



---

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN PERSONAS ADULTAS DE  
LA ASOCIACION SAN FRANCISCO TACNA 2013**

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

**AUTORA:**

**KARLA ALEJANDRA ROMERO CUELLAR**

**ASESORA:**

**Dra. MARIA ADRIANA VILCHEZ REYES**

**TACNA - PERÚ**

**2018**

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

DRA. MARÍA ELENA URQUIAGA ALVA

**PRESIDENTE**

MGTR. LEDA MARÍA GUILLÉN SALAZAR

**SECRETARIA**

MGTR. FANNY ROCÍO ÑIQUE TAPIA

**MIEMBRO**

## 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 docente Dra. María Adriana Vílchez Reyes por su asesoría y enseñanza constante en mis estudios.

A la población del Distrito de Crnel Gregorio Albarracín Lanchipa; por darme las facilidades del caso para la ejecución del presente trabajo de investigación.

Y a todos que de alguna forma, me permitieron cumplir mis metas en mi desarrollo profesional.

## **DEDICATORIA**

A Dios, nuestro protector, por su don de vida que nos dio, y por ello estamos acá en esta tierra.

A mi familia quien me apoya para mi superación profesional

A todas las personas especiales que tuvieron que estar de alguna forma, en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general identificar los determinantes de salud en las personas adultas de la Asociación San Francisco, Tacna 2013. La muestra estuvo constituida por 304 personas adultas, a quienes se aplicó un instrumento: Cuestionario sobre los determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos. Concluyendo que: La mayoría son del sexo femenino, adulto joven, ocupación trabajo eventual; más de la mitad de grado de instrucción Secundaria Completa/Incompleta, ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles. La mayoría tienen vivienda propia, piso de loseta vinílicos o similar, techo y paredes de material noble, con agua luz y desagüe, elimina la basura diariamente en el carro recolector, no fuma y bebe ocasionalmente. La mayoría no recibe apoyo social, el total accedió a los servicios de salud en un Centros de Salud, más de la mitad considera que el lugar donde lo atendieron está regular cerca de su casa, tienen otro tipo de seguro, el total en tiempo de espera y calidad de atención fue regular.

**Palabras clave:** Persona Adulta, determinantes, salud.

## ABSTRACT

The present work of investigation of quantitative type, descriptive with design of a single box. Its general objective is to identify the determinants of health in adults of the San Francisco Association, Tacna 2013. The sample consisted of 304 adults, to whom an instrument was applied: Questionnaire on the determinants of health using the technique of interview and observation. The data was processed in a Microsoft Excel database and then exported to a database in the PASW Statistics software version 18.0, for its respective processing. For the analysis of the data, tables of distribution of absolute frequencies and relative percentages were constructed. As well as their respective statistical graphs. Concluding that: The majority are of the feminine sex, mature adult, occupation, temporary work; more than half of the grade of complete Secondary / Incomplete instruction, economic income of 751 to 1000 nuevos soles. Most have their own home, vinyl tile floor or similar, roof and walls of noble material, with light water and drainage, eliminates the garbage daily in the collector car, does not smoke or drink alcoholic drinks occasionally. The majority does not receive social support, the total access to health services in a Health Center, more than half consider that the place where they attended is regular near their home, they have another type of insurance, the total in time of Wait and quality of care was regular.

**Keywords:** Persons Adult, determinants, health.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>iii</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>iv</b>
<b>RESÚMEN</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>01</b>
<b>II. REVISION DE LA LITERATURRA</b> .....	<b>10</b>
2.1 Antecedentes .....	10
2.2 Marco Teórico.....	14
<b>III. METODOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	23
3.2 Diseño de la investigación .....	23
3.3 Población y muestra .....	23
3.4 Definición y operacionalización de las variables.....	24
3.5 Técnicas e instrumentos .....	36
3.6 Plan de análisis.....	39
3.7 Principios Éticos .....	40
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	<b>42</b>
4.1 Resultados .....	42
4.2 Análisis de resultados.....	53
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>73</b>
5.1 Conclusiones .....	73
5.2 Recomendaciones.....	75
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>76</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>88</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>TABLA 1.....</b>	<b>42</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LA PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013	
<b>TABLA 2.....</b>	<b>43</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013	
<b>TABLA 3.....</b>	<b>46</b>
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013	
<b>TABLA 4,5,6.....</b>	<b>49</b>
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LA PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013	



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>GRÁFICOS DE TABLA1.....</b>	<b>102</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LA PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013	
<b>GRÁFICOS DE TABLA2.....</b>	<b>104</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013	
<b>GRÁFICOS DE TABLA 3.....</b>	<b>111</b>
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013	
<b>GRÁFICOS DE TABLA 4,5,6.....</b>	<b>115</b>
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LA PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013	

## **I. INTRODUCCIÓN**

En América Latina y el Caribe se observa un estado de salud promedio relativamente bueno. Sin embargo, al mirar hacia el interior de las subregiones y los países se hace evidente la inequidad en la salud de la población. La inequidad en el acceso a los servicios de salud se traduce en severas brechas en los indicadores de salud a nivel subregional. Uno de los determinantes sociales más importantes en la salud de la población es la inequidad en el acceso a los bienes y servicios. En América Latina y el Caribe, al analizar estas inequidades bajo la óptica de género, etnia y raza, se comprueba que las mujeres pobres, los indígenas y los afrodescendientes tienen desventajas comparativas en el acceso a los servicios de salud. (1).

La situación de salud del adulto en el ámbito nacional es a nivel de los grandes grupos de causa de morbilidad del adulto, las enfermedades infecciosas y parasitarias se mantienen en el primer lugar, aunque en menor proporción si lo comparamos con los demás grupos de edad. Le siguen las enfermedades dentales y de sus estructuras de sostén, las enfermedades de la piel, del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, así como las enfermedades genitourinarias. Las muertes por infecciones respiratorias agudas bajas vuelven a ocupar el primer lugar, muy de cerca se ubica las muertes por cirrosis hepática y los accidentes de transporte terrestre (2).

La situación de salud de la persona adulta en Tacna se ve reflejada en los tres primeros grupos de causa de morbilidad que concentran como

enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y maxilares, la obesidad y otros de hiperalimentación y las infecciones agudas de vías respiratorias superiores. Los Accidentes de transporte terrestre es la primera causa de defunciones en esta etapa de vida (3).

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo que, en definitiva la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (4).

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (4).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a

atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (5).

Según el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o las poblaciones. Comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud (6).

Los determinantes sociales de la salud (DSS) reemplazan el enfoque de riesgo de las últimas décadas. En estos determinantes se originan las desigualdades en salud como una brecha en las condiciones en que las personas nacen, se desarrollan y trabajan, crecen y envejecen. Esta perspectiva de los DSS enfatiza que la salud de las personas y sociedades, está influenciada por un conjunto de causas políticas, sociales y económicas que influyen en el curso de vida de las personas (7).

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 (8).

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (8).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo (9).

El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (9).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (10).

Las inequidades representan desigualdades consideradas y calificadas de injustas y evitables. De esta manera, las acciones dirigidas a reducir las inequidades en salud buscan corregir las injusticias que representan las

endebles condiciones de salud entre las poblaciones más vulnerables. Desigualdad en salud es un término genérico utilizado para designar diferencias, variaciones y disparidades en las condiciones de salud de la población. La gran mayoría de las inequidades en salud entre grupos sociales (tales como clase y raza) reflejan la distribución injusta de los determinantes sociales de la salud (11).

La Equidad en salud forma parte integral del concepto más amplio de justicia, en la medida en que su realización implica la posibilidad de alcanzar una vida sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura, punto de igualdad que aceptaría cualquier teoría de justicia social. Es por esto que la equidad va mucho más allá del sector salud en particular, se vincula con la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, convirtiéndose en un asunto político (12).

En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (13).

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 (14).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (15).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como

resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (15).

Estos determinantes, después que todo, afectan a las personas adultas, que viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (15).

No escapa esta problemática de salud en los adultos de la Asociación San Francisco que está ubicada en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, del departamento de Tacna, este sector pertenece a la jurisdicción del centro de salud San Francisco, limitando por el norte con la Asociación 28 de agosto, por el Sur con la asociación Los Próceres, por el este con la asociación 28 de Julio y por el oeste con la asociación Héroes del Cenepa. (16)

El centro de salud les brinda atención de salud de las cuales, 86 adultos cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS), 70 con Es salud y 248 no cuentan con ningún otro tipo de seguro, siendo las enfermedades más frecuentes: IRAs (altas y bajas), TBC (MDR y XMDR), enfermedades gastrointestinales, hipertensión, enfermedades cardíacas, embarazos adolescentes. Con respecto a la mortalidad las más frecuentes son: enfermedades respiratorias (TBC), enfermedades cardíacas y partos. (16)



Al exponer la problemática de salud, se consideró pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

**¿Cuáles son los determinantes de la salud en las personas adultas de la Asociación San Francisco, Tacna 2013?**

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

Describir los determinantes de salud en las personas adultas de la Asociación San Francisco, Tacna 2013.

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) de la persona adulta en la Asociación San Francisco, Tacna.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad de la persona adulta en la Asociación San Francisco, 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 de la persona adulta en la Asociación San Francisco, Tacna.

Finalmente, la investigación es necesaria en el campo de la salud ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello proponer estrategias y algunas posibles soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizó es una función que todo sistema de salud requiere cumplir ya 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 en vías de desarrollo.

El presente estudio permitirá instar a los estudiantes de la salud, a investigar más sobre estos temas y su aplicación en las políticas para mejorar estos determinantes, el cual es el único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y así llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. También ayudo 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, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los

problemas en salud de la persona, familia y comunidad; y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además, es conveniente para: Las autoridades regionales de la ciudad de Tacna, Dirección Regional de Salud de Tacna y Municipio del Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las autoridades identifiquen los determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad, favorece la salud y el bienestar de los mismos.

## **II. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación.

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

**Mieles M. (17)**, en su investigación titulado “Calidad de vida de niños y niñas de sectores medios de la sociedad: Estudio de caso en Santa Marta, distrito turístico cultural e histórico, Colombia, 2013”. Concluye que: la dimensión objetiva, que ha sido tradicionalmente la más estudiada en las evaluaciones sobre calidad de vida, se refiere a los bienes materiales y los servicios a los que puede acceder una persona. Al aludir a esta dimensión, los

niños(as) demostraron una comprensión clara de la situación económica de los padres.

**Delgado J, Gonzales R, Osorio P. (18)**, en su artículo titulado “Tenencia de vivienda y calidad de vida en hogares con jefes de familia jóvenes en la Zona Metropolitana de la ciudad de México, 2013”. Concluye que: análisis realizado para calidad de vida dentro de la vivienda y tenencia de la misma muestra que ambos se comportan con un patrón de distribución espacial centro-periferia. Así, los hogares que presentan mejor calidad de vida se localizan en las zonas céntricas de la zona Metropolitana de la Ciudad de México, mientras que las condiciones más bajas se encuentran en las periferias de la ciudad.

**Fajardo G, Gutiérrez J, García S. (19)**, en su artículo titulado “Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud, 2015”. Concluye que: el acceso a los servicios de salud ha avanzado en todas sus dimensiones, desde la concepción de la protección a la salud como un derecho constitucional y en gran medida por el impulso otorgado al financiamiento de los servicios para la población sin acceso a la seguridad social. Consolidar el acceso efectivo dependerá de la forma en que las instituciones logren establecer los mecanismos que permitan consolidar el acceso universal al financiamiento y transformarlos en el acceso efectivo a servicios de salud.

### **A nivel Nacional:**

**Cayetano E. (20)**, en su estudio Determinantes de la salud en los adultos jóvenes de la habilitación urbana progresista 1 de Agosto, Nuevo Chimbote, 2013. Concluye que: en relación con los determinantes socioeconómicos de la salud, la mayoría de los adultos jóvenes tiene una ocupación eventual, grado de instrucción secundaria completa e incompleta, el número de personas que duerme en una habitación es de dos a tres miembros. Respecto a los determinantes de los estilos de vida, la gran mayoría consume pan y cereales diariamente, se baña cuatro veces a la semana, no visita al doctor para su examen médico, consume frituras una o dos veces por semana, más de la mitad consumen dulces, refrescos con azúcar una o dos veces por semana, menos de la mitad realiza en su tiempo libre caminata como actividad física.

**García L. (21)**, “Determinantes de la salud en adultos jóvenes varones con adicción a drogas”. Concluye que: se obtuvo que el 58 % fuma cigarrillos diariamente, consume bebidas alcohólicas, carne, pan y cereales a diario, y se alimenta de frituras y fideos. El estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta determinadas por factores socioculturales y características personales. El alcohol y el tabaco son causas de diversos tipos de lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos y daños congénitos.

**Ocampo P. (22)**, en su investigación titulada “Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos establecimientos públicos”. Concluye que: El entorno social (27.47% y 22.72%) y la percepción del trato del personal de salud (20.7% y 20.53%) fueron las dimensiones que influenciaron más negativamente. Individualmente los factores más resaltantes fueron la automedicación (13.53% y 8.61%) y la inasistencia a citas programadas (12.88 y 7.59%).

### **A nivel local**

**Serrano B. (23)**, en su investigación titulada “Estilo de vida y los factores biosocioculturales de la persona adulta del Mercado Grau - Tacna, 2014”. Concluye que: La mayoría de personas adultas del Mercado Grau tienen un estilo de vida no saludable y menos de la mitad tienen estilo de vida saludable. Con respecto a los factores socioculturales La mayoría de los adultos son de religión católica, más de la mitad de sexo femenino, poco más de la mitad de las personas adultas y menos de la mitad tienen educación superior, casados, y tienen como ingreso económico entre 400 a 650 nuevos soles.

**Garay, N, (24)**. sobre Determinantes de la salud en la persona adulta de la Asociación El Morro II. Tacna, 2013, según la variable determinantes de la salud socioeconómicos, en la cual se reporta que el 71.6 % de la población encuestada está en la etapa adulto joven de (18 a 29 años, 11 meses, 29 días) y el 62.7 % son de sexo femenino; se observa también que

el 56.4 % tiene grado de instrucción secundaria completa e incompleta. En lo que respecta al ingreso económico, el 57.2 % cuenta con un ingreso menor a 750 soles, y, además, esta investigación difiere con nuestro resultado en lo que es trabajo eventual, presentando un 66.1 %.

**Uchazara M, (25).** Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor Los Palos, Tacna, 2013. Se muestra que los determinantes de salud socioeconómicos, más de la mitad de la población son de sexo femenino, con un ingreso menor de 750 soles, menos de la mitad están en la etapa de adulto maduro, la mayoría cuenta con grado de instrucción secundaria completa e incompleta, con ocupación eventual. Los determinantes de salud relacionados a la vivienda, materiales de techo y paredes de estera y adobe, con piso de tierra, la mitad extrae agua de pozo y utiliza letrina, menos de la mitad utiliza leña para cocinar. Los determinantes de salud de los estilos de vida, no se realizó algún examen periódico.

## **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 (26).

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 (27).



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 (28).

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. (28)

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 (28).



**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 (29).

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**

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (29).

**b) Determinantes intermediarios.**

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar (29).

### **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 (28).

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 un 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:** Refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la salud de las personas, incluyendo el entorno social inmediato de socialización, así como aquellas condiciones que hace posible adoptar un compromiso activo y responsable con la propia salud.

**Comunidad:** La comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, incluyendo la dinamización de las redes sociales, la participación activa y responsable en las políticas públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación.

**Servicios de salud:** 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.

**Educación:** La influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud.

**Trabajo:** Las condiciones laborales y las oportunidades de trabajo, incluyendo legislación laboral, ambientes laborales y seguridad social asociada y su impacto en la salud.

**Territorio (ciudad):** Agrupa las condiciones de habitabilidad del entorno, la calidad de la vivienda y acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en la salud.

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador

de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (29).

**Vivienda:** El estudio de las condiciones de vida de la población, la vivienda ocupa un lugar preferente, por cuanto de la calidad de su construcción, la disponibilidad de los servicios y de su equipamiento, entre otros, depende un adecuado nivel de vida.(30)

**La Eliminación de desechos Sólidos** La eliminación de los materiales sólidos o semisólidos que carecen de utilidad y que provienen de las actividades generadas por el ser humano y los animales. Podemos dividir dicha eliminación en 4 categorías fácilmente diferenciables: Los desechos agrícolas. Los desechos industriales. Los desechos comerciales. Los desechos domésticos.(30)

**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. (31)

Estilo de vida o forma de vida son expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo (poco menos que una

ideología -aunque sea esa a veces la intención del que aplica la expresión, cuando se extiende a la totalidad de la cultura y el arte-),<sup>1</sup> como en el de una identidad, una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo (nacional, regional, local, generacional, de clase, subcultural...), expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento (trabajo, ocio, sexo, alimentación, indumentaria, etc.), fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana, pero también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes, en la relación con el entorno o en las relaciones interpersonales.(31)

En epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables causan numerosas enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped (31).

La Calidad de Atención en Salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos -paciente, prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora (31).

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

Cuantitativo, descriptivo.

**Enfoque cuantitativo:** Usa la recolección de datos para probar hipótesis (32, 33).

**Investigación descriptiva:** Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice (33).

#### 3.2. Diseño de investigación

Diseño de una sola casilla (35, 36).

**Diseño de una sola casilla:** Un solo grupo de unidades de prueba se expone al tratamiento y luego se toma una sola medición de la variable dependiente (36).

#### 3.3. Población y muestra

El universo muestral estuvo constituido por toda la población adulta de la Asociación “San Francisco”, Tacna, que consta de 1980 personas adultas.

##### 3.3.1. Muestra

El número de muestra de la población fue de 304 personas adultas. (ANEXO 01)

##### 3.3.2. Unidad de análisis

La persona adulta, que formó parte de la muestra y responde a los criterios de la investigación.



### **Criterios de Inclusión**

- Persona adulta que vivía más de 3 años en la zona de la Asociación “San Francisco”.
- Persona adulta que aceptó participar en el estudio de la Asociación “San Francisco”.
- Persona adulta que tuvo la disposición de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización de la Asociación “San Francisco”

### **Criterios de Exclusión:**

- Persona adulta de la Asociación “San Francisco”, que tenga algún trastorno mental.

## **3.4. Definición y Operacionalización de variables**

### **I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO**

#### **Edad**

##### **Definición Conceptual.**

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio (37).

##### **Definición Operacional**

Escala de razón:

La operacionalización dependerá de la población a trabajar.

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

## **Sexo**

### **Definición Conceptual.**

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (38).

### **Definición Operacional**

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

## **Grado de Instrucción**

### **Definición Conceptual**

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (39).

### **Definición Operacional**

Escala Ordinal

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

## **Ingreso Económico**

### **Definición Conceptual**

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del

consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (40).

### **Definición Operacional**

Escala de razón

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

### **Ocupación**

#### **Definición Conceptual**

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (41).

#### **Definición Operacional**

Escala Nominal

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

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

### **Vivienda**

#### **Definición conceptual**

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (42).

#### **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**

- 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 GT**

- 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 específico de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros

### **III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA**

#### **Definición Conceptual**

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (43).

#### **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
- veces a la semana
- No se baña

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

Escala nominal



**Tipo de actividad física que realiza:**

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

**Actividad física en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos**

Escala nominal

Si ( ) No ( )

**Tipo de actividad:**

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

Deporte ( ) otros ( )

**Alimentación**

**Definición Conceptual**

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (44).

**Definición Operacional**

Escala ordinal

**Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos**

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

## **IV. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

### **Definición Conceptual**

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (45).

### **Apoyo social natural**

#### **Definición Operacional**

Escala ordinal

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

### **Apoyo social organizado**

Escala ordinal

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

### **Apoyo de organizaciones del estado**

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

### **Acceso a los servicios de salud**

#### **Definición Conceptual**

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (46).

#### **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 N° 01**

El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas adultas de la Asociación “San Francisco, Tacna. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (**ANEXO 02**).

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- 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 que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre los determinantes de la salud en la persona adulta de la Asociación “San Francisco, Tacna**, desarrollada por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

## **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

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

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

Dónde:

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

$l$  : Es la calificación más baja posible.

$k$  : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998 este valor indica que el instrumento fue válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta de la Asociación “San Francisco, Tacna (**ANEXO N°03**)

### **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 realizó a un mínimo de 15 personas. A través del Coeficiente de Kappa se

estudió el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 1,00 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (47). (ANEXO N°04)

### **3.5. Procesamiento y Análisis de datos:**

#### **Procedimientos de la recolección de datos:**

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

- Se informó y pidió consentimiento de las personas adultas de la Asociación “San Francisco”, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con las personas adultas de la Asociación “San Francisco”, con la unidad de análisis para su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación de los instrumentos.
- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a las personas adultas de la Asociación “San Francisco”.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante a las personas adultas de la Asociación “San Francisco”,
- El instrumento fue aplicado a las personas adultas de la Asociación “San Francisco”, en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.



### **Análisis y Procesamiento de los datos:**

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

### **3.6. Principios éticos.**

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente debió valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (48).

#### **Anonimato**

Se aplicó el cuestionario a las personas adultas de la Asociación “San Francisco”, indicándoles a las personas adultas que la investigación fue anónima y que la información obtenida fue solo para fines de la investigación.

#### **Privacidad**

Toda la información recibida de las personas adultas de la Asociación “San Francisco”, en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitara ser expuesto respetando la intimidad de las personas adultas, siendo útil sólo para fines de la investigación.

#### **Honestidad**

Se informó a las personas adultas de la Asociación “San Francisco”, los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

### **Consentimiento**

Solo se trabajó con las personas adultas de la Asociación “San Francisco”, que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (**ANEXO 05**)

#### IV. RESULTADOS

**TABLA 01**

*DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIECONOMICOS EN LA PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO – TACNA, 2013*

<b>Sexo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	47	15,46
Femenino	257	84,54
<b>Total</b>	304	100,00
<b>Edad (años)</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adulto Joven	230	75,66
Adulto maduro	54	17,76
Adulto mayor	20	6,58
<b>Total</b>	304	100,00
<b>Grado de instrucción</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sin nivel e instrucción	0	0,00
Inicial/primaria	92	30,26
Secundaria: Completa/Incompleta	166	54,61
Superior universitaria	15	4,93
Superior no universitaria	31	10,20
<b>Total</b>	304	100,00
<b>Ingreso económico</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Menor de 750	93	30,59
De 751 a 1000	165	54,28
De 1001 a 1400	24	7,89
De 1401 a 1800	22	7,24
De 1801 a mas	0	0,00
<b>Total</b>	304	100,00
<b>Ocupación</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
trabajo estable	36	11,85
Eventual	150	49,34
Sin ocupación	32	10,52
Jubilado	63	20,72
Estudiante	23	7,57
<b>Total</b>	304	100,00

**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Vélchez, A. Aplicada a la persona adulta de la Asociación San Francisco - Tacna, 2013

**TABLA 02**

*DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA  
PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO – TACNA, 2013*

<b>Tipo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Vivienda unifamiliar	182	59,87
Vivienda multifamiliar	122	40,13
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,00
Local no destinada para habitación humana	0	0,00
Otros	0	0,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Tenencia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alquiler	13	4,28
Cuidador/alojado	20	6,58
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,00
Alquiler venta	0	0,00
Propia	271	89,14
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Material del piso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tierra	86	28,29
Entablado	0	0,00
Loseta, vinílicos o sin vinílico	218	71,71
Láminas asfálticas	0	0,00
Parquet	0	0,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Material del techo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Madera, esfera	0	0,00
Adobe	0	0,00
Estera y adobe	0	0,00
Material noble, ladrillo y cemento	248	81,58
Eternit	56	18,42
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Material de las paredes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Madera, estera	107	38,49
Adobe	0	0,00
Estera y adobe	0	0,00
Material noble ladrillo y cemento	197	64,80
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>

**Continúa...**

**TABLA 02 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO - TACNA. 2013**

<b>N° de personas que duermen en una habitación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
4 a más miembros	68	22,37
2 a 3 miembros	153	50,33
Independiente	83	27,30
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Abastecimiento de agua</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Acequia	0	0,00
Cisterna	0	0,00
Pozo	0	0,00
Red pública	0	0,00
Conexión domiciliaria	304	100,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Eliminación de excretas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Aire libre	0	0,00
Acequia, canal	0	0,00
Letrina	0	0,00
Baño público	0	0,00
Baño propio	304	100,00
Otros	0	0,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Combustible para cocinar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Gas, Electricidad	304	100,00
Leña, carbón	0	0,00
Bosta	0	0,00
Tuza (coronta de maíz)	0	0,00
Carca de vaca	0	0,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Energía eléctrica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin energía	0	0,00
Lámpara (no eléctrica)	0	0,00
Grupo electrógeno	0	0,00
Energía eléctrica temporal	0	0,00
Energía eléctrica permanente	304	100,00
Vela	0	0,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>

**Continúa...**

**TABLA 02 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO – TACNA, 2013.**

<b>Disposición de basura</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
A campo abierto	0	0,00
Al río	0	0,00
En un pozo	0	0,00
Se entierra, quema, carro recolector	304	100,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diariamente	304	100,00
Todas las semana pero no diariamente	0	0,00
Al menos 2 veces por semana	0	0,00
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Carro recolector	304	100,00
Montículo o campo limpio	0	0,00
Contenedor específico de recogida	0	0,00
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,00
Otros	0	0,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez A. Aplicada a la persona adulta de la Asociación San Francisco – Tacna, 2013

**TABLA 03**

*DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA  
ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO – TACNA, 2013*

<b>Fuma actualmente:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si fumo, diariamente	8	2,63
Si fumo, pero no diariamente	10	3,29
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	21	6,91
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	265	87,17
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diario	0	0,00
Dos a tres veces por semana	0	0,00
Una vez a la semana	22	7,24
Una vez al mes	79	25,98
Ocasionalmente	203	66,78
No consumo	0	0,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>N° de horas que duerme</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
[06 a 08)	282	92,70
[08 a 10)	22	7,30
[10 a 12)	0	0,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Frecuencia con que se baña</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diariamente	304	100,00
4 veces a la semana	0	0,00
No se baña	0	0,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	304	100,00
No	0	0,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>

**Continúa...**

**TABLA 03 DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO – TACNA, 2013**

<b>Actividad física que realiza en su tiempo libre</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Caminar	24	7,89
Deporte	0	0,00
Gimnasia	0	0,00
No realizo	280	92,11
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Caminar	16	5,26
Gimnasia suave	0	0,00
Juegos con poco esfuerzo	0	0,00
Correr	0	0,00
Deporte	0	0,00
Ninguna	288	94,74
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>

**Continúa...**



**TABLA 03 DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO – TACNA, 2013**

Alimentos que consume	Diario (1)		3 o más veces a la semana (2)		1 o 2 veces a la semana (3)		Menos de 1 vez a la semana (4)		Nunca o casi nunca (5)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	56	18,42	28	9,21	220	72,37	0	0,00	0	0,00	304	100,00
Carne	0	0,00	0	0,00	214	70,39	90	29,61	0	0,00	304	100,00
Huevos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	214	70,39	90	29,61	304	100,00
Pescado	0	0,00	0	0,00	214	70,39	90	29,61	0	0,00	304	100,00
Fideos	0	0,00	0	0,00	304	100	0	0,00	0	0,00	304	100,00
Pan, Cereales	304	100	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	304	100,00
Verduras, Hortalizas	304	100	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	304	100,00
Legumbres	0	0,00	0	0,00	304	100	0	0,00	0	0,00	304	100,00
Embutidos, Enlatados	0	0,00	0	0,00	0	0,00	304	100	0	0,00	304	100,00
Lácteos	0	0,00	0	0,00	304	100	0	0,00	0	0,00	304	100,00
Dulces, Gaseosas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	304	100	0	0,00	304	100,00
Refrescos Con Azúcar	289	95,07	15	4,93	0	0,00	0	0,00	0	0,00	304	100,00
Frituras	102	33,55	52	17,10	47	15,46	98	32,24	5	1,65	304	100,00

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez A. Aplicada a la persona adulta de la Asociación San Francisco - Tacna, 2013

**TABLA 04**

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LA PERSONA  
ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO – TACNA, 2013**

<b>Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hospital	23	7,57
Centro de salud	152	50,00
Puesto de salud	0	0,00
Clínicas particulares	0	0,00
Otras	129	42,43
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy cerca de su casa	0	0,00
Regular	173	56,91
Lejos	27	8,88
Muy lejos de su casa	104	35,21
No sabe	0	0,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Tipo de seguro</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ESSALUD	51	16,78
SIS – MINSA	86	28,29
SANIDAD	0	0,00
Otros	167	54,93
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>El tiempo que esperó para que lo(la) atendieran ¿le pareció?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy largo	0	0,00
Largo	0	0,00
Regular	304	100,00
Corto	0	0,00
Muy corto	0	0,00
No sabe	0	0,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy buena	0	0,00
Buena	0	0,00
Regular	304	100,00
Mala	0	0,00
Muy mala	0	0,00
No sabe	0	0,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>

**Continúa...**

**TABLA 04 DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LA PERSONA ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO – TACNA, 2013**

<b>Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	26	8,55
No	278	91,45
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez A. Aplicada a la persona adulta de la Asociación San Francisco - Tacna, 2013

**TABLA 05**

*DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LA PERSONA  
ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO – TACNA, 2013*

<b>Recibe algún apoyo social natural:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Familiares	55	18,09
Amigos	49	16,11
Vecinos	0	0,00
Compañeros espirituales	0	0,00
Compañeros de trabajo	0	0,00
No recibo	200	65,80
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>Recibe algún apoyo social organizado:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,00
Seguridad social	0	0,00
Empresa para la que trabaja	0	0,00
Instituciones de acogida	0	0,00
Organizaciones de voluntariado	0	0,00
No recibo	304	100,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez A. Aplicada a la persona adulta de la Asociación San Francisco - Tacna, 2013

**TABLA 06**

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LA PERSONA  
ADULTA DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO - TACNA, 2013.**

<b>Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pensión 65	0	0,00
Comedor popular	0	0,00
Vaso de leche	0	0,00
No recibe	304	100,00
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez A. Aplicada a la persona adulta de la Asociación San Francisco - Tacna, 2013

## 4.2 Análisis de los resultados

### Tabla 01

Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de la salud biosocioeconómico de la persona adulta participante de la Asociación “San Francisco”. En lo socioeconómico se observa que: (257) 84, 54% son de sexo femenino, (230) 75, 66% son adulto joven, (166) 54,61% tiene grado de instrucción Secundaria Completa/sec. Incompleta, (165) 54,28% tiene ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles, (150) 49,34% ocupación trabajo eventual. En cuanto al ingreso económico de la población es en baja proporción ya que los trabajos que se presentan son de manera eventual, por lo tanto el ingreso económico oscila entre esos porcentajes. En cuanto grado de instrucción, por ser gente joven en su mayoría migrantes no culminaron su educación secundaria lo que fue algo perjudicial para poder ingresar a un trabajo estable donde la remuneración sea fija.

Estos resultados son similares con Álvarez Z. (49), en su estudio Determinantes de la Salud, Colombia 2012, donde su muestra estuvo conformada por 7000 adultos; se concluye que el 51% corresponden al sexo femenino, 29,05% educación bachillerato; el 16% de la población tiene ingresos económicos de 600 a 1000 pesos, el 62% de la población tiene tenencia de trabajo.

Esto difiere a los resultados encontrados por Carpio J. (50), en su estudio relacionados con Determinantes Sociales de la salud de la Madre, Iquitos 2012; donde su muestra estuvo conformada por 90 mujeres, en donde se destacó que el 13% tienen nivel secundario, el 83,3% de la población tiene ingresos económicos menor a 550 nuevos soles, el 78% no tiene empleo.

Similares en los resultados de Quevedo C. (51), Determinantes socioeconómicos de Arequipa 2013. Concluye que: la población peruana en Arequipa un 51% son hombres y un 48% mujeres. Dentro del cual 30% tienen ocupación estable y el resto no estable.

Los resultados se asemejan con Herrera L. (52), en su estudio de determinantes de la salud de la mujer adulta madura del Pueblo Joven Villa María, Nuevo Chimbote, 2013. Concluyendo que: La mayoría de las mujeres adultas maduras tienen un grado de instrucción primaria y un ingreso económico de 750 a 1000 nuevos soles, la gran mayoría tiene trabajo estable. En relación con la vivienda, todos cuentan con domicilio unifamiliar; es decir, la mayoría tienen casa propia.

Asimismo coincide con Jiménez L. (53), quien en su estudio “Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el A. H. Los Paisajes, Chimbote, 2012” encontró que el 79 % fueron de sexo femenino, el 71 % tiene grado de instrucción secundaria, entre completa e incompleta, y el 55 % trabaja eventualmente.

El abordaje de la salud desde el marco conceptual de la promoción de la salud implica emprender un proceso orientado a desarrollar habilidades y a generar mecanismos políticos, organizativos y administrativos que permitan a las personas y a sus comunidades tener un mayor control sobre su salud y mejorarla. En tal sentido, la educación juega un rol fundamental. Actúa de manera directa sobre la inteligencia y las habilidades cognoscitivas, y también en el desarrollo de competencias y de estilos de vida saludables (54).

Los determinantes 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. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (55).

La educación es un factor esencial en la calidad de vida de las personas y en su nivel de salud, y es uno de los pilares sobre los cuales se sostiene el desarrollo humano. Los estudios realizados demuestran que el estado de bienestar aumenta de acuerdo con el nivel de educación, lo cual refleja el impacto positivo de éste en el cuidado de la salud, en el cambio de comportamientos e, igualmente, en el acceso y la utilización efectiva y oportuna de los servicios de salud (56).

Asimismo, tiene un fuerte impacto en los niveles de ingreso y crecimiento económico, en el desarrollo social, en la alimentación y la nutrición, así como en las diferencias de género y posición social. Al reconocer que la educación es uno de los determinantes sociales de la salud nos vemos en la necesidad de analizar tanto la dimensión global de esta relación como cada una de las interacciones que se producen con otras variables del desarrollo humano. Esto implica una intervención política y social que articule los esfuerzos del Estado y de la sociedad civil, y cuyos actores compartan los objetivos de equidad, solidaridad y derechos. Sólo así estaremos en condiciones de construir un país más saludable (57).

La desigualdad en salud en las personas de distintos países y dentro de ellos es importante y constituye un tema de justicia social urgente. Está claro que estas desigualdades en salud son el resultado de las diferencias en las condiciones de vida, como el tipo de empleo, ingreso económico, el entorno en el que nace, crece, vive, trabaja, envejece y muere una persona (58).



Con ocasión de la Asamblea Mundial de la Salud 2009, la Asociación Médica Mundial – a nombre de la Alianza Mundial de Profesiones de la Salud (WHPA) – presentó una declaración que celebra el informe y en apoyo a su enfoque holístico de los determinantes sociales de la salud, que coloca la igualdad en salud en el centro del tema, a fin de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDGs) en salud y por último la justicia social en el mundo. En relación con la fuerza laboral en salud, la WHPA lamenta que el informe en general no dé mayor importancia a los profesionales de la salud como actores clave para abordar los determinantes sociales de la salud y las desigualdades que enfrentan a diario en sus trabajos (59).

Esta población tiene características de ser una zona lejos del cercado de Tacna, en su mayoría sus características son de condición económica estable, además en su mayoría es población adulta que es la PEA. Dicha población cuenta con características económicas estables, en su mayoría son mujeres las cuales a pesar de tener un trabajo eventual reciben una remuneración que satisface sus necesidades. Asimismo la población en su mayoría tienen estudios secundarios completos lo cual le permite acceder a un trabajo con beneficios y una remuneración justa.

## **Tabla 2**

Se muestra determinantes relacionados con la vivienda el entorno físico de la persona adulta, en donde: (182) 59,86% tienen un tipo de vivienda unifamiliar, (271) 89,14% cuenta con vivienda propia, (218) 71,71% piso de losetas vinílicas o similares, (248) 81,58% presentan techo de la vivienda de material noble, ladrillo y cemento, (197) 64,80% sus paredes son de material noble, ladrillo y cemento, (153) 50,33% duermen en una habitación.

En cuanto a los determinantes de salud relacionados a la vivienda: (304) 100% cuenta con abastecimiento de agua es por conexión domiciliaria; (304) 100% eliminación de excretas en baño propio; (304) 100% utiliza combustible para cocinar gas y electricidad; (304) 100% cuenta con energía eléctrica permanente; (304) 100% dispone de la basura enterrándola, quemándola y en el carro recolector; (304) 100% tiene como frecuencia de recojo de la basura es diariamente; (304) 100% elimina la basura en el carro recolector.

Por los años de creación la mayoría cuenta con un hogar propio con todos los servicios básicos logrando tener un hogar con techo de cemento, pisos de vinílicos, durmiendo en una sola habitación; cuenta con energía permanente y no presentan problemas con la eliminación de la basura ya que el carro recolector pasa diariamente librándolos de ese tipo de problema.

En este contexto, existen estudios que se asemejan a la investigación como los de Potenciano V. Juana R. (60), quien en su estudio de determinantes de la salud de la mujer adulta del AA.HH. Sagrado Corazón de Jesús-Castilla, 2013 -cuya muestra estuvo conformada por 177 mujeres adultas- destacó que el 84,3 % tienen una vivienda unifamiliar, el 90,1 % tiene vivienda propia, el 100 % tiene agua con conexión domiciliaria, el 70,2 % tiene letrina para la eliminación de excretas, el 81,8 % tiene gas y electricidad para cocinar, el 100 % tiene energía eléctrica permanente, el 81 % realiza la disposición de la basura en carro recolector, la queman o la entierran, 57 % refiere que el carro recolector de basura pasa con frecuencia todas las semanas pero no diariamente, el 75,2 % suele eliminar la basura en el carro recolector.

Asimismo coincide con Regalado J, (61). Determinantes de la salud en adultos jóvenes del asentamiento humano Juan Bautista Álvarez Vela, Nuevo Chimbote, 2013. En relación a la vivienda su abastecimiento de agua es por cisternas, su eliminación de excretas es en letrina. En base a determinantes de estilos de vida, menos de la mitad realizan caminatas como actividad física en su tiempo libre, en su mayoría consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, así como frutas, fideos, pan y cereal diariamente. En base a determinantes de redes sociales, más de la mitad refiere que la calidad de atención es regular, en su mayoría se atendieron en el puesto de salud, pero no reciben ningún apoyo natural, organizado y de alguna institución.

Los resultados se asemejan con Maldonado A, (62). En su investigación sobre Determinantes de la salud en escolares. Institución educativa N.º 89002, Chimbote, Perú, 2015. En los determinantes biosocioeconómicos encontramos que más de la mitad tiene un ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles y son de sexo masculino; un poco más de la mitad tienen grado de instrucción secundaria completa/secundaria incompleta, casi la totalidad tiene energía eléctrica permanente; la mayoría tiene casa propia; más de la mitad tienen vivienda unifamiliar. En los determinantes de los estilos de vida, la totalidad consume diariamente frutas; casi la totalidad se bañan diariamente; la mayoría acude al establecimiento de salud, para la ais (CRED, vacunas, examen dental). En los determinantes de redes sociales y comunitarias, un poco más de la mitad cree que la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena.

Instituto Nacional Estadística E Informática. (63), Principales indicadores 2011-2012., En Tacna en el estudio se encontró; 328 915 habitantes, la población adulta

representa 68,3%, tipo de vivienda( material noble 81,2%, piedra o sillar 0,2%, adobe o tapia 9,9%, quincha 0,3%, piedra con barro 0,5%, madera 2,1%, estera 3,6%, otro material 2,6%), material de piso (parquet 3,3%, laminas asfálticas 8,5%, losetas 10,3%, madera 0,4%, cemento 61,8%, tierra 15,5%, otro material 0,1%).

Asimismo los resultados coinciden con Balladell P. (64), Agua, Equidad y Salud Para Todos: El Rol de la Organización Pan Americana de la Salud/OMS en América Latina. Buenos Aires. Reportó al 2013: 564 millones de personas en América Latina y el Caribe tienen acceso a fuentes mejoradas de agua potable; 36 millones no. 480 millones de personas en América Latina y el Caribe tienen acceso a fuentes mejoradas de disposición de excretas; 120 millones no. En el año 2010, países con este riesgo ambiental (acceso a agua entubada mayor que acceso a saneamiento) son: Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Saint Lucia. Los puntos outliers inferiores corresponden a Bolivia (relativamente alta cobertura de acceso a agua con muy baja cobertura de acceso a saneamiento); coberturas de acceso a saneamiento cercanas a 100% con coberturas de acceso a agua entubada cercanas a 50%.

Ante la importancia de la vivienda en la vida de las personas y dada la complejidad de los estratos de bajos ingresos para acceder a ella, la respuesta de los gobiernos ha sido tratar de proveerles de este bien; sin embargo, la simple dotación no les asegura una mejor calidad de vida; para este último fin, deben tenerse en cuenta aspectos de calidad de la vivienda pero teniendo en consideración el punto de vista de la población objetivo (65).

En este contexto, se propone el análisis de los factores que determinan la calidad de vivienda y la construcción de un índice que la mida usando data del segmento de población de bajos ingresos interesados en acceder a una vivienda a través de los programas habitacionales. Para este efecto se usarán metodologías de regresión y análisis multivariado (65).

Los resultados permitirán no sólo un mejor diseño de los programas estatales sino que proporcionarán una herramienta de auditoría de los programas habitacionales y un mejor enfoque de la oferta en el momento de elaborar sus productos (65).

La salud ambiental según el Programa de las Naciones Unidas para el Medio ambiente 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 (66).

Estudios evidencian que las intervenciones destinadas a llevar agua de calidad a los hogares y escuelas ya no sólo tienen un impacto en la reducción de la diarrea en nuestras niñas y niños; sino también en la reducción de la obesidad asociada al consumo alterno de bebidas con altas concentraciones de azúcar y sal que también aumentan el riesgo a desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión. Por otro lado, la adecuada eliminación de excretas es efectiva para prevenir la morbilidad y mortalidad por diarrea entre un 30% y un 40%,

especialmente si están relacionadas con intervenciones a nivel de la comunidad destinadas a promover una adecuada higiene (67).

Una mirada de cerca apunta a las desigualdades y zonas de exclusión. Las condiciones de la población que vive en la pobreza no permite una tarifa de autosuficiencia, que van acompañadas por falta de acceso vial, algunas veces pobreza hidráulica y limitada capacidad a nivel local para la ejecución de proyectos siguen causando que aproximadamente 42 millones de personas en la Región de las Américas no tengan acceso a agua, que 162 millones de personas no cuenten con un sistema adecuado de disposición de excretas y aún hoy día 42 millones de hombres, mujeres, niños y niñas de nuestra América sigan defecando al aire libre(68).

Las flechas señalan la meta: en la subregión de América Latina y el Caribe se la ha alcanzado en el componente de agua potable; aún no se la ha alcanzado en el componente de saneamiento básico, pero se estima que se alcanzará el 2015. Aun así en la región 36 millones de personas no tienen acceso aun a fuentes mejoradas de agua, y cuatro veces más no lo tienen a saneamiento (69).

Aquí el análisis se concentra en acceso con conexión en la vivienda y su correlación con acceso a fuentes mejoradas de saneamiento. En general, hay más países con coberturas de acceso a saneamiento mejorado más altas que coberturas de acceso a agua entubada en la vivienda (puntos por encima de las líneas de regresión), que países con coberturas de acceso a agua entubada más altas que a saneamiento (puntos por debajo de las líneas de regresión). Esto es de especial relevancia en términos de calidad y seguridad sanitaria: los riesgos generados por la falta de acceso

a servicios mejorados de saneamiento ponen en peligro la propia calidad del agua accedida por fuentes mejoradas (70).

Las viviendas de la zona son de material noble lo que resulta alentador, ya que esto permitirá que su población no se exponga a infecciones respiratorias por viviendas precarias. Las viviendas de la Asociación San Francisco son de material noble lo que resulta alentador, ya que esto permitirá que su población no se exponga a infecciones respiratorias por viviendas precarias.

### **Tabla 3**

Se observa los Determinantes de los estilos de vida: en cuanto a los hábitos personales: (265) 87,17% No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, (203) 66,78% consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, (282) 92,70% duerme entre 6 y 8 horas, (304) 100% se baña diariamente,(304) 100% se realizó algún examen médico periódico, (280) 92,11% no realiza habitualmente en su tiempo libre alguna actividad física, (288) 94,74% no realizó durante las dos últimas semanas alguna actividad física durante más de 20 minutos.

La mayoría de la población no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, ya que fumar trae consigo problemas respiratorios como EPOC, las bebidas alcohólicas ocasionan problemas sistémicos como problema en el hígado lo que puede desencadenar en cirrosis hepática que es un tipo de cáncer que daña al hígado. Ahora en cuanto a la actividad física, el sedentarismo ocasiona problemas multifuncionales principalmente la obesidad conllevando a que se desencadenen.

Se observa que de las personas encuestadas en relación a los determinantes de los estilos de vida en torno a los alimentos que consumen: (220) 72,37% consume frutas 1 a 2 veces por semana, (214) 70,93% consume carne de 1 a 2 más veces a la semana, (214) 70,39% consume huevos Menos de 1 vez por semana, (214) 70,39% consume pescado 1 a 2 veces por semana, (304) 100% consume fideos 1 a 2 veces por semana, (304) 100% consume pan diariamente, (304) 100% consume verduras diariamente, (304) 100% consume legumbres de 1 a 2 veces a la semana, (304) 100% consume embutidos menos de 1 vez por semana, (304) 100% consume lácteos 1 a 2 veces por semana, (304) 100% consume dulces menos de 1 vez por semana, (289) 95,07% consume refrescos con azúcar diariamente y frituras diariamente (102) 33,55%

Se sabe que cumpliendo con la buena distribución se puede evitar y prevenir el sobrepeso, obesidad, enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, cerebro vascular, etc., esto también ayuda a las personas a verse y sentirse mejor, aumentando el rendimiento físico y mental. La alimentación siendo el hábito que más influye en la salud, la falta de alimentos, como el exceso de ellos es perjudicial, por lo tanto deben consumirse las cantidades necesarias para el individuo cumpliendo así la pirámide alimenticia.

Los resultados coinciden con Sanchez J. (71), Estudio de alcoholismo en México 2009. Se carece de información en este campo; no obstante, en la Encuesta Nacional de Adicciones de 2013. Se encontraron los siguientes datos: Además, 1 de cada 10 encuestados consideró que bebía frecuentemente. Aunque se observó que la mayoría de los estudiantes tienen un bajo nivel de consumo de cigarrillos, aproximadamente



3 de cada 10 estudiantes opinó que fuman con mucha frecuencia Aproximadamente 9 de cada diez estudiantes (hombres y mujeres) manifestaron que no consumen drogas (nunca o casi nunca).

Los resultados coinciden con Cerro S. (72), Consumo de alcohol y drogas en Tijuana México 2012. Muchas personas que ven a un médico han tenido un problema relacionado con el alcohol en algún momento. Para los hombres, el riesgo general para desarrollar alcoholismo es un 3% a un 5%, y para las mujeres el riesgo es un 1%. Las mujeres tienden volverse alcohólicas más tarde en la vida que los hombres, pero los problemas médicos que desarrollan debido al trastorno ocurren por la misma edad que como en los hombres, sugiriendo que las mujeres son más susceptibles a la toxicidad física del alcohol. Es más, unos 3 millones de estadounidenses mayores de la edad 60 son alcohólicos o tienen un problema relacionado con el alcohol.

Los resultados coinciden con los de García G. (73), Determinantes de los Estilos de Vida y Su Implicación en la Salud de Jóvenes Universitarios Colombia 2012. Con el objetivo de Describir cuatro de los más relevantes hábitos de los estilos de vida (actividad física, hábitos alimenticios, consumo de tabaco y alcohol) en la población universitaria, identificando factores que los influyen, consecuencias en la salud y estrategias de cambio. Conclusiones: Los jóvenes universitarios se encuentran expuestos a una serie de factores que los predisponen a adoptar conductas nocivas para la salud y aumentar el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles. Por esto es necesario crear conciencia e implementar estrategias que

promuevan el cambio hacia estilos de vida saludables, permitiendo mitigar efectos e impactando en la calidad de vida de cada uno de los individuos.

Los resultados coinciden con la Dirección Regional de Salud de Tacna 2012 (74), Estudio de la alimentación en Tacna. En el grupo de 20 a 29 años, el adelgazamiento afecta a un 2% de los sujetos. Sin embargo, es el exceso de peso el problema que padece 1 de cada 2 adultos jóvenes; incluso la proporción de obesos es mayor al promedio nacional y la proporción de exceso de peso triplica la prevalencia de los adolescentes de la región. En el grupo de 30 a 59 años, el adelgazamiento no representaría un problema de salud. En cambio, lo preocupante es encontrar a 3 de cada 4 sujetos con problemas de exceso de peso (sobrepeso u obesidad); incluso la proporción de obesos es mucho mayor al promedio nacional. Entre las personas de 60 años a más, el adelgazamiento en la región afecta a 1 de cada 6 adultos mayores. Aunque el problema nutricional prevalente en el grupo de adulto mayor es el exceso de peso, donde 1 de cada 2 sujetos lo padece (90).

Asimismo coincide con la Organización mundial de la Salud. (75), Nutrición Humana en el mundo 2013. Casi todos los alimentos que las personas consumen en áreas rurales se comen en casa. Esto se aplica también a muchas áreas urbanas, aunque los alimentos callejeros o alimentos consumidos en puestos de venta, suministran una proporción creciente de la alimentación de los habitantes urbanos. Las dietas familiares inadecuadas y la alimentación de la familia son las causas fundamentales de la malnutrición en África, Asia, América Latina y en otras partes. Para los que viven lejos de su casa, particularmente en instituciones como internados, prisiones o campos de refugiados, la malnutrición o la desnutrición pueden ser el resultado de dietas institucionales deficientes.

Algunos determinantes sociales están directamente relacionados con el individuo, como las conductas y hábitos orientados a proteger la salud y el uso de los servicios de salud. Otros se relacionan con las condiciones de vida de los grupos sociales en los planos ecológico, económico, cultural y biológico. En ese sentido, la salud de los grupos sociales está determinada por variables y hechos de los espacios general e individual; así mismo, está determinada por la interrelación del grupo estudiado con los otros grupos sociales. Hay, entonces, una triple determinación (76).

Es de gran importancia recalcar que el éxito del crecimiento se basa principalmente en una buena alimentación, para esto es necesario conocer las directrices que van encaminadas a tener una nutrición adecuada por medio de la pirámide nutricional (77).

Esta representa una alimentación balanceada que garantiza el aporte suficiente de energía, además de nutrientes y aquellas sustancias que son fundamentales para el bienestar de cada organismo (78).

Cuando no se lleva una alimentación balanceada, se pueden producir alteraciones que resultan nocivas para la salud, conduciendo a posibles enfermedades con consecuencias tanto físicas como psicológicas, causando problemas que podrían ser irreversibles. Dentro de estos trastornos encontramos el sobrepeso, la obesidad, la anorexia y la bulimia, estas dos últimas, caracterizadas por ser patologías propias de la sociedad contemporánea, y prevalentes en la población juvenil, debido a su expansión territorial y a su relación con algunos rasgos culturales (79).

La alimentación en esta etapa de la vida –al igual que en todas las edades– debe reunir las características generales de la alimentación correcta: es decir, debe ser completa, equilibrada, suficiente, variada, inocua y adecuada a las circunstancias

particulares del adulto. Para ello, en cada tiempo de comida se deben incluir cantidades suficientes de alimentos de los tres grupos, con la mayor variedad posible de alimentos de cada uno de los grupos, a fin de obtener los nutrimentos necesarios en las proporciones óptimas. Esto es muy importante en el caso de las vitaminas y de los nutrimentos sin orgánicos (80).

Por otra parte, la dieta debe ser tal que permita el mantenimiento del peso corporal a los individuos con peso adecuado o que se ajuste a los casos particulares en los que se requiera aumentar o disminuir el peso. Los efectos de la alimentación y del estilo de vida en general tardan décadas en manifestarse; por ello, es difícil convencer a la población de la importancia de adoptar medidas preventivas tempranas. Entre éstas, la alimentación y la actividad física constante desempeñan un papel muy importante, ya sea para prevenir, aminorar o retardar la evolución de las enfermedades crónicas que deterioran la calidad de vida y conducen a una muerte prematura. Por fortuna, en la actualidad empieza a tomarse conciencia de esta situación en algunos sectores de la población (81).

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. (82)

Si bien gozan de una situación económica estable, esta resulta también perjudicial ya que existe un buen porcentaje que consume bebidas alcohólicas y fuma

lo que puede resultar perjudicial para su salud, ya más todavía si esta población no realiza actividad física, lo que puede resultar en enfermedades crónicas degenerativas. Al tener esta población una situación socioeconómica estable tienen una solvencia económica que le permite mejorar su dieta. La eliminación de basura en la zona se aprecia que no tiene un hábito saludable en cuanto a su práctica, ello aumenta el riesgo de contraer enfermedades.

#### **Tabla 4, 5, 6**

En cuanto a los Determinantes de las redes sociales de la persona adulta: (152) 50,00% la mitad se atendió en un Centros de Salud, (173) 56,91% el lugar donde lo atendieron está regular cerca de su casa, (167) 54,93% tienen otro tipo de seguro, (304) 100% su tiempo de espera fue regular, (304) 100% manifestaron que la calidad de atención fue regular. (278) 91,45% refieren que si hay delincuencia en su asociación, en cuanto al apoyo social que no recibe (200) 65,80% reciben algún apoyo social natural, (304) 100% no recibe apoyo.

En cuanto a la calidad está recibiendo una creciente atención en todo el mundo y se debe a que está presente en lo esencial de toda actividad humana. Es por ello, que se ha tenido que convertir y desarrollar los servicios de salud hacia mejores niveles de calidad y competitividad.

Sin embargo, los resultados coinciden con lo encontrado por Domínguez C, (83), quien en su estudio de determinantes de la salud en adultos con cáncer de pulmón En el Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2012 -cuya muestra estuvo conformado por 30 adultos maduros- destacó que, de acuerdo con los encuestados, el 88 % refiere que el lugar donde se atienden no está tan lejos de su casa, 17 % refiere

que no tiene ningún seguro, el 89 % refiere que el tiempo que esperó para ser atendido es regular, el 46 % refiere que la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue regular, el 95 % dice que sí existen pandillaje y delincuencia cerca de su casa. Del mismo modo, señalan no tener seguros sociales porque son trabajadores eventuales y, por lo tanto, no reciben los beneficios necesarios.

Se asemejan a los resultados a Chuqui J. (84), Determinantes de la salud en el adulto maduro en 1 de agosto, Nuevo Chimbote, 2013. En cuanto al determinante de estilo de vida, la gran mayoría consume diariamente fideos, pan y cereales, no se realiza un examen periódico, no hace actividad física, más de la mitad consume verduras de una a dos veces por semana. En cuanto al determinante de redes sociales, la mayoría menciona que existe pandillaje cerca de su casa y más de la mitad dice que la calidad de atención fue regular.

Los resultados difieren con el de Abanto A. (85), Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes e hipertensión en el asentamiento humano España, Chimbote, 2012. Consume verduras y hortalizas a diario. La mayoría no recibe apoyo social, pero cuenta con el SIS; además en su zona hay pandillaje.

Los resultados se asemejan con Salinas A., Manrique B. y Téllez M. (86), en su estudio “Redes de apoyo social a la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades”, encontraron que el 4 % de los hombres y el 3 % de las mujeres no cuenta con red de apoyo y que de estos un alto porcentaje (68 % y 78,2 %, respectivamente) vive ya sea con su pareja o con otros familiares.

Los resultados obtenidos difieren con el artículo de Fachado A, Menéndez M y Gonzales L. (87), en su artículo titulado “Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica, 2013”. Concluye que la familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos. Es por ello que con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En ella crecen, establecen reglas sociales y desarrollan los diferentes roles que necesitan para su evolución personal. Además de los efectos de la herencia y la pertenencia a un ambiente común, existen otros factores que demuestran la importancia de la familia en el campo de la salud.

La DIRESA Tacna, no se queda atrás en relación a la implementación del sistema de gestión de calidad, en este año se han desarrollado muchas iniciativas a favor de la calidad, con muchas limitaciones, sobre todo presupuestales, pero que con autogestión se han podido implementar, pues no olvidemos que el excelente servicio en los hospitales, Centros y Puestos de Salud marcan la diferencia si se brindan con calidad (88).

Red como el entramado de las relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, así como las características de estas relaciones. Gracias a la red la persona puede mantener su identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y adquiere nuevos contactos sociales. Podemos pues, entender que es a partir de la red social de donde las personas obtenemos el apoyo social (89).

Redes de apoyo social. Es pertenecer a una familia y/o a una comunidad por la falta de Carencia de apoyo emocional, Entorno social Responsabilidad cívica,

instituciones y organizaciones que existen para brindar información, compartir recursos y crear alianzas afectivas entre las personas en una comunidad (89).

Red como el entramado de las relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, así como las características de estas relaciones. Gracias a la red la persona puede mantener su identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y adquiere nuevos contactos sociales. Podemos pues, entender que es a partir de la red social de donde las personas obtenemos el apoyo social (90).

Dimensiones de la Red Social: No todas las redes contribuyen en la misma medida al bienestar; esto depende de: El tamaño de la red: Hace referencia al número de personas que la integran. La densidad: Pertenencia a varias redes. Composición: predominio de amigos o familiares. Dispersión geográfica: distancia entre los miembros de la red. Multiplicidad: cuando se realizan más de dos funciones de apoyo. Reciprocidad: relaciones o intercambio entre los componentes de la red. Calidad: Percepción subjetiva del apoyo. Homogeneidad: similitud demográfica, de educación y sociocultural de los miembros de la red (91).

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia. Pero la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios ha provocado que podría repercutir favorablemente en los mismos. No se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario (92).



En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realiza con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud (93).

Los comportamientos o conductas son determinantes decisivos de la salud física y mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento. La manera como la gente se comporte determinará el que enferme o permanezca sana, y en caso de que enferme, su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad a que esta se produzca.

## V. CONCLUSIONES

### 5.1. Conclusiones

- En lo biosocioeconómico: Se observa que: la mayoría son del sexo femenino, más de la mitad son adulto joven y de grado de instrucción Secundaria Completa/sec. Incompleta, ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles, menos de la mitad tiene ocupación trabajo eventual. En la vivienda: La mayoría es propia, material de piso loseta vinílicos o similar, material de techo y paredes de ladrillo y cemento, duermen en una habitación con red pública dentro de la vivienda, combustible para cocinar gas, alumbrado público eléctrica. frecuencia de recojo de la basura diariamente, suelen eliminar su basura en el carro recolector.

- En los Determinantes de los estilos de vida: en cuanto a los hábitos personales: la mayoría No fuma, consume ocasionalmente bebidas alcohólicas, duerme de 6 a 8 horas, se baña diariamente, si se realizó un examen médico, no realiza actividad física. La mayoría consume carne, pescado fideos, legumbres, lácteos de 1 a 2 más veces a la semana; huevos menos de 1 vez por semana, y verduras diariamente, embutidos menos de 1 vez por semana, dulces menos de 1 vez por semana, refrescos con azúcar diariamente y menos de la mitad consume frutas diariamente.

- En cuanto a los Determinantes de las redes sociales: La mitad se atendió en el centro de salud, más de la mitad considera que el lugar donde lo atendieron está regular cerca de su casa, tienen otro tipo de seguro, la mayoría refiere que el total en tiempo de espera fue regular y calidad de atención regular, si existe pandillaje en su zona; la mayoría no recibió apoyo social natural, social organizado o de alguna organización.

## 5.2. Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio se presentan las siguientes recomendaciones:

- Brindar los resultados obtenidos a la Dirección Regional de Salud, Establecimiento de Salud San Francisco, Municipalidad Distrital de Gregorio Albarracín y otras instituciones que trabajen con el tema.
- Que las Instituciones que laboran con agentes comunitarios organicen grupos de apoyo con las personas de la comunidad, con los resultados obtenidos en esta investigación para fortalecer y mejorar los cambios de estilo de vida saludable y evitar los comportamientos de riesgo.
- Que el presente estudio de investigación sirva de estímulo y de base para que se continúe realizando nuevas investigaciones similares, donde se puede obtener mayor información y visualizar mejor la magnitud del problema; así mismo que impacten sobre el mismo.
- Que el Centro de Salud San Francisco forme estrategias para la satisfacción del usuario adulto con el fin de mejorar su estilo de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Americas,2007. [Base de datos en Internet].USA: OPS.c2007 – [citado 07 Ene 2018]. Disponible en <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/dmdocuments/salud-americas-2007-vol-1.pdf>
2. MINSA. Análisis de situación de salud del Perú. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. CDC-Perú; 2016
3. MINSA. Análisis de situación de salud Región Tacna. Tacna: Dirección Ejecutiva de Epidemiología. CDC-Perú;2015
4. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: [http://www.psico-web.com/salud/concepto\\_salud\\_03.htm](http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm)
5. 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
6. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua LA, et al. Medicina General Integral. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008
7. Bernardini-Zambrini Diego A. El día mundial de la salud, los determinantes sociales y las oportunidades. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2012 Jun [citado 08 Ene 2018]; 29 (2): 287-288. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342012000200022&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000200022&lng=es)
8. 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
9. 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
  10. 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
  11. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. Un glosario para las desigualdades en salud. Epidemiologia en salud comunitaria. 2002;56: 647–652
  12. Sen A.2002.”¿Por qué la equidad en salud?”. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 11, Nos. 5/6. Mayo/Junio 2002
  13. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar, editorial; 2008
  14. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010
  15. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007
  16. Centro de Salud San Francisco. Programa de Salud Local. Tacna; 2015
  17. Miele M. Calidad de vida de niños y niñas de sectores medios de la Sociedad: Estudio De Caso En Santa Marta, Distrito Turístico Cultural E Histórico, Colombia [Tesis Doctoral]. Manizales: Universidad de Manizales; 2013
  18. Delgado J, Osorio P, Gonzales R,. Tenencia de Vivienda y Calidad de Vida en Hogares con Jefes de Familia Jóvenes en la Zona Metropolitana De La Ciudad De México. [Tesis Doctoral]. México: El Colegio de México; 2013
  19. Fajardo G, Gutierrez J, García S. Acceso efectivo a los servicios de salud:

- operacionalizando la cobertura universal en salud. Red de Rev Cient de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2015; 57 (2): 180 – 186
20. CAYETANO BALTAZAR, Elizabeth Felícita; VÍLCHEZ REYES, María Adriana. Determinantes de la salud en los adultos jóvenes de la habilitación urbana progresista 1 de Agosto, Nuevo Chimbote, 2013. In Crescendo Ciencias de la salud, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 92-106, jul. 2015. ISSN 2409-8663. Disponible en: <<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/842>>
  21. García L. Determinantes de la salud en adultos jóvenes varones con adicción a drogas. A. H. Señor de los Milagros. Chimbote, 2012 [tesis para optar el título de licenciada en Enfermería], Tacna, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014
  22. OCAMPO RUJEL, Percy Alberto. Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos establecimientos públicos. In Crescendo, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 181-192, nov. 2014. ISSN 2307-5260. Disponible en: <<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/412>>
  23. Serrano B. Estilo de vida y los factores biosocioculturales de la persona adulta del Mercado Grau - Tacna, 2014. [tesis para optar el título de licenciada en Enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014
  24. Garay M. Determinantes de la salud en la persona adulta de la Asociación El Morro II. Tacna, 2013; tesis para optar el título de licenciada en enfermería en la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014
  25. Uchazara M. Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor Los Palos, Tacna, 2013 [tesis para optar el título de licenciada en Enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013
  26. 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

27. 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
28. 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
29. 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
30. Zafferson C.. Fundamentos de salud pública. Cap. 8, Determinantes de la salud. Chile: Editorial de la UNAM; 2008. Pg.161-189
31. Acero P. Salud pública. Determinantes de la salud. Colombia. Editorial de la OMS; 2007. Pg.23-56
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.]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>
34. Sampieri R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la investigación. [base de datos en internet]. México: McGraw-Hill. c2006 – [citado 21 Ene 2018]. Disponible en: [https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612mtis\\_sampieri\\_unidad\\_1-1.pdf](https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf)



35. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL: <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>
36. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava . Reimpresión, México: Ed. Limusa ; 2004
37. 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>OPS
38. 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>
39. Eusko Jaurlaritza. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en [http://www.eustat.es/documentos/opt\\_0/tema\\_165/elem\\_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID)
40. Bailares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).: Mexico; 2010.Disponible en:<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
41. 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/>
42. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda

2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco conceptual cpv2010.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco%20conceptual%20cpv2010.pdf)
43. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001
44. Rafael Martínez Morán. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible [http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0\\_736\\_1.pdf](http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf)
45. Martos Carrión Esther. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010 Disponible: en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
46. Sánchez Isla Laura: “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
47. 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>
48. 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>

49. Álvarez Z. Determinantes de la Salud en Colombia 2012 [Portada en internet]. 2012.[Citado 2012 Nov 09]. Disponible desde el URL: <http://investigación.es/>
50. Carpio J. Determinantes Sociales de la salud de la Madre Iquitos 2012 [Portada en internet].2012[Citado 2012 Oct 19]. Disponible desde el URL: <http://investigación.es/>
51. Quevedo C. Determinantes socioeconómicos del Arequipa [Portada en internet]. 2013.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://investigación.es/>
52. HERRERA DOMÍNGUEZ, Lelis Rosadia; VÍLCHEZ REYES, María Adriana. Determinantes de la salud en la mujer adulta madura, pueblo joven Villa María, Nuevo Chimbote, 2013.. In Crescendo Ciencias de la salud, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 141-157, jul. 2015. ISSN 2409-8663. Disponible en: <<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/847>>
53. Jiménez L. Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el A. H. Los Paisajes, Chimbote, 2012 [tesis para optar el título de licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014
54. Ramos M, Choque R. La educación como determinante de la salud. Editorial del Ministerio de salud Organización Panamericana de la salud., 2007
55. Organización Mundial de la salud [Portada en internet]. 2008.[Citado 2013 Jul 09]. Disponible [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
56. Organización Mundial de la Salud La desigualdad.[Portada en internet]. 2008.[Citado 2013 Nov30]. Disponible <http://www.wma.net/es/20activities/30publichealth/80socialdeterminants/>
57. Organización mundial de la salud. Determinantes de la salud. Washington: OMS; 2009

58. Eriksen L. Determinantes sociales. México: Editorial OPS; 2009
59. Restrepo A. Características de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2013 Jul 09]. Disponible desde el URL: <http://INEI.Gob.pe>
60. Potenciano V. y Juana R. Determinantes de la salud de la mujer adulta en el AA.HH. Sagrado Corazón de Jesús-Castilla.2013. Disponible en : <http://enfermeria.uladech.edu.pe/en/investigacion/finish/26-alumnos/133-determinantes-de-la-salud-de-la-mujer-adulta-a-h-sagrado-corazon-de-jesus-castilla-2013>
61. REGALADO RUIZ, Jhoselin Alejandra. Determinantes de la salud en adultos jóvenes del asentamiento humano Juan Bautista Álvarez Vela, Nuevo Chimbote, 2013. In Crescendo Ciencias de la salud, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 107-123, jul. 2015. ISSN 2409-8663. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/845>
62. MALDONADO SALDAÑA, Ana Julissa; VÍLCHEZ REYES, María Adriana. Determinantes de la salud en escolares. Institución educativa N.º 89002, Chimbote, Perú, 2015. In Crescendo Ciencias de la salud, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 63-82, jun. 2017. ISSN 2409-8663. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1565>
63. Instituto Nacional Estadística E Informática. Principales indicadores 2011-2012
64. BalladellP. Agua, Equidad y Salud Para Todos: El Rol de la a Organización Pan Americana de la Salud/OMS en América Latina. Buenos Aires. OMS; 2013
65. Arévalo R. Construcción de un índice de calidad de la vivienda. Lima: Editorial InvestigacionesEconómicas, 2006

66. Organización Mundial de la Salud. Política actual de la AMM y medidas Con ocasión de la Asamblea Mundial de la Salud 2009. EUA: Asociación Médica Mundial – a nombre de la Alianza Mundial de Profesiones de la Salud (WHPA); 2012
67. Lama A, En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI - Perú), Lima, Julio del 2000. Disponible en [http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRES\\_ENTA.htm](http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRES_ENTA.htm)
68. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008
69. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
70. Walker J. Consumo de alcohol en Adultos en Estados Unidos 2010.[Portada en internet]. 2010 [Citado 2013 Nov 09]. Disponible desde el URL: <http://scielo.com>
71. Sánchez J. Estudio de alcoholismo en México. México: Encuesta Nacional de Adicciones de 2013. Disponible en : <http://www.mflor.mx/materias/temas/alcoholismo/alcoholismo.htm>
72. Cerro S. Consumo de alcohol y drogas en Tijuana México 2012[tesis para optar el título de medicina]. México. Universidad de Tijuana. 2012.
73. García G. Determinantes de los Estilos de Vida y Su Implicación en la Salud de Jóvenes Universitarios Colombia 2012 [tesis para optar el título de servicio social]. Colombia. Universidad de Colombia. 2012.
74. Dirección Regional de Salud de Tacna [Trabajo en internet]. Tacna; 2012 [Citado 2012 Ago. 21]. [101 páginas]. Disponible en URL: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache>.

75. Organización mundial de la Salud. Nutrición Humana en el mundo 2013. México: Departamento de Agricultura; 2012.
76. López N. Diagnóstico para la Identificación de Determinantes de Salud que influyen en el estado integral de salud Municipio de Madre, Ecuador 2005.
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://lacocinanavarra.lacoctelera.net/post/2009/01/25/alimentacion-y-nutricion-definicion>
80. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.
81. Wales J. Discurso en Keynote, Wikimania, Agosto de 2006. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Alimentaci%C3%B3n>
82. Organización Mundial de la salud 2013.<http://trabajoyalimentacion.consumer.es/documentos/1840/imprimir.PHPALIMENTARSE BUENA>
83. Domínguez C. Determinantes de la salud en adultos con cáncer de pulmón. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote. (Tesis para optar el título de licenciada en enfermería). Nuevo Chimbote. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2012: Disponible en: <file:///C:/Users/lister%20jeremias>

/Downloads/Uladech\_Biblioteca\_virtual%20(74).pdf

84. CHUQUI CHAMACHE, Johana Katherine; VÍLCHEZ REYES, María Adriana. Determinantes de la salud en el adulto maduro en 1 de agosto, Nuevo Chimbote, 2013. In *Crescendo Ciencias de la salud*, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 124-140, jul. 2015. ISSN 2409-8663. Disponible en: <<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/846>>. Fecha de acceso: 28 feb. 2018 doi:<https://doi.org/10.21895/in cres cs.v2i1.846>.
85. ABANTO YUPÁN, Angélica Macarena; VÍLCHEZ REYES, Adriana. Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes e hipertensión en el asentamiento humano España, Chimbote, 2012. In *Crescendo Ciencias de la salud*, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 158-171, jul. 2015. ISSN 2409-8663. Disponible en: <<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/848>>. Fecha de acceso: 28 feb. 2018 doi:<https://doi.org/10.21895/in cres cs.v2i1.848>.
86. Salinas A., Manrique B., Téllez M. Redes de apoyo social a la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades. *Revista de la sociedad peruana de HTA*, volumen III. Lima; 2004.
87. Fachado A, Menéndez M, Gonzales L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria*. 2013; 19: 118 – 123.
88. 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>
89. COMCAM Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica):Manual de Acreditación de Establecimientos Asistenciales en la República Argentina. Argentina: Editado por COMCAM; 2002.

90. 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>
91. Salas P. Calidad y satisfacción del usuario. España: Editorial Mcwrail; 2005.
92. 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>
93. Buenas tareas. Promoción de la salud: Satisfacción del usuario [Ensayo en internet]. [Citado 2010 Ago. 22]. [7 páginas]. Disponible en URL:<http://www.buenastareas.com/ensayos/Ensayo-Promocion-De-La-Salud/16035.html>



## ANEXO N° 01



### CÁLCULO DE LA MUESTRA

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

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)N}{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P) + e^2(N-1)}$$

Dónde:

n: Tamaño de muestra

N: Tamaño de población (N = 1457)

1-a 2 z : Abcisa de la distribución normal a un 95% de nivel de Confianza

( 2 1-a 2 z = 1.96)

P: Proporción de la característica en estudio (P = 0.50) E: Margen de error (E = 0.05)

**Calculo del Tamaño de Muestra:**

$$n = \frac{1.96^2 (0.50) (1-0.50) (1457)}{1.96^2 (1-0.50) + (0.05)^2 (1456)}$$

**n= 304 Personas**

**ANEXO N° 02**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN LAS  
PERSONAS ADULTAS DE LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA- 2013**

**Elaborado por Vélchez Reyes Adriana**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

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

**Dirección.....**

**I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONÓMICO**

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

2. **Edad:**

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

3. **Grado de instrucción:**

- Sin instrucción ( )
- Inicial/Primaria ( )
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ( )
- Superior completa/superior incompleta ( )

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

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

#### 5. Ocupación del jefe de familia:

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

#### 6. Vivienda

##### 6.1. Tipo:

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

##### 6.2. Tenencia:

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

**6.3. Material del piso:**

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

**6.4. Material del techo:**

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

**6.5. Material de las paredes:**

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

**6.6. Cuantos personas duermen en una habitación**

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

**7. Abastecimiento de agua:**

- Acequia ( )
- Cisterna ( )

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

**8. Eliminación de excretas:**

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

**9. Combustible para cocinar:**

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

**10. Energía eléctrica:**

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

**11. Disposición de basura:**

- A campo abierto ( )
- Al río ( )

- En un pozo ( )
- Se entierra, quema, carro recolector ( )

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

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

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

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

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

**14. ¿Actualmente fuma?**

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

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

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

- Ocasionalmente ( )
- No consumo ( )

**16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?**

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

**17. ¿Con que frecuencia se baña?**

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

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

Si ( ) NO ( )

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

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

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

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

## 21. DIETA:

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

Alimentos:	Diario	3 o más veces a la semana.	1 o 2 veces a la semana.	Menos de una vez a la semana.	Nunca o casi nunca.
· Fruta					
· Carne (Pollo, res, cerdo, etc.).					
· Huevos					
· Pescado					
· Fideos, arroz, papas...					
· Pan, cereales.					
· Verduras y hortalizas.					
· Legumbres					
· Embutidos, enlatados.					
· Lácteos					
· Dulces, gaseosas.					
· Refrescos con azúcar.					
· frituras					

### III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

**22. ¿Recibe algún apoyo social natural?**

- Familiares (     )
- Amigos (     )
- Vecinos (     )



- Compañeros espirituales ( )
- Compañeros de trabajo ( )
- No recibo ( )

**23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?**

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

**24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:**

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

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

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

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

- Muy cerca de su casa ( )
- Regular ( )
- Lejos ( )

- Muy lejos de su casa ( )
- No sabe ( )

**27. Qué tipo de seguro tiene Usted:**

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

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

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

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

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

**30. ¿Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?**

Si ( ) No ( )

*Muchas gracias, por su colaboració*

## ANEXO N° 03



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

### VALIDEZ INTERNA

V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulta de la Asociación San Francisco, Tacna 2013.

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
<b>Coefficiente de validez del instrumento</b>														0,998

ANEXO N° 04



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

CONFIABILIDAD SEGÚN ÍNDICE DE KAPPA

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
evaluador A * evaluador B	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Tabla de contingencia evaluador A \* evaluador B

			evaluador B		Total
			no existe acuerdo	existe acuerdo	
evaluador A	no existe acuerdo	Recuento	7	0	7
		% dentro de evaluador A	100,0%	,0%	100,0%
		% dentro de evaluador B	100,0%	,0%	23,3%
		% del total	23,3%	,0%	23,3%
evaluador A	existe acuerdo	Recuento	0	23	23
		% dentro de evaluador A	,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de evaluador B	,0%	100,0%	76,7%
		% del total	,0%	76,7%	76,7%
Total		Recuento	7	23	30
		% dentro de evaluador A	23,3%	76,7%	100,0%
		% dentro de evaluador B	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	23,3%	76,7%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Medida de acuerdo	Kappa	1,000	,000	5,477	,000
N de casos válidos		30			

**Medidas simétricas**

	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Medida de acuerdo      Kappa	1,000	,000	5,477	,000
N de casos válidos	30			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**ANEXO N° 05**



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LAS PERSONAS ADULTAS DE LA  
ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA- 2013**

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

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

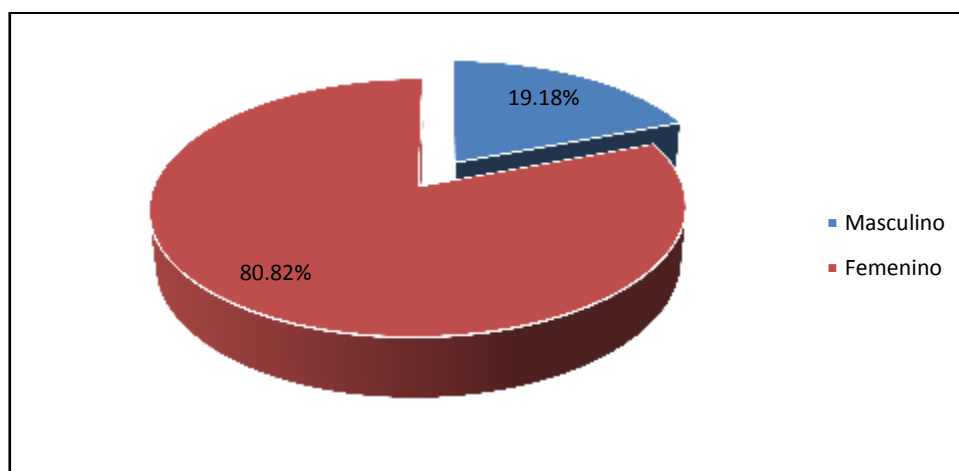
.....

**FIRMA**

## DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

GRÁFICO 01 DE LA TABLA 01

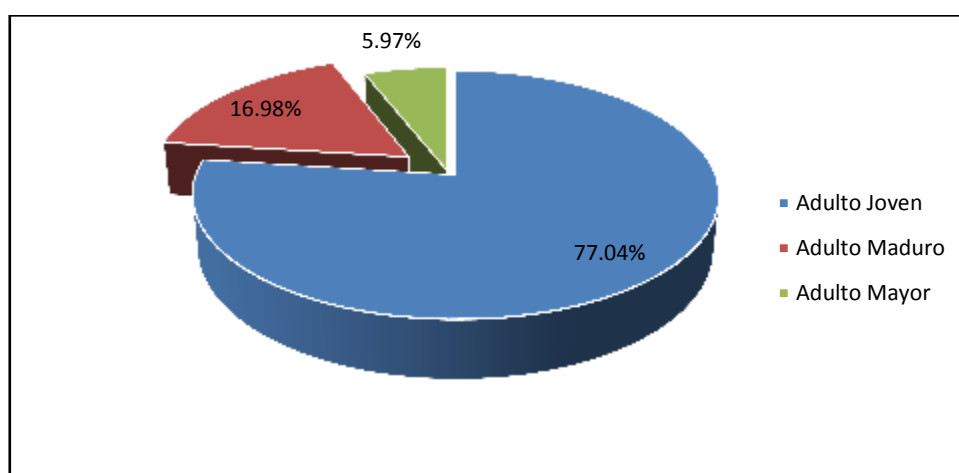
SEXO DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.



Fuente: Tabla N° 1.

GRÁFICO 02 DE LA TABLA 01

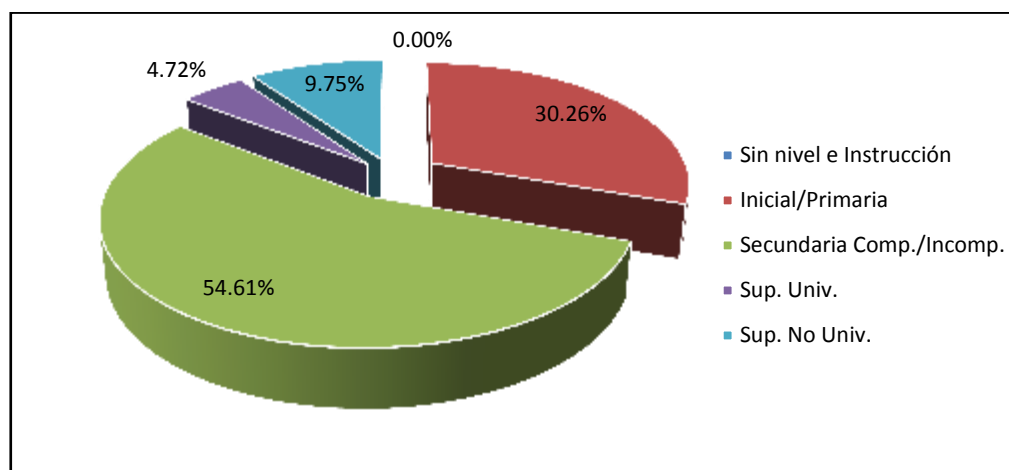
EDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.



Fuente: Tabla N° 1.

**GRÁFICO 03 DE LA TABLA 01**

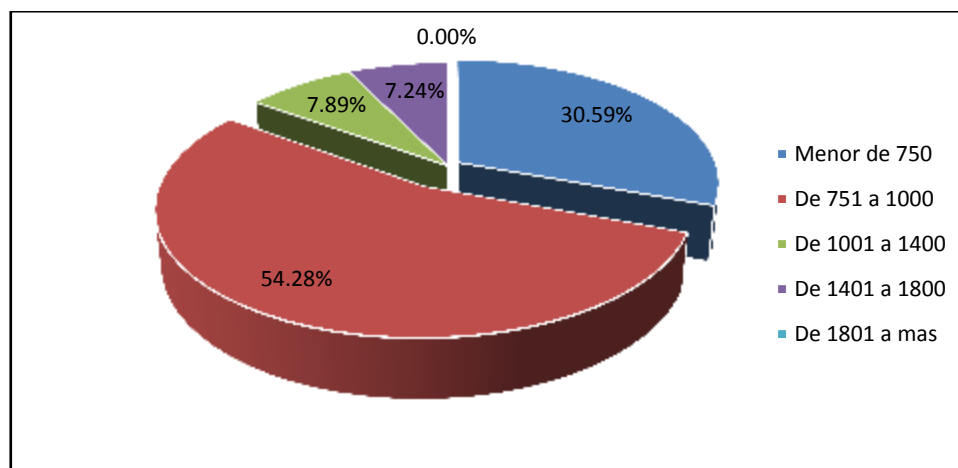
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 1.

**GRÁFICO 04 DE LA TABLA 01**

**INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**

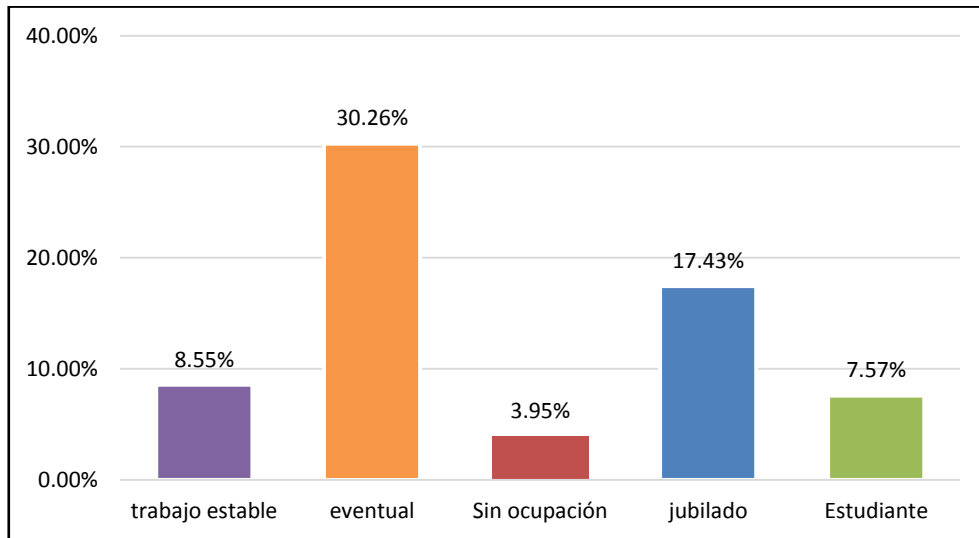


**Fuente:** Tabla N° 1.



**GRÁFICO 05 DE LA TABLA 01**

**OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**

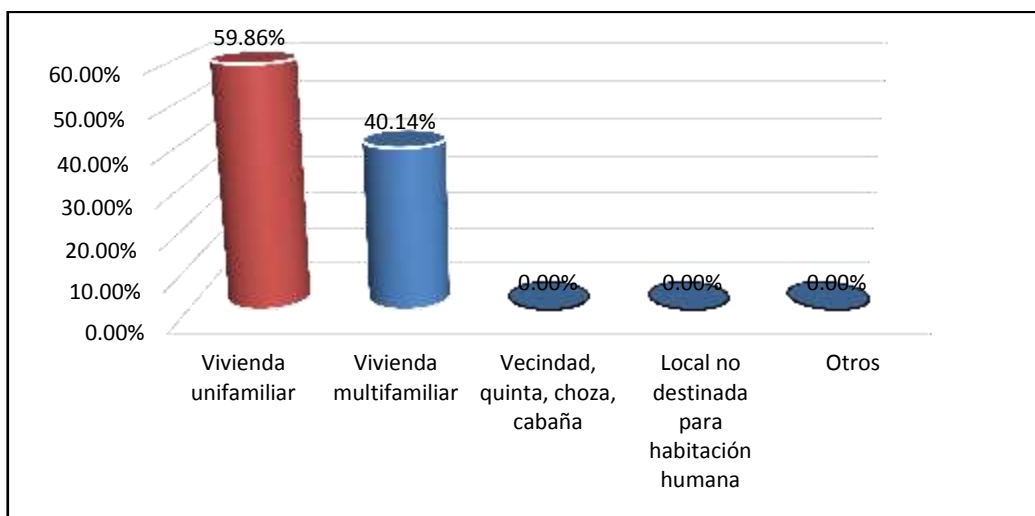


**Fuente:** Tabla N° 1.

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

**GRÁFICO 01 DE LA TABLA 02**

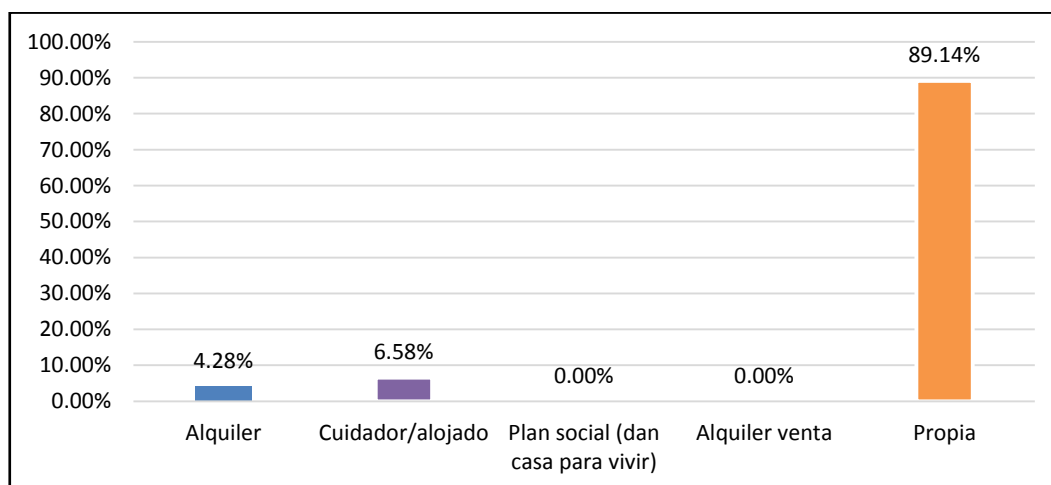
**TIPO DE VIVIENDA DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 2

### GRÁFICO 02 DE LA TABLA 02

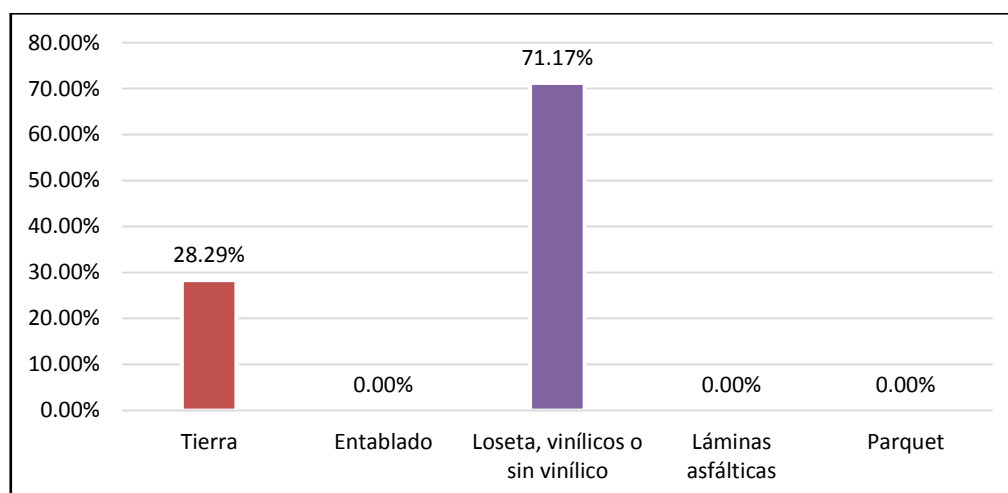
#### TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.



Fuente: Tabla N° 2.

### GRÁFICO 03 DE LA TABLA 02

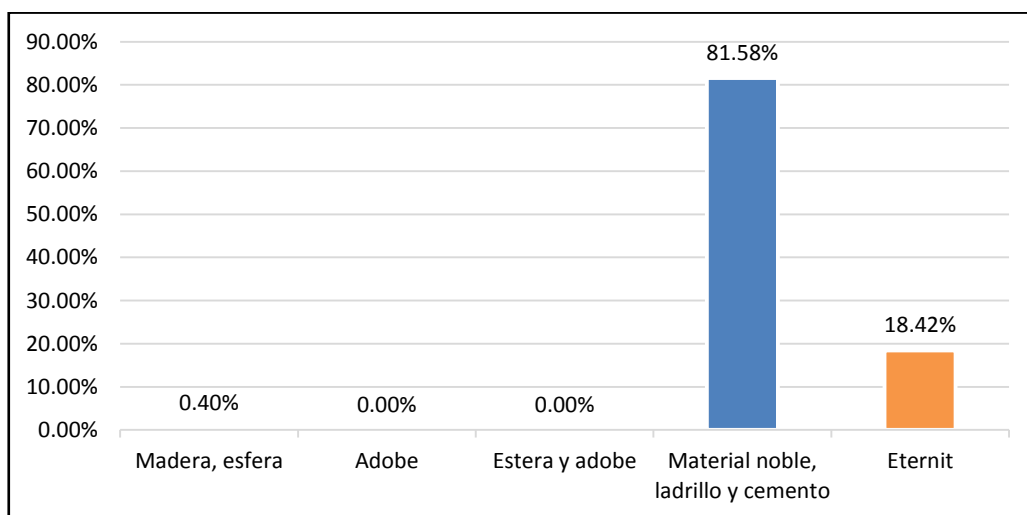
#### MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.



Fuente: Tabla N° 2.

#### GRÁFICO 04 DE LA TABLA 02

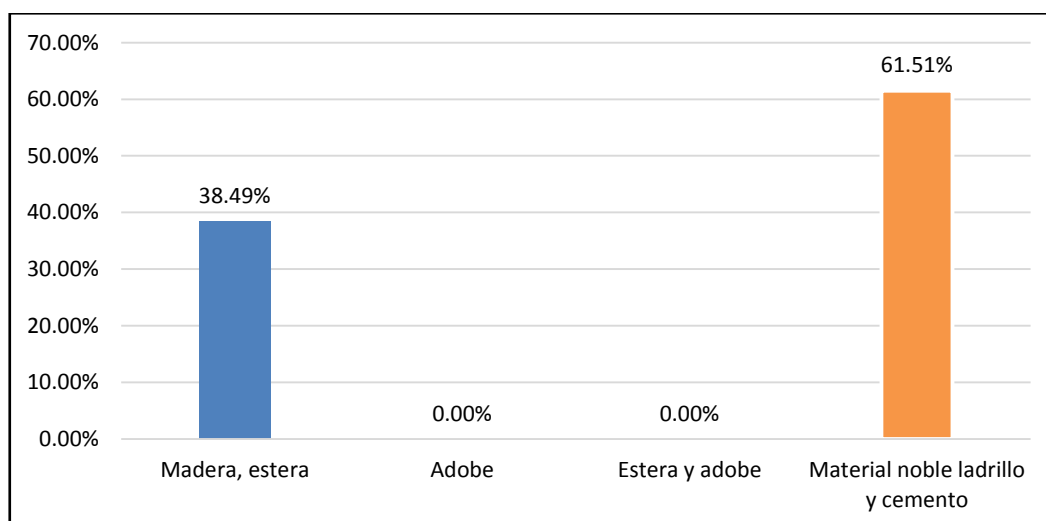
### MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.



Fuente: Tabla N° 2.

#### GRÁFICO 05 DE LA TABLA 02

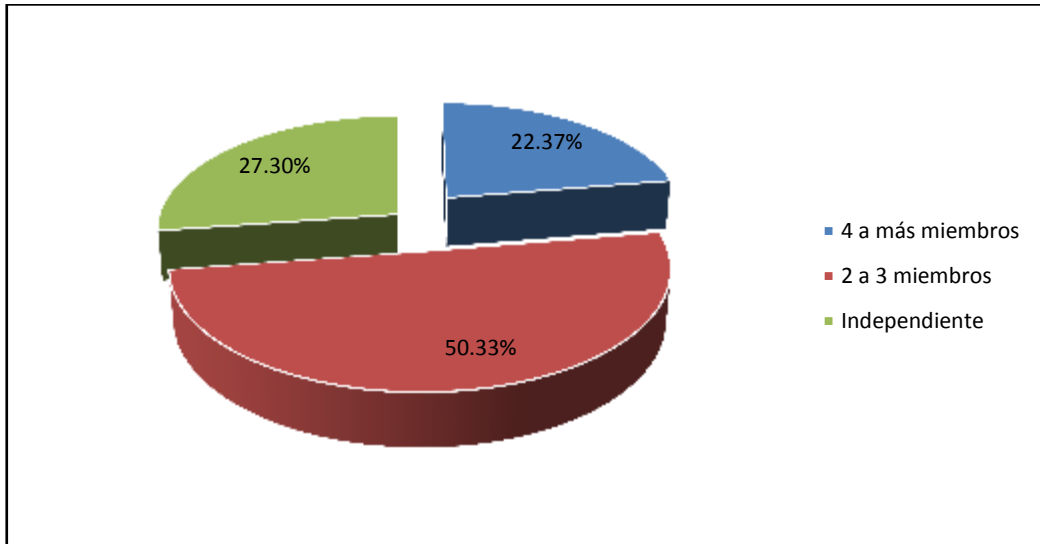
### MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.



Fuente: Tabla N° 2.

**GRÁFICO 06 DE LA TABLA 02**

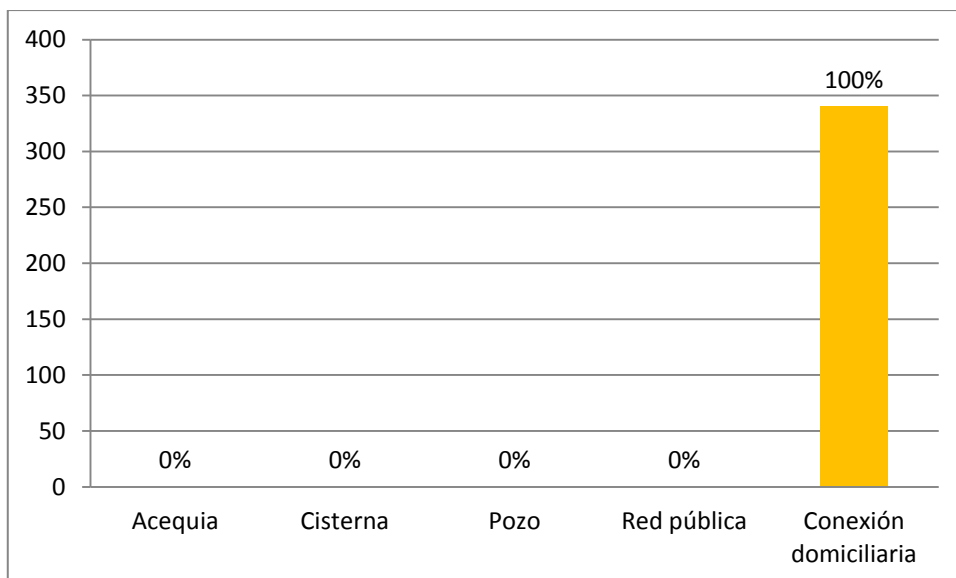
**NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN DE LA VIVIENDA DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 2.

**GRÁFICO 07 DE LA TABLA 02**

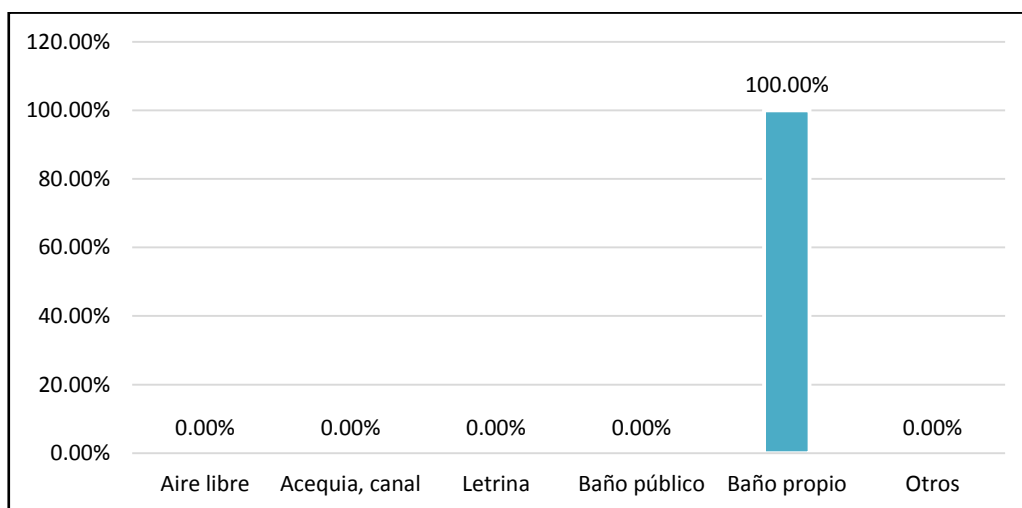
**ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LA VIVIENDA DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 2.

**GRÁFICO 08 DE LA TABLA 02**

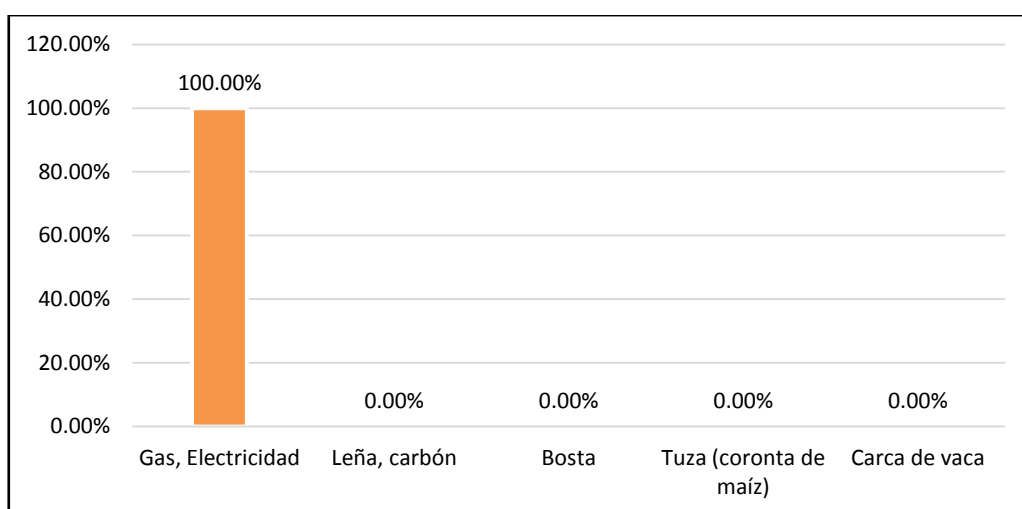
**ELIMINACIÓN DE EXCRETAS DE LA VIVIENDA DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 2.

**GRÁFICO 09 DE LA TABLA 02**

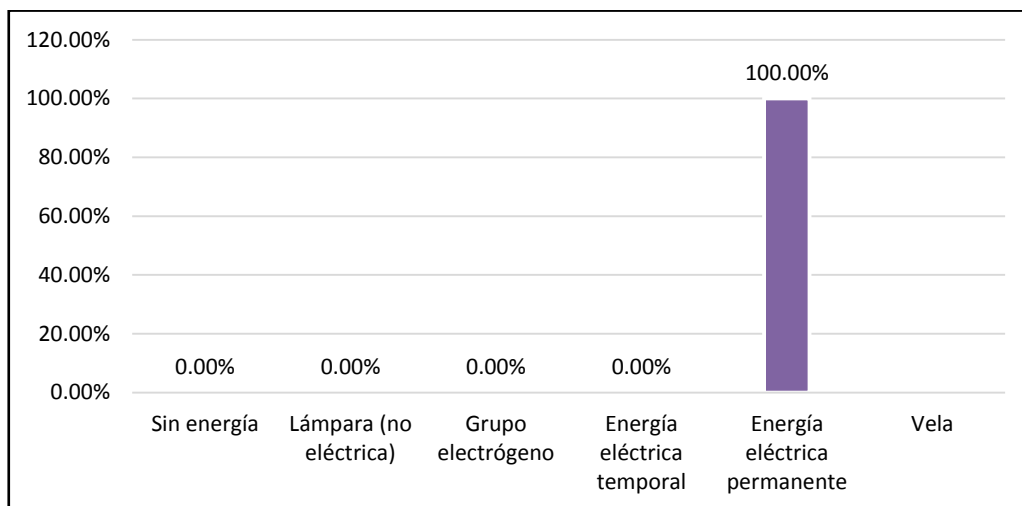
**COMBUSTIBLE QUE SÉ UTILIZA PARA COCINAR EN LAS VIVIENDAS DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 2.

**GRÁFICO 10 DE LA TABLA 02**

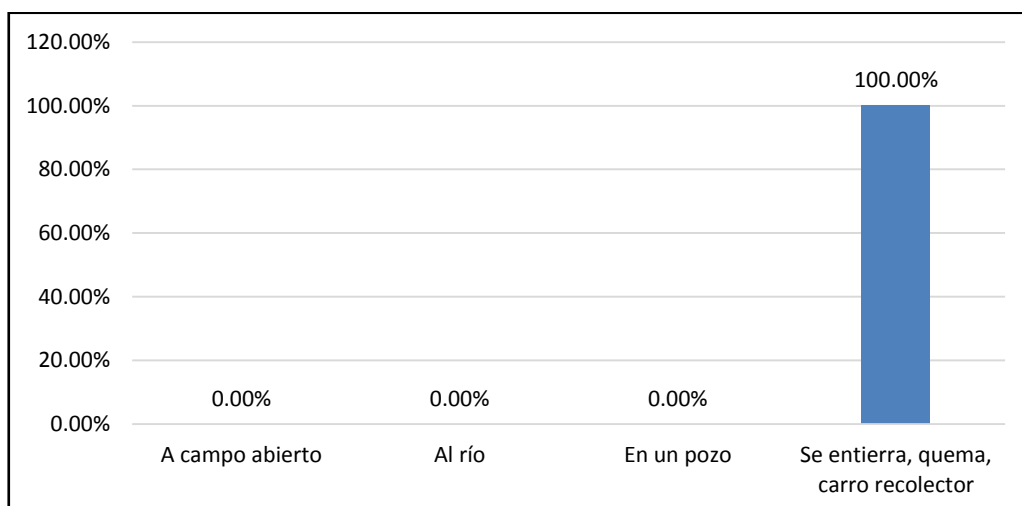
**ENERGÍA ELÉCTRICA QUE SÉ UTILIZA EN LAS VIVIENDAS DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 2.

**GRÁFICO 11 DE LA TABLA 02**

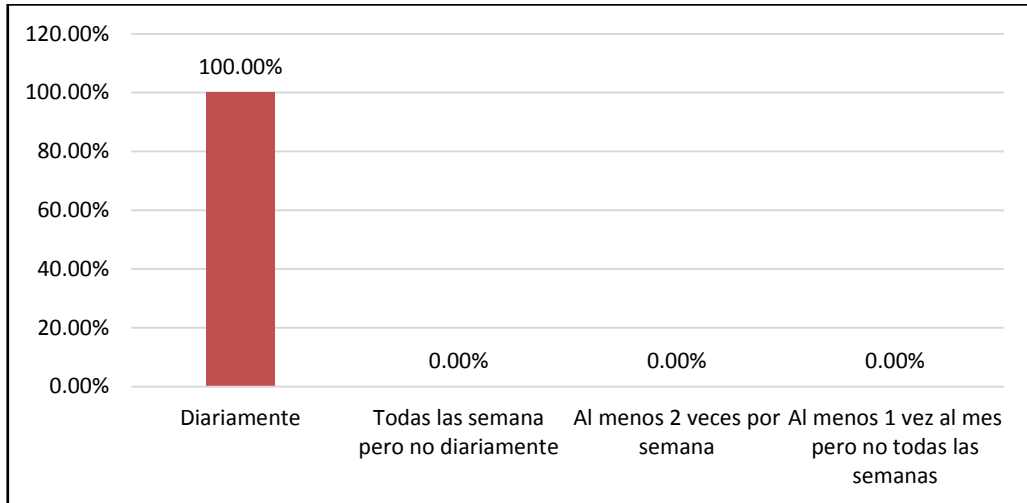
**DISPOSICIÓN DE LA BASURA EN LAS VIVIENDAS DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 2.

**GRÁFICO 12 DE LA TABLA 02**

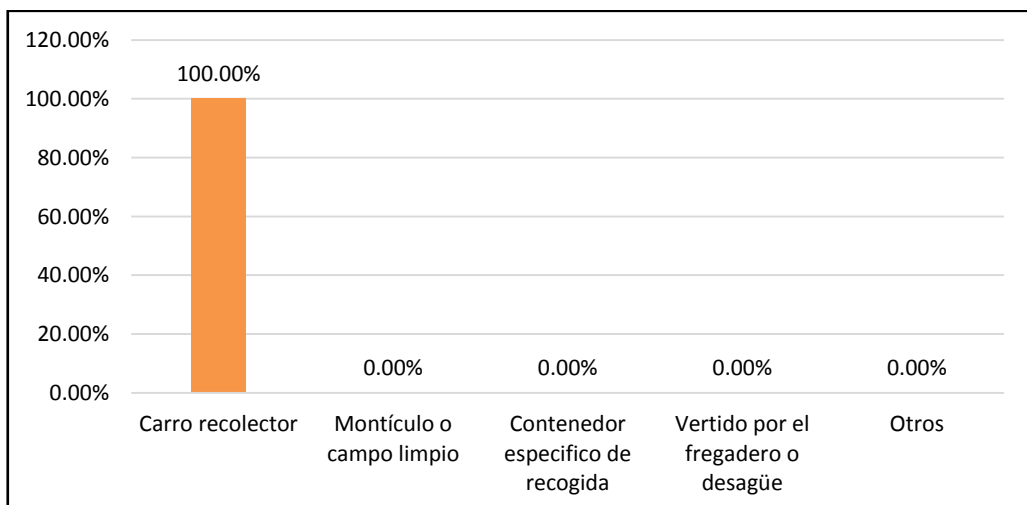
**FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR LAS VIVIENDAS DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 2.

**GRÁFICO 13 DE LA TABLA 02**

**LUGARES DONDE SUELEN ELIMINAR LA BASURA DE LAS VIVIENDAS DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**

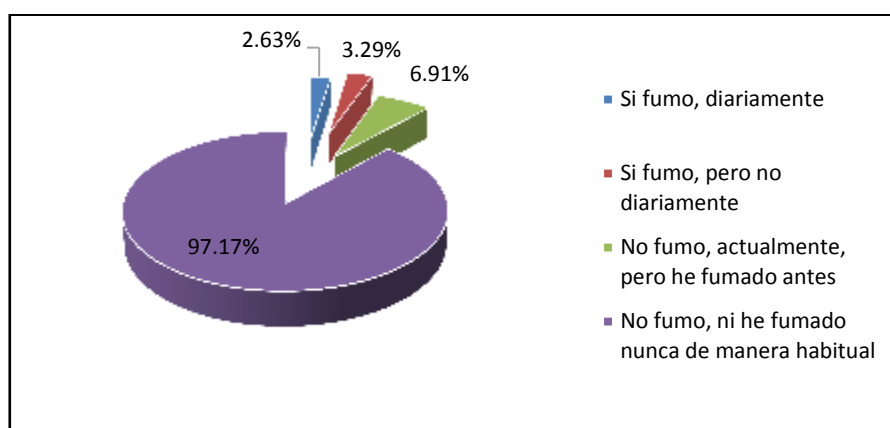


**Fuente:** Tabla N° 2.

## DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO 01 DE LA TABLA 03

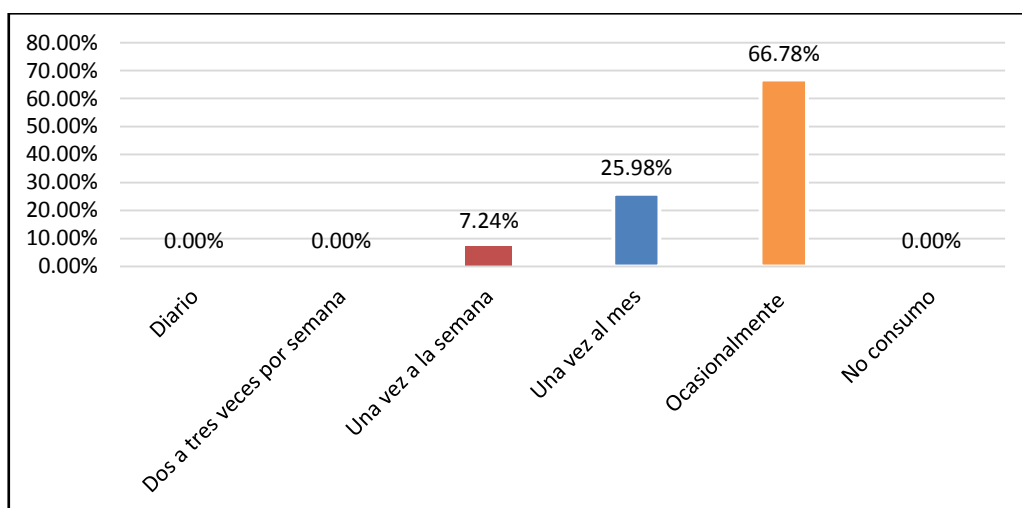
HÁBITO DE FUMAR ACTUALMENTE DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.



Fuente: Tabla N° 3.

GRÁFICO 02 DE LA TABLA 03

FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓHOLICAS DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.

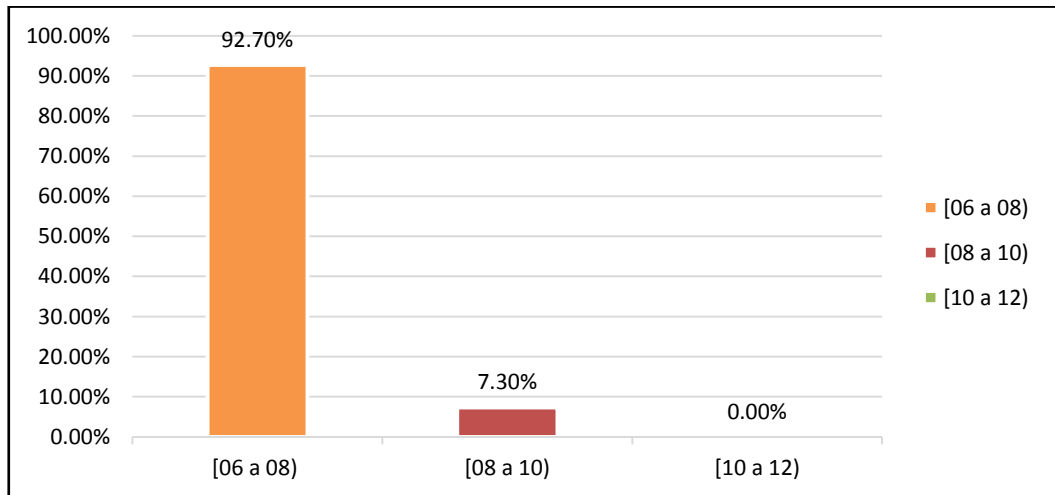


Fuente: Tabla N° 3.



**GRÁFICO 03 DE LA TABLA 03**

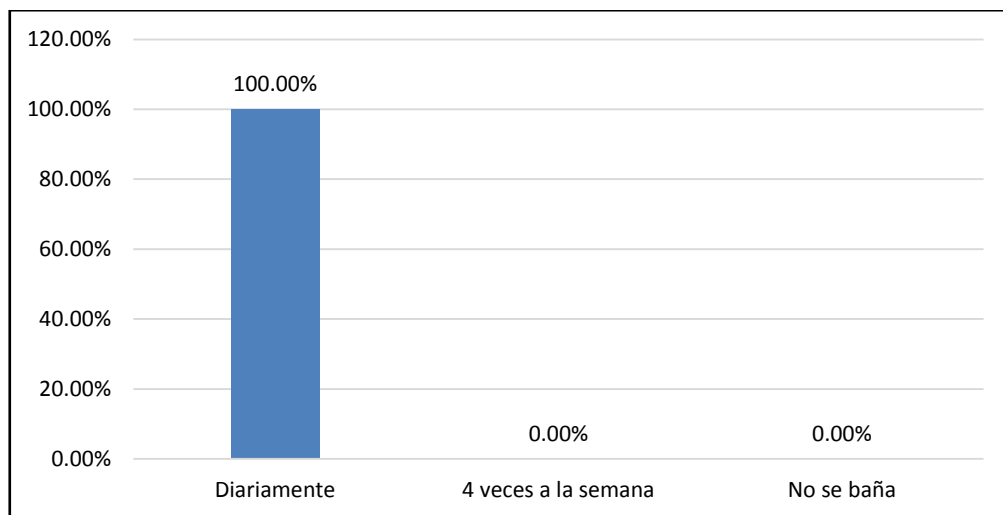
**NÚMERO DE HORAS QUE DUERMEN LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 3.

**GRÁFICO 04 DE LA TABLA 03**

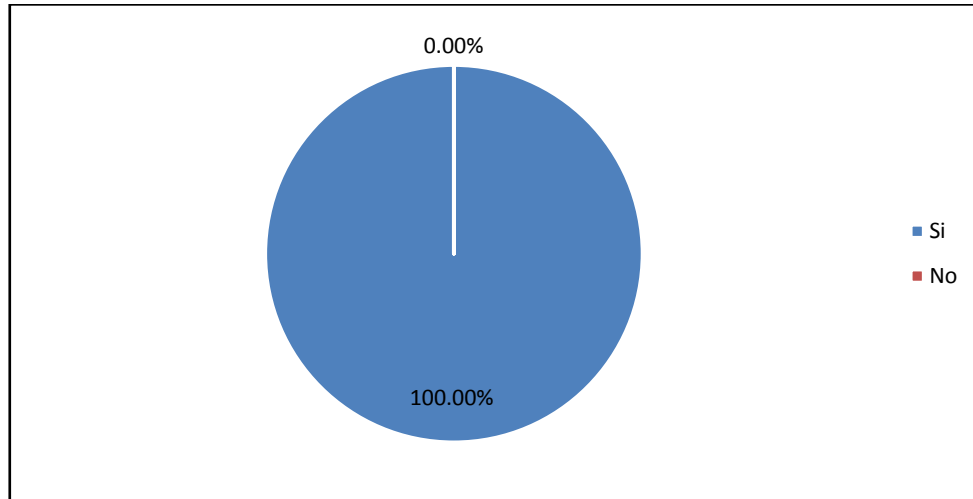
**FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑAN LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 3.

**GRÁFICO 05 DE LA TABLA 03**

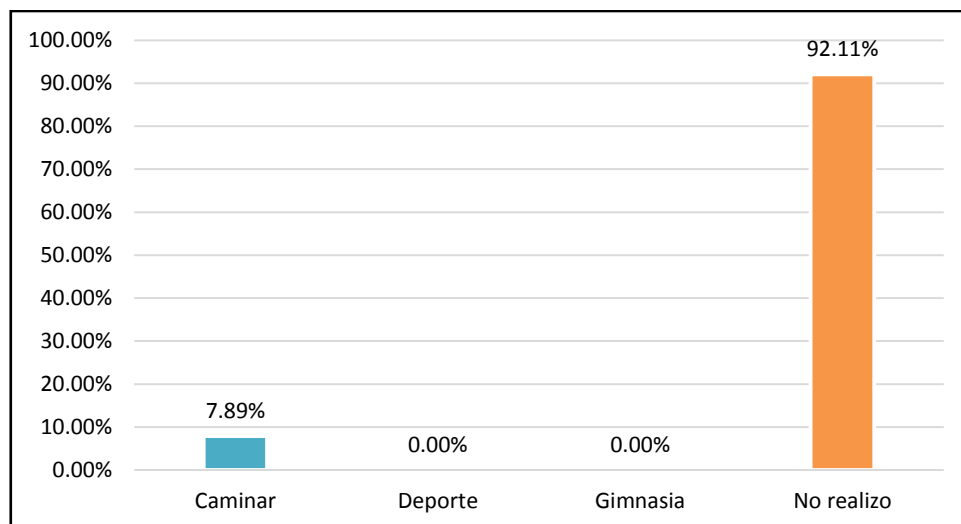
**SE REALIZA ALGUN EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 3.

**GRÁFICO 06 DE LA TABLA 03**

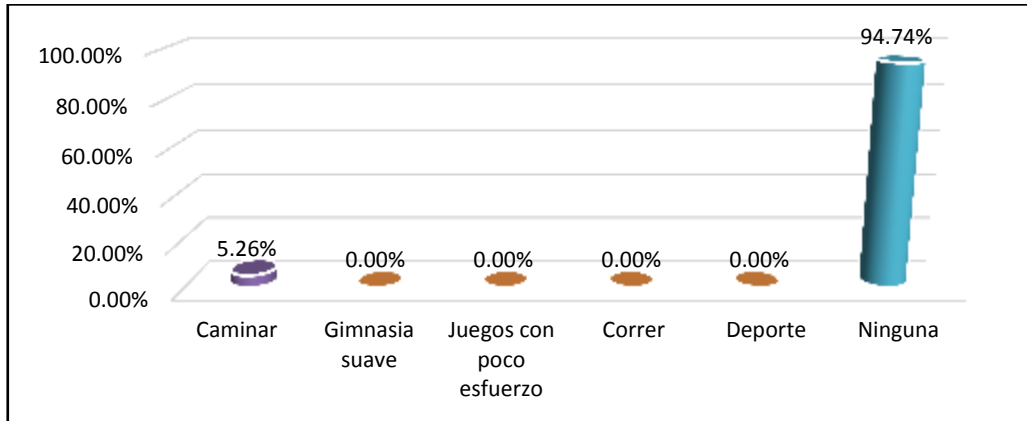
**ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 3.

**GRÁFICO 07 DE LA TABLA 03**

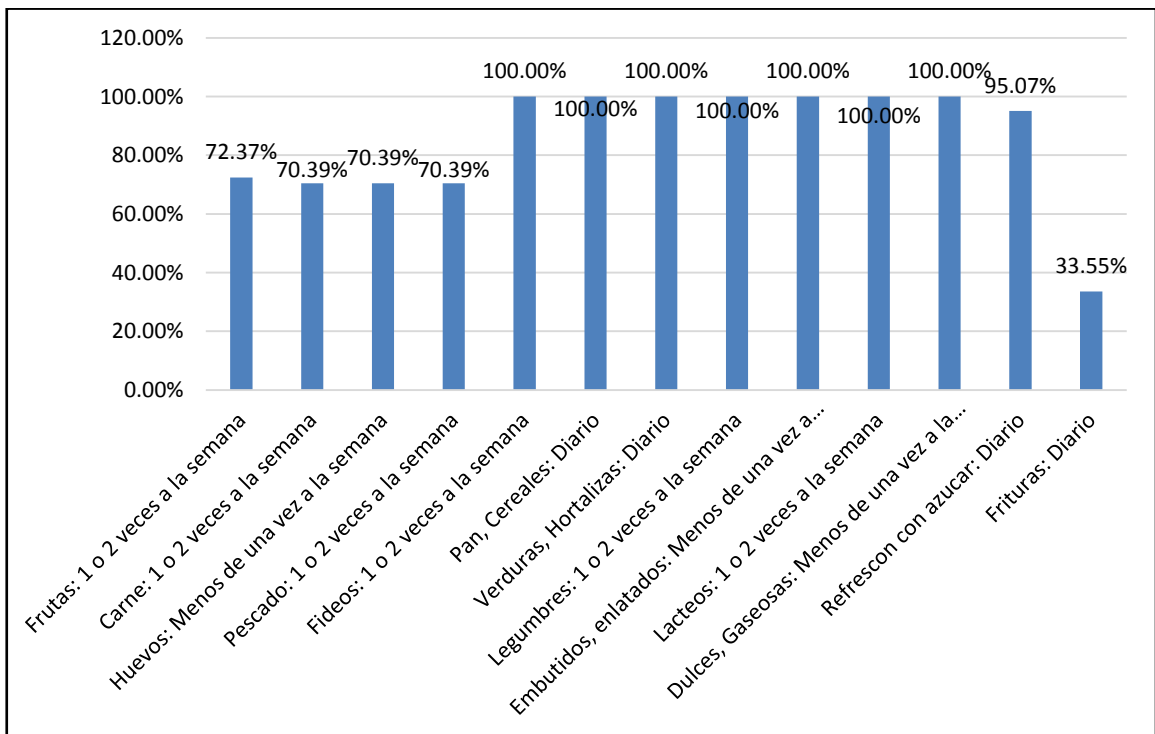
**EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZÓ DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 3.

**GRÁFICO 08 DE LA TABLA 03**

**ALIMENTOS QUE CONSUMEN LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**

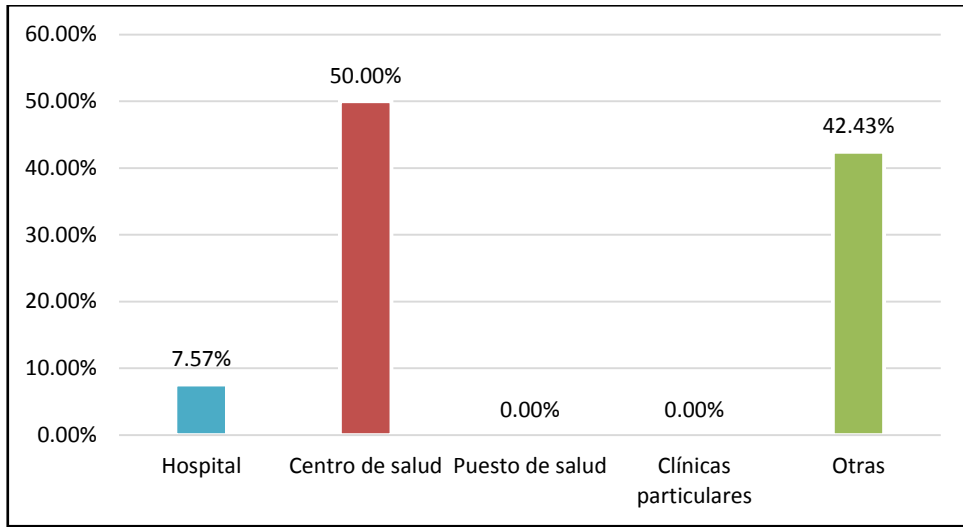


**Fuente:** Tabla N° 3.

## DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO 01 DE LA TABLA 04

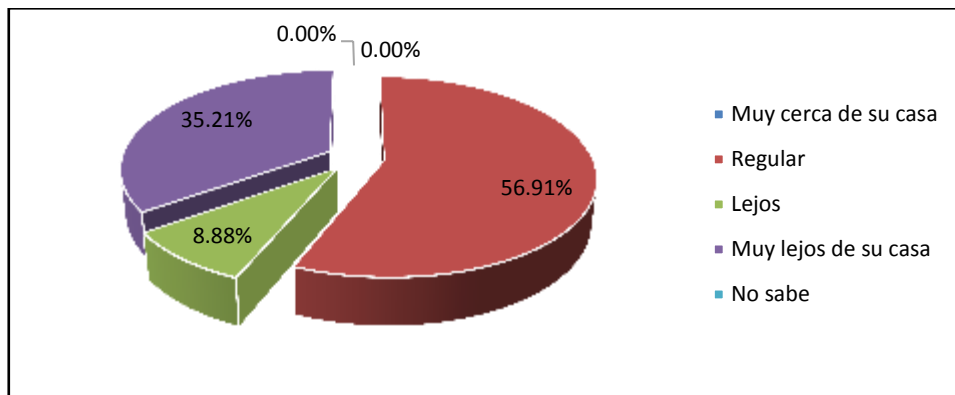
INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.



Fuente: Tabla N° 4.

GRÁFICO 02 DE LA TABLA 04

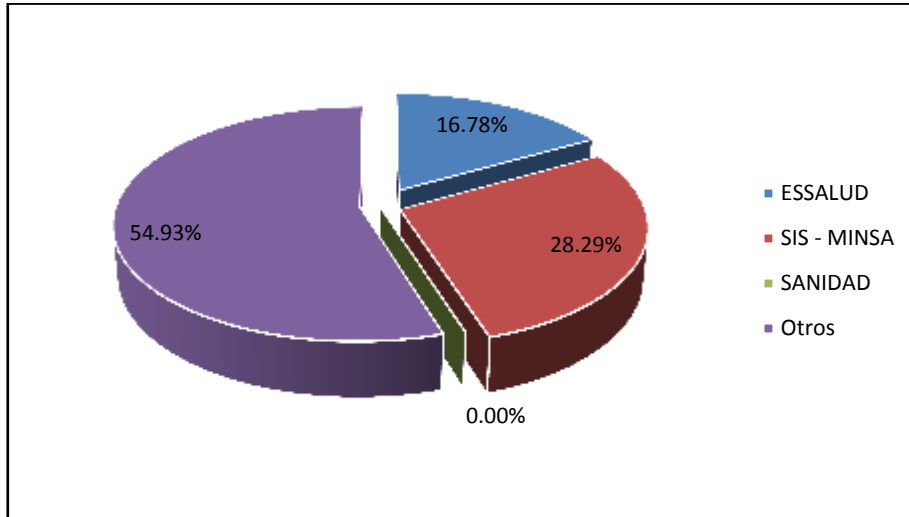
CONSIDERA USTED QUE EL LUGAR DONDE LO ATENDIERON ESTÁ DE LA VIVIENDA DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.



Fuente: Tabla N° 4.

**GRÁFICO 03 DE LA TABLA 04**

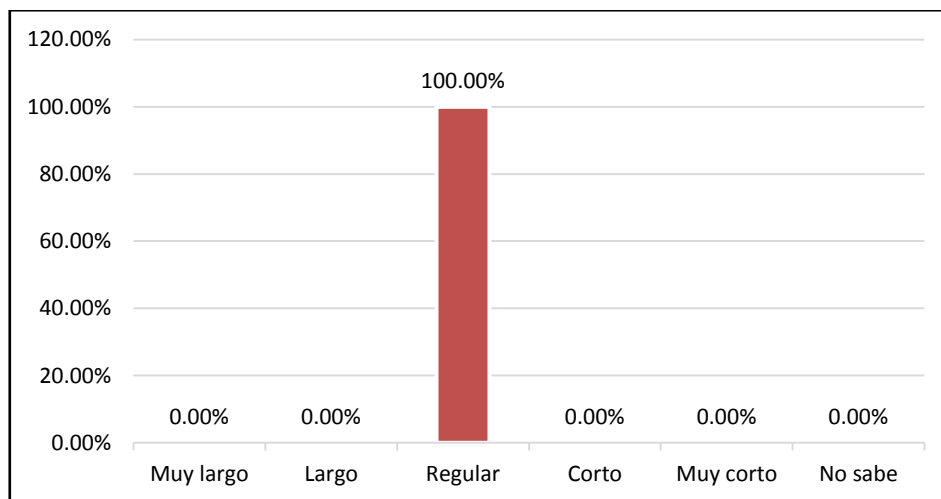
**TIPO DE SEGURO DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 4.

**GRÁFICO 04 DE LA TABLA 04**

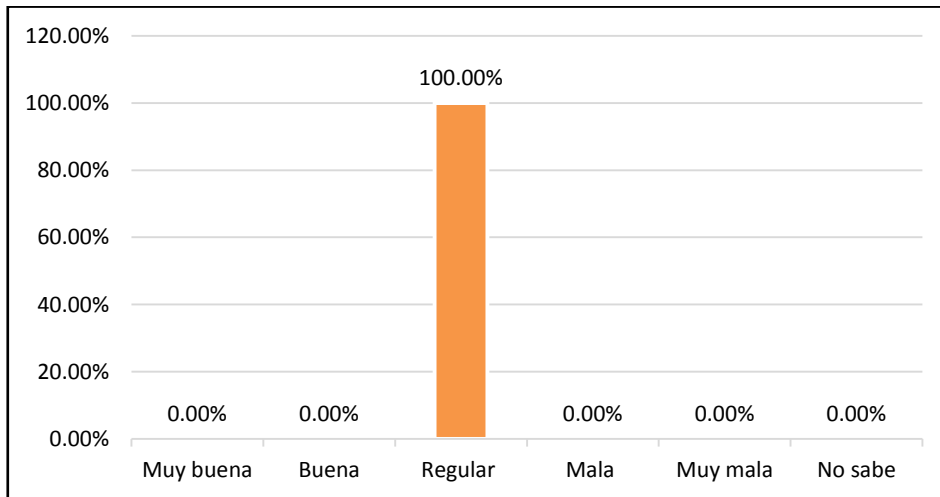
**EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA QUE LO ATENDIERAN ¿LE PARECIÓ? A LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 4.

**GRÁFICO 05 DE LA TABLA 04**

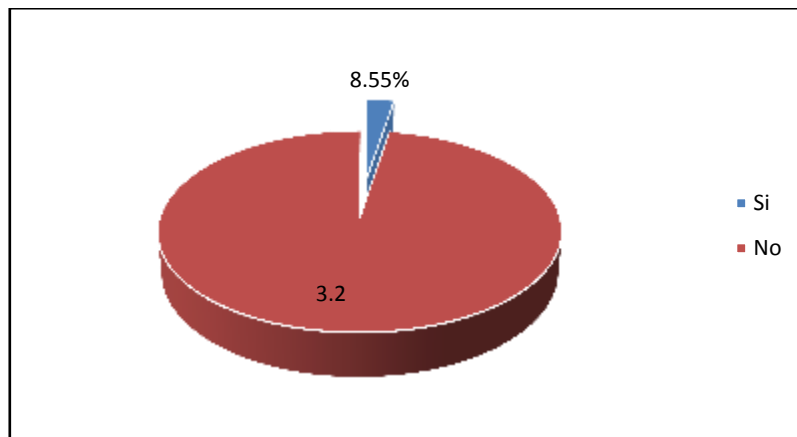
**CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 4.

**GRÁFICO 06 DE LA TABLA 04**

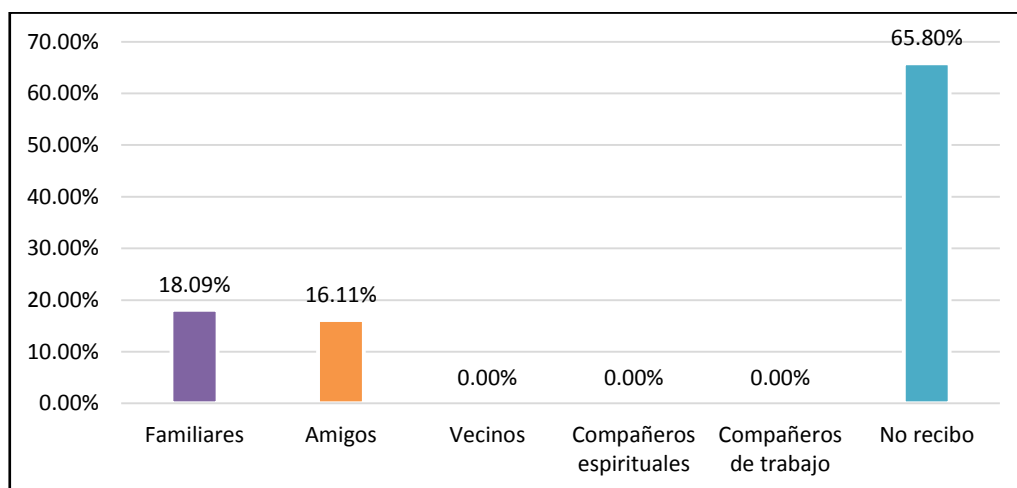
**PRESENCIA DE PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE LA CASA DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 4.

**GRÁFICO 07 DE LA TABLA 04**

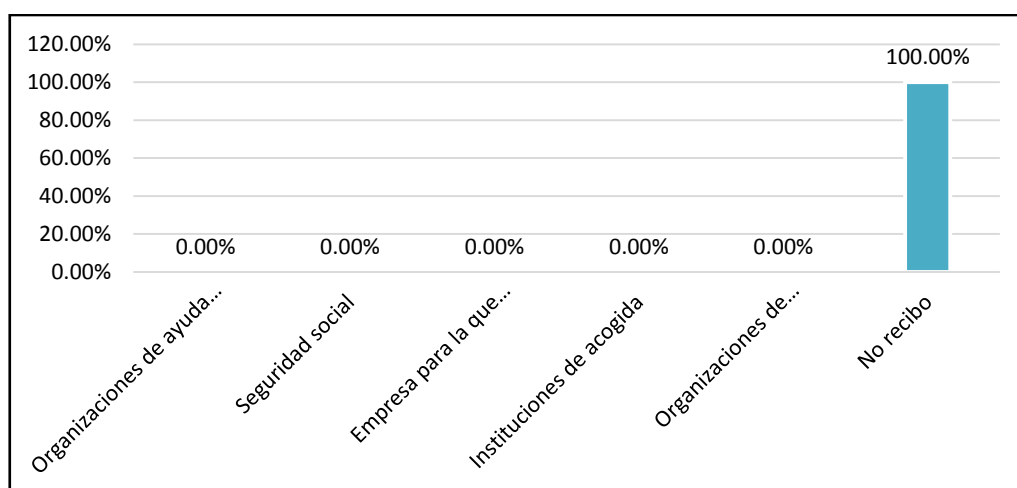
**RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 4.

**GRÁFICO 08 DE LA TABLA 04**

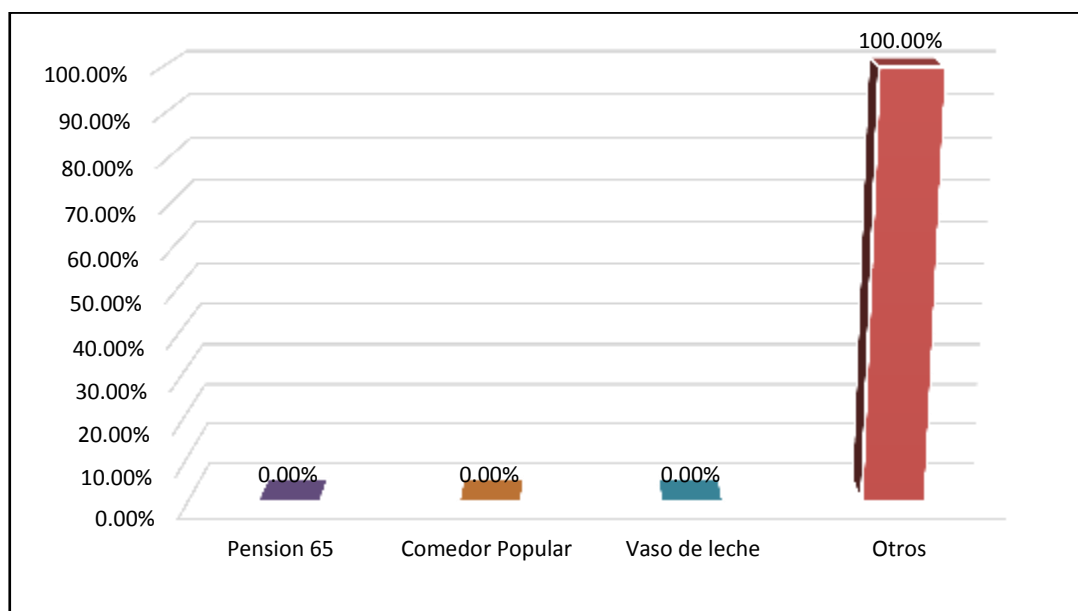
**RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 4.

**GRÁFICO 09 DE LA TABLA 04**

**RECIBE APOYO DE ALGUNAS DE ESTAS ORGANIZACIONES LAS PERSONAS ADULTAS EN LA ASOCIACION SAN FRANCISCO, TACNA 2013.**



**Fuente:** Tabla N° 4.