in adults in the district of Cairani, province of Candarave -Tacna, 2015. The research was of a quantitative descriptive type with a single-box design. The sample consisted of 300 adults and the questionnaire on the determinants of health was applied. The following conclusions were reached: The determinants of biosocioeconomic health Most adults surveyed have an income of less than 750 soles, of eventual occupation, and most of them have completed high school. The determinants of health related to housing, most have a home made of adobe material, all have access to water, their own bathroom and energy and the minority has only one room in their home. The determinants of lifestyles, most do not smoke, occasionally consume alcohol and the minority perform physical activity. In relation to the determinants of social and community networks, half of the adults surveyed have attended the health post in the last 12 months; most talk about the quality of usual care.

Keywords: Adult, determinants, health.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	pág.
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	9
2.1 Antecedentes.....	9
2.2 Bases Teóricas.....	12
III. METODOLOGÍA.....	19
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	19
3.2 Población y muestra.....	19
3.3 Definición y operacionalización de las variables.....	20
3.4 Técnicas e Instrumentos.....	31
3.5 Procedimiento y análisis de datos.....	34
3.6 Consideraciones éticas.....	35
IV. RESULTADOS.....	37
4.1 Resultados.....	37
4.2 Análisis de resultados.....	44
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	70
5.1 Conclusiones.....	70
5.2 Recomendaciones.....	72
Referencias bibliográficas.....	76
Anexos.....	87

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1.....	37
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS, EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE –TACNA, 2015	
TABLA 2.....	38
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE –TACNA, 2015	
TABLA 3.....	40
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE –TACNA, 2015	
TABLA 4,5,6.....	42
DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES Y COMUNITARIA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE –TACNA, 2015	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICOS 1.....	99
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS, EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE –TACNA, 2015	
GRÁFICOS 2.....	101
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015	
GRÁFICOS 3.....	108
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015	
GRÁFICOS 4,5,6.....	112
DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES Y COMUNITARIA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015	

I. INTRODUCCIÓN.

La presente investigación se realizó con el propósito de describir los determinantes de la Salud ya que determina el bienestar en los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave – Tacna. 2015. Y con ello contribuir brindando el apoyo a la población de adulto mayor mejorando sus estilos y calidad de vida.

En el contexto mundial, en pleno Siglo XXI, la salud es de suprema importancia en la historia de la humanidad, por un lado, el tema de seguridad es un tema muy especial, generando un interés a escala mundial, y cuando se habla de seguridad, se refiere a las amenazas potenciales de epidemias, bioterrorismo, priorizándose el tema de salud a nivel global, la salud de la población está determinada por interacciones complejas dada por características individuales y sociales, abordando una diversidad de factores en forma integral e interdependiente (1).

Esta investigación se fundamenta en las bases conceptuales de los Determinantes de la Salud, del Organismo Mundial de la Salud (OMS), que considera a los Determinantes Sociales de la Salud como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (2).

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión

sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (3).

Durante mucho tiempo la salud ha sido definida en términos negativos: “salud es la ausencia de enfermedades e invalideces”. Esta definición no es real por tres razones: Porque para definir la salud en términos negativos hay que trazar el límite entre lo normal y lo patológico, lo cual no siempre es posible. Porque los conceptos de normalidad varían con el tiempo y, lo que se considera normal en un momento dado, puede que no lo sea en otra época posterior. (4)

Los determinantes de la salud, son aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas y, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población. Conforman, así, un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado tanto en forma individual, histórica y socialmente. La asociación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es compleja e involucra a muchos niveles de la sociedad que abarca desde el nivel micro celular hasta el macro ambiental. (5)

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

salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (5).

Analizar las determinantes sociales, es un importante paso para el establecimiento de prioridades de intervención en el campo sanitario porque permiten establecer cuáles son los principales problemas y quiénes padecen. Investigar la situación de salud de una población requiere de un conjunto de indicadores que constituirán como variables dependientes, éstas se analizan y buscan explicar a partir de otras variables que se conoce como independientes y que, frecuentemente, son aquellas que pertenecen a diversos campos o dimensiones en que se divide la vida natural y social, en tema de salud. Estas variables independientes, son las determinantes de la salud. (6)

En las últimas décadas América Latina ha registrado un periodo sin precedentes de crecimiento sostenido y reducción de la desigualdad. Sin embargo, persisten brechas de inequidad que afectan la salud de las personas, de manera especial a los grupos en desventaja económica. De hecho, a pesar de los logros en salud, la distribución de los riesgos para la salud continúa siendo extremada e inaceptablemente desigual. La desigualdad creciente entre el estado de salud, no solo en América Latina, sino en todos los países del mundo, impulsó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2005 a crear la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). En una etapa sucesiva, la CDSS desarrolló un marco conceptual para entender la acción de los determinantes sociales hacia la equidad en salud y permitir a los diseñadores de políticas públicas el poder definir los puntos de entrada en las intervenciones. De hecho, los determinantes que afectan desfavorablemente la salud de algunos grupos en la población llevan a una situación de injusticia. Algunos de estos daños podrían evitarse mejorando la forma en que la

gobernanza funciona. Hay, por ende, una urgente necesidad de entender cómo se puede mejorar la protección y promoción de la salud pública en el ámbito de la gobernanza, proceso complejo y políticamente sensible, que involucra no solo la distribución de recursos económicos, sociales y políticos, sino también el compartir los conocimientos y perspectivas diversas sobre el abordaje de las inequidades en salud. (7).

Por determinantes sociales de la salud se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud. (8).

El Perú, por su complejidad territorial en sus regiones, presenta situaciones marcadas de inequidad de la salud tanto en acceso a los servicios así como en los resultados observados en los indicadores nacionales, existe diferencias significativas en la expectativa de vida y en la discapacidad, muy relacionada con los niveles de instrucción, ingreso económico y ocupación de las personas. Sin distorsionar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden señalarse como resultado natural de la globalización del libre mercado en todos los aspectos de la vida social (9).

Esta problemática de salud no es ajena para la Región de Tacna, Distrito de Cairani Provincia de Candarave, viéndolo desde los problemas sanitarios, problemas de funcionamiento de sistemas de salud y finalmente, problemas ligados a determinantes de la salud, como aquellos ligados al agua y saneamiento básico, alimentación segura, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el trabajo, hábitos de vida y pobreza, los cuales deben estar en la agenda política y requiere la participación multisectorial (10).

No escapa esta problemática de salud en la región de Tacna del Distrito de Cairani de provincia de Candarave, 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 (11).

El presente informe se realizó, con el apoyo del alcalde con el señor: Tito Nina Curo (2015-2018), del Distrito Cairani, Provincia de Candarave-Tacna – 2015. en la zona Alto Andina de la Región de Tacna, Descripción del distrito de Cairani, entre extensos cultivos de alfalfares, chacras de papa, etc., sobre una lomada rocosa y desigual está Cairani, pueblecito de trayectoria remota, el pueblo se ve grande desde lo alto del cerro chaullani siguiendo sus accidentes geográficos, esta Cairani, y antes de ser poblada, se presume que era un lugar pedregoso con algunas vertientes de agua y pastizales pequeños en uno y otro sector. (11)

La población del Distrito de Cairani es atendida por el puesto de salud el

cual cuenta con 1,355 habitantes, de personas adultas que viven en Distrito de Cairani de Provincia de Candarave – Tacna, cuenta con los servicios de medicina, Obstetricia, atención integral del niño, atención de tópico, atención de urgencia, atención del parto normal y cuenta con Microred de Candarave.(11).

Dentro de las cinco primeras causas de morbilidad en el adulto tenemos: Enfermedad de infección agudas de las vías respiratorias superiores (78 casos), enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares (70 casos), enfermedad de obesidad y otros de hiperalimentación (15 casos), enfermedades otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (15 casos), enfermedades infecciosas intestinales (13 casos). (11).

Dentro de las cinco primeras causas de mortalidad en el adulto tenemos: De las enfermedades de infecciones respiratorias agudas (98 casos), enfermedades de resto de enfermedades del sistema respiratorio (67 casos), enfermedades de diabetes mellitus (67 casos), accidentes de transporte terrestre (55 casos), enfermedades del sistema urinario (54 casos). (11)

Frente a lo expuesto se consideró pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema

¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos del Distrito de Cairani Provincia de Candarave - Tacna, 2015?

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

Identificar los determinantes de la salud en los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave – Tacna, 2015.

Para poder conseguir el objetivo general, nos hemos planteado los siguientes 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 los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave – Tacna.
- Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad en los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave – 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 los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave – Tacna.

Finalmente, la investigación se justifica en el campo de la salud ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizara 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 permitió 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 presentar el informe de investigación a los autoridades de la Región de Tacna, de la Dirección Regional de salud de Tacna y el Municipio del Distrito Cairani, Provincia de Candarave a nivel regional; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas para que 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 de la investigación:

2.1.1. Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación

A nivel internacional:

Monterrosa Z, y Rodríguez R(12). En su investigación “calidad de vida del adulto mayor, sibasi nueva concepción” 2015. Los resultados obtenidos revelan que estudio descriptivo con enfoque cualitativo, transversal, cuya unidad de análisis es el adulto mayor y su núcleo familiar, se realizó una entrevista a profundidad y observación directa. Dentro de los resultados se encontró que la mayoría de ancianos cuentan con servicios de salud accesibles, sin embargo, en zonas urbanas como Tejutla y Nueva Concepción, existen adultos mayores que viven a una distancia mayor de 10 kms., hasta el establecimiento de salud, considerándose inaccesible, en la zona rural también existe población con difícil acceso a los servicios de salud. La mayoría de ancianos recibe atención por personal calificado.

Delgado, H. et al (13). Estudio de determinantes sociales y estado de salud de la población. Cuba. El Objetivo fue describir la expresión de algunas determinantes de la salud y su relación con indicadores de salud en el Área I del municipio Cienfuegos durante el año 2011. Resultados: el Área I resultó ser desfavorecida en varias de las dimensiones estudiadas como: medio ambiente, y en la organización de los servicios de salud, con inestabilidad en el cumplimiento de consultas y terrenos e incremento de los casos vistos en los Servicios de Urgencia, se observó elevado porcentaje en la exposición a factores

de riesgo cardiovascular con repercusión en la mortalidad dentro de las primeras causas de muerte sin dejar de destacar el incremento que hubo en la incidencia de enfermedades transmisibles como: tuberculosis, enfermedades diarreicas e infecciones de transmisión sexual. Conclusiones: existen evidencias que permiten encauzar acciones para modificar el estado de salud de la población del Área I del municipio Cienfuegos desde la expresión de sus determinantes, con énfasis en la organización de los servicios de salud.

A nivel Nacional:

CHIQUES CH, KAREN S. (14) Determinantes de la salud en adultos mayores con hipertensión y obesidad. vinzos. santa - 2012. En la tabla acerca de los determinantes biosocioeconómicos se muestra que de los 50 adultos mayores encuestados, el 38% (19) son de sexo masculino, 62% (31) sexo femenino; el 38% (19) no tiene nivel de instrucción, mientras que un poco más de la mitad con el 52% (26) tienen inicial/primaria y solo el 10% (5) estudiaron hasta el nivel secundario completo e incompleto; la totalidad tienen un ingreso menor de 750 soles; un poco menos de la mitad 46% (23) no tienen ocupación; el 28% (14) son trabajadores estables y el 26% (13) tienen trabajo eventual.

CHINCHAY, M. (15), en su estudio denominado “Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q” – Huaraz, 2013”. Quien reportó que el mayor porcentaje de los adultos en un 51,5% -101- son de sexo femenino, 54,6% -107- son adultos jóvenes comprendida entre 20 a 40 años, 39,3% -77- de los adultos con grado de instrucción secundaria completa/incompleta, en cuanto al ingreso económico el 43,4% -85- tienen ingreso económico menor a 750 soles y el 29,1% -57- tienen trabajo eventual.

NUÑEZ M (16), en su investigación titulada: estilos de vida y factores biosocioculturales de los adultos del distrito de huasta-bolognesi.2015. Concluye que la mayoría de las personas adultas tienen un estilo de vida no saludable, mientras que menos de la mitad tienen un estilo de vida saludable. Respecto a los factores biosocioculturales: menos de la mitad son adultos maduros, tienen primaria incompleta/completa, de estado civil casado; más de la mitad son de sexo femenino, de ocupación agricultor.

A nivel Local:

ACOSTA S, (17). En su investigación titulado “estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor en la asociación 28 de agosto, distrito ciudad nueva. tacna”.2012. concluye que La mayoría de las personas adultas presentan un estilo de vida no saludable y un porcentaje menor estilo de vida saludable. Entre los factores biosocioculturales encontramos que la mayoría son de sexo femenino; profesan la religión católica, estado civil unión libre. Más de la mitad con grado de instrucción primaria completa, con un ingreso económico: de 100 a 599 nuevos soles. Menos de la mitad son amas de casa. No existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales: sexo, religión, estado civil, ingreso económico. Existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales: grado de instrucción y ocupación.

Marazo, K. (18). Determinantes de la salud en las personas adultas de la Asociación Villa el Triunfo del Distrito de Ciudad Nueva – Tacna, 2013. Concluyó que en los Determinantes de la salud biosocioeconómico, la mayoría son de sexo femenino, ocupación eventual, poco más de la mitad son personas adulto maduro, menos de la mitad de grado de instrucción secundaria completa e

incompleta y más de la mitad con un ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles. Los Determinantes de la salud relacionados a la vivienda, la mayoría tiene vivienda unifamiliar, propia, todos cuentan con abastecimiento de agua, baño propio y energía. Los Determinantes de los estilos de vida la mayoría de la población no fuman, ni realiza actividad física, consume frutas, carne, verduras, refrescos con azúcar. En relación a los Determinantes de redes sociales y comunitarias, la mayoría no recibió apoyo social, más de la mitad se atendió en un puesto de salud, existe pandillaje.

Uchasara Ll, Maritza. (19) Determinantes De La Salud En La Persona Adulta Del Centro Poblado Menor Los Palos. Tacna, 2013. Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de salud de las personas adultas participantes en la presente investigación que residen en el Centro Poblado Menor Los Palos. 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. 95,3%, tasa desempleo 4,7%), actividad ocupacional (empleador 6,7%.

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la

salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (20).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (21).



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

conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (22).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (23).



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

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (24).

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

a) Determinantes estructurales

El concepto de determinantes estructurales se refiere específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud (25)

b) Determinantes intermediarios.

La estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores son: a) las circunstancias materiales, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia (61); b) las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control, etc. (60); c) Los factores conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud, y d) 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 (26).

c) Determinantes proximales.

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar

la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (27).

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (28).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (29).

Mi salud: El término "salud" el significado, original y genuino, de "superar una dificultad", obtenemos una definición en toda regla: salud es el hábito

o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso. Porque, efectivamente, vivir no es simplemente "estar", como está una piedra. Vivir implica una actividad interna del ser vivo que consigue mantener una cierta independencia y diferenciación de su ámbito interior: el mantenimiento del homeostasis, característico de los vivientes, es un proceso activo que se realiza contra dificultades que opone el medio (30).

La Comunidad: es el conjunto de familias que viven en una misma localidad o comunidad, donde todas sus autoridades, organizaciones, familias y ciudadanos trabajan unidos a favor de la salud, el bienestar y calidad de vida de toda la comunidad. Una familia saludable que vive en una comunidad, conoce y hace respetar los derechos en salud de cada uno de sus integrantes de la comunidad. (31).

Servicios de salud: Este ámbito se refiere a la red asistencial que agrupa las prácticas, la accesibilidad y la calidad de la red asistencial de salud, incluyendo prácticas de gestión, dotación y calidad del personal e infraestructura y equipo.(31)

Educación: busca la perfección y la seguridad del ser humano. Es una forma de ser libre. busca asegurarle libertad al humano, pero la educación demanda disciplina, sometimiento, conducción, y se guía bajo signos de obligatoriedad y a veces de autoritarismo, firmeza y direccionalidad (32).

Trabajo: realizada por una o varias personas, orientada hacia una finalidad, la prestación de un servicio o la producción de un bien que tiene una realidad objetiva y exterior al sujeto que lo produjo, con una utilidad social: la satisfacción de una necesidad personal o de otras personas. El trabajo así

entendido involucra a todo el ser humano que pone en acto sus capacidades y no solamente sus dimensiones fisiológicas y biológicas (33).

Territorio (ciudad): Es el espacio, ciudadanía e instituciones en la escala macro-geográfica y local de la ciudad, o en el significado cambiante de los lugares donde habita la gente y donde se construyen o debilitan los lazos sociales, sino también en las tensiones entre espacios públicos y privados, dimensiones de la vida social donde emergen las luchas y disputas por el acceso a recursos sociales y por la apropiación y control del espacio urbano (34).

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y diseño de investigación

Descriptivo: Especificaciones, propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población (35,36).

Cuantitativo: Son aquellas que pueden ser medidas en términos numéricos (36, 37).

Diseño de la Investigación: Diseño de una sola casilla: Utilizan un solo grupo con el objeto de obtener un informe aislado de lo que existe en el momento del estudio, sirve para resolver problemas de identificación (37, 38).

3.2. Población y Muestra

El universo muestral estuvo constituido por 300 que viven en el Distrito de

Cairani, Provincia de Candarave – Tacna, 2015.(Ver anexo 1)

3.2.1 Unidad de análisis

Los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave – Tacna, que forma parte de la muestra y respondieron a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adultos que vivieron más de 3 años en el Distrito de Cairani, Provincia de Candarave – Tacna.
- Adultos que acepto participar en el estudio.
- Tuvo la disponibilidad de participar el cuestionario como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Persona adulta que hubiera tenido algún trastorno mental.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONOMICO

Edad

Definición Conceptual.

La edad de un individuo es expresado como el período de tiempo transcurrido desde el nacimiento, en el caso de la persona adulta, se expresa en años de vida acumulados (39).

Definición Operacional

Escala de razón:

La operacionalización dependerá de la población a trabajar.

- 0 a 10 > años (Niños)
- 12 a 17 > años (Adoloscete)
- 18 a más (Adulto)

Sexo

Definición Conceptual

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (40).

Definición Operacional

Escala nominal:

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

La Instrucción es el proceso de enseñanza aprendizaje que crea la integración y elaboración de lo aprendido en la educación formal. Es expresado en niveles o grados de estudios realizados o que aún están en curso (41).

Definición Operacional

Escala Ordinal:

- Sin nivel de instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta
- Superior Universitaria completa e incompleta
- Superior no universitaria completa e incompleta Superior no

universitaria

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por la cantidad de Dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de Ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás (42).

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

La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones (43).

Definición Operacional

Escala Nominal:

- Trabajador estable
- Eventual
- Sin ocupación
- Jubilado

- Estudiante

II. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON

LA VIVIENDA

Vivienda

Definición conceptual

La vivienda se entiende no sólo como la unidad que acoge a la familia, sino que es un sistema integrado además por el terreno, la infraestructura de urbanización y de servicios, y el equipamiento social comunitario dentro de un contexto cultural, socio-económico, político, físico-ambiental. Al mismo tiempo tiene su manifestación en diversas escalas y lugares, esto es: localización urbana o rural, barrio y vecindario, conjunto habitacional, entorno y unidades de vivienda (44).

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)
- Carca de vaca

Energía Eléctrica

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Forma o estilo en que se puede entender la vida en el sentido de las costumbres o comportamientos de una persona, tanto en lo individual, como en sus relaciones grupales que se construye en conductas comunes tales como la ocupación de su tiempo libre, el consumo, la alimentación, los hábitos higiénicos, la vivienda, el urbanismo, los objetos, la posesión de bienes, e inclusive en la relación con el entorno e interpersonales (45).

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 dos semana durante más de 20 minutos

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

Caminar () gimnasia suave () juego con pocos esfuerzos ()

Correr () deporte () otros ()

Alimentación**Definición conceptual**

Es el conjunto de acciones mediante las cuales se proporcionan alimentos al organismo. Abarca la selección de alimentos, su cocinado y su ingestión. Los alimentos aportan sustancias que denominamos nutrientes, que necesitamos para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades (46).

Definición operacional

Escala oriental

Dieta: frecuencia de consumo de alimento

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

IV. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**Definición Conceptual**

Son un conjunto de interacciones sociales, dado por un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. Entre las relaciones humanas se generan impactos momentáneos y duraderos en la vida de un individuo e integra aspectos funcionales y estructurales de una comunidad (47).

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

- Cuna más
- PVL(Vaso de leche)
- Pad Juntos
- Qali warma
- Otros
- No recibo

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

Es un proceso mediante el cual se puede lograr que una necesidad de atención se satisfaga completamente. Este incluye varias etapas o momentos clave, que pueden ser objeto de análisis: la necesidad, la búsqueda de servicios, el inicio de la atención y la continuidad en el sistema de prestación para resolver la necesidad; y en él intervienen varios agentes: personal de salud, administradores de los servicios, usuarios, entidades de regulación y financiamiento y otras (48).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD

- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento No 01

El instrumento fue elaborado por Dra. María Adriana Vélchez Reyes en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave -Tacna. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está 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 en los adultos del Distrito de Cairani , Provincia de Candarave - Tacna.
 - Los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
 - Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las personas, morbilidad.
 - 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.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave –Tacna desarrollada por la Dra. Vílchez Reyes, Maria Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,90 este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta en el Distrito de Cairani, Provincia de Candarave, Tacna- 2015 (Anexo 4)(49).

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,90 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (50) (Anexo 4).

3.5 Procedimiento y análisis de datos

Procedimiento:

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

- Se informó y se pidió el consentimiento a los adultos del Distrito de Cairani, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.

- Se coordinó con los adultos del Distrito de Cairani de Provincia de Candarave – Tacna , su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió aplicar el instrumento a cada participante de los adultos del Distrito de Cairani , Provincia de Candarave – Tacna.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos de los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave – Tacna
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa a los adultos.

Análisis de datos:

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

3.6 Consideraciones éticas

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente valorara los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los

resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (51).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos del Distrito de Cairani de Provincia, Candarave – Tacna, que la investigación fue anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación

Privacidad

Toda la información recibida que se recibió en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad a los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave – Tacna siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave -Tacna, los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraron plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Ver anexo

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1

DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.

Sexo	N	%
Masculino	131	43,7
Femenino	169	56,3
Total	300	100,0
Edad	N	%
Adulto joven	15	5,0
Adulto maduro	148	49,3
Adulto mayor	137	45,7
Total	300	100,0
Grado de instrucción del adulto	N	%
Sin nivel	10	3,3
Inicial/primaria	56	18,7
Secundaria Completa/Secundaria Incompleta	226	75,3
Superior universitaria	0	0,0
Superior no universitaria	8	2,7
Total	300	100,0
Ingreso económico familiar (S/.)	N	%
Menor de 750	292	97,3
De 751 a 1000	6	2,0
De 1001 a 1400	2	0,7
De 1401 a 1800	0	0,0
De 1801 a más	0	0,0
Total	300	100,0
Ocupación del jefe de la familia	N	%
Trabajo estable	6	2,0
Eventual	294	98,0
Sin ocupación	0	0,0
Jubilado	0	0,0
Estudiante	0	0,0
Total	300	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Vílchez, A. aplicada a los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave – Tacna, 2015.

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.

Tipo de vivienda	N	%
Vivienda Unifamiliar	297	99,0
Vivienda multifamiliar	3	1,0
Vecindada, quinta choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	299	100,0
Tenencia	N	%
Alquiler	3	1,0
Cuidador/alojado	0	0,0
Plan social(dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	0	0,0
Propia	297	99,0
Total	299	100,0
Material de piso	N	%
Tierra	300	100
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílicos	0	0,0
Laminas asfálticas	0	0,0
Parquet	0	0,0
Total	299	100,0
Material de techo	N	%
Madera, estera	0	0,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	0	0,0
Material noble ladrillo y cemento	0	0,0
Eternit (calamina)	300	100,0
Total	300	100,0
Material de paredes	N	%
Madera, estera	0	0,0
Adobe	292	97,3
Estera y adobe	0	0,0
Material noble ladrillo y cemento	8	2,7
Total	300	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	5	1,7
2 a 3 miembros	276	92,0
Independiente	19	6,3
Total	300	100,0
Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0

Pozo	0	0,0
Red pública	0	0,0
Conexión domiciliaria	300	100,0
Total	300	100,0
Eliminación excretas		
	N	%
Aire libre	4	1,3
Acequia, Canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño público	0	0,0
Baño propio	296	98,7
Otros	0	0,0
Total	300	100,0
Combustible para cocinar		
	N	%
Gas, electricidad	0	0,0
Leña, carbón	300	100,0
Bosta	0	0,0
Tuza(coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	300	100,0
Energía eléctrica		
	N	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara(no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	0	0,0
Energía eléctrica permanente	300	100,0
Vela	0	0,0
Total	300	100,0
Disposición de la basura		
	N	%
A campo abierto	19	6,3
Al rio	0	0,0
En un pozo	4	1,3
Se entierra, quema, carro recolector	277	92,4
Total	300	100,0
Con que frecuencia pasan recogiendo la basura por su casa		
	N	%
Diariamente	0	0,0
Todas las semanas pero no diariamente	300	100,0
Al menos 2 veces a la semana	0	0,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0,0
Total	300	100,0
Suelen eliminar su basura en algunos de los siguientes lugares		
	N	%
Carro recolector	285	95,0
Montículo o campo limpio	15	5,0
Contenedor específicos de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	300	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Vílchez, A. aplicada a los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave –Tacna, 2015.

4.1.3 DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 3

DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN EL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.

Fuma Actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	0	0,0
No fumo actualmente, pero he fumado antes	10	3,3
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	290	96,7
Total	300	100,0
Con que frecuencia ingiere bebidas alcohólicas	N	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	0	0,0
Una vez al mes	0	0,0
Ocasionalmente	271	90,3
No consumo	29	9,7
Total	300	100,0
N° de horas que duerme	N	%
6 a 8 horas	297	99,3
8 a 10 horas	2	0,7
10 a 12 horas	0	0,0
Total	300	100,0
Con que frecuencia se baña	N	%
Diariamente	0	0,0
4 veces a la semana	290	96,7
No se baña	10	3,3
Total	300	100,0
Se realiza Ud. Algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	N	%
Si	29	9,7
No	271	90,3
Total	300	100,0
En su tiempo libre realiza alguna actividad física	N	%
Camina	5	1,7
Deporte	7	2,3
Gimnasia	0	0,0
No realizo	288	96,0
Total	300	100,0
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	230	76,7
Gimnasia suave	0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	0	0,0
Deporte	12	4,0
Ninguna	58	19,3
Total	300	100,0

Continúa...

**TABLA 3 DETERMINANTES DE SALUD DE LA PERSONA ADULTA
EN EL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA,
2015.**

Alimentación que consume	Diaria		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		total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frutas	0	0,0	58	19,3	189	63,0	53	17,7	0	0,0	300	100,0
Carne	0	0,0	57	19,0	190	63,3	53	17,7	0	0,0	300	100,0
Huevo	2	0,7	55	18,3	119	39,7	103	34,3	21	7,0	300	100,0
Pescado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	72	24,0	228	76,0	300	100,0
Fideo	300	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	300	100,0
Pan, Cereales	32	10,7	86	28,7	154	51,3	28	9,3	0	0,0	300	100,0
Verdura, Hortalizas	300	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	300	100,0
Legumbres	0	0,0	0	0,0	10	3,3	56	18,7	234	78,0	300	100,0
Embutidos, enlatados	0	0,0	0	0,0	6	2,0	87	29,0	207	69,0	300	100,0
Lácteos	0	0,0	21	7,0	102	34,0	144	48,0	33	11,0	300	100,0
Dulces, gaseosas	0	0,0	0	0,0	39	13,0	223	74,3	38	12,7	300	100,0
Refrescos con azúcar	107	35,7	98	32,7	70	23,3	25	8,3	0	0,0	300	100,0
Frituras	0	0,0	0	0,0	0	0,0	66	22,0	234	78,0	300	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Vílchez, A. aplicada a los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave –Tacna, 2015.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4

DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN EL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.

En qué institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	0	0,0
Centro de salud	0	0,0
Puesto de salud	290	96,7
Clínicas particulares	10	3,3
Otros	0	0,0
Total	300	100,0
Considera usted que el lugar donde lo(la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	36	12,0
Regular	159	52,0
Lejos	64	21,3
Muy lejos de su casa	37	12,3
No sabe	4	1,3
Total	300	100,0
Tipo de seguro tiene usted:	N	%
ESSALUD	0	0,0
SIS MINSA	300	100,0
SANIDAD	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	300	100,0
Tiempo de espera para que lo (la) atendieran en el establecimiento de salud ¿Le pareció?	N	%
Muy largo	0	0,0
Largo	15	5,0
Regular	277	92,3
Corto	8	2,7
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	300	100,0
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	30	10,0
Buena	208	69,3
Regular	56	18,7
Mala	0	0,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	300	100,0
pandillaje o delincuencia cerca a su casa:	N	%
Si	0	0,0
No	300	100,0
Total	300	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Vílchez, A. aplicada a los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave – Tacna, 2015

TABLA 5.

*DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y
COMUNITARIAS DE LA PERSONA ADULTA EN EL DISTRITO DE CAIRANI,
PROVINCIA DE CANDARAVE –TACNA, 2015*

Recibe algún apoyo social natural	N	%
Familiares	10	3,3
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros del trabajo	0	0,0
No recibo	290	96,7
Total	300	100,0
Recibe algún apoyo social organizado	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	300	100,0
Total	300	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Vílchez, A. aplicada a los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave –Tacna, 2015.

TABLA 6

*DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y
COMUNITARIAS DE LA PERSONA ADULTA EN EL DISTRITO DE CAIRANI,
PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.*

Recibe algún apoyo social organizado del estado:	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pensión 65	0	0,0	300	100,0	300	100,0
Comedor popular	0	0,0	300	100,0	300	100,0
Vaso de leche	0	0,0	300	100,0	300	100,0
Otros	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Ninguno	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Vílchez, A. aplicada a los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave –Tacna, 2015.

4.2. Análisis de resultado

TABLA 1

Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de la salud biosocioeconómicos. Se muestra que del 100% de personas adultas del Distrito de Cairani que participaron en el estudio, el 56,33% son Femenino, y el 43,67% son Masculino. El 49,33% personas adultas encuestadas tienen de 30 a 59 años. En cuanto a grado de instrucción se refiere, se puede observar que el 75,33% de los adultos cuentan con Secundaria Completa/Secundaria Incompleta; indicando además, que el 97,30% de los encuestados tienen un ingreso mensual menor de 750 soles. Por último, los adultos encuestados en su mayoría 98,00% cuentan con un trabajo eventual.

Resultados similares fueron encontrados por *Maritza, U. LL. (52)*, en su estudio titulado “determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor los palos. Tacna, 2013”, Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de salud de las personas adultas participantes en la presente investigación que residen en el Centro Poblado Menor Los Palos. 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.

Resultados similares fueron encontrados por *Rosa , Q. (53)*, en su estudio titulado “determinantes de salud en la persona adulta mayor, el presidio - el porvenir 2012” encontrado que el 64,7% son de sexo

femenino, el 42.3% cuenta con instrucción primaria, el 64,7% su ingresos económico es de 600 a 1000 soles y el 70,0% de los adultos cuenta con tendencia de empleo fijo.

Así mismo, los resultados de la presente investigación son parecidos a los resultados encontrados por *Raymundo D.* (54) en su investigación “determinantes de la salud de la mujer adulta en el asentamiento humano 15 de marzo-sullana, 2013”. En relación a las Determinantes de Salud Biosocioeconómicos en la Mujer Adulta del Asentamiento Humano 15 de Marzo. Se muestra que el 98,75% son adultas maduras; sobre el Grado de instrucción el 56,88% tienen nivel secundario completo e incompleto; el 79,38% de la población tiene ingresos menores a 750 nuevos soles; el 71,88% de la población poseen una ocupación eventual con respecto a su labor. En relación a las Determinantes de Salud Biosocioeconómicos en la Mujer Adulta del Asentamiento Humano 15 de Marzo. Se muestra que el 98,75% son adultas maduras; sobre el Grado de instrucción el 56,88% tienen nivel secundario completo e incompleto; el 79,38% de la población tiene ingresos menores a 750 nuevos soles; el 71,88% de la población poseen una ocupación eventual con respecto a su labor.

Los resultados del presente estudio se relacionan con el estudio realizado por *Shuan E.* (55), sobre “determinantes de salud de los adultos de la comunidad Juan Velasco Alvarado, huaraz – 2013” En relación a los determinantes de salud del entorno biosocioeconomicos de los adultos de la comunidad Juan Velasco Alvarado; 53% (78) son de sexo femenino; 53% (79) son adultos de 20 a 40 años, 64% (95) tienen grado de instrucción secundaria completa/ incompleta; 59% (88) tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles; 47 % (70) se encuentra sin ocupación.

Asimismo, los resultados de la presente investigación son similares a los resultados encontrados por *Henostraza, L. (56)*, en su investigación “Determinantes de salud de los adultos de Villasol – Huaraz, 2013” encontrado que el 63% son de sexo femenino, 51 % tienen una edad comprendida entre 60 a 70 años, el 45,5% tiene instrucción primaria, el 68.7 % indicaron tener ingresos económicos de 600 nuevos soles.

Los resultados del presente estudio difieren a los encontrados por *Lopez R. (57)*, en “determinantes de la salud en comerciantes adultos maduros. mercado los cedros - nuevo chimbote, 2013”. Se muestra que del 100%(105) adultos maduros encuestados, el 78%(82) son de sexo femenino, el 74%(78) tienen nivel secundario completo e incompleto, el 56%(59) tiene ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles.

También difieren los resultados encontrados por *Almontes, S. (58)*, en su investigación “Determinantes de la salud de la persona adulta en la Urbanización Isabel Barreto II Etapa Fonavi Paita – Piura, 2013” encontrando que el 64.5% son de sexo masculino, 43.6% está en un nivel de secundaria completa, el ingreso económico familiar 30.3% tiene menor de 750 soles, ocupación del jefe de familia el 40.2% es 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 (59).

Los determinantes de la salud son según la Organización Mundial de la salud “La salud es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo o a nivel objetivo. El término salud se contrapone al de enfermedad, y es objeto de especial atención por parte de la medicina” (60).

Los determinantes socioeconómicos de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (61).

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 femeninos producen gametos femeninos (óvulos) (62).

Edad es la cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento: Etapa de la vida de las personas: las cuatro edades del hombre son: infancia, juventud, madurez y vejez. Tiempo que ha vivido una persona, animal o planta. Según la ley, persona que puede disponer de sí y de su hacienda. Menor {también} minoría {o} minoridad de edad persona que no ha llegado a la mayoría de edad (63).

Grado de instrucción: considerado un indicador del nivel de educación de una persona. Ha sido utilizada como variable aproximada al nivel socioeconómico de las personas, por su fuerte asociación con los ingresos y el nivel de vida (64).

El ingreso económico de un individuo depende del grado de instrucción que haya recibido por lo que se considera vital tratar de que la población reciba los conocimientos y competencias suficientes para acceder a mejores remuneraciones y por lo tanto a acceso a recursos y a servicios dentro de los cuales se incluye a salud (65).

Las personas consideran que el empleo es una necesidad principal ya que una fuente de trabajo permite obtener un ingreso fijo para cubrir problemas básicos como la alimentación, educación, vivienda y salud (66).

La organización mundial de la salud (OMS) , reporta que el estado de desempleo trae como consecuencia un nivel de salud deficiente como problemas de salud mental, ansiedad, síntomas de depresión que afectan a las personas sin empleo y por ende a sus familias (67).

Por el contrario, no sólo se trata de tener un empleo sino tener en cuenta las condiciones en que cite se desarrolla, además de considerar los riesgos, accidentes y enfermedades ocupacionales propios de cada trabajo, las exigencias del empleo también contribuyen a la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y por lo tanto, esto significa un riesgo a la salud de las personas (68).

Se define ocupación como el conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de abajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo. Se concreta en un conjunto de puestos donde se realiza un

trabajo similar, siendo el bien que se produce de idénticas características. Se requiere para su desempeño una formación, conocimientos, capacidades y experiencia similares (69).

Según el resultados de la presente investigación de la población adulta del Distrito de Cairani, la mayoría es de sexo es femenino, con grado de instrucción primaria completa / incompleta, la mayoría con ingreso económico de 750 a 1000 nuevos soles; y cuentan con ingresos económicos de trabajo eventual, lo cual nos indica que existe una desigualdad que puede afectar la salud de las personas adultas ya que se encuentra en una zona alto andina de Tacna.

TABLA 2

Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de la salud relacionados a la vivienda. Los 99,0% de los adultos encuestadas forman parte de una familia unifamiliar, se observa también que la mayoría de 99,0% tienen su propia vivienda. Se puede observar además que el 100% de los encuestados se cuentan con piso de tierra. El 100% cuentan con techo de eternit (calamina), y el 97,3% tienen paredes de material adobe. Según el 92,0% duermen en una habitación de 2 a 3 miembros. El 100% de los encuestados cuentan con conexión domiciliaria de agua, el 98,7% cuentan con baño propio, el 100% cocinan a leña y carbón, el 100% tienen energía eléctrica permanente. El 92,4% de los adultos disponen su basura enterrando, quemando y así también en el carro recolector y el 100% manifiestan que el carro pasa todas las semanas pero no diariamente y también el 95,0% de los encuestados, suele eliminar su basura a través del carro recolector.

Los resultados son similares: por *Br. Damaris Jireh Navarro Q, (70)*, observa que el 52% tiene vivienda de tipo unifamiliar, el 66,7% tiene tendencia propia, el 93,7% tiene material de 71 piso de tierra, el 80,5% tiene material de techo de calamina, el 68,1% tiene material de pared noble, ladrillo y cemento, el 93,7% tiene un número de 2 a 3 personas que duermen en una habitación, el 100% tiene abastecimiento de agua de conexión domiciliar, el 77,8% tiene baño propio, el 51,4% cocinan con leña o carbón, el 94,4% cuentan con energía eléctrica permanente, el 95,8% disponen la basura en carro recolector, el 75% responden que la frecuencia de recoger su basura es una vez al mes pero no todas las semanas, el 60,4% eliminan su basura al carro recolector.

Los resultados son similares a los encontrados: por *Hadad Arrascue, Natalie (71)*, en su estudio relacionados con Determinantes Sociales de la salud de la Madre, Lima 2010; donde su muestra estuvo conformada por 50 mujeres jóvenes, en donde se destacó que el 100% de la población tiene vivienda propia, el 73,3% tienen material de piso de cemento, el 43,3% tiene material de techo de concreto, el 56,7% tiene material de paredes de cemento, el 36,6% tiene 1 habitación para dormir, el 96,6% tiene agua entubada en casa, el 83,4% tienen gas para cocinar en casa, el 92,5% tienen energía eléctrica en casa, el 76,6% refiere que recogen su basura diariamente y el 93% elimina su basura en carro recolector de basura.

Los resultados investigados coinciden con los estudiados por *Colchado A. (72)*, 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% (73) 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.

Contrastando con *Alzate E, Vélez M, López Y. (74)*, 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. (75)*, 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, el resultado coincide a lo investigado por *Barrios A. (76)*, quien investigó Mejoramiento de viviendas en comunidades rurales en Paraguay-2003. Donde concluye que la mayoría de las viviendas tienen dos piezas (dormitorios). En cuanto al material del techo el 90% es de paja, paredes el 65% es de abobe, el 49 % cuenta con piso de tierra. El servicio de energía eléctrica, llega al 100 %. Todos cuentan con pozo de agua. Un 65 % de la población, tiene letrina en sus baños el resto cuenta con pozo ciego, algunos baños modernos. En lo que respecta a las cocinas más del 50 % de las cocinas no tienen fogón en alto, un 30 % lo tiene y un 20 % tiene cocina a gas, pero no la utiliza. El 72% de los pobladores queman sus desperdicios, el 24% entierran, y el 4% los utilizan para abono.

Silberman M, Moreno L, Kawas V, González E (77), Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal 2013. Los principales datos encontrados fueron: 19.4% de los hogares tienen techo de lámina, en 11.8% se encontró hacinamiento, y el 2.7% de los hogares no tiene acceso a agua potable en la vivienda. En relación con educación, el 38% de los individuos que deben estar

en escuela no asiste, y de los 2,903 adultos el 31% no concluyó su educación básica y el 7.7% es analfabeta.

Organización mundial de la salud, organización peruana del salud (OMS y OPS) expresan que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo o la familia: proteger de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las manifestaciones culturales; implementar el almacenamiento, procesamiento y consumo de los alimentos; suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento; favorecer la convalecencia de los enfermos; la atención de los ancianos y personas con discapacidad; el desenvolvimiento de la vida del niño; promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar(78).

Las condiciones de vivienda al ser una zona urbano marginal de Tacna y resulta ser de construcción en su mayoría de cemento, esto permite que la población no se vea en riesgo de enfermedades respiratorias, pero la limitante es que es lejana a los servicios de salud (79).

Vivienda: edificación compuesta por los integrantes de la familia que residen en un espacio geográfico que comparten costumbres y rasgos de sangre, que reúna las características necesarias de ser confortable para los miembros del hogar (80).

Vivienda, edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales, acondicionada de acuerdo a zona geográfica, cuenta con paredes, techo y piso (81).

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 (82).

Una Habitación. Es el espacio situado en una vivienda, generalmente, cerrado por paredes que se elevan desde el piso hasta el techo y que tiene por lo menos una superficie para dar cabida a la cama de una persona adulta (83).

La casa unifamiliar sigue siendo la forma de vivienda de preferencia. Sin embargo, en los últimos años no sólo han cambiado las necesidades de sus ocupantes, sino que los precios cada vez más elevados de la energía y la materia prima contribuyen a que aspectos como la multifuncionalidad, Un buen modo de ahorrar espacio, es la conformación de una gran estancia en la que se compartan las funciones de cocina, sala de estar y comedor, con una distribución adecuada podemos separar bien los ambientes y hacer que resulte totalmente acogedor, ahorraremos en tabiques, ganaremos en amplitud y claridad (84).

Solari G. (85), Residuos Sólidos en México 2008. Concluyendo que la población adulta de México. Concluyendo: Los residuos sólidos tienen su origen en diferentes actividades, la mayor parte se generan en los domicilios particulares de las grandes urbes, pero también en la industria, construcción, actividades agrarias, etc. En realidad, cualquier

objeto no útil resultante de la fabricación, utilización o transformación de un bien de consumo que no se encuentre en estado líquido o gaseoso es un residuo sólido. Los desechos sólidos abandonados constituyen una molestia pública. Obstruyen los desagües y drenajes abiertos; invaden los caminos, restan estética al panorama, y emiten olores desagradables y polvos irritantes.

Municipalidad Distrital de Ilo 2009. (86), en su plan piloto de disposición de residuos sólidos refiere que en un 100% la población elimina la basura en el carro recolectores, que su frecuencia es en un 100% diariamente, se está instalando el plan piloto de seleccionar la basura para fomentar en la población el destino final de la basura.

En su estudio realizado Gould S. (87), Investigación de operaciones en la ciencia ecológica Prentice Hall. La población de la ciudad de México tiene la mayor generación de residuos per cápita del país, debido a su condición urbana y a también tener el mayor PIB per cápita; cada individuo produce 1.5 kg /día, lo que implica 12 mil toneladas diarias. La recolección de basura la llevan a cargo las autoridades locales (delegaciones) pero el manejo final se realiza de manera centralizada

Zeballos C. (88), Estudio sobre saneamiento básico en la población de Maynas - Loreto 2012. El saneamiento ambiental básico es el conjunto de acciones técnicas y socioeconómicas de salud pública que tienen por objetivo alcanzar niveles crecientes de salubridad ambiental. Comprende el manejo sanitario del agua potable, las aguas residuales, los residuos orgánicos tales como las excretas y residuos alimenticios, los residuos sólidos y el comportamiento higiénico que reduce los riesgos para la salud y previene la contaminación. Tiene por finalidad la promoción y el mejoramiento de condiciones de vida urbana y rural.

Estos resultados son similares con los encontrados por Franco N. (89), Determinantes de la Salud en Adolescentes con Maltrato Físico y Psicológico en el hogar. I. E inmaculada de la Merced – Chimbote - Perú, 2012. Con una muestra de 50 adolescente que concluyo con el 92,0% tienen conexión domiciliaria, el 94,0% de los adolescentes cuentan con un baño propio en sus hogares, el 100% utilizan gas y electricidad para cocinar en sus hogares; el 100% cuentan con energía eléctrica en sus hogares; el 100,0% elimina su basura enterrándola, quemándola o en un carro recolector; el 84,0% afirman que el carro recolector recoge la basura diariamente de sus hogares el 84,0% afirman que eliminan su basura en el carro recolector.

La salud ambiental según el Programa de las Naciones Unidas para el Medio existentes en un lugar y un momento determinado que influyen en la vida material y se adiciona esta premisa Finkelman quien propuso que para que exista un ambiente saludable no solo es necesario el abastecimiento de agua potable y eliminación de excretas sino también una adecuada actitud y hábitos para la conservación del ambiente y la salud (90).

Saneamiento ambiental comprende el medio en que habita y trabaja una persona, además de los fenómenos naturales que el medio ambiente manifieste y la contaminación que el hombre le produzca (91).

Es así que, la salud ambiental abarca múltiples aspectos, además de la disposición del aspecto netamente sanitario, se recalcan los aspectos de comportamiento y conducta humana que aunque no parezca, si están íntimamente relacionados con la salud. Para lograr un desarrollo sostenible es necesario un ambiente saludable, lo cual se alcanzará

abordando el tema de una manera multidisciplinaria y con participación de todos como sociedad (92).

El Abastecimiento de agua. Está referida a la forma de abastecimiento y procedencia del agua que utilizan los miembros del hogar en la vivienda, ya sea para beber, cocinar o realizar su aseo personal o de la vivienda (93).

Los desechos formados por todos los desperdicios sólidos favorecen la reproducción y desarrollo de vectores transmisores de enfermedad, además de 49 las molestias y malos olores que provocan. El rápido aumento de la densidad de población en el mundo está convirtiendo la recogida y eliminación de las basuras domésticas y los desperdicios comerciales, industriales y agrícolas en un problema muy complejo que puede tener graves consecuencias para la salud de una comunidad. Proporcionar a la comunidad, un ambiente sano, libre de gérmenes, desechos y vectores, un escenario paisajístico agradable y habitacional (94).

Red pública de desagüe dentro de la vivienda, cuando la conexión del servicio higiénico está dentro de la vivienda (95).

TABLA 3

Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de los estilos de vida encontramos que el 96,7% de la población no fuman, ni ha fumado nunca de manera habitual, el 90,3% ocasionalmente consumen bebidas alcohólicas, el 99,3% duerme de 6 a 8 horas, el 96,7% se baña 4 veces a la semana, el 90,3% no se realizan un examen médico, el 96,0% en su tiempo libre no realiza alguna actividad física, el 76,0% en las dos últimas semanas realiza alguna actividad física durante 20 minutos como la caminata, en cuanto en

los alimentos el 63,0% de la población consume menos de una vez a la semana fruta, el 63,3% consume carne 1 a 2 a la semana, el 39.7% consume huevos menos de 1 vez a la semana, el 76.00% pescado nunca o casi nunca, el 100% consume fideos, arroz, papas, etc. Diariamente, el 51,3% consume pan, cereales 1 a 2 a la semana, el 100% consume verduras, hortalizas diariamente, el 78,0% casi nunca consumen legumbres, el 69,0% embutidos, enlatados nunca o casi nunca, el 48,0% consume menos de una vez a la semana, el 74,3% consume menos de una vez a la semana, el 35.7% consume refrescos con azúcar diariamente, el 78,0% consume frituras nunca o casi nunca.

Pérez V, Devis J. (96), La promoción de la actividad física relacionada con la salud. La perspectiva de proceso y de resultado 2003. Teniendo en cuenta los beneficios de la actividad física, se espera que la actividad física fortalezca la salud en términos de potencialización de todas las cualidades físicas y, además, disminuya los factores de riesgo de adquirir enfermedades cardiovasculares, aumente la capacidad productiva, mejore las relaciones interpersonales, brinde alternativas sanas para el uso del tiempo libre, compense el sedentarismo de la actividad laboral y de orden intelectual; todo esto con el fin primordial de mejorar la calidad de vida.

Se contradice al estudio de Maldonado G. (97), Consumo de tabaco y alcohol en un colectivo de adultos mayores de Cd. Victoria, TAM 2009. México se ubica dentro del grupo de países de alto consumo de alcohol siendo el consumo anual per cápita de 2.8 litros y este consumo puede llegar a 7 litros en los varones de 18 a 65 años residentes en áreas urbanas. (ENA, 2008) Se realizó un estudio descriptivo de corte

transversal en 37 adultos mayores de ambos sexos, utilizando un instrumento con un Alpha de Cronbach de 0.85. Resultados. El consumo de tabaco en este grupo de adultos mayores fue bajo comparado con la media nacional (20.4%), mientras que el porcentaje de adultos que consumen alcohol fue alto, aunque los patrones de consumo de la población estudiada no parece indicar una problemática importante ya que un porcentaje mínimo se encuentra en consumo moderado de alcohol y la gran mayoría en el consumo ocasional.

Contrastando con el estudio de Fajardo E. (98), Estilos De Vida Saludable Y Sentido De Vida, En Estudiantes Universitarios en España 2010. Concluyendo: que de 300 estudiantes, en una gran mayoría, mantienen estilos de vida que pueden ser considerados como saludables. Esta situación es semejante tanto para hombres como para mujeres. La condición de salud de los estudiantes encuestados se puede considerar como satisfactoria (normal o buena) tanto para los hombres como para las mujeres. Sin embargo, con relación al peso corporal, 1 de cada 4 tiene problemas para mantenerlo dentro de límites de la normalidad y aproximadamente 1 de cada diez considera que tiene problemas de sobrepeso. La mayoría de los estudiantes opinó que consumen bebidas alcohólicas de manera moderada; sin embargo, hay aproximadamente un 5% en el que se detectó abuso en el consumo de las mismas.

Rico M. (99). Factores asociados a la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores en México, De acuerdo a la variable de fumar, observamos más del 50% de la población de adultos y adultos mayores que nunca han fumado, es mayor para las mujeres en comparación con los hombres. Para los que reportaron si fumar (30%

aproximadamente), si existe una diferencia significativa, siendo mayor en los adultos. La diferencia por sexo para ambos grupos es que los hombres tanto adultos como adultos mayores fuman en mayor proporción que las mujeres, pero las mujeres adultas mayores fuman en menor proporción que las mujeres más jóvenes, de acuerdo a un estudio en España y México, la prevalencia del consumo de tabaco en las mujeres va en aumento.

Vidarte JA, Vélez C, Sandoval C, Alfonso ML. (100), Actividad física: estrategia de promoción de la salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2011. Se concluye también que atendiendo a la pluralidad de conceptos acerca de la actividad física, es necesario abordar cada uno de ellos reconociendo las necesidades específicas del grupo que se va a intervenir, contemplando desde los postulados que afirman que la actividad física se encontrara reflejada en los planes de intervención de los diferentes grupos y su relación directa con actividades propias a su rango de edad, integrando elementos propios como políticas, que exponen las directrices de los planes de prevención primaria que incluyen en sus marcos las necesidades de integrar planes de actividad y ejercicio físico que sigan las recomendaciones mundialmente establecidas sobre actividad física para la promoción de la salud como un proceso necesario para obtener beneficios asociados con la práctica de la actividad física.

El consumo de tabaco y alcohol es un problema de salud pública de gran impacto, debido a los múltiples efectos y daños que genera en la salud física y mental de los individuos, y se asocia a fenómenos sociales de prevalencia creciente, como la inseguridad, la violencia y la desintegración familiar a nivel mundial. Este fenómeno es altamente complejo, multicausal, que no reconoce límites territoriales, sociales, ni tampoco de edad (101).

El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida. La transición epidemiológica de enfermedad aguda a enfermedad crónica, como principal causa de mortalidad en nuestra sociedad, ha hecho (102).

Es recomendable: Practicar actividades o deportes que le gusten. Empezar con una actividad física fácil y poco a poco, adaptada a la edad y capacidad física e ir incrementándola progresivamente. Practicar una actividad física frecuente y regular. Mínimo 30 minutos/día, 4 o 5 días a la semana. Realizar ejercicio aeróbico, como caminar (a ritmo ligero y constante), nadar, montar en bici y bailar. Evitar el ejercicio físico extenuante/intenso. Aprovechar las actividades cotidianas para hacer ejercicio (103).

Las personas comienzan a fumar por muchas razones diferentes. Algunos piensan que queda bien. Otros comienzan porque sus familiares o amigos fuman. Las estadísticas muestran que aproximadamente nueve de cada 10 consumidores de tabaco comienzan antes de los 18 años. La mayoría de los adultos que empezaron a fumar en la adolescencia jamás se imaginaron que iban a volverse adictos. Es por eso que las personas dicen que es mucho más fácil no comenzar a fumar nunca (104).

Los hábitos personales negativos como el consumo de alcohol, fumar, la poca práctica de ejercicios, puede conllevar a esta población a enfermedades crónicas, la mayoría de la población se dedica a trabajar independientemente pero no se ocupa de su salud, por falta de tiempo o poca costumbre (105).

Fernández L, Salas R. (106), Tesis titulada Estilo de vida y Alimentación de la persona adulta A.A. H.H. Tres Estrellas Chimbote, 2009. La población muestral estuvo conformada por 132 personas adultas. Obteniendo: el mayor porcentaje de los adultos presentan un estilo de vida no saludable. En relación a la alimentación varia en su dieta: variando en su consumo de verduras, frutas, carnes, pescado, lácteos, legumbres y otros.

Bozo C. (107), Estudio de deficiencias nutricionales en el adulto y en adulto mayor Maracaibo - Venezuela 2008. Concluyendo que: Estudios entre 1997 y 2007, presentan desnutrición en adultos y adultos mayores y otras deficiencias nutricionales. Al comprometerse la seguridad alimentaria familiar se vulneran todos sus integrantes, en especial niños, embarazadas y adultos mayores, por esto es fundamental la vigilancia de salud, nutricional y social, sanitario y de justicia, así como la aplicación de medidas adecuadas de acompañamiento social o intervención.

García M (108), Alimentación y salud, una relación conflictiva. El caso de España 2010. En este trabajo se analizan los factores que han desencadenado la progresiva desestructuración de los hábitos alimentarios y los nuevos imperativos socioculturales que están dañando seriamente el bienestar de los consumidores en España. Se muestra cómo se ha producido un descenso del consumo de los alimentos considerados esenciales para una buena alimentación y un

aumento de los que perjudican la salud. Así, el consumo de cereales, arroz, legumbres y vino ha descendido de forma muy significativa, mientras que el consumo de carne, leche y sus derivados, y aceites ha crecido de forma notable. Además, se han modificado y diversificado las maneras de comer al adaptarse a las nuevas limitaciones impuestas por las transformaciones producidas en una sociedad cada vez más industrializada.

López J, Ariza C, Rodríguez J, Munguía C (109), Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, 2003. La baja ingesta de verduras y frutas (97% de las mujeres mexicanas consumen <400 g / día) y productos animales y aumentar el consumo de alimentos procesados puede explicar la alta prevalencia de la deficiencia de micronutrientes observados en mujeres mexicanas como el ácido fólico, la vitamina B12 y n-3 PUFA. Treinta y cinco por ciento de las mujeres mexicanas tenían niveles séricos deficientes de folatos y el 17% tienen niveles bajos de vitamina B12 en el suero.

Elizondo J, Guillén F, Aguinaga I. (110) Diferencias en el consumo de alimentos y nutrientes según el hábito tabáquico 2006. Los varones fumadores consumen menos fruta, vegetales y carne de pollo que las otras categorías, mientras que los varones exfumadores son los que presentan un patrón de consumo más saludable. Las mujeres fumadoras también presentan una dieta menos sana, aunque las diferencias son menores. En ambos sexos, los fumadores ingieren más alcohol. Respecto a los nutrientes, las personas fumadoras ingieren menor cantidad de folatos, ácido nicotínico y antioxidantes (vitamina C). En el caso de las mujeres, además, el consumo de fibra aparece incrementado entre las no fumadoras.

Alimentación Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación. Al tener esta población una situación socioeconómica medianamente estable tienen una solvencia parcial por eso es que no varían muy bien su dieta (111).

La alimentación es una cadena de hechos que comienzan con el cultivo, selección y preparación del alimento hasta las formas de presentación y el consumo de un grupo de ellos. Existen enfermedades que pueden prevenirse o mejorarse con una alimentación saludable (112).

La alimentación se considera adecuada y saludable cuando es: Suficiente para cubrir las necesidades y mantener el equilibrio del organismo. Completa y variada en su composición, según la edad y circunstancias de cada persona. Adecuada a diferentes finalidades según el caso: conservar la salud, ayudar a curar enfermedades, asegurar el crecimiento y desarrollo de los niños, etc. Adaptada a las necesidades y gasto energético de cada persona. Por eso, si queremos mantener la salud debemos conocer nuestras necesidades nutricionales así como la composición de los alimentos. De este modo podremos analizar si nuestra forma de alimentarnos es la correcta y modificar nuestra dieta si fuera necesario (113).

La alimentación es un proceso voluntario y consciente, y por lo tanto educable. Depende de una elección libre del individuo. Por ello, un cambio en los hábitos alimentarios hacia otros más sanos, requiere de un profundo conocimiento (114).

Alimentación es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse. No hay que confundir alimentación con nutrición, ya que esta última se da a nivel celular y la primera es la acción de ingerir un alimento. La nutrición puede ser autótrofa o heterótrofa (115).

TABLA 4, 5 , 6:

Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de la salud de los redes sociales y comunitarias, se observa principalmente . El 96,7% de los adultos encuestados se ha atendido en un puesto de salud en los últimos 12 meses, mientras. El 52,0% considera que el lugar donde lo atendieron esta regular de su hogar. El 100% tiene seguro SIS MINSA, el 92,3% fue regular el tiempo de espera, el 69,3% la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud es buena, el 100% no existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa. El 96,7% de la población no recibe apoyo social natural, el 100% no recibe algún apoyo social organizado. El 100% no recibe ningún apoyo social natural del estado. El 100% no recibe ningún apoyo social organizado del estado.

En el resultado del Caserío Simbilá, Piura nos indica que casi todas de mujeres adultas no reciben ningún apoyo social, natural, ni organizado debido a que las personas no cuentan con apoyo de ninguna autoridad. Reciben apoyo por ONG religiosas, estas se encargan de brindar sus necesidades. Muchas de las veces se les solicito ayuda y no toman carta en el asunto.(116)

Los resultados encontrados por Rebeiro Santana F, Pereira Lima R, (117) Sobre Determinantes Sociales de Salud en su área adscripta. Se utilizó la técnica de grupo focal, con registros grabados y filmados bajo autorización. El análisis de datos se efectuó según fundamentos de análisis de contenido. Los datos se agruparon en tres categorías temáticas: Estilo de vida de los individuos --formas, social y culturalmente determinadas de vida; Redes sociales y comunitarias -- nivel de cohesión social y Condiciones de vida y trabajo --condiciones materiales necesarias para la subsistencia. La identificación y el análisis de los Determinantes Sociales de Salud podrán favorecer el establecimiento de prácticas apropiadas de gestión con la finalidad de facilitar el proceso de toma de decisiones; la conformación de redes de cooperación; la evaluación crítica del proceso de salud-enfermedad y el redireccionamiento de la atención.

El apoyo social (definido al mismo tiempo en términos reales como redes sociales, recursos sociales, integración social, vínculos sociales, soporte social) es la presencia estable y trascendente de relaciones humanas, que ofrecen patrones y un refuerzo contingente de ayuda objetiva y subjetiva, para afrontar las situaciones difíciles de la vida cotidiana y, lo más importante, sentir que esas relaciones son significativas y beneficiosas en la vida personal, familiar y social (118).

Apoyo social: en donde se 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 (118).

Llamamos Respuesta Social Organizada a las acciones que desarrolla la comunidad ante la problemática de salud, en este caso de las y los adolescentes. Dicha respuesta social está orientada por aquellas instituciones públicas o privadas que tienen relación con acciones esenciales de salud de las y los adolescentes (119).

De acuerdo a mis resultados obtenidos la mayoría no recibe ayuda social natural ni organizada, años atrás el caserío no contaba con organizaciones, cada familia luchaba por si sola para satisfacer las necesidades de su hogar, la mujer tenía que trabajar juntamente con el esposo, muchas veces hasta los niños dejaban de estudiar por trabajar.

Actualmente cuenta con organizaciones donde se brinda ayuda a familias de bajos recursos donde se le permite a cada niño poder estudiar.

Los determinantes sociales de salud: son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder, y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (120)

Wikinson y Marmot en el documento que elaboraron “los hechos probados” (121) analizan determinantes sociales que condicionan la salud, tanto estructural es como conductuales: la pendiente social, los primeros años de vida, la exclusión social, el trabajo y el desempleo, el apoyo social, la adicción, los alimentos y la práctica del ejercicio, el transporte. Demostrando a través de una revisión bibliográfica y con la colaboración de investigación ingleses (pioneros en este tema), la extraordinaria susceptibilidad de la salud ante el entorno social.

De acuerdo a mis resultados obtenidos casi todas no reciben ayuda de pensión 65, vaso de leche, comedor popular debido a la falta de organizaciones que apoyen y defienden a las familias de bajos recursos económicos, actualmente cuentan con ONG donde brindan ayuda a muchas familias, día a día todas la familias satisfacen sus necesidades 96,70% se atendieron en el puesto de salud los 12 últimos días; que el 52,0%(159) regular fue el tiempo que espero para ser atendido; que el 100% (300) tiene seguro SIS MINSA; que el 92,3%(277) fue regular el tiempo de espera; el 69,3%(208)la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud es buena; el 100% no existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa.

Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de salud de las redes sociales y comunitarias encontramos que el 96,70% se atendieron en el puesto de salud los 12 últimos días; que el 52,0%(159) regular fue el tiempo que espero para ser atendido; que el 100% (300) tiene seguro SIS MINSA; que el 92,3%(277) fue regular el tiempo de espera; el 69,3%(208)la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud es buena; el 100% no existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa. (122).

Seclén Palacin, Juan y Darras, Christian realizaron un trabajo de investigación sobre "Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú 2000", 25 donde encontraron una asociación entre el tiempo de espera para la atención y Satisfacción del usuario; según los resultados la población que esperó menos de 15 minutos para ser atendida tuvo 2 veces más probabilidades de estar satisfecha en relación con la que esperó más de 60 minutos. En Andalucía (2006) se concluyó que el 45% de los usuarios de los centros de salud andaluces no está satisfecho con el tiempo que deben esperar para ser atendidos en la consulta (123)

Los resultados encontrados por Moy López, N (124), en su estudio relacionados con Diagnóstico para la Identificación de Determinantes de Salud que influyen en el estado integral de salud de los habitantes de la comunidad Antorchista Ubicada al Nororiente del Municipio de Colima de la salud de la Madre, Colima 2005; donde su muestra estuvo conformada por 50 mujeres jóvenes, en donde se destacó que el 93,4% se atienden en hospitales, el 73,3% está afiliados al SIS y el 39,25 manifiesta haber recibido una atención de calidad.

Calidad de atención de salud: es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.

Consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios

- Lograr mejores resultados en salud
- Mejorar la experiencia del usuario cuando entra en contacto con los servicios de salud
- Hacer el mejor uso posible de los recursos en cada atención brindada (125).

El Seguro de Salud o Enfermedad proporciona al titular y a su familia una cobertura sanitaria, asistencial y en ocasiones de carácter económico, en el supuesto de sufrir alguna dolencia o enfermedad. Tiene como misión lograr la cobertura de Aseguramiento Universal en Salud y asegurar la protección financiera y oportuna de su población objetivo, que permita

recibir una prestación de servicios de salud de calidad y digna (126).

Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven (127).

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La totalidad de las personas adultas que participan en el estudio tienen: La mayoría son del sexo femenino, entre 30 y 59 años de edad, más de la mitad tiene un grado de inicial y primaria, tiene un ingreso económico de menos de 750 nuevos soles, ocupación del jefe de familia con trabajo eventual.
- La totalidad de las personas cuentan con la mayoría tiene vivienda unifamiliar, vivienda propia, material de piso tierra, material de techo eternit (calamina), material de paredes adobe, de 2 a 3 miembros duermen en una habitación, tiene abastecimiento de agua por conexión domiciliaria, eliminación de excretas en baño propio, combustible para cocinar a leña y carbón, energía eléctrica permanente, la disposición de la basura se entierra, se quema y carro recolector, la frecuencia de recojo de la basura es todas las semanas pero no diariamente, la eliminación de la basura es en el carro recolector.

- la mayoría de las personas no fumo ni ha fumado nunca de manera habitual; ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, duerme de 6 a 8 horas, la frecuencia con que se baña es de 4 veces a la semana, no se realizan un examen médico periódicamente, no realiza actividad física, en las dos últimas semanas la actividad física durante 20 minutos que realiza es caminar y consume fruta 1 a 2 veces a la semana, el consumo de carne es 1 a 2 veces a la semana, huevos es 1 a 2 veces a la semana, pescado nunca o casi nunca; fideos, arroz, papas a diario; pan, cereales es 1 a 2 veces a la semana; verduras y hortalizas a diario; legumbres nunca o casi nunca; embutidos, enlatados nunca o casi nunca; lácteos menos de una vez a la semana; dulces, gaseosas menos de una vez a la semana, refrescos con azúcar a diario; la mayoría consume frituras menos de una vez a la semana.
- La mayoría de las personas adultas que participaron en el estudio no reciben algún apoyo social natural u organizado y no cuenta con ningún apoyo de algunas de estas organizaciones como por ejemplo pensión 65, comedor popular, vaso de leche, otros, son tendidos en una institución de salud en estos 12 últimos meses por el puesto salud, consideran que el lugar donde lo atendieron está regular, más de la mitad tiene tipo de seguro SIS MINSA; a la mayoría le pareció regular el tiempo de espera; la calidad de atención que recibió fue buena; no existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa.

5.2 RECOMENDACIONES

- El personal de enfermería del centro de salud de Cairani, deben tomar en cuenta esta investigación a fin de mejorar actitudes de la salud biosocioeconomico, intervenir en el programa de familia, para llegar a profundizar en la razón de porque el acceso a un mejor nivel de educación es bajo.
- El personal de enfermería del centro de salud de Cairani, guiándose del programa de promoción de la salud podría intervenir en mantener y mejorar los buenos hábitos de higiene ya que la población cuenta con los básicos necesarios. Se recomienda que en coordinación con la municipalidad se incrementan carros recolectores para cubrir la demanda de la población, además se debería llevar a la zona otros investigadores que evalúen la calidad del agua, tierra y suelo a modo de mejorar el estilo de vida en la que se desarrollan a diario los pobladores.
- La mayoría de la población no realizan ningún actividad física, el centro de salud de Cairani, comprobando esta realidad en conjunto con la municipalidad podría incrementar programas de actividades física en diferentes disciplinas, que se realicen en días u ocasiones en que los pobladores puedan participar activamente y ser parte de este proyecto.
- Brindar los resultados encontrados a la Municipalidad del Distrito de Cairani para que en conjunto pueden trabajar con el Centro de Salud de Cairani y pueden contribuir con aportes importantes a la comunidad, como nuevos proyectos del sector

de salud para promocionar los estilos de vida saludables. Hacer énfasis en la calidad de atención brindada a la población educar al personal de enfermería mediante capacitaciones para mejorar los cuidados de la población y brindando. De esa manera se lograra evaluar integral y satisfactoriamente a los pobladores del Distrito de Cairani - Tacna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas F. El componente social de la salud pública en el Siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16.
2. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar, editorial; 2008.
3. El concepto de salud y sus determinantes. PublicacionesDidacticas.com | Nº 13 Mayo 2011. [página de internet]. [Acceso el 20 de junio del 2017]. Disponible en URL: <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/013036/articulo-pdf>.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE) Segunda Edición Revisada. 2012.
5. César Lip, Fernando R. Determinantes sociales de la salud en Perú Lima, 2005 Ministerio de Salud. Universidad Norbert Wiener Organización Panamericana de la Salud. 2005. Pág. 25.
6. Sáenz M. Equidad y determinantes sociales de la salud: reflexiones desde América Latina Madrid, septiembre 2015. [página de internet]. [Acceso el 8 de marzo del 2018].
<http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1445409020-Equidad%20y%20determinantes%20sociales%20de%20la%20salud.pdf>
7. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud organización mundial de la salud. EB124/9 4 de diciembre de 2008.

http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf.

8. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
9. PSL Puesto de Salud Cairani. [página en internet]. Tacna: Programa de Salud Local; 2010 [actualizado 23 Sep 2010; citado 17 Jun 2015]. Disponible en :
<http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?page=cairani>
10. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. En Sociología-Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
11. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
12. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
13. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
14. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
15. Gonzalo Valdivia Cabrera. Aspectos de la situación de salud del adulto

- y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22
16. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302
 17. Marazo K. Determinantes de la salud en las personas adultas de la Asociación Villa el Triunfo del Distrito de Ciudad Nueva – Tacna, 2013.
 18. Chinchay, M. Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q”. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Huaraz] – 2013.
 19. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.L
 20. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar, editorial; 2008
 21. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
 22. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
 23. PSL Puesto de Salud Cairani. [página en internet]. Tacna: Programa de Salud Local; 2010 [actualizado 23 Sep 2010; citado 17 Jun 2015]. Disponible en : <http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?page=cairani>
 24. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del

- Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006.
25. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida. Lugar 2003. Nro. 027. 2004.
 26. Rodríguez M: Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
 27. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional de la Santa. Chimbote, Artículo científico. En que revista se ha publicado el artículo.
 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. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed .Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
33. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago.15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
34. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:[http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/Diseños De Estudio Analiticos.pdf](http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/Diseños_De_Estudio_Analiticos.pdf).
35. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
36. 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>
37. 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>
38. 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

39. 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/e_cogen42.pdf
40. 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/>
41. 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
42. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua.Guatemala, Octubre; 2001.
43. 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
44. 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>

45. 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>
46. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
47. 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>.
- 48.- 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.
- 49.- Varela. A. Entorno Socioeconómico y determinantes de salud en la persona adulta mayor. El presidio- el porvenir, 2012 [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014
- 50.-Fernández T“Determinantes de la salud de la persona adulta en el Asentamiento Humano Pachitea - Piura, 2013 [trabajo para optar el título de licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.

- 51.- Henostroza L. Determinantes de salud de los adultos de Villasol –Huaraz, 2013. [Informe de Tesis].
- 52.- Colonia Y, Pimentel L. Tesis Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta, Huaraz 2009. [Trabajo para optar el título de Medicina]. Perú: Universidad de Huaraz; 2009.
- 53.- Almontes S. Determinantes de la salud de la mujer adulta en la Urbanización Isabel Barreto II Etapa Fonavi Paita – Piura, 2013. [Informe de Tesis].
- 54.- 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.
- 55.- 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>
- 56.- Organización Mundial de la salud. Términos de Salud pública. Washington: OMS; 2007.
- 57.- Restrepo C. Características de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2013 Jul 09]. Disponible desde el URL: <http://INEI.Gob.pe>
- 58.- F Ramos R. Características de las viviendas en Lima 2011 [Portada en internet]. 2011.[Citado 2013 Jul 09]. Disponible desde el URL: <http://INEI.Gob.pe>
- 59.- Gómez Z. Viviendas en el Perú 2003. [Portada en internet]. 2003[Citado

2005 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://INEI.Gob.pe>

60: Scielo - Scientific Electronic Library Online. CONCYTEC - PERU Calle del comercio 197 - San Borja Lima - Perú (Citado el 26 de Noviembre del 2008) Disponible desde el URL <http://www.scielo.org.pe>

61: Cabrero J. Vivienda. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm

62: Organización Mundial de la Salud. Investigación en Enfermería. Washington: Editorial de la OPS; 2009.

63: Solari G. Residuos sólidos en México. Investigación en INEI México. México: Editorial INEI; 2008. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2013 Nov 09]. Disponible desde el URL: <http://INEI.Com.mx>

64: Navarro D. entorno en salud relacionados a la vivienda y determinantes de la salud en la mujer adulta del caserío simbila, Piura 2012 [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.

65: Hadad N. Tesis determinantes de vida y factores sociales de la salud de la madre, Lima 2010. [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad de Lima; 2012.

66: 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.

67.- 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.

68: 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.

69 - Barrios A. Mejoramiento de viviendas en comunidades rurales [trabajo para optar el título de Arquitectura]. Paraguay: Universidad Nacional de Asunción; 2003.

70.- 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.

71.- 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.

72.- 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.

73.- 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.bbtk.ull.es/ccssyhum/cs242.pdf>.

74.- Concepción I. Análisis de la clase social como determinante de salud en la población adulta [Tesis Doctoral]. Canarias: Universidad de la Laguna; 2011.

75.- 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.

76: Fernández L, Salas R. Tesis titulada Estilo de vida y Alimentación de la persona adulta A.A. H.H. Tres Estrellas Chimbote [Tesis en internet]. Chimbote; 2009 [Citado 2006 Ago. 21]. [101 páginas]. Disponible en URL: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache>.

77: Espinoza, L Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en proceso Salud enfermedad. Rev. Cubana Estomatol -2005.

78: Buenas tareas. Promoción de la salud: Nola Pender [Ensayo en internet]. [Citado 2010 Ago. 22]. [7 páginas]. Disponible en URL: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Ensayo-Promocion-De-La-Salud/16035.html>.

79: Alimentación y nutrición. [Portada en internet]. 2009. [Citado 2010 Ago. 22]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: <http://lacocinavarra.lacocelera.net/post/2009/01/25/alimentacion-y-nutricion-definicion>

80: Salas C. Estudio de cobertura de organizaciones sociales en Lima 2008. [Portada en internet]. 2008. [Citado 2011 Jul. 12]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.municipalidaddesanjuandelurigancho.com.pe>

81: Instituto nacional de Estadística e informática. Informe sobre redes de apoyo social en el Perú 2011. Lima: INEI, 2011.

82: López N. Calidad de atención-Diagnóstico para la Identificación de Determinantes de Salud que influyen en el estado integral de salud de los habitantes de la comunidad Antorchista Ubicada al Nororiente del Municipio Ecuador Colima 2005

83: Dirección Regional de Salud. Análisis Situacional de Gestión de la Calidad en Salud Año 2010 DIRESA Tacna [Citado 2010 Ago. 21]. [2 páginas]. Disponible en URL: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache>.

84: La DIRESA Tacna [Citado 2010 Ago. 21]. [101 páginas]. Disponible en URL: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache>.

85: Zegarra C. Redes sociales, Estilo de vida y Conductas promotoras de salud [tesis para optar el título de enfermería]. Lima. Universidad católica los Ángeles de Chimbote. 2009.

86: Liz C. Panorama de la atención de calidad en salud de la Organización Mundial de la Salud 2008. [tesis para optar el título de enfermería]. EUA. Universidad de California. 2008.

87: Defensoría del Niño y adolescente. Ministerio de la Mujer. En el estudio Pandillaje en el Pueblo Libre 2011. [tesis para optar el título de enfermería]. Lima. Universidad de Ricardo Palma. 2011.

88. Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud y Asociación Mundial Promoción de la Salud; Recomendaciones para la acción.

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

89: Salas P. Calidad y satisfacción del usuario. España: Editorial Mcwrail; 2005.

90: .Lopategui E. La salud como responsabilidad individual. [Artículo en internet].
2000. [Citado 2010 Ago. 26]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL:
<http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaRes.html>

91: Nutbeam, Sociología. México: Interamericana; 2005.



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ANEXO N° 01

CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utiliza la formula estadística de proporciones de una poblacion finita.

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

Dónde:

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 CAIRANI.

CALCULO DE LA MUESTRA

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

n = Tamaño de muestra

N = Población adulta (1,355)

Z = Nivel de confianza 95% (1.96)

E = error estándar 5% (0.05)

p \Rightarrow si = 50% (0.50) q \Rightarrow no = 50% (0.50)

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5) (1.355)}{(1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5) + (0.5)^2 (1355 - 1)}$$

$$n = \frac{(3.8416) \cdot (0.25) \cdot (1.355)}{(3.8416) \cdot (0.25) + (0.0025) (1354)}$$

$$n = \frac{1301.3}{0.9604 + 3.385}$$

$$n = \frac{1301.3}{4.3454}$$

$$n = 299.5$$



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ANEXO N° 2

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS
DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE –TACNA 2015

Elaborado por Vilches Reyes María Adriana

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 (30 a 59 años 11 meses 29 días) ()
 - Adulto Mayor (60 a más años) ()
3. **Grado de instrucción:**
 - Sin nivel de instrucción ()
 - Inicial/Primaria ()
 - Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
 - Superior Universitaria ()
 - Superior no universitaria ()
4. **Ingreso económico**
 - 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 Cuantas 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 vez 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. DETERMINANTES 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



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ANEXO N° 03

validez interna valor aiken de los items del cuestionarios sobre determinantes de la salud en los adultos del Distrito de Cairani, Provincia de Candarave – Tacna, 2015.

Nº	VALOR DE AIKEN	Nº	VALOR DE AIKEN
1	1.0	13	0.95
2	0.90	14	0.95
3	1.0	15	1.0
4	1.0	16	1.0
5	1.0	17	1.0
6	1.0	18	1.0
6.1	1.0	19	1.0
6.2	1.0	20	1.0
6.3	0.95	21	1.0
6.4	0.95	22	1.0
6.5	1.0	23	1.0
6.6	1.0	24	1.0
7	1.0	25	1.0
8	1.0	26	1.0
9	0.95	27	1.0
10	1.0	28	1.0
11	1.0	29	1.0
12	0.95	30	1.0
Coficiente V de Aiken total			0.98

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

	Experto	Experto	Experto	Experto	Experto	Sumatoria	Promedio	n(n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	1	2	3	4	5					
1	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
2	5	3	5	5	5	23	4.6	5	3	0.90
3	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
4	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
5	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
6	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
6.1	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
6.2	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
6.3	5	4	5	5	5	24	4.8	5	3	0.95
6.4	5	4	5	5	5	24	4.8	5	3	0.95
6.5	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
6.6	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
7	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
8	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
9	5	4	5	5	5	24	4.8	5	3	0.95
10	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
11	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
12	4	5	5	5	5	24	4.8	5	3	0.95
13	5	5	5	5	4	24	4.8	5	3	0.95
14	4	5	5	5	5	24	4.8	5	3	0.95
15	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
16	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
17	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
18	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
19	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
20	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
21	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
22	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
23	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
24	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
25	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
26	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
27	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
28	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
29	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
30	5	5	5	5	5	25	5	5	3	1.0
							4.95			0.98



ANEXO N° 04

CONFIABILIDAD INTEREVALUADOR

CONFIABILIDAD SEGÚN ÍNDICE DE KAPPA

INSTRUMENTO: cuestionario sobre determinantes de la salud de la `persona adulta en el distrito de Cairani, Provincia de Candarave- Tacna , 2015.

Sujetos 15

Ítems 30

Donde los índices del sumatorio van desde i-1 hasta i-c

$$\kappa = \frac{N \sum_{i=1}^r x_{ii} - \sum_{i=1}^r (x_{i+} * x_{+i})}{N^2 - \sum_{i=1}^r (x_{i+} * x_{+i})}$$

Donde

VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE KAPPA	
< 0.20	Pobre
0.21-0.40	Débil
0.41-0.60	moderada
0.61-0.80	Buena
0.81-1.00	Muy buena

Acuerdo observado	0.95
Acuerdo esperado	0.98

Índice de kappa	Error estándar	I.C 95%	Fuerza de concordancia
0.95	70%	0.81-1.00	Muy buena



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ANEXO N° 05

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LASALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD D EN LOS ADULTOS DEL DISTRO DE
CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE- TACNA, 2015**

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

.....



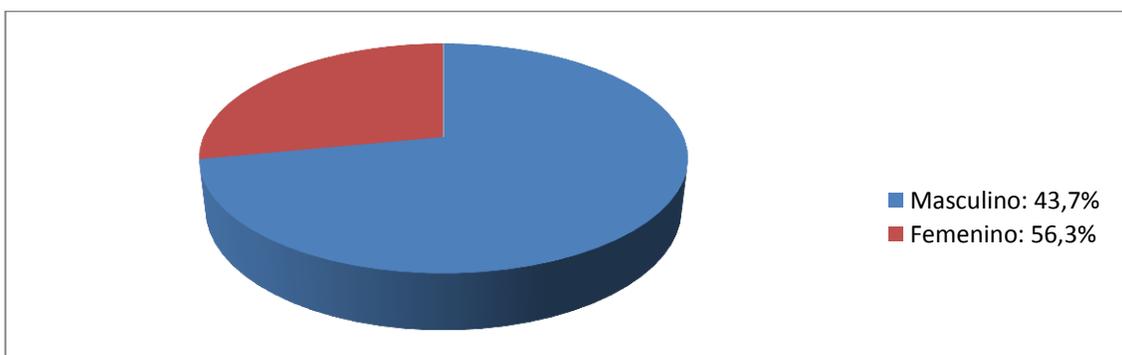
UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

GRÁFICOS N° 01

SEXO EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA

DE CANDARAVE – TACNA, 2015

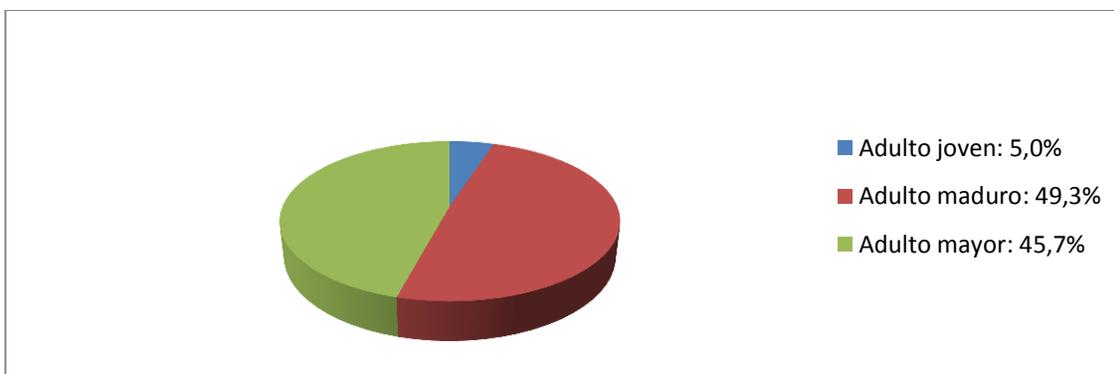


Fuente: Tabla 1.

GRÁFICOS N° 02

EDAD EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA

DE CANDARAVE – TACNA, 2015

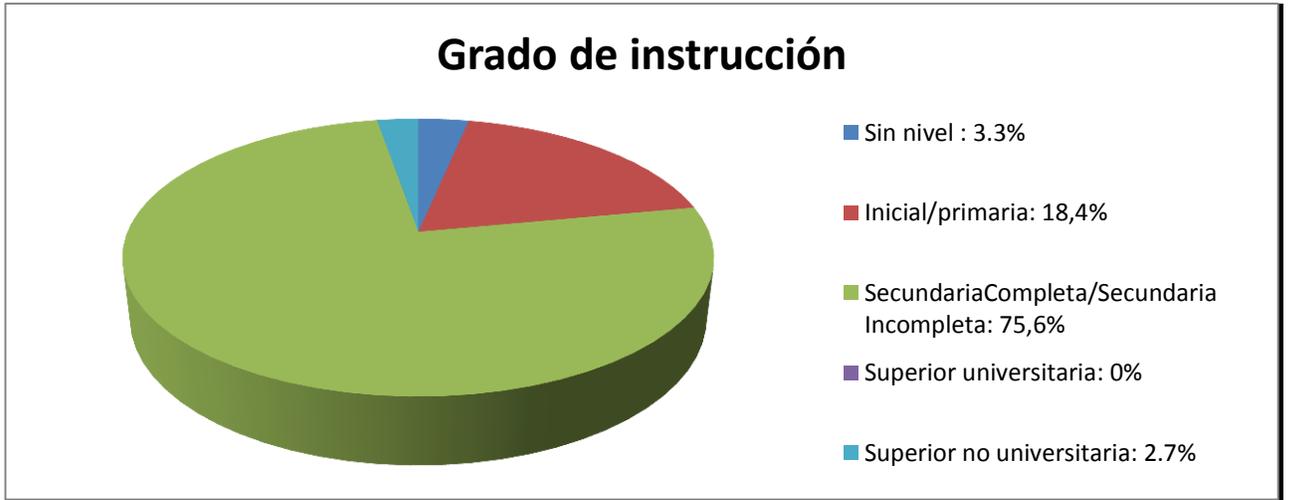


Fuente: Tabla 1.

GRAFICO N° 03

GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI,

PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.

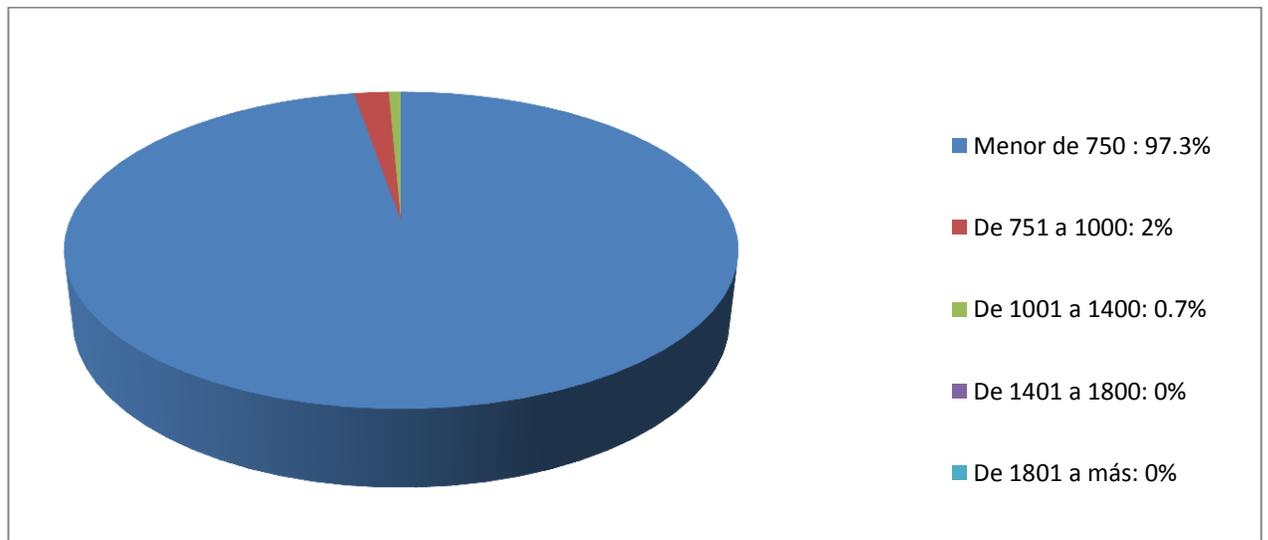


Fuente: Tabla 1.

GRAFICO N° 04

INGRESO ECONÓMICO EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI,

PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015

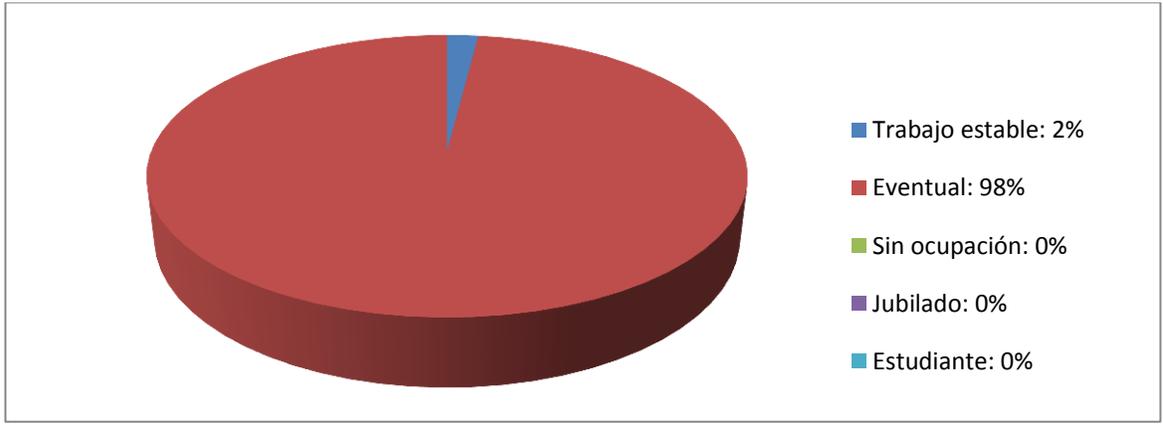


Fuente: Tabla 4

GRÁFICOS N° 05

OCUPACIÓN EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI,

PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015



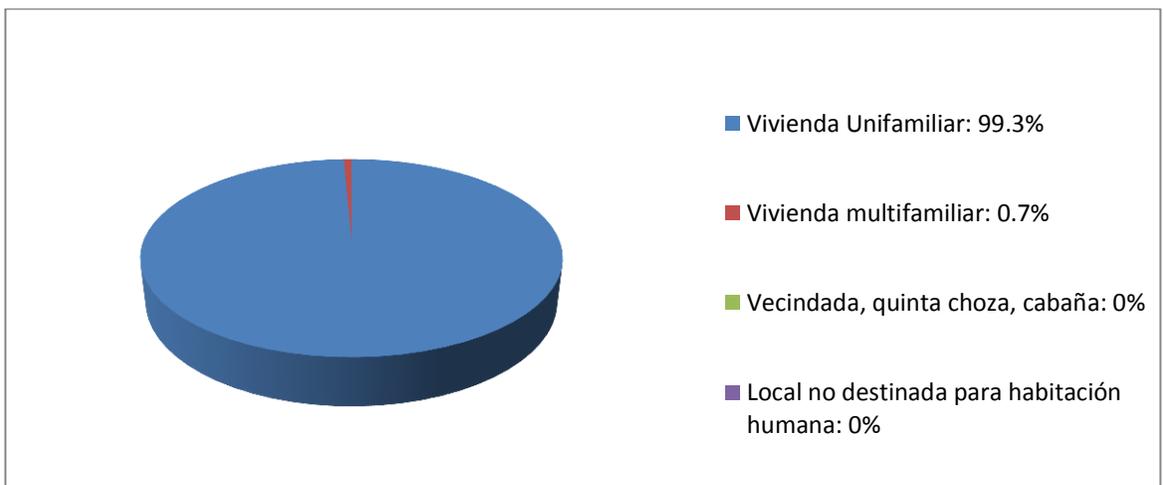
Fuente: Tabla 1

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS A LA VIVIENDA

GRÁFICOS N° 06

TIPOS DE LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI,

PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015

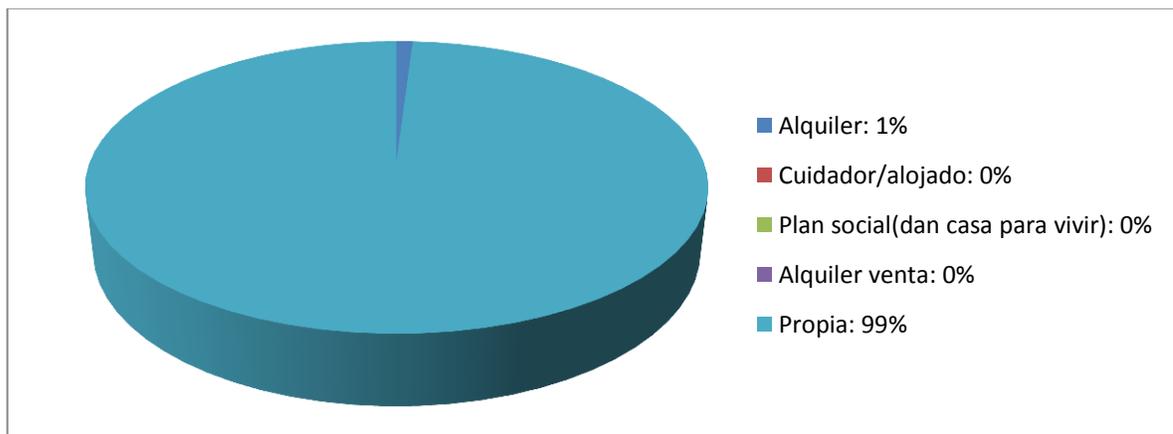


Fuente: Tabla 2

GRÁFICOS N° 07

TENENCIA DE LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI,

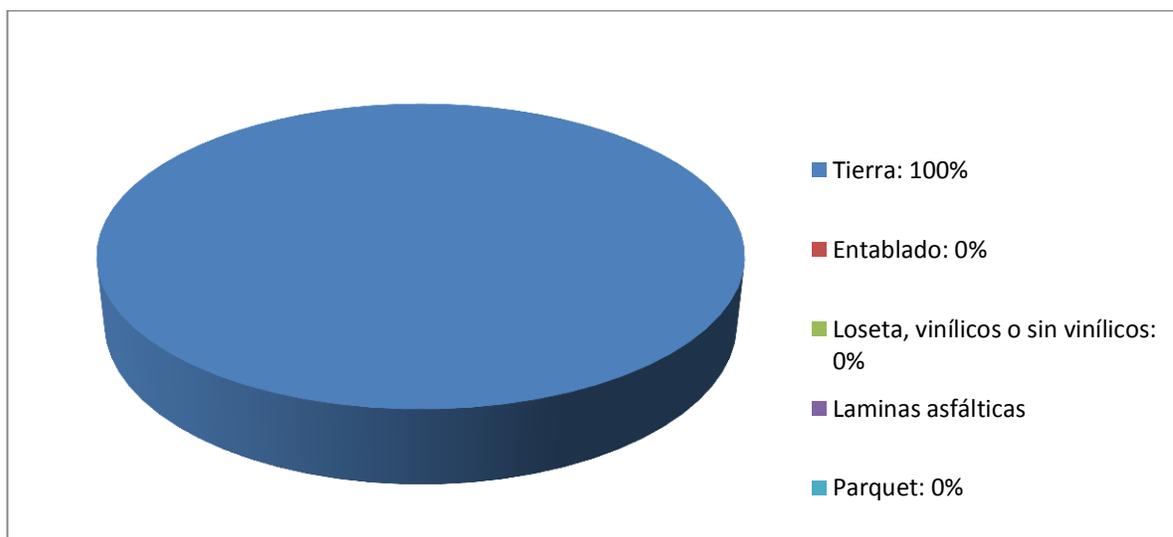
PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015



Fuente: Tabla 2

GRÁFICOS N° 08

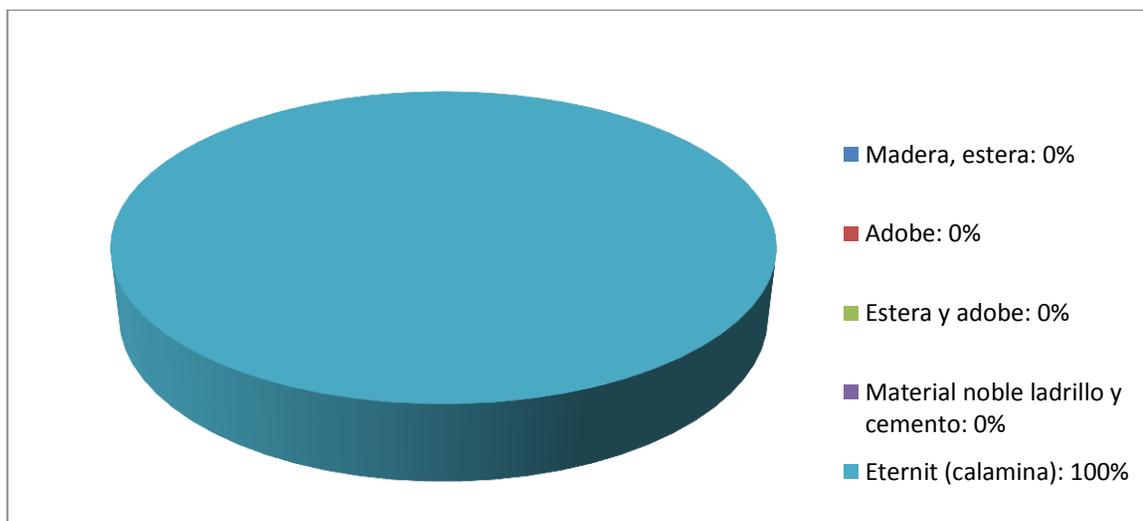
MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015



Fuente: Tabla 2

GRÁFICOS N° 09

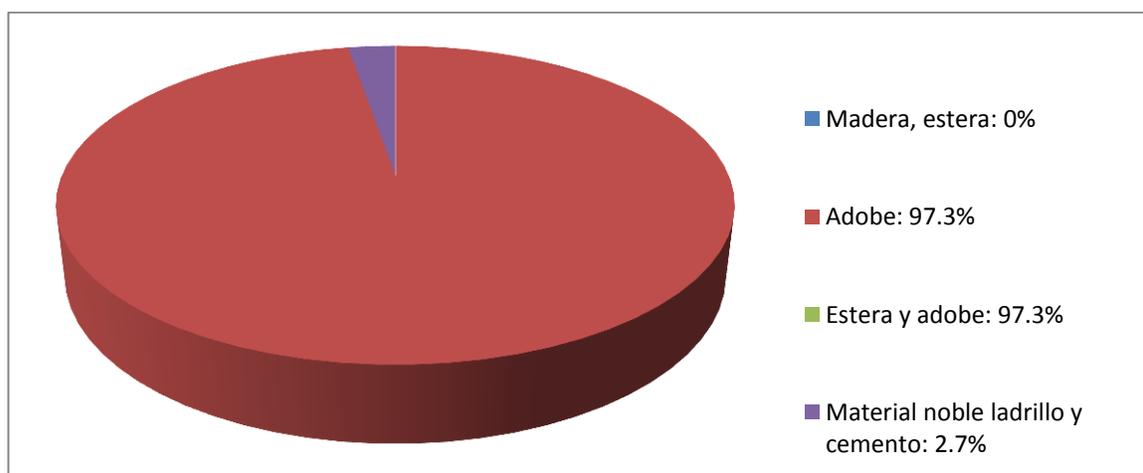
MATERIAL DE TECHO DE LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 2

GRÁFICOS N°10

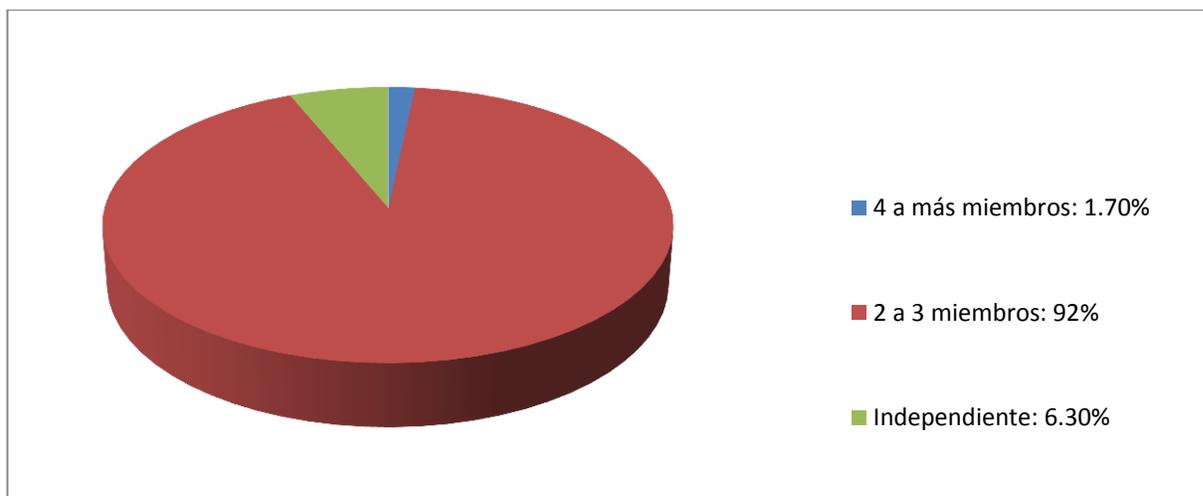
MATERIAL DE LAS PAREDES DE LAS VIVIENDA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015



Fuente: Tabla 2

GRÁFICOS N°11

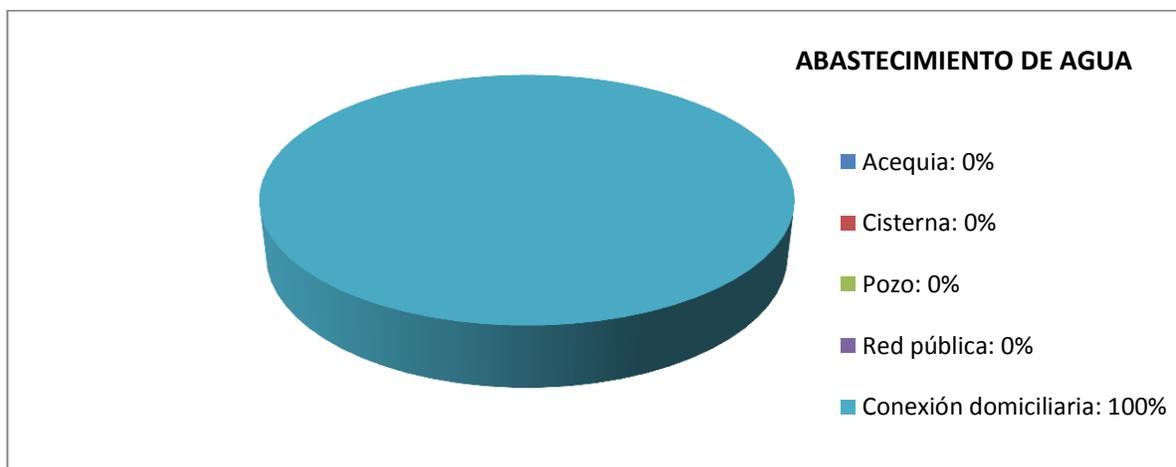
N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN DE LAS VIVIENDA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 2

GRÁFICOS N°12

ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LAS VIVIENDA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015

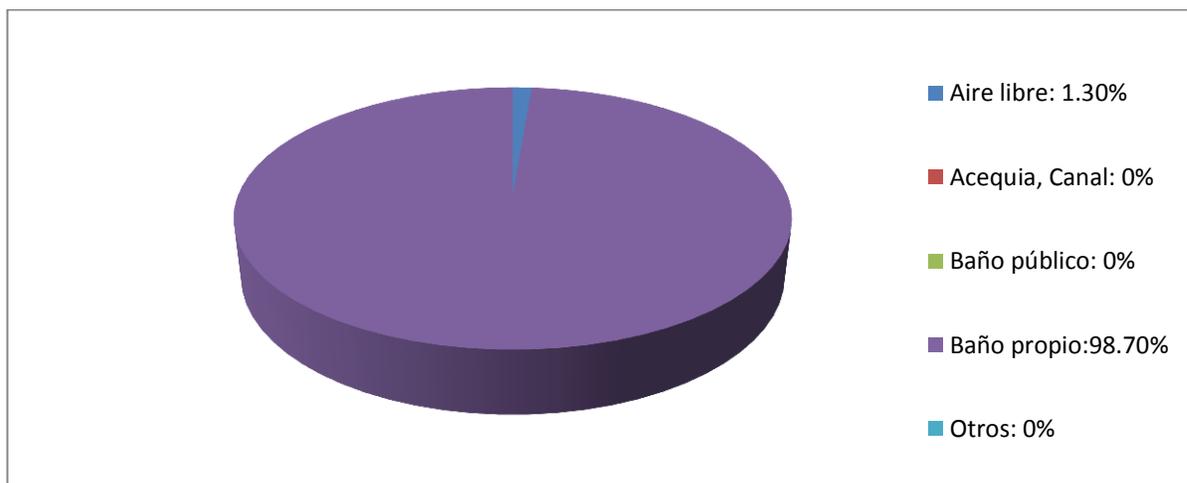


Fuente: Tabla 2

GRÁFICOS N°13

ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI,

PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015

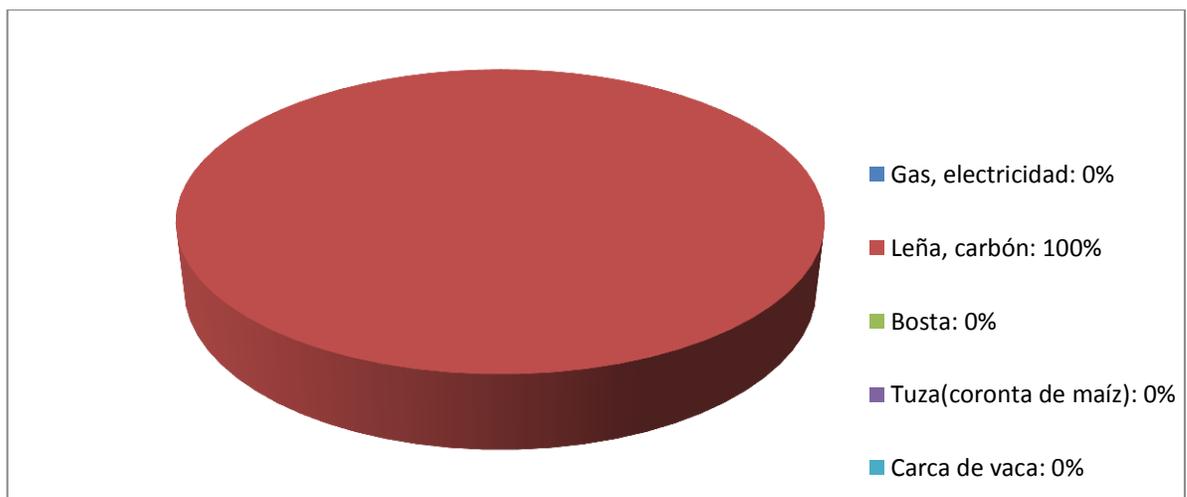


Fuente: Tabla 2

GRÁFICOS N°14

COMBUSTIBLE PARA COCINAR QUE UTILIZAN EN LOS ADULTOS DEL

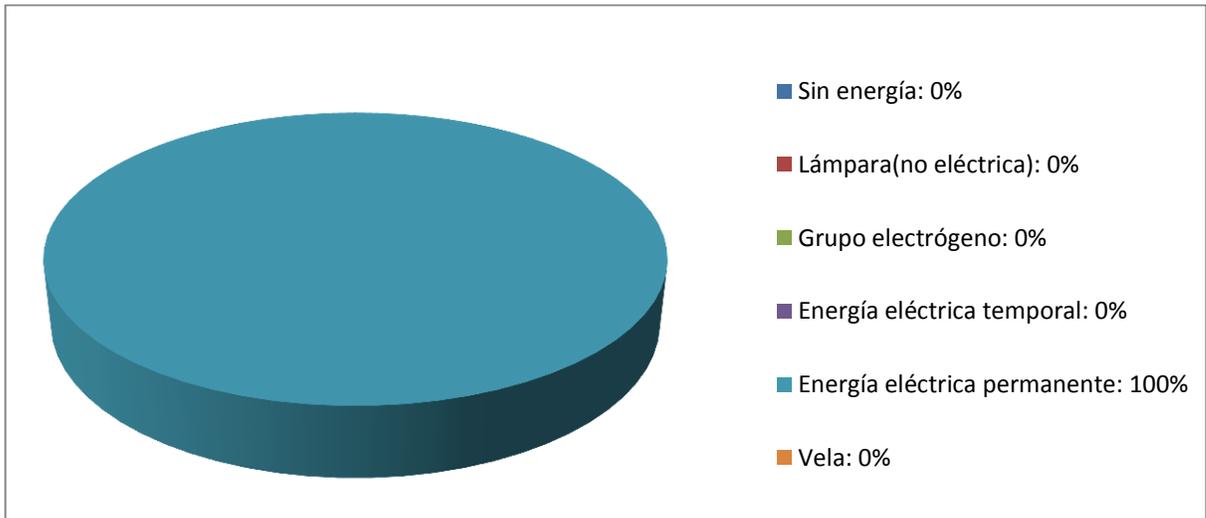
DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 2

GRÁFICOS N°15

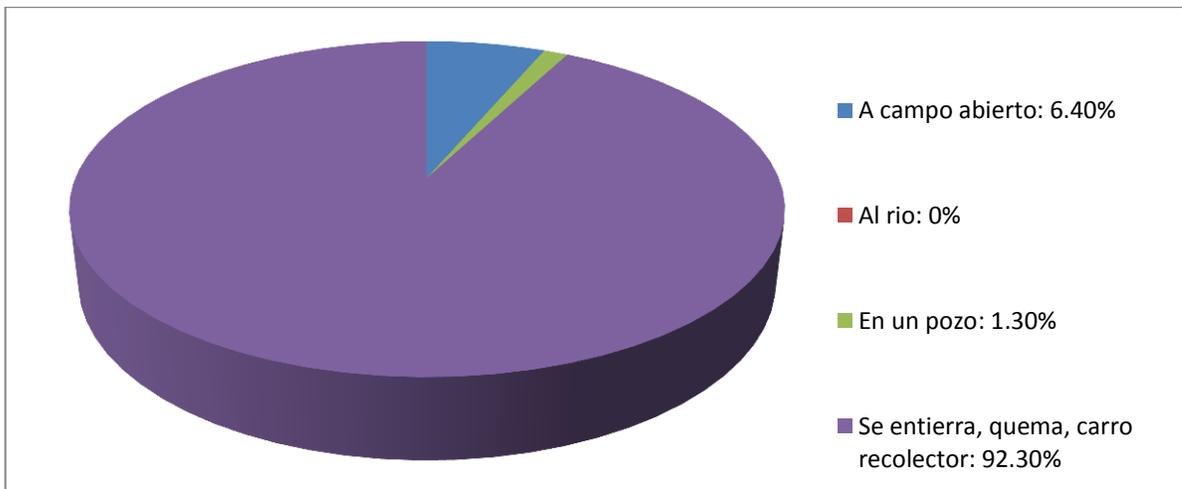
**ENERGÍA ELÉCTRICA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE
CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.**



Fuente: Tabla 2

GRÁFICOS N°16

**DISPOSICIÓN DE BASURA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE
CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015**



Fuente: Tabla 2

GRÁFICOS N°17

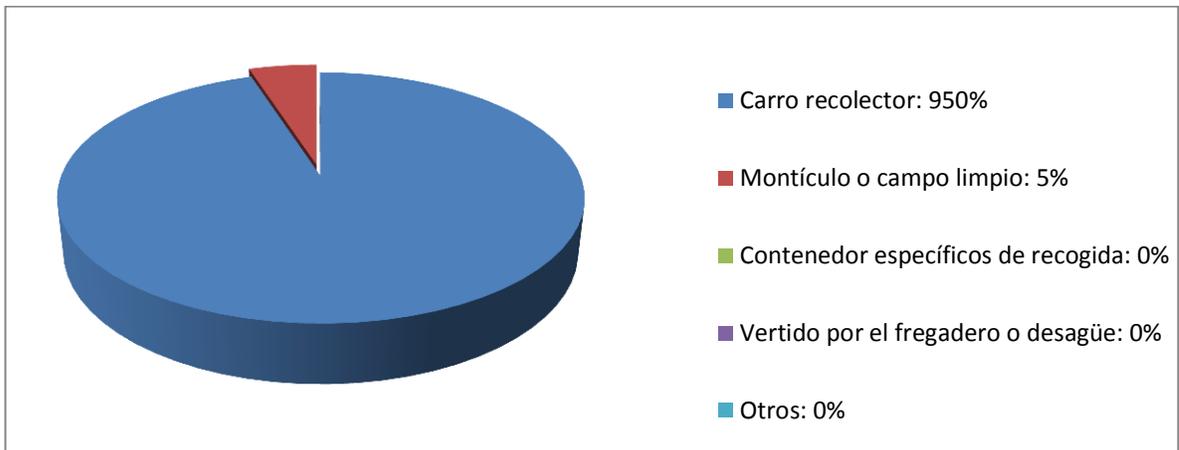
FRECUENCIAS CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA EN LAS VIVIENDAS EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 2

GRÁFICOS N°18

GRÁFICO SEGUNDO COMO SUELE ELIMINAR SU BASURA EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



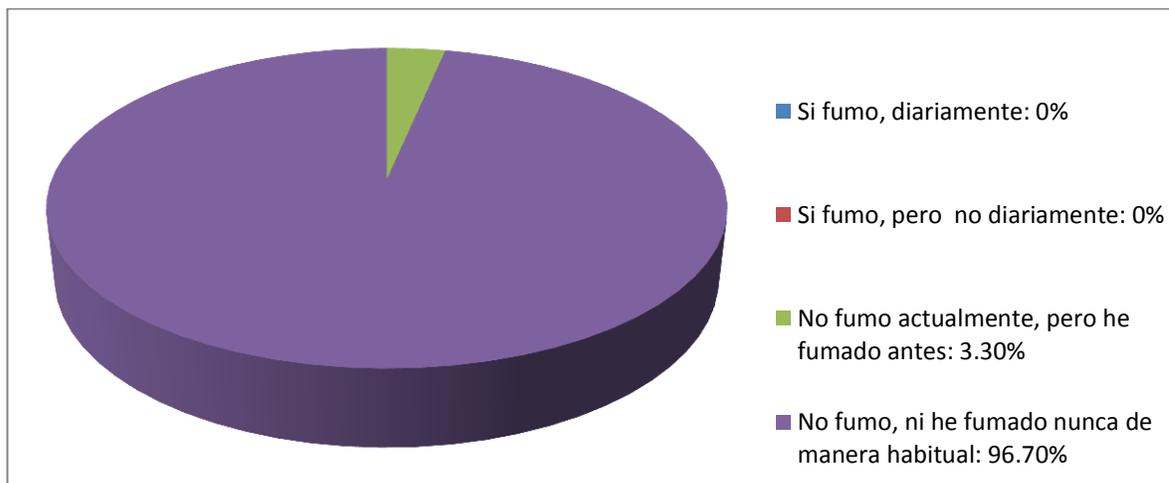
Fuente: Tabla 2

DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICOS N°19

FUMAN ACTUALMENTE EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI,

PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.

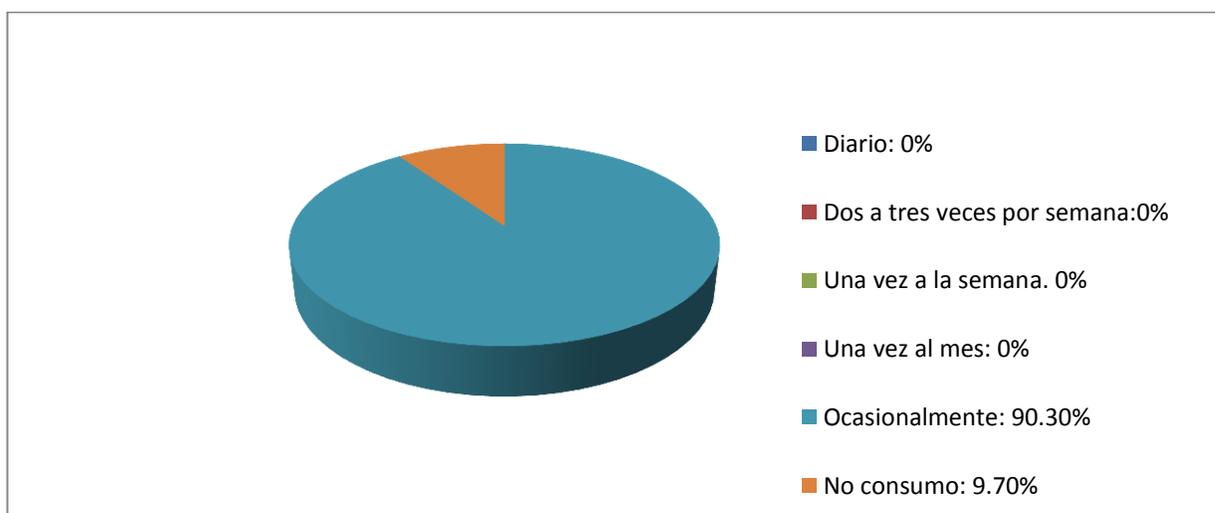


Fuente: Tabla 3

GRÁFICOS N°20

FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ADULTOS

DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.

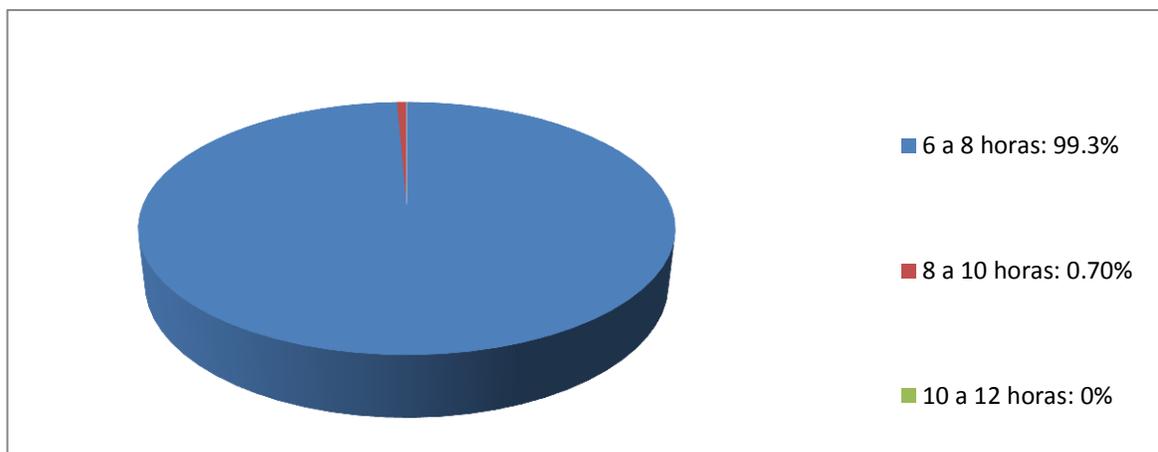


Fuente: Tabla 3

GRÁFICOS N°21

N° DE HORAS QUE DUERMEN EN LOS ADULTOS

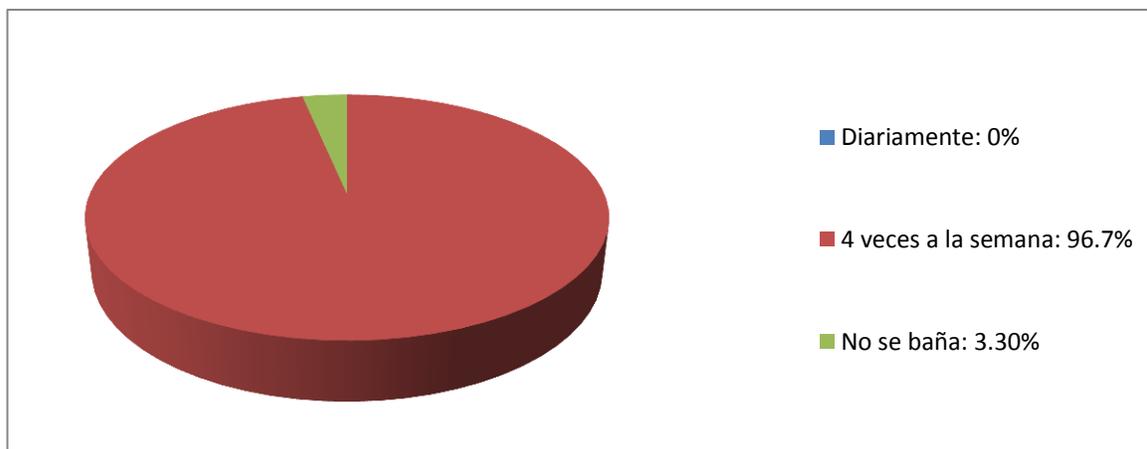
DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 3

GRÁFICOS N°22

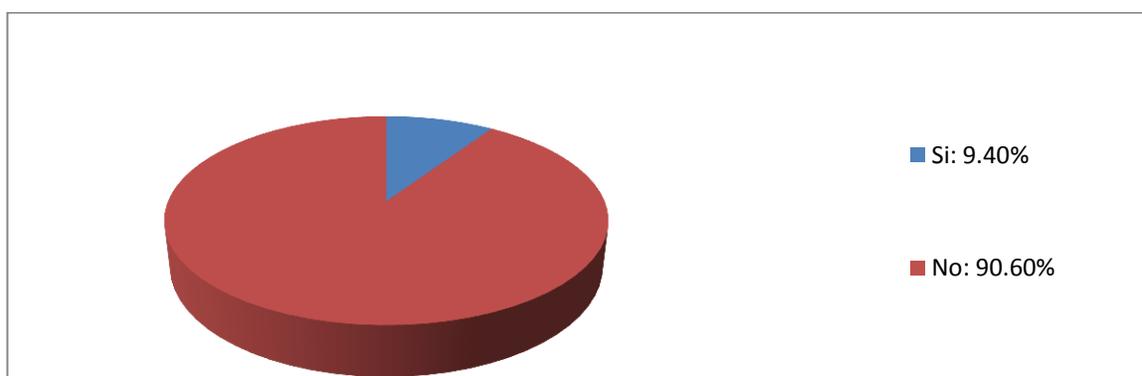
FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 3

GRÁFICOS N°23

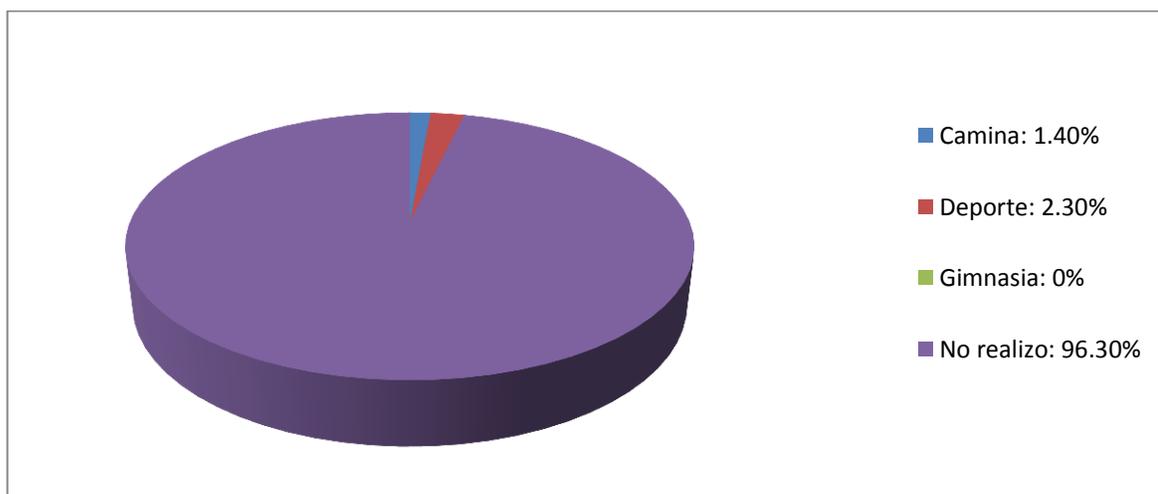
**REALIZA ALGÚN EXÁMEN PERIÓDICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN
LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE –
TACNA, 2015.**



Fuente: Tabla 3

GRÁFICOS N°24

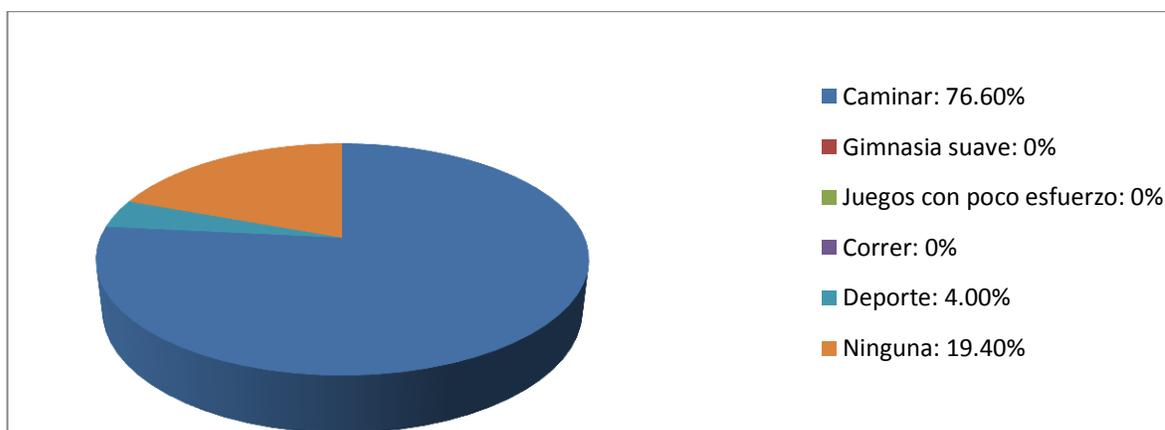
**GRÁFICO SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA EN SU
TIEMPO LIBRE EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI,
PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.**



Fuente: Tabla 3

GRÁFICOS N°25

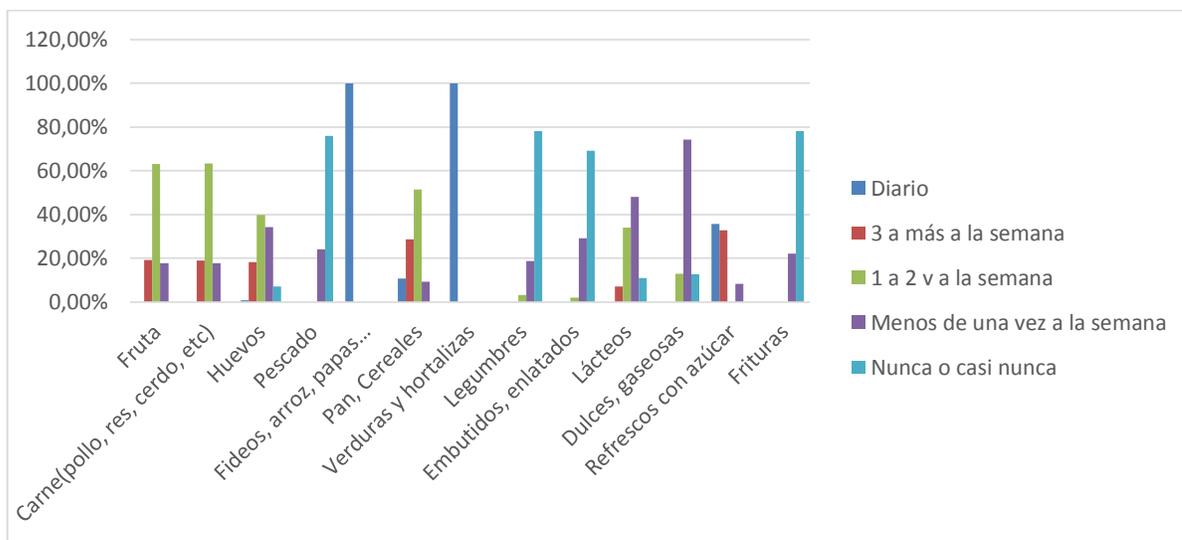
LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZARON DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 3

GRÁFICOS N°26

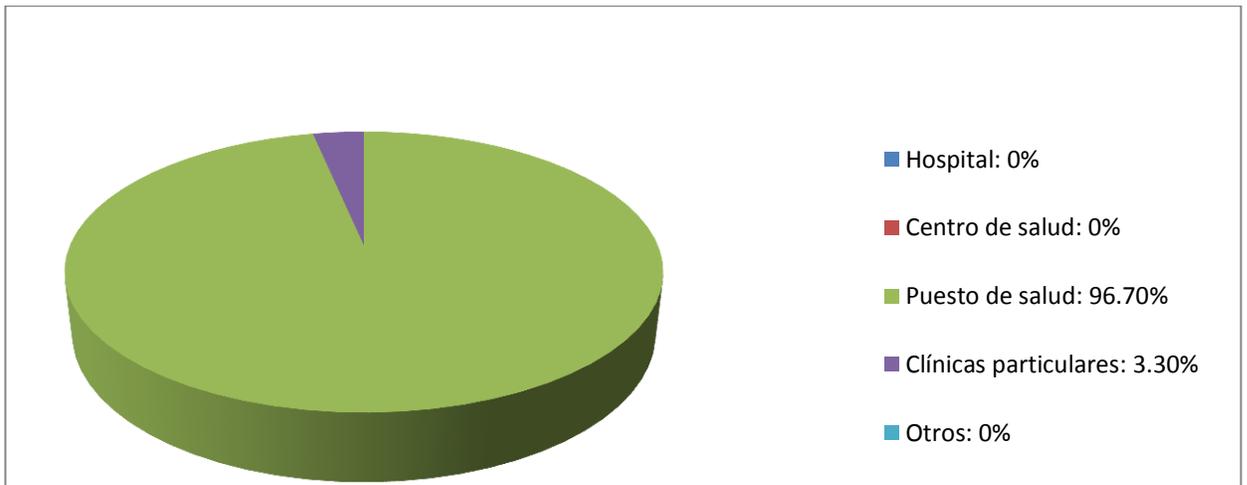
ALIMENTOS QUE CONSUME EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 3

GRÁFICOS N° 27

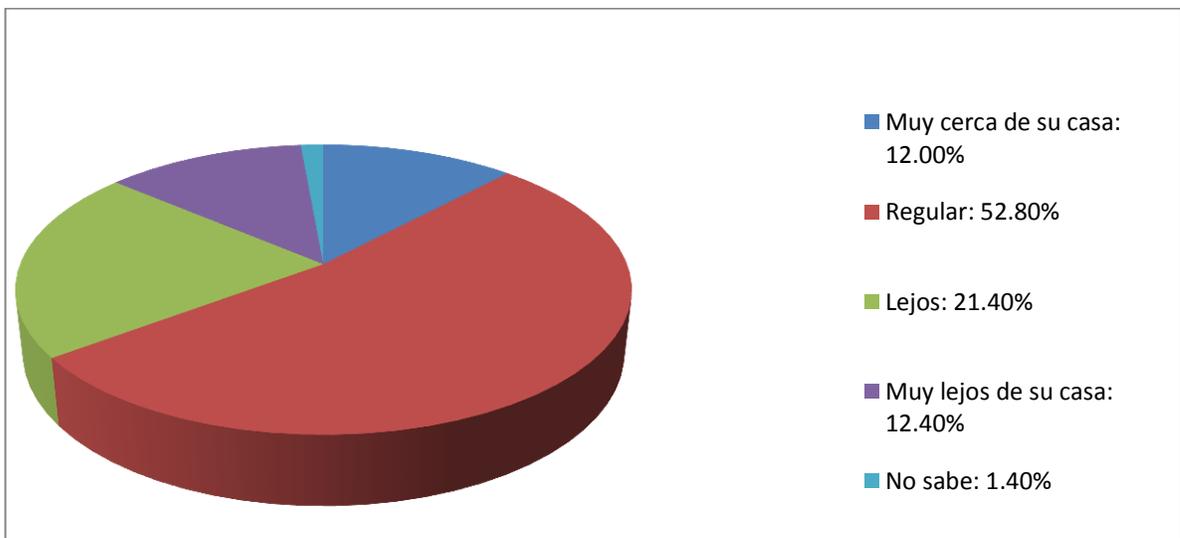
INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 4

GRÁFICO N° 28

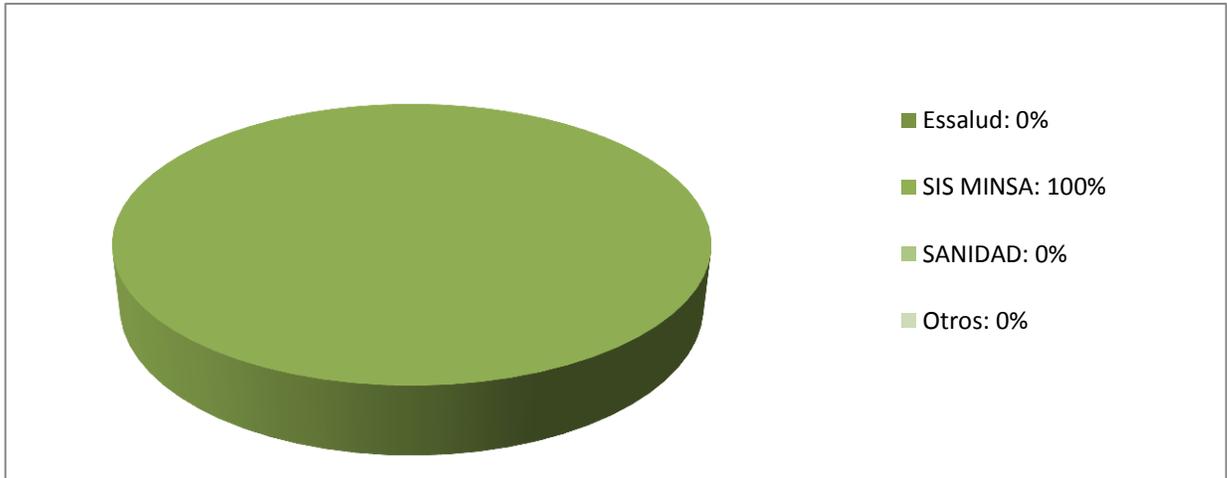
LUGAR DONDE LO (LA) ATENDIERON EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 4.

GRÁFICO N°29

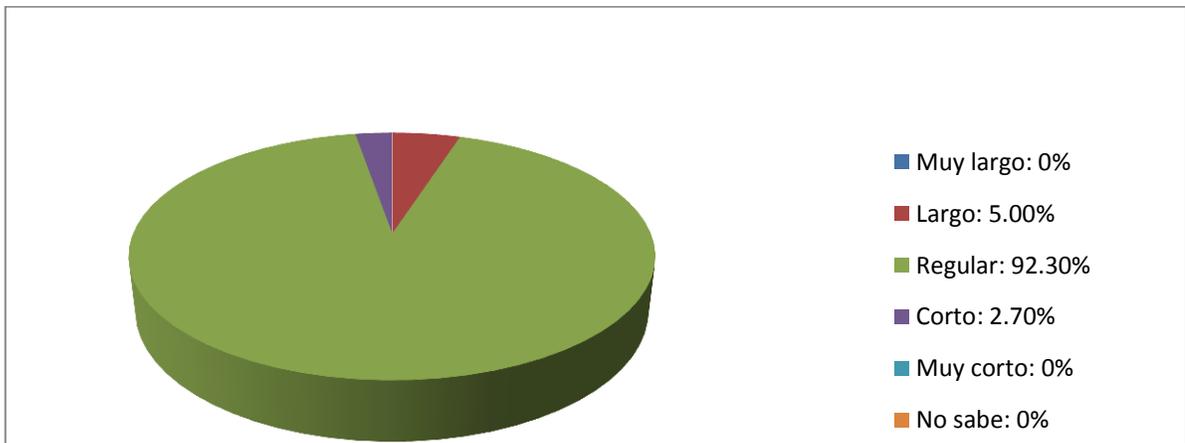
TIPO DE SEGURO QUE TIENEN EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 4

GRÁFICO N° 30

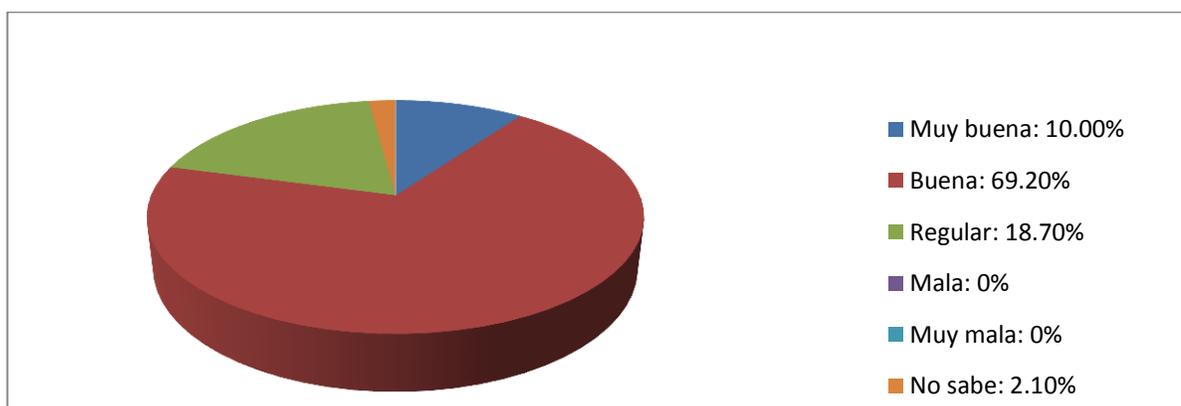
PERCEPCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 4

GRÁFICO N° 31

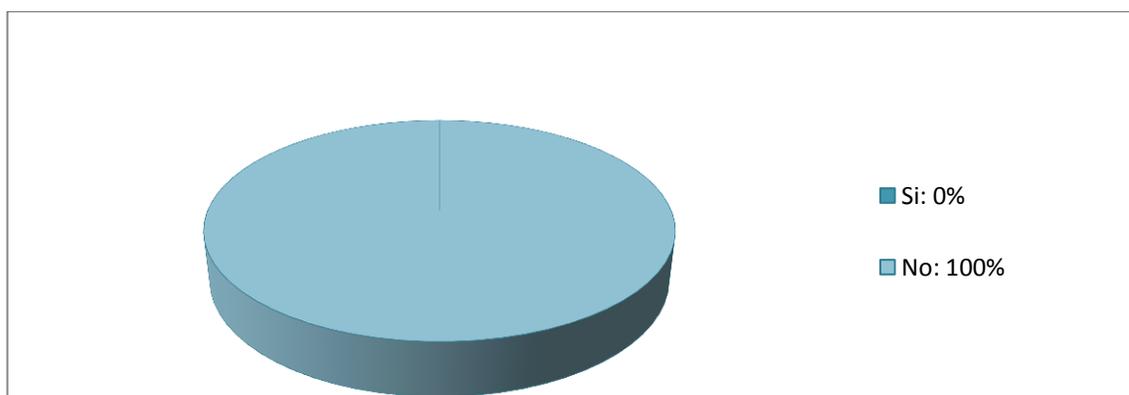
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIERON EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 4.

GRÁFICO N° 32

EXISTENCIA DE PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE LAS VIVIENDAS EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.

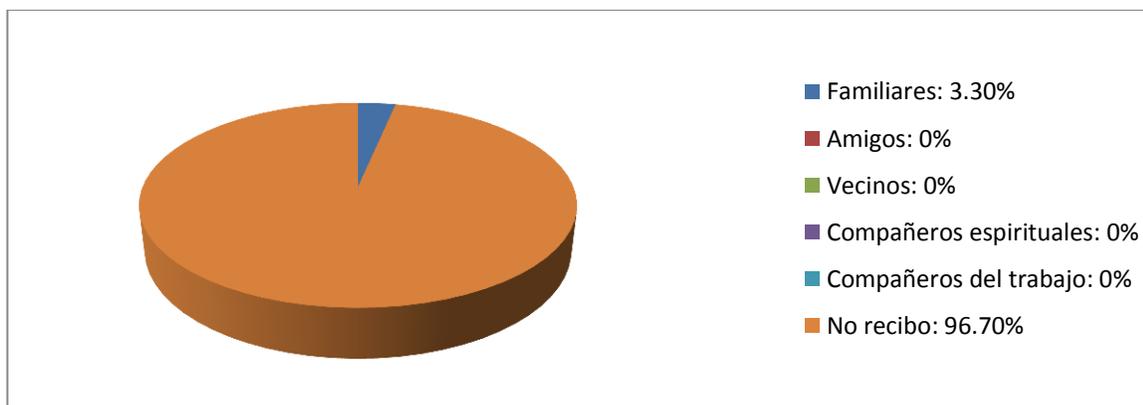


Fuente: Tabla 4.

DETERMINANTES DE LA SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO N° 33

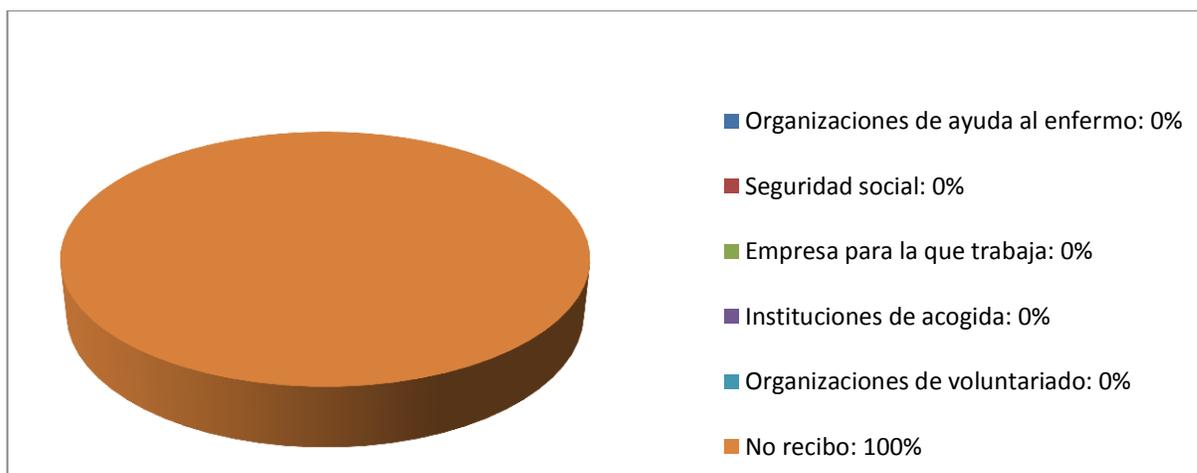
APOYO SOCIAL NATURAL QUE RECIBEN EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 5

GRÁFICO N°34

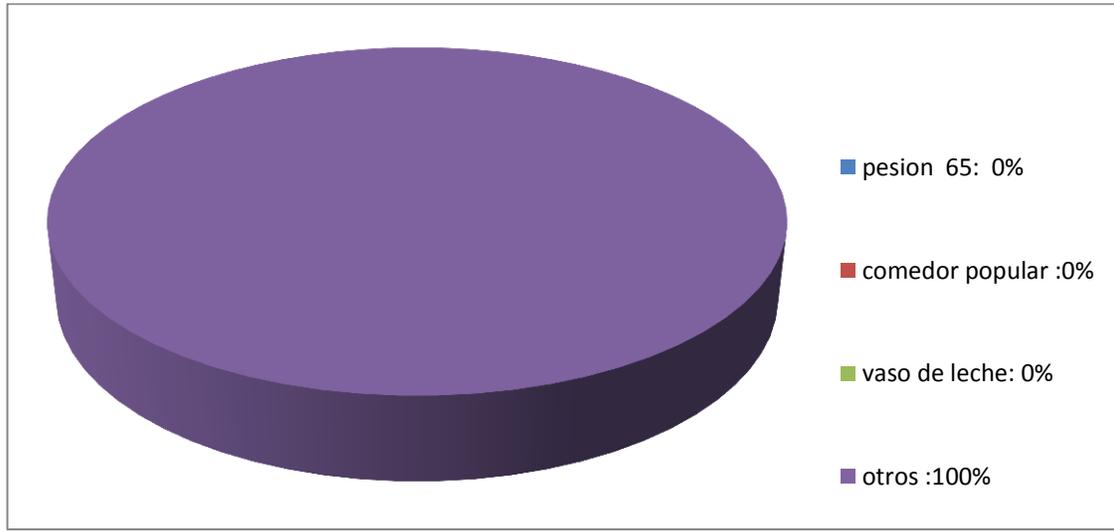
APOYO SOCIAL ORGANIZADO QUE RECIBEN EN LOS ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE – TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 5

GRÁFICO N°35

APOYO SOCIAL ORGANIZADO DEL ESTADO DEL RECIBEN EN LOS
ADULTOS DEL DISTRITO DE CAIRANI, PROVINCIA DE CANDARAVE –
TACNA, 2015.



Fuente: Tabla 6