

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**" CALIDAD DE VIDA EN SALUD, MITOS Y CREENCIAS Y ACCESO A
ATENCIÓN SANITARIA INSTITUCIONALIZADA, EN LA POBLACION
ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024"**

TESIS

PRESENTADA POR:

BACH. ELENA VIZCARRA LIMACHE

ASESORA:

MG. JESSICA MARIANELLA QUIROZ CARRASCO

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

TACNA – PERÚ

2024

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por la maravillosa familia que me ha dado y es para ellos que dedico el presente, porque son ellos quienes no dejaron de creer en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio, aprendiendo a ser una persona de valor con deseo de triunfo y superación en la vida. Se que siempre estarán a mi lado apoyándome incondicionalmente.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, ELENA VIZCARRA LIMA CHE, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 10719557, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

" CALIDAD DE VIDA EN SALUD, HITOS Y CREENCIAS Y ACCES A ATENCIÓN SANITARIA INSTITUCIONALIZADA, EN LA POBLACIÓN ALTOMONTAÑA DE CONDORAVE, 2024 "

Asesorada por MG. JESSICA MARIANELLA QUIROZ GARCÍA, la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI: 10719557

Fecha: 12/12/2024

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, hermanos todos, sobrinos y a la familia que sin serlo no dejaron que me diera por vencida, y siempre estuvieron presente, a mis amigos y amigas, a mis padrinos a mi mamá Severina por su paciencia y dedicación incondicional.

A mi asesora por sus conocimientos, su guía, paciencia y rectitud.

A los habitantes del distrito de Candarave por su tiempo y participación al dar su valioso aporte a la investigación.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la asociación entre la Calidad de vida en salud y el acceso a atención sanitaria institucionalizada, mitos y creencias en la población altoandina de Candarave, 2024.

Material y método: Estudio observacional de corte transversal, prospectivo y analítico, de nivel relacional, mediante visitas domiciliarias se aplicó dos cuestionarios, uno de calidad de vida y el otro sobre características demográficas y mitos y creencias de la población. Se logró encuestar a un total de 316 pobladores, jefes de hogar

Resultados: El 25,3% tenía de 60 años a más seguido de un 24,1% / 40 a 49 años. El 59,8% era de sexo femenino y el 40,2% masculino. El 33,2% era agricultor independiente seguido de un 26,6% ama de casa. Un 22,8% tenía diferentes ocupaciones. El 50,6% era de nivel secundario seguido de un 24,1% de nivel primario. El 35,8% era conviviente seguido de un 36,7% en la condición de soltero. El 48,4% tenía de 1 a 2 hijos dependientes. El 51,3% por lo menos tenía de 1 a 2 personas dependientes. Un 14,8% no contaba con seguro médico. El 27,8% refiere que los principales problemas de la comunidad son los respiratorios seguido de un 24,1% con problemas gastrointestinales y 12,3% con problemas de que es el cáncer. El 47,2% cree que los mates naturales son el principal remedio a sus dolencias seguido de un 14,6% asociado a alimentación saludable. El 69,6% refiere que el establecimiento responde a sus necesidades de atención, pero un 30,4% de que no lo hace. Respecto a la relación del establecimiento de salud con la comunidad, el 34,2% refiere que es regular, un 32% que refiere que es buena a pesar de sus carencias y un 12,7% que afirma que la relación es mala porque la gente no confía.

Conclusiones: Según dimensiones de calidad de vida, las más comprometidas son el rol físico y el rol emocional. El 45,3% estaba en un nivel de calidad mala seguidode 38% como regular y sólo el 16,8% considerada como buena. El 47,2% cree que los mates naturales son el principal remedio a sus dolencias seguido de un 14,6% asociado a alimentación saludable y que el 69,6% refiere que el establecimiento

responde a sus necesidades de atención, pero un 30,4% de que no lo hace además sobre los mitos y creencias acerca del acceso a la atención sanitaria que se relacionaron con la calidad de vida en salud fueron, los que tenían que ver con la forma de remediar o prevenir la salud, la razón por la cual acuden por atención, el no haber sido atendido en sus necesidades de salud, y la relación entre el establecimiento de salud y la comunidad, mostrando valores significativos menores a 0,05.

Palabras clave: Calidad de Vida, Mitos, Creencias y Accesibilidad. Población Altoandina.

ABSTRACT

Objective: To identify the association between quality of life in health and access to institutionalized health care, myths and beliefs in the high Andean population of Candarave, 2024.

Method: Observational, cross-sectional, prospective, analytical, relational, cross-sectional study. Two questionnaires were applied through home visits, one on quality of life and the other on demographic characteristics and myths and beliefs of the population. A total of 316 inhabitants, heads of household, were surveyed.

Results: 25.3% were aged 60 years or older followed by 24.1% / 40 to 49 years. Fifty-nine.8% were female and 40.2% male. 33.2% were self-employed farmers followed by 26.6% housewives. 22.8% had different occupations. 50.6% were at secondary level followed by 24.1% at primary level. 35.8% were cohabiters followed by 36.7% in the single condition. 48.4% had 1 to 2 dependent children. 51.3% had at least 1 to 2 dependents. 14.8% did not have health insurance. 27.8% said that the main problems in the community were respiratory problems, followed by 24.1% with gastrointestinal problems and 12.3% with problems such as cancer. 47.2% believe that natural herbal teas are the main remedy for their ailments followed by 14.6% associated with healthy eating. 69.6% said that the facility responds to their care needs but 30.4% that it does not. Regarding the relationship of the health facility with the community, 34.2% refer that it is regular, 32% refer that it is good despite its shortcomings and 12.7% state that the relationship is bad because people do not trust.

Conclusions: According to dimensions of quality of life, the most compromised are the physical role and the emotional role. The 45.3% were in a bad quality level followed by 38% as regular and only 16.8% considered as good. 47.2% believe that natural mates are the main remedy for their ailments, followed by 14.6% associated with healthy eating and 69.6% say that the establishment responds to their care needs, but 30.4% of those who do not do so also about the myths and beliefs about access to health care that were related to quality of life in health were those that had

to do with how to remedy or prevent health, the reason why which they come for care, not having been attended to in their health needs, and the relationship between the health establishment and the community, showing significant values less than 0.05.

Key words: Quality of Life, Myths, Beliefs and Accessibility. High Andean population

INDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	7
INDICE.....	9
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I.....	14
1 EL PROBLEMA.....	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	15
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	16
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
1.4 JUSTIFICACIÓN	16
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	18
CAPÍTULO II	20
2 REVISIÓN DE LA LITERATURA	20
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	20
2.1.1 INTERNACIONALES.....	20
2.2 MARCO TEÓRICO	26
2.2.1 CALIDAD DE VIDA EN SALUD.....	26
2.2.2 ACCESO A ATENCIÓN SANITARIA.....	32
2.2.3 MITOS Y CREENCIAS EN SALUD.....	37

2.2.4	Población altoandina	42
CAPÍTULO III	.....	44
3	HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	44
3.1	HIPÓTESIS	44
3.2	VARIABLES	44
3.2.1	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	44
CAPÍTULO IV	.....	47
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
4.1	TIPO DE ESTUDIO	47
4.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	47
4.3	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	47
4.4	ÁMBITO DE ESTUDIO	47
4.5	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	49
4.5.1	Población	49
4.6	TECNICA Y FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	51
4.6.1	TÉCNICA.....	51
4.6.2	INSTRUMENTOS (ver anexos)	52
CAPÍTULO V	.....	54
5	PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS	54
5.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS.....	54
5.2	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	54
5.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS	55
RESULTADOS	.....	56
DISCUSIÓN	.....	82
LIMITACIONES	.....	85

CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFIA	89
ANEXOS	94

INTRODUCCIÓN

Candarave, provincia del departamento de Tacna, está situada en la elevada región andina. Esta zona culturalmente vibrante y geográficamente exigente concede gran importancia a la salud y al acceso a la atención sanitaria institucionalizada para garantizar un alto nivel de vida y bienestar. Para profundizar en este asunto se propone un proyecto de investigación que pretende explorar dos aspectos cruciales: la percepción y expectativas de la población altoandina de Candarave sobre la calidad de su salud y sus creencias populares respecto al sistema de atención médica institucionalizado.

El objetivo principal del estudio es proporcionar información sobre la percepción y expectativas del estado de salud entre los residentes de Candarave y su impacto en sus actividades diarias. Además, la investigación tiene como objetivo explorar los mitos y creencias predominantes que rodean el sistema de salud institucionalizado dentro de la comunidad. Además, el estudio busca comprender en qué medida estas creencias pueden afectar la utilización de los servicios de salud y la satisfacción general con ellos.

Este estudio pretende reunir evidencias que de algún modo pudiesen ayudar a mejorar la comprensión sobre la salud y las experiencias asistenciales de la comunidad altoandina de Candarave. Este conocimiento es crucial para desarrollar intervenciones efectivas y justas que puedan mejorar la calidad de vida y minimizar las disparidades en salud. Además, el estudio identificará áreas clave para futuras investigaciones y políticas públicas que apunten a mejorar el acceso y la calidad de la atención médica en la región altoandina de Candarave.

Para lograr nuestro objetivo, emplearemos metodologías idóneas. Los datos recopilados serán sometidos a un análisis exhaustivo utilizando técnicas estadísticas adecuadas, considerando la perspectiva única de la comunidad altoandina de Candarave. En última instancia, anticipamos que esta investigación resultará valiosa no sólo para los residentes locales sino también para los profesionales de la

salud y los colegas académicos que están interesados en comprender el estado presente y futuro de la atención médica en la región altoandina de Candarave.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para abordar el problema de la calidad de vida en salud y acceso a atención sanitaria institucionalizada, mitos y creencias en la población altoandina de Candarave en 2024, es fundamental considerar algunos problemas y mitos más frecuentes en las poblaciones de zonas altoandinas o rurales son la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud en la región, incluyendo la infraestructura, esta podría ser insuficiente o contar con pobre estado de centros de salud, en la zona; escasez de profesionales de la salud, de médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud y la falta de cobertura de seguros de salud; la calidad de vida muestra algunos indicadores de salud pública, como tasas de mortalidad, enfermedades prevalentes y acceso a medicamentos esenciales; además de las percepciones culturales sobre la salud y la atención médica, incluyendo prácticas tradicionales y su impacto en la búsqueda de cuidados de salud formales. Se reconoce las dificultades de transporte, por la lejanía al centro de salud, si bien muchos pobladores cuentan con medios de comunicación como son los celulares, esto no es muy frecuente en la población adulta mayor y agricultores o ganaderos, por lo que desplazarse a los centros de salud representan un verdadero sacrificio; y si a esto le agregáramos costos o tarifas elevadas para consultas y tratamientos, además de gastos de viaje y alojamiento durante el tratamiento.

Pero es también otra dificultad en el poblador el bajo nivel educativo y cultura, el desconocimiento de derechos y recursos disponibles, así

como miedo a la tecnología moderna y sistemas de salud; los mitos y creencias son prejuicios y falsas creencias sobre la atención médica formal, que pueden llevar a buscar soluciones alternativas muchas veces inadecuadas. Para estas personas ser atendido en un centro de salud puede agregarse la percepción de problemas administrativos, donde los trámites pueden percibirse como complicados para obtener tarjetas de seguro médico, documentación requerida y procesos burocráticos; afirmamos esto por las disparidades regionales; por la falta de equilibrio en la distribución de recursos y servicios de salud entre regiones rurales y urbanas.

Por otro lado, los datos internacionales y nacionales (1–3), muestran siempre a las poblaciones andinas o rurales, como los más desprotegidos sanitariamente, por los factores culturales, sociales, económicos, y que explica la situación de brechas y tendencias para estas poblaciones. Considerando esas situaciones, es que, la Dirección de salud, constantemente, organiza actividades, que acorten esas brechas; por ello el interés de integrar estos elementos, se podrá comprender mejor la situación de la población altoandina de Candarave en relación con la calidad de vida en salud y el acceso a atención sanitaria, así como desentrañar los mitos y creencias que puedan estar influyendo en dicha situación.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Está la Calidad de vida en salud asociada al acceso a atención sanitaria institucionalizada, mitos y creencias en la población altoandina de Candarave, 2024?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la asociación entre la Calidad de vida en salud y el acceso a atención sanitaria institucionalizada, mitos y creencias en la población altoandina de Candarave, 2024.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar las principales características sociodemográficas y laborales de la población altoandina de Candarave, 2024
- b) Determinar la calidad de vida en salud (SF-36) según las dimensiones de Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental de los habitantes de Candarave, 2024.
- c) Identificar los principales mitos y creencias en la búsqueda de atención sanitaria institucionalizada en relación y respuesta de los servicios de salud, y propuesta de mejora de atención sanitaria percibida por la población altoandina de Candarave, 2024

1.4 JUSTIFICACIÓN

Desde una perspectiva práctica, la región altoandina de Candarave enfrenta desafíos significativos en términos de acceso a servicios de salud de calidad y la presencia de mitos y creencias arraigados que pueden afectar las decisiones de atención médica.

La investigación práctica permitirá identificar barreras concretas que obstaculizan el acceso a la atención sanitaria institucionalizada, lo que

a su vez contribuirá al diseño de intervenciones específicas para mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud en la zona.

Los resultados prácticos derivados de este estudio podrían tener un impacto directo en la vida cotidiana de los habitantes de Candarave al mejorar su acceso a servicios médicos esenciales y promover una mejor calidad de vida en salud.

El aporte teórico se centrará en comprender los mitos y creencias arraigados en la población altoandina, lo que contribuirá al avance del conocimiento sobre las percepciones culturales y sociales relacionadas con la salud en contextos rurales.

Al explorar teóricamente cómo estas creencias influyen en las decisiones de atención médica, se podrá ampliar la comprensión académica sobre los factores socioculturales que moldean las actitudes hacia la salud y el bienestar.

Los hallazgos teóricos obtenidos podrían servir como base para futuras investigaciones interdisciplinarias en campos como antropología médica, sociología de la salud y salud pública.

La importancia de esta propuesta radica en abordar un problema real y urgente en una comunidad vulnerable, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y el acceso a servicios de salud esenciales para la población altoandina de Candarave.

Este estudio innovador busca no solo generar conocimiento académico valioso, sino también implementar soluciones prácticas y sostenibles que puedan tener un impacto positivo a largo plazo en la salud y el bienestar de la población local.

Esta investigación combina elementos prácticos, teóricos, importancia e innovación para abordar un problema complejo y relevante relacionado con la calidad de vida en salud y el acceso a atención

sanitaria institucionalizada, así como los mitos y creencias presentes en la población altoandina de Candarave, esa información es relevante ya que, permitiría se tome mejores decisiones para la cobertura sanitaria en las poblaciones altoandinas y rurales de la región.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Calidad de vida en salud:** La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) según la OMS se define como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Por lo tanto, la CVRS, se refiere a cómo la salud de una persona afecta su calidad de vida este concepto es muy importante en el campo de los cuidados sanitarios, ya que el bienestar de los pacientes es un factor crucial a considerar en su tratamiento y en el mantenimiento de su vida
- **Accesibilidad a servicio de salud:** Se define como un vínculo que se construye entre usuarios y los servicios de salud y su análisis debe incluir un estudio de las representaciones prácticas y percepción de la población conjuntamente con las condiciones con relación al proceso de salud la accesibilidad se refiere a la capacidad de un individuo para obtener atención médica.
- **Atención sanitaria:** Se refiere al conjunto de servicios que se proporcionan a las personas con el objetivo de promover, mantener o restaurar la salud. Estos servicios son proporcionados por profesionales en los campos de la medicina, enfermería, odontología, farmacia y otros cuidados de salud afines. La atención sanitaria puede ser primaria, secundaria o terciaria

- Mitos y creencias en salud: son las ideas y percepciones que las personas tienen sobre la salud y enfermedad que pueden no estar basadas en hechos científicos. A menudo, estas creencias pueden influir en cómo las personas buscan y reciben atención médica. Un mito en salud es una creencia que es popularmente aceptada pero que es falsa o inexacta. Por ejemplo, un mito común de la salud es que el frío puede causar un resfriado, cuando en realidad los resfriados son causados por virus. Las creencias en salud, por otro lado, pueden ser más subjetivas y estar basadas en las experiencias personales, la cultura, la religión y otras influencias. Estas creencias pueden afectar cómo una persona percibe su propia salud y cómo maneja su bienestar. Por ejemplo, algunas personas pueden creer que ciertas enfermedades son un castigo o el resultado de acciones pasadas.
- Zona Altoandina: Se refiere a las altas cumbres de la Cordillera de los Andes en todo el oeste de América del Sur. Esta región incluye formaciones de estepas arbustivas y herbáceas y se caracteriza por su altitud. En el contexto de Perú, la zona altoandina es una región montañosa y de altiplanicies constituida por las tierras medias y altas de la cordillera de los Andes. Se extiende a lo largo del país de norte a sur y dentro de la geografía del Perú constituye una región geográfica tradicional (4).

CAPÍTULO II

2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

2.1.1 INTERNACIONALES

Oñate et al (5), realizaron un artículo basado en un trabajo de tesis de postgrado, donde tras un análisis hacer de la práctica y persistencia de conductas y actitudes de salud basadas en la medicina tradicional por ello es que buscaron determinar si existen mitos y creencias sobre la salud en la población de estudio, describir dichos mitos y creencias, determinar si han persistido en el tiempo y recopilar los mitos y creencias más comunes en la Sierra de Cádiz. Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal. Nuestra herramienta de recogida de datos fue un cuestionario cumplimentado por 45 profesionales de la salud del área de estudio. Un total de 73,3% de la población tenía mitos o creencias relacionadas con la salud, de los cuales el 70% recurría a curanderos y al uso de otros recursos. Este estudio abre y motiva nuevas líneas de investigación y destaca la necesidad de desarrollar campañas educativas e implementar programas de educación para la salud en los que se involucre la medicina tradicional

Bezerra et al (6) Brasil tiene una rica diversidad poblacional, lo que la hace responsable de garantizar los derechos sociales de todos. En esta perspectiva, esta investigación busca categorizar cuáles son los principales desafíos en el acceso a la salud que enfrentan las

poblaciones rurales y comprender cómo la ejecución de esta atención de salud es realizada por los profesionales desde la perspectiva de la población rural. Se trata de un estudio transversal, con enfoque cualitativo, realizado en el Asentamiento Nossa Senhora Aparecida, ubicado en el municipio de Pesqueira (estado de Pernambuco) en 2018. Los resultados demuestran que los desafíos que enfrentan las familias asentadas se deben a la dificultad de acceso a los servicios de salud. Ante esto, la población rural opta por mantener vivas sus prácticas culturales enfocadas a su salud. Por lo tanto, es común utilizar hierbas medicinales y místicas relacionadas con creencias religiosas en las prácticas de autocuidado. Se concluyó que las políticas públicas actuales presentan vacíos en su implementación, especialmente en términos de accesibilidad, seguridad, educación en salud, equidad y respeto a las diferencias culturales. Además, existe precariedad a nivel nacional de estudios enfocados a los determinantes de la salud y de la población rural, lo que hace necesario que se realicen más investigaciones para que puedan surgir nuevas políticas públicas.

Zghal et al (7). Los nuevos inmigrantes subutilizan la atención médica debido a múltiples barreras. Aunque la atención sanitaria culturalmente competente mejora el acceso, normalmente es evaluada por los proveedores, no por los recién llegados, cuyas percepciones son más importantes. 117 nuevos inmigrantes completaron encuestas que incluían medidas de competencia cultural y calidad de vida relacionada con la salud (QOL) en Windsor, Ontario, Canadá. Se realizaron una serie de análisis de regresión lineal por pasos para identificar predictores independientes de la calidad de vida y sus cuatro dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Nuestros resultados ajustados

sugieren que las experiencias de discriminación se asociaron negativamente con la calidad de vida general ($\beta = -0,313$; $p < 0,001$) y la salud emocional ($\beta = -0,318$; $p < 0,001$), bienestar social ($\beta = -0,177$; $p = 0,048$) y ambiental ($\beta = -0,408$; $p < 0,001$). La discriminación influye negativamente en la calidad de vida de los nuevos inmigrantes. La capacitación en competencia cultural de los proveedores debe enfatizar la influencia de la discriminación de los proveedores en la salud de los inmigrantes y explorar los valores y prejuicios de los estudiantes.

Chen, Y., et al, (8) plantea que los residentes rurales pueden tener un menor acceso y uso de ciertas fuentes de información de salud en comparación con los residentes urbanos. Investigamos las diferencias en el acceso y uso de fuentes de información entre adultos rurales y urbanos de EE. UU. y si tener un bajo nivel de alfabetización sanitaria podría exacerbar las disparidades rurales en el acceso y uso de la información sanitaria. Seiscientos participantes (50% rurales) completaron una encuesta en línea sobre el acceso y uso de 25 fuentes de información sanitaria. Utilizamos modelos de regresión logística para probar asociaciones entre la ruralidad y el acceso y uso de fuentes de información de salud y si la ruralidad interactuaba con la alfabetización en salud para predecir el acceso y el uso. En comparación con los residentes urbanos, los residentes rurales tenían menor acceso a información de salud proveniente de fuentes como proveedores de atención primaria, médicos especialistas, blogs y revistas, y un menor uso de motores de búsqueda. Después de tener en cuenta los datos sociodemográficos, los residentes rurales sólo tenían menor acceso a médicos especialistas que los residentes urbanos. Los residentes rurales con conocimientos sanitarios limitados tenían menor acceso a los medios

de comunicación y a la literatura científica, pero un mayor uso de corporaciones/compañías que los residentes rurales con conocimientos sanitarios adecuados y los residentes urbanos, independientemente del nivel de conocimientos sanitarios. Algunas diferencias en el acceso y uso de fuentes de información sanitaria pueden deberse a diferencias sociodemográficas entre las poblaciones rurales y urbanas. Puede haber barreras estructurales, como la escasez de médicos especialistas y la limitada exposición a los medios de comunicación, que dificultan el acceso de los residentes rurales a la información sanitaria, especialmente aquellos con conocimientos sanitarios limitados. Este estudio investigó las percepciones de la atención sanitaria y las creencias tradicionales en entornos rurales. Se encontró que los mitos y creencias arraigadas pueden influir en la aceptación de ciertos tratamientos médicos y en la utilización de servicios de salud en áreas rurales, lo que destaca la importancia de abordar estas cuestiones para mejorar el acceso a la atención médica.

2.2.2 NACIONALES

Maraza et al (9) realizaron un estudio de investigación cualitativo con el objetivo de conocer mejor el impacto del COVID-19 en la calidad de vida y la salud de las familias indígenas en la Amazonía peruana. Empleando un diseño descriptivo fenomenológico, el estudio incluyó una población de 47 indígenas, con una muestra conformada por 16 estudiantes matriculados en la educación superior de la Universidad Nacional Intercultural de la Amazonía. El método de muestreo utilizado fue no probabilístico intencional. La recolección de datos se llevó a cabo mediante observación y entrevistas, utilizando una guía de entrevista y una guía de observación para capturar las experiencias vividas por los

participantes durante la pandemia. Los hallazgos revelaron que la principal preocupación de la población amazónica era la calidad de vida y el mantenimiento de una buena salud. Destacaron especialmente los recuerdos negativos relacionados con el posible contagio, la convivencia con la COVID-19 y la incertidumbre sobre el período pospandemia. En resumen, la mayoría de las personas se han topado con los reveses provocados por la pandemia al contraer el virus. Estos contratiempos incluyen malestar físico, ansiedad, depresiones emocionales, melancolía, aislamiento, pérdida de motivación, angustia psicológica, cumplimiento de medidas de distanciamiento social, susceptibilidad a otras enfermedades y numerosos trastornos tanto en el ámbito personal como familiar.

Henckell Sime, (10) examina la situación en Perú con respecto a la interculturalidad en la atención médica y aborda varias preguntas clave. Estas preguntas incluyen si existen regulaciones para la interculturalidad en la atención médica, cómo adaptar efectivamente los servicios de salud para la atención intercultural, los diversos aspectos y desafíos que surgen al brindar atención médica intercultural y cómo incorporar el enfoque intercultural en la formación de los profesionales de la salud. Las respuestas obtenidas de este estudio ofrecen sugerencias valiosas para los tomadores de decisiones y el personal de salud, enfatizando la importancia de implementar este enfoque en las prácticas diarias de atención médica, particularmente para las comunidades indígenas. Para recopilar información relevante se realizó una búsqueda exhaustiva en Google Scholar. Los criterios de búsqueda excluyeron artículos por idioma y tiempo de publicación, resultando en la descarga y revisión de 25 artículos científicos que discutían interculturalidad y/o salud. Además, también se examinaron los estándares nacionales

dentro del sector salud relacionados con la interculturalidad. Los hallazgos revelaron que existe un marco legal para la interculturalidad en la atención médica. Sin embargo, surgen desafíos debido a las brechas en infraestructura y equipamiento, lo que dificulta la implementación práctica de este marco. También se identificó que los servicios de salud deben adaptarse para dar cabida a la atención intercultural. Además, se deben evaluar los marcos curriculares de los centros de formación en salud para asegurar la inclusión del enfoque intercultural. El estudio sugiere la posibilidad de establecer un subsistema dual dentro del sistema de salud, uno dedicado a los pueblos indígenas. Por último, enfatiza la urgente necesidad de unificar el acceso a la salud para toda la población peruana.

2.2 MARCO TEÓRICO

Este trabajo pretende explorar la compleja relación entre la calidad de vida (QoV) relacionada con la salud en comunidades altiplánicas y rurales del Perú, con especial énfasis en los desafíos específicos enfrentados por las comunidades del distrito de Candarave en la provincia de Candarave, ubicada en la región de Tacna. Se busca proporcionar herramientas e información valiosa que posibiliten mejorar las condiciones de vida y promover la equidad en salud en áreas geográficamente aisladas y culturalmente diversificadas.

2.2.1 CALIDAD DE VIDA EN SALUD

Los autores, Quiceno et al.(11), afirman que la calidad de vida abarca una amplia gama de factores. El concepto de perspectiva subjetiva y objetiva abarca el valor objetivo, que se centra en las capacidades de una persona, mientras que el valor subjetivo abarca el significado derivado de las emociones y experiencias individuales.

El concepto de salud pública y medicina abarca la percepción colectiva de los individuos sobre su bienestar físico y mental a través de interacciones sociales. Los profesionales de la salud suelen emplear esta medición para evaluar el impacto de diversas enfermedades o discapacidades e implementar intervenciones oportunas para mejorar los resultados de salud. En consecuencia, resulta difícil establecer una definición universalmente aceptada para este concepto (12).

El concepto de forma universal depende de la percepción y comprensión que tenga un individuo de los diversos aspectos que contribuyen a su bienestar y calidad de vida en relación con su entorno. Esta percepción está influenciada por la etapa

específica de la vida que el individuo está experimentando actualmente. Además, el crecimiento cognitivo, moral y relacional de los individuos está determinado por los diversos entornos que encuentran, el impacto significativo que el medio ambiente tiene en el desarrollo de las personas, enfatizando el proceso continuo de adaptación entre el propio crecimiento de un individuo y las condiciones externas en constante cambio que experimenta. Los factores que contribuyen al desarrollo de un individuo, tanto interna como externamente. el entorno inmediato del adolescente, incluyendo su familia, amigos y escuela. Implica los roles y relaciones que el adolescente experimenta dentro de estos entornos interpersonales y las interacciones y conexiones entre diferentes aspectos del microsistema del adolescente. Implica la retroalimentación y la influencia que se producen entre estos diversos componentes.(13)

La participación del individuo es de naturaleza indirecta, similar a cómo los antecedentes familiares pueden crear sentimientos de satisfacción o descontento e impactar indirectamente el crecimiento personal. Es importante reconocer que el entorno natural tiene un impacto significativo en el comportamiento humano y el bienestar general de las personas de distintos grupos de edad. (14)

La calidad de vida, que abarca tres dimensiones: física, psicológica y social. La OMS, específicamente el grupo Calidad de Vida en Salud, propuso un modelo conceptual de calidad de vida. Este modelo abarca seis dimensiones que se centran en la percepción que tiene un individuo de su propia calidad de vida. Estas dimensiones pertenecen al estado de ser del individuo.

El estado físico y psicológico del individuo, su relación con la sociedad y el entorno en el que crece, su nivel de independencia y otros factores contribuyen a su bienestar general.

La QoV es un concepto multidimensional que aborda aspectos como la seguridad, educación, empleabilidad, vivienda, alimentación, acceso al agua potable y saneamiento básico, entre otros factores determinantes de la salud humana. En contextos rurales y altiplánicos, donde la distancia, la pobreza y la falta de infraestructura son obstáculos recurrentes, la QoV puede ser particularmente comprometida. Por lo tanto, es fundamental entender cómo estos ambientes impactan en la salud física y mental de sus habitantes, así como identificar soluciones efectivas para mejorarla.

Diferencias significativas en la QoV y el estado de salud entre las regiones bajo estudio debido a variaciones en factores socioeconómicos, culturales y medioambientales. Existen asociaciones positivas entre la QoV e indicadores de salud tales como tasa de mortalidad infantil, prevalencia de desnutrición y acceso a servicios de salud. Además, así como barreras específicas que impiden la mejora de la QoV y el estado de salud en estas poblaciones, incluyendo desigualdades sociales, escasez de recursos humanos y tecnológicos, y limitaciones en la capacitación de personal sanitario.

Por lo que una buena estrategia es el desarrollo de políticas públicas y programas de intervención dirigidos específicamente hacia las necesidades de las comunidades altiplánicas y rurales. Estos esfuerzos deben incluir inversiones en infraestructuras, formación de personal sanitario, fortalecimiento de sistemas de atención primaria y promoción de prácticas saludables. Así como la creación de redes transdisciplinarias y colaborativas

entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales y comunidades para garantizar la implementación exitosa de estas medidas.

Al considerar las dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) medida por el instrumento SF-36, hay varios aspectos a tener en cuenta. Estos incluyen las dimensiones de la calidad de Vida relacionada con la salud (función física, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, bienestar emocional) y cambio de salud. Comencemos con la función física, que se refiere a cualquier limitación física o enfermedad que pueda obstaculizar la capacidad de realizar las actividades diarias. Pasando al rol físico, esta dimensión se centra en los desafíos y deficiencias causados por la condición de una persona, que pueden afectar significativamente su trabajo y sus rutinas diarias. El dolor, por otro lado, se refiere a la incomodidad, la intensidad y el malestar experimentado debido a molestias o anomalías, que pueden interferir con la capacidad de uno para realizar actividades. La salud general abarca la evaluación personal de un individuo de su bienestar general. mide el nivel de energía de una persona, y la presencia de una enfermedad a menudo resulta en agotamiento físico y emocional. Por último, la función social examina las dificultades que los individuos pueden enfrentar en sus relaciones interpersonales con familiares y amigos debido a limitaciones físicas.

El aspecto emocional se refiere a las emociones, sentimientos y estados de ánimo adversos que surgen como consecuencia de la enfermedad del individuo. El bienestar emocional engloba los sentimientos de tristeza y angustia que surgen por la existencia de su dolencia. Por último, la transformación de la salud denota

la evaluación o juicio personal del individuo sobre su estado de salud después de una duración prolongada de aproximadamente un año. La teoría de Nola Pender sobre la promoción de la salud proporciona validación científica para participar en esfuerzos preventivos y promocionales destinados a educar a estos pacientes sobre su salud y, en última instancia, disminuir o evitar las complicaciones asociadas con su afección y mejorar su calidad de vida general relacionada con la salud.

Al evaluar los efectos de su afección en su vida diaria, las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud sirven como un valioso complemento a las evaluaciones clínicas convencionales como la presión arterial y la función pulmonar. Al utilizar cuestionarios sobre calidad de vida relacionada con la salud, los proveedores de atención médica obtienen información sobre las áreas en las que necesita ayuda y los aspectos específicos de su vida que experimentan el mayor impacto. Esto les permite evaluar y abordar eficazmente los síntomas que alteran significativamente su bienestar.

Los profesionales de la salud suelen recopilar información sobre la calidad de vida relacionada con la salud de un individuo mediante un cuestionario. Al analizar las respuestas de la persona, el profesional sanitario puede identificar los síntomas específicos que dificultan la capacidad de la persona para mantener su estilo de vida actual. Esta evaluación es crucial para determinar el enfoque de tratamiento más adecuado que permita a la persona retomar el estilo de vida deseado.

En estos cuestionarios se incluye una amplia gama de consultas, que abarcan temas como la evaluación del estado de salud actual y el impacto de cualquier problema relacionado con el desempeño laboral.

Considere las actividades que lo dejan agotado físicamente.

La importancia de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud radica en su capacidad para facilitar la toma de decisiones compartida. Al utilizar estas mediciones, las personas ganan voz a la hora de determinar el plan de tratamiento más adecuado para sus necesidades específicas, fomentando un mayor sentido de participación en el manejo de su afección. Este mayor nivel de compromiso no solo promueve la adherencia al plan de tratamiento, sino que también contribuye a la satisfacción y el bienestar general.

Al incorporar mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud, el proceso tradicional de tratamiento, generalmente dirigido por médicos, se transforma en una asociación dinámica. Este nuevo enfoque permite a los pacientes expresar su deseo de recibir ayuda para mejorar su bienestar directamente a su médico.

En el ámbito de la investigación, las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud tienen un propósito crucial. Permiten a los investigadores evaluar la eficacia de nuevos tratamientos para mejorar la vida de los pacientes. Estas mediciones, también conocidas como resultados percibidos por el paciente, desempeñan un papel importante en la evaluación del impacto de un nuevo tratamiento en un individuo. Al incorporar mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación científica, los investigadores obtienen información valiosa sobre los beneficios potenciales que los nuevos tratamientos pueden ofrecer a personas con enfermedades específicas. Vale la pena señalar que es posible que ciertos tratamientos no alivien los síntomas directamente, pero pueden mejorar en gran medida la calidad de vida general.

Por el contrario, algunos tratamientos pueden mejorar los síntomas sin afectar significativamente la calidad de vida.(15)

2.2.2 DE LA ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE ATENCIÓN EN SALUD

Las disparidades de salud en las zonas rurales, se observa que los peores resultados son (16): Las tasas de mortalidad rural son más altas tanto para hombres como para mujeres; la tasa de suicidio es significativamente mayor en las zonas rurales, especialmente entre hombres adultos y niños; la hipertensión es más común en las zonas rurales. (128,8 por 1.000 personas en zonas rurales frente a 101,3 por 1.000 personas en zonas urbanas). Sólo un tercio de todos los accidentes automovilísticos ocurren en zonas rurales, pero dos tercios de las muertes atribuidas a estos accidentes ocurren en caminos rurales. Los accidentes con muerte y lesiones graves representan el 60% de los accidentes rurales frente al 48% de los urbanos. (16)

El concepto de accesibilidad a la atención sanitaria abarca la capacidad de un individuo de recibir el tratamiento médico necesario. Esta definición tiene en cuenta varios factores, como la disponibilidad y calidad de los recursos, así como las barreras que pueden dificultar su utilización. Se identifican dos dimensiones: geográfica (medida por el tiempo que lleva acceder a la atención sanitaria utilizando métodos de transporte típicos) y organizativa (relativa a los obstáculos relacionados con la organización de los recursos sanitarios). La accesibilidad sirve como conexión entre los usuarios y los

servicios de salud, y su examen debe incluir un análisis de las creencias, comportamientos y discusiones de la población, junto con las condiciones, discursos y prácticas de los servicios en relación con la salud y la enfermedad. (17,18).

Entre la población altoandina existen varias enfermedades prevalentes que tienen un impacto significativo. Estas enfermedades incluyen principalmente la parasitosis intestinal, que comúnmente está relacionada con la pobreza. Ejemplos de tales parasitosis incluyen amebiasis, giardiasis, ascariasis, anquilostoma y estrongiloidiasis. Estas enfermedades afectan predominantemente a los niños y provocan desnutrición, retraso en el crecimiento, retraso en el desarrollo físico y anemia por deficiencia de hierro, entre otras dolencias crónicas (19).

Además, en las mujeres con más de 45 años es frecuente observar manifestaciones de algunas enfermedades más frecuentes, como las enfermedades cardiovasculares. Factores como la presión arterial alta, la obesidad y la dislipidemia contribuyen al elevado riesgo de mortalidad asociado con estas enfermedades.

Infecciones respiratorias: Como la tuberculosis, que es endémica en algunas áreas rurales de Sudamérica.

Enfermedades transmisibles: Como el sarampión, la rubéola y la poliomielitis, que pueden persistir en áreas con bajo índice de vacunación.

Enfermedades neurológicas y psiquiátricas: Debido a condiciones socioeconómicas adversas y estigma asociado a la ayuda psicológica. (20)

Es importante destacar que estas enfermedades también están relacionadas con factores socioculturales, como la pobreza, la desnutrición, la falta de educación y la carencia de servicios de salud adecuados. Abordar estas enfermedades implica la mejora de la calidad de vida y la atención sanitaria institucionalizada en la población altoandina de Candarave. (19)

Para mejorar la calidad de vida en salud en la población altoandina, se enfrentan varios retos específicos que requieren abordaje integral y cooperación entre sectores. Aquí se enumeran algunos de los principales desafíos:

Falta de adherencia terapéutica: La adherencia al tratamiento es fundamental para el manejo de enfermedades crónicas, pero en la población altoandina, esta puede estar asociada con menores niveles de adherencia debido a diversos factores, como la disponibilidad de medicamentos y la confianza en el sistema de salud (21).

Escasez de recursos y profesionales: La falta de infraestructura y personal sanitario experimentado en áreas rurales y altiplanicies puede llevar a deficientes servicios de salud y atención preventiva y curativa. (22,23).

Acceso a servicios básicos: La falta de acceso a agua potable, saneamiento básico y energía limpia puede influir negativamente en la salud y la calidad de vida de las personas (24).

Aislamiento geográfico: La ubicación remota de muchas comunidades altoandinas puede complicar el acceso a servicios de salud y la movilización de profesionales (23).

Prevalencia de enfermedades crónicas: Condiciones como diabetes, hipertensión arterial y enfermedades respiratorias son comunes en la población altoandina, y su gestión puede ser desafiadora debido a la falta de conocimientos y recursos (22).

Necesidades específicas de la población: La cultura, la tradición y las creencias locales deben considerarse cuando se diseñan estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida y la salud en comunidades altoandinas (24).

Educación y concientización: Fomentar la educación y la concientización sobre temáticas de salud y bienestar puede ayudar a reducir las disparidades en la calidad de vida y la salud en la población altoandina (22).

Colaboración intersectorial: Promover la coordinación entre gobiernos, organismos internacionales, ONG y comunidades locales es esencial para superar los desafíos de la población altoandina (23).

La buena salud depende en gran medida del acceso a servicios de salud, pero las personas que viven en zonas rurales encuentran numerosos obstáculos para acceder a estos servicios. Según un informe de las Academias Nacionales de 1993, el acceso se define como "la utilización oportuna de los servicios de salud personales para lograr resultados de salud óptimos".

La capacidad de los residentes de obtener diversos servicios de manera fácil y segura, incluida la atención primaria, la atención dental, la salud conductual, la atención de

emergencia y los servicios de salud pública, es crucial. El acceso a la atención sanitaria desempeña un papel vital.

La condición general del bienestar físico, social y mental de una persona, junto con la prevención de enfermedades.

Mejorar la detección, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades es crucial para mejorar la calidad de vida en general.

Para prevenir muertes evitables y aumentar la esperanza de vida, es fundamental abordar las barreras que enfrentan los residentes rurales cuando buscan atención médica. El acceso a los servicios de salud debe estar disponible y ser fácilmente obtenido para todas las personas, independientemente de su ubicación. Desafortunadamente, los residentes rurales a menudo encuentran obstáculos que obstaculizan su capacidad para acceder a la atención que necesitan. Incluso cuando hay suficientes servicios de salud en su comunidad, otros factores pueden impedir su acceso a la atención médica. Por ejemplo, además de la disponibilidad de servicios de salud, los residentes rurales también deben tener lo siguiente para poder acceder a la atención médica:

La capacidad de cubrir los costos de los servicios, incluido el seguro médico o dental aceptado, los medios para acceder y utilizar los servicios, como el transporte a lugares remotos, y la capacidad de tomar licencia laboral remunerada para utilizar esos servicios.

Tener confianza en su capacidad para comunicarse eficazmente con los profesionales de la salud es crucial, especialmente cuando el paciente no habla el español con fluidez o tiene conocimientos sanitarios limitados. Es

importante tener confianza en que pueden acceder y utilizar los servicios de atención médica garantizando al mismo tiempo la máxima privacidad.

Los programas de salud para zonas rurales, también explora los obstáculos que encuentran los residentes de zonas rurales cuando buscan atención médica. Dentro de esta guía, encontrará información valiosa sobre los siguientes aspectos (25):

En las comunidades rurales, diversas barreras obstaculizan el acceso, como la escasez de mano de obra, la falta de seguro médico, los problemas de transporte, la baja alfabetización sanitaria y el estigma social. Poblaciones específicas y servicios de salud enfrentan problemas de acceso adicionales. Para abordar estos desafíos, hay estrategias y recursos disponibles para mejorar el acceso. Para obtener más información sobre el acceso a los servicios de salud pública en comunidades rurales. (25)

Estos desafíos deben ser abordados de manera conjunta y holística para mejorar la calidad de vida y la salud en las comunidades altoandinas. Una aproximación integral y colaborativa permitirá a las comunidades altoandinas acceder a servicios de salud eficientes y equitativos, y promover una mejor calidad de vida y salud para todas las personas involucradas.

2.2.3 MITOS Y CREENCIAS EN SALUD

Los mitos y creencias en salud son las ideas y percepciones que las personas tienen sobre la salud y la enfermedad que pueden no estar basadas en hechos científicos. A menudo,

estas creencias pueden influir en cómo las personas buscan y reciben atención médica. Un mito en salud es una creencia que es popularmente aceptada pero que es falsa o inexacta. Por ejemplo, un mito común de la salud es que el frío puede causar un resfriado, cuando en realidad los resfriados son causados por virus (20,26).

Las creencias en salud, por otro lado, pueden ser más subjetivas y estar basadas en las experiencias personales, la cultura, la religión y otras influencias. Estas creencias pueden afectar cómo una persona percibe su propia salud y cómo maneja su bienestar. Por ejemplo, algunas personas pueden creer que ciertas enfermedades son un castigo o el resultado de acciones pasadas. Es importante tener en cuenta que mientras algunas creencias pueden ser útiles y promover comportamientos saludables, otras pueden ser perjudiciales y prevenir que las personas busquen atención médica adecuada o sigan recomendaciones médicas. (26)

Es fundamental para comprender y abordar de manera efectiva los factores que influyen en la percepción y búsqueda de bienestar en estas comunidades. En estas zonas, las creencias tradicionales y los mitos pueden tener un impacto significativo en la salud y la calidad de vida de las personas. En la población altoandina o rural, existen mitos y creencias arraigados que pueden influir en las decisiones relacionadas con la salud. Por ejemplo, la idea de que ciertas enfermedades son causadas por fuerzas sobrenaturales o castigos divinos puede llevar a prácticas de tratamiento ineficaces o la falta de búsqueda de atención médica adecuada. Los mitos y creencias pueden afectar la percepción sobre los servicios de salud disponibles. En algunas

comunidades, se puede creer que los tratamientos tradicionales son más efectivos que los occidentales, lo que puede limitar el acceso a cuidados médicos modernos y basados en evidencia. Es crucial abordar los mitos y creencias desde una perspectiva educativa y culturalmente sensible. Promover la comprensión de la importancia de la atención médica basada en evidencia científica, al tiempo que se respeta y valora la sabiduría tradicional, puede mejorar la calidad de vida en salud en estas poblaciones. Es importante reconocer y respetar las prácticas tradicionales de salud mientras se fomenta una colaboración efectiva entre los sistemas de medicina occidental y las medicinas tradicionales locales. Esta integración puede mejorar el acceso a la atención médica y promover mejores resultados para la calidad de vida en salud.

En la población altoandina, se pueden identificar mitos y creencias comunes relacionadas con la salud que pueden influir en las prácticas y decisiones de las personas:

Mitos sobre alimentos y nutrición: Existen creencias erróneas, como la idea de que ciertos alimentos, como los huevos, son perjudiciales para la salud cardiovascular debido a su contenido de colesterol. También se puede creer que consumir huevos crudos aporta más nutrientes, lo cual puede llevar a decisiones dietéticas inadecuadas (27,28)

Mitos sobre vacunación: En el contexto de la pandemia de COVID-19, se han identificado mitos y creencias que han llevado a la desconfianza en las vacunas. Algunas personas pueden evitar la vacunación debido a creencias religiosas o mitos sobre los efectos secundarios de las vacunas, como afectar la fertilidad o el ciclo menstrual (29,30)

Estos ejemplos muestran cómo los mitos y creencias en la población altoandina pueden impactar en la toma de decisiones relacionadas con la salud y resaltan la importancia de abordar estas percepciones erróneas a través de educación y concientización para promover prácticas saludables y mejorar la calidad de vida en estas Google Scholar comunidades.

Como parte de sus esfuerzos para combatir la desinformación y las noticias falsas, CDC Perú está desacreditando tres mitos prevalentes en el país. El primer mito es que consumir ajo, bañarse con agua caliente o purgarse inmediatamente puede curar el COVID-19. Esto es falso, ya que sólo un especialista debe diagnosticar y tratar la enfermedad. Además, una purga excesiva sin supervisión médica puede provocar problemas digestivos y deshidratación. El segundo mito es que el agua de coco puede curar el dengue. Si bien es importante que los pacientes con dengue se mantengan hidratados, el agua de coco no tiene la capacidad de curar la enfermedad. Por último, la creencia de que la piedra negra puede curar las mordeduras de serpientes también es falsa.

En ciertas regiones de la selva, existe la creencia de que las personas que sufren mordeduras de serpientes pueden experimentar recuperación y curación aplicando una "piedra negra" en el área afectada. Es importante señalar que esta "piedra negra" no es un objeto real, sino más bien una referencia a huesos de animales carbonizados que se pueden encontrar fácilmente en el entorno circundante. Trágicamente, la falta de tratamiento oportuno por parte de un profesional médico ha provocado la desafortunada muerte de numerosas personas en este contexto particular. (31).

2.2.3.1 Acciones desde la percepción gerencial

Mejora de la infraestructura: Es necesario mejorar la infraestructura de salud en la región, incluyendo la construcción de nuevos centros de salud y la renovación de los existentes. Esto permitiría una mayor disponibilidad de servicios de salud y una mejor atención a los pacientes.

Formación de personal médico: Es importante capacitar y formar a más profesionales de la salud en la región, para que puedan brindar atención médica de calidad y mejorar la cobertura de servicios de salud.

Programas de prevención: Se deben implementar programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud en la población, para reducir la necesidad de atención médica y mejorar la calidad de vida de la población.

Involucramiento de la comunidad: Es fundamental involucrar a la comunidad en la planificación y ejecución de programas de salud, para asegurar que las necesidades y preocupaciones de la población sean atendidas de manera efectiva.

Abordar mitos y creencias: Es importante abordar los mitos y creencias que puedan influir en la búsqueda de atención médica formal, para fomentar una mayor confianza en los servicios de salud institucionalizados y mejorar el acceso a los mismos.

Para abordar la falta de acceso a atención sanitaria institucionalizada en la población altoandina de Candarave, se deben implementar estrategias que mejoren la infraestructura de salud, formen a más profesionales de la salud, implementen programas de prevención, involucren a la comunidad y

aborden los mitos y creencias que puedan influir en la búsqueda de atención médica formal.

2.2.4 Población altoandina

A pesar que la población cuente con cobertura por parte del sistema de salud, la población indígena experimenta peores condiciones de vida, lo que resulta en mayores tasas de enfermedad y muerte. Comprender las razones detrás de estas disparidades es crucial. La interculturalidad sirve como puente entre las culturas occidental e indígena, permitiendo un encuentro de conocimientos. Dentro de este intercambio, el modelo de salud indígena emerge como una respuesta cultural para mantener el bienestar y abordar la enfermedad. Este modelo, organizado jerárquicamente, enfatiza la importancia de la armonía con la naturaleza, el espíritu, los dioses y la comunidad en la salud individual. Históricamente, la comunidad científica desconoció este modelo, pero a través de los estudios interculturales se ha hecho evidente que la salud debe abordarse desde una perspectiva intercultural. Por lo tanto, las políticas públicas deben incorporar este modelo para lograr los resultados deseados dentro de la comunidad indígena. Para implementar estas políticas públicas es crucial contar con la determinación política necesaria y un plan integral. Este plan debe incluir un marco consolidado en el sistema de salud y la formación de los profesionales de la salud en prácticas interculturales, abarcando su formación técnica, tecnológica, profesional y de posgrado. Estas políticas públicas deben abarcar varios componentes, como programas de capacitación, la

incorporación de lenguas indígenas locales, la utilización de elementos tradicionales en alimentos y equipos, el fomento de la comunicación respetuosa con los médicos tradicionales y la garantía de una atención compasiva. Al incorporar estos elementos, podemos garantizar la prestación de atención médica de alta calidad que reconozca y respete la diversidad cultural de toda nuestra población. (32).

CAPÍTULO III

3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional no se considerará hipótesis

3.2 VARIABLES

3.2.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Años cumplidos	1. 18 a 19 años 2. 20 a 29 años 3. 30 a 39 años 4. 40 a 49 años 5. 50 a 59 años 6. 60 años a más	Ordinal
Sexo	Género por fenotipo	1. Femenino 2. Masculino	Nominal
Ocupación	Actividad ocupacional actual	1. Su casa 2. Agricultor remunerado 3. Agricultor independiente 4. Empleado dependiente 5. Empleado independiente 6. Obrero dependiente 7. Obrero independiente 8. Jubilado 9. Otro	Nominal
Nivel de instrucción	Último grado alcanzado	1. Sin instrucción 2. Primaria	Nominal

		3. Secundaria 4. Superior	
Estado civil	Condición conyugal actual	1. Soltero(a) 2. Casado (a) 3. Conviviente 4. Viudo 5. Separado/Divorciado (a)	Nominal
Hijos dependientes	N° de hijos bajo manutención	1. Sin hijos 2. 1 a 2 3. 3 a 4 4. 5 a más	Ordinal
Familiares dependientes	N° de otros familiares bajo manutención	1. Sin familiares 2. 1 a 2 3. 3 a 4 4. 5 a más	Ordinal
N° de personas dependientes	N° total de personas dependientes o bajo manutención	1. Ninguno 2. 1 a 2 3. 3 a 4 4. 5 a más	Nominal
Aseguramiento	Condición de aseguramiento en salud	1. SIS 2. ESSALUD 3. PRIVADO 4. SIN SEGURO	Nominal
Tiempo de residencia en la zona	Tiempo que vive en Candarave	1. Menos de 1 año 2. 1 a 5 años 3. 6 a 10 años 4. 11 a 15 años 5. 16 a más	Ordinal
Comorbilidad	Presencia de enfermedades bajo tratamiento actual	1. Hipertensión arterial 2. Diabetes 3. Artritis 4. Otra	Nominal
Mitos y creencias	Presencia de conocimiento empírico respecto a atención de salud, y acceso a	Se consignará mediante entrevista personalizada el conocimiento empírico respecto a acceso a servicios de salud y cuidado del mismo	Nominal

	servicios de salud institucionalizado		
Calidad de vida	<p>Se utilizará el instrumento el SF 36 que fue validado para el Perú con las 08 dimensiones principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Función Física 2. Rol Físico 3. Dolor Corporal 4. Salud General 5. Vitalidad 6. Función Social; 7. Rol Emocional 8. Salud Mental. 	<p>Se calculará los valores medios y dispersiones por cada esfera en escala continua con puntaje del 0-100. Se categoriza:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buena calidad de vida 2. Regular calidad de vida 3. Mala calidad de vida 	Ordinal

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional de corte transversal, prospectivo y analítico, porque no hubo manipulación de variables y los datos fueron recogidos en un solo momento. Fue prospectivo porque se levantó información de primera fuente.

4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio no experimental, en el campo de la salud pública

4.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Estudio de nivel relacional, al contrastar variables en las cuales se estima un nivel de correlación o asociación.

4.4 ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio fue el distrito de Candarave que es uno de los seis que conforman la provincia de Candarave, ubicada en el departamento de Tacna en el Sur del Perú. Candarave es una pequeña ciudad peruana capital del distrito homónimo y a su vez de la provincia de Candarave en el departamento de Tacna, se ubica por sobre los 3415 metros de altura, la temperatura media anual es de 10°C en verano y en invierno de 2,4°C, su topografía es muy accidentada, presenta una continuidad hacia la zona yunga (33). Candarave es un centro ganadero agrícola y minero. El distrito de Candarave, propósito de la siguiente investigación, cuenta con una población aproximada de 2700 habitantes.

El distrito de Candarave cuenta con una zona urbana pequeña que es la capital de provincia la ciudad de Candarave además cuenta con 8 centros poblados menores y 4 anexos:

Las comunidades de Huaytire, San Pedro, Totorá, Santa Cruz, Calleraco, La Victoria, Mulluni, y Patapatani y los anexos son Yucamani, Calientes, San Lorenzo y Talaca.

Estas comunidades altoandinas cuentan con el apoyo de un centro de Salud y tres puestos de salud

CS y/o PS	Población Asignada	Distancias al Hospital Hipólito Unanue de Tacna	msnm	Numero de servicios
CS. Candarave	1596	176 kms	3415	11/con médico
PS. Santa Cruz	479	166 kms	3650	3/sin medico
PS. Totorá	371	200 kms	3220	3/sin medico
PS. Anexo Huaytire	326	270 kms	4520	3/sin medico
Microred Candarave	2768	Prom. 203 kms	Prom. 3701.25	

Si bien el Ministerio de Salud aprobó las prioridades nacionales de Salud 2024-2030, propuestos por el consejo nacional de salud, reconocen ampliar servicios integrales para prevención, promoción curación, rehabilitación y cuidados paliativos deberán ser accesibles y equitativos, al respecto en la provincia de Candarave no se observa la aplicación de dichas prioridades, pese a encontrarse un nivel de pobreza incrementado en 30.4%, sufrir de friajes, contar con una

población 3174 habitantes de acuerdo al censo del año 2017, contar con dos volcanes, los cuales evidencian claramente ubicarse en la cordillera de los andes. No se ha encontrado tampoco evidencias en que Candarave cuente con el programa de estrategias sanitarias de los pueblos indígenas. Algunos pobladores pagan un seguro agrario, más en la zona no se tiene el servicio brindado por Essalud, Por el cual son atendidos en amparo al Sistema Integral de Salud, entiéndase que funciona por convenio interinstitucional.

La población de Candarave se dedica principalmente a la agricultura y ganadería, una pequeña población realiza labores en minería, mientras una pequeña porción aprovecha las actividades turísticas como un modo de sustento familiar.

De acuerdo al reporte regional de indicadores sociales del departamento de Tacna brindado por la ENAHO, el distrito de Candarave tiene un valor de pobreza del 30.4%. Con respecto a programas sociales se cuenta con 8 programas sociales, CUNAS MÁS que atiende a 39 niños y niñas; CONTIGO, solo tiene 3 usuarios; FONCODES a través de hogares HAKU WIÑAY, con 400 proyectos en ejecución; JUNTOS con 109 hogares afiliados, PAIS, 1 tambo prestando servicios y 33 personas atendidas en el tambo, PENSION 65 con 152 usuarios y QALIWARMA con 24 IIEE y se atiende a 238 niños. (34)

4.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.5.1 Población

Se trabajó con el total de la población residente que cumplían los criterios de inclusión y exclusión determinados la cual

asciende 1785 pobladores aproximadamente en el distrito seleccionado.

Muestra

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * N * p * q}{(N-1) E^2 + Z_{\alpha}^2 p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población

Z_{α} = Nivel de confianza o seguridad (95%)

p = Proporción esperada mínima con complicaciones (9%)

q = 1-p

E = Error de estimación

- N= 1785
- Z= 1.96
- p= 0.5
- q=0.5
- e= 5%

$$n = 316$$

Se realizó muestreo por conglomerado distrital. El muestreo fue bietápico, considerándose la manzana o cuadra organizada como primer conglomerado y la casa-hogar como segundo conglomerado.

En el hogar se seleccionó a la madre y/o padres responsables del cuidado del hogar y que cumpliesen los siguientes criterios:

4.5.1.1 Criterios de inclusión

- a. Madre o padre responsable de hogar mayor de 18 años
- b. Residente en distrito mayor de 18 años que viva bajo el mismo techo
- c. Residente mayor de 18 años que viva en forma independiente
- d. Nacionalidad peruana

4.5.1.2 Criterios de exclusión

- a. Residentes que no deseen participar
- b. Población flotante o transeúnte
- c. Residentes con tratamiento de tuberculosis
- d. Procedentes de nacionalidad extranjera

4.6 TECNICA Y FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

4.6.1 TÉCNICA

La técnica se denomina encuesta, se aplicó un cuestionario estructurado (SF-36) y estructurado de variables sociodemográficas (Ficha Sociodemográfica y laboral) y un cuestionario de mitos y creencias de acceso a servicios de salud en forma personalizada mediante visita domiciliaria en el distrito de Candarave.

4.6.2 INSTRUMENTOS (ver anexos)

a) Ficha sociodemográfica y laboral

Se trata de instrumento que indaga los antecedentes personales de la población estudiada, características familiares, económicas, educaciones, laborales.

b) Instrumento de mitos y creencias

Se instrumentalizó un cuestionario de recolección de datos validado por juicio de expertos para levantamiento de información de mitos y creencias de acceso a servicios de salud (ver anexo)

c) Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36)

La herramienta en cuestión es una escala integral que proporciona una evaluación exhaustiva del bienestar general, aplicable tanto a individuos en un entorno médico como a la población general. Esta escala ha demostrado su eficacia para medir la calidad de vida en términos de salud entre varios grupos, incluidos subconjuntos específicos y la población general. Además, ha demostrado ser valioso para identificar las ventajas para la salud resultantes de una amplia gama de tratamientos y evaluar el estado de salud de pacientes individuales. El cuestionario de salud SF-36 V.2 consta de 36 preguntas que abarcan estados de salud tanto positivos como negativos. Estas preguntas se dividen en 8 escalas, que cubren los conceptos de salud más utilizados que se encuentran en destacados cuestionarios de salud, así como aspectos directamente relacionados con la enfermedad y su tratamiento. El instrumento consta de 36 preguntas que se alinean con las escalas correspondientes:

1. Función Física (FF),
2. Rol Físico (RF)
3. Dolor Corporal (DC)
4. Salud General (SG)
5. Vitalidad (VT)
6. Función Social (FS)
7. Rol Emocional (RE)
8. Salud Mental (SM).

La puntuación final de cada escala, que va de 0 a 100, se determina agrupando preguntas específicas del cuestionario. Una puntuación más alta indica un mejor estado de salud, donde 0 representa el peor estado de salud y 100 representa el nivel más alto de bienestar medido.

Además, estas escalas se pueden dividir en dos categorías principales:

1. Componente de Salud Física (CSF)
2. Componente de Salud Mental (CSM).

Se realizó Baremos (Categorías cualitativas de Calidad de Vida) determinado por coeficiente de Staninos con 1 Desviación Estándar y comparado al publicado para fines de comparación:

1. Mala Calidad de vida: 0-387,46 puntos
2. Regular Calidad de vida: 388-512,98 puntos
3. Buena Calidad de vida: 513 a más puntos

Para contraste con publicaciones regionales y nacionales existente de poblaciones estudiadas.

CAPÍTULO V

5 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

La aplicación del instrumento de recolección de datos fue de tipo cuantitativo adaptado y validado por juicio de expertos (ver anexo de formato de juicio de expertos). Se asignó grupo de visitadores capacitados que mediante visita domiciliaria levantó la información asignada. Se supervisa la calidad de los registros y almacenamiento en formato Excel los datos consolidados mediante codificación numérica por cada poblador de la muestra.

5.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los resultados se presentan en tablas y gráficos simples y de doble entrada con valores absolutos y relativos. Los datos se codificaron en SPSS. Se hizo un análisis estadístico descriptivo en primer lugar. Luego se contrastó las variables haciendo uso de chi cuadrado, se trata de una prueba estadística que se emplea con variables cualitativas, dado que la variable mitos y creencias en la atención sanitaria fue de tipo cualitativo. Mostrando tablas simples y complejas representada principalmente por el test de calidad de vida. Se considera un valor p significativo menor a 0.05. Se hizo una correlación de Rho de Spearman para conocer la relación entre las dimensiones de la calidad de vida en salud, se identificó que las dimensiones de calidad de vida tenían distribución normal, medido con la prueba de Kolmogórov-Smirnov, por tener una población mayor de 50.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto contó con la aprobación de un dictaminador y del comité de ética de la facultad de Ciencias de la salud.

Todos los pobladores integrantes de la muestra fueron informados sobre la importancia del estudio, solicitando su participación voluntaria y firma de consentimiento informado.

Se guarda absoluta confidencialidad de la identidad de las personas abordadas, a los cuales se les asigna un código de proceso. Para tal fin el levantamiento de la información se desarrolló totalmente anónima.

Los resultados son utilizados solo para fines de esta investigación, cuidando la confidencialidad de los participantes.

RESULTADOS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024.

		n	%
Edad	18 a 19	4	1,3%
	20 a 29	35	11,1%
	30 a 39	63	19,9%
	40 a 49	76	24,1%
	50 a 59	58	18,4%
	60 a más	80	25,3%
	Total	316	100,0%
Sexo	Femenino	189	59,8%
	Masculino	127	40,2%
	Total	316	100,0%
Ocupación	Su casa	84	26,6%
	Agricultor remunerado	4	1,3%
	Agricultor Independiente	105	33,2%
	Empleado dependiente	22	7,0%
	Empleado independiente	16	5,1%
	Obrero dependiente	3	,9%
	Obrero independiente	10	3,2%
	Otro	72	22,8%
Total	316	100,0%	
Nivel de instrucción	Sin instrucción	25	7,9%
	Primaria	76	24,1%
	Secundaria	160	50,6%
	Superior	55	17,4%
	Total	316	100,0%
Estado civil	Soltero/a	116	36,7%
	Casado/a	51	16,1%
	Conviviente	113	35,8%
	Viudo/a	23	7,3%
	Separado/divorciado/a	13	4,1%
	Total	316	100,0%

En la tabla 1 podemos observar que el 25,3% tenía de 60 años a más seguido de un 24,1% / 40 a 49 años y el 19,9% de 30 a 39 años. Según sexo, el 59,8% era femenino y el 40,2% masculino. Según la ocupación el 33,2% era agricultor independiente seguido de un 26,6% ama de casa. Se pudo evidenciar un 22,8% en diferentes

ocupaciones. Según el nivel de instrucción, el 50,6% era de nivel secundario seguido de un 24,1% de nivel primario y un 17,4% de nivel superior. Según el estado civil el 35,8% era conviviente seguido de un 36,7% en la condición de soltero.

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN PERSONAS BAJO DEPENDENCIA EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

		n	%
Hijos dependientes	Sin hijos	130	41,1%
	1 a 2	153	48,4%
	3 a 4	30	9,5%
	5 a más	3	,9%
	Total	316	100,0%
Familiares dependientes	Sin familiares	235	74,4%
	1 a 2	70	22,2%
	3 a 4	7	2,2%
	5 a más	4	1,3%
	Total	316	100,0%
N° de personas dependientes	Ninguno	104	32,9%
	1 a 2	162	51,3%
	3 a 4	42	13,3%
	5 a más	8	2,5%
	Total	316	100,0%

En la tabla 2 podemos observar que el 48,4% tenía de uno a 2 hijos dependientes seguido de un 41,1% sin hijos. Según familiares en general dependientes, el 74,4% manifestaba de que no los tenía, pero 22,2% tenía de uno a 2 familiares, independientemente de los hijos bajo dependencia. Según el número total de personas dependientes, el 51,3% por lo menos tenía de uno a 2 personas seguido de un 32,9% a ninguno y un 13,3% de 3 a 4 personas.

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE ASEGURAMIENTO Y TIEMPO DE RESIDENCIA DE LA EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

		n	%
Aseguramiento	SIS	225	71,20%
	ESSALUD	41	13,00%
	Privado	3	0,90%
	Sin seguro	47	14,80%
	Total	316	100,00%
Tiempo de residencia en la zona	Menos de 1 año	19	6,00%
	1 a 5 años	22	7,00%
	6 a 10 años	8	2,50%
	11 a 15 años	23	7,30%
	16 a más	244	77,20%
Total	316	100,00%	
Comorbilidad	Sin comorbilidad	157	49,70%
	Hipertensión Arterial	22	7,00%
	Diabetes	6	1,90%
	Artritis	19	6,00%
	Otra	112	35,40%
	Total	316	100,00%

En la tabla 3 podemos observar que el 71,1% tenía las posibilidades de acceder a seguro integral de salud y el 13% a ESSALUD. Un 14,8% no contaba con seguro.

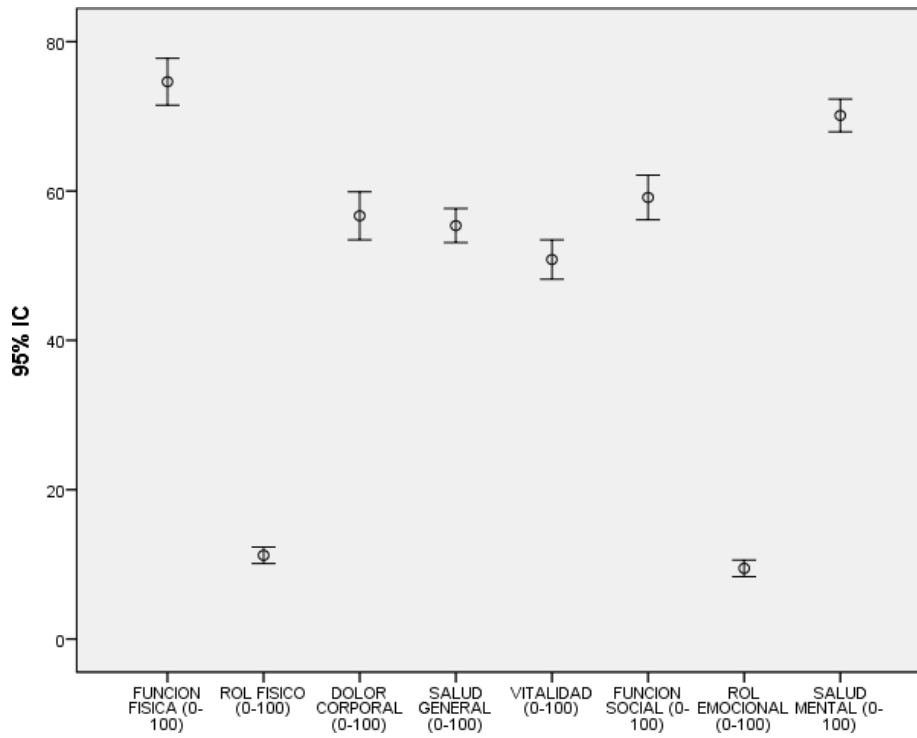
Según tiempo de residencia el 77,2% tenía de 16 a más años en la zona.

Y el 50,3% contaba con algún tipo comorbilidad

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
FUNCION FISICA (0-100)	316	0,00	100,00	74,6361	28,26648
ROL FISICO (0-100)	316	0,00	31,25	11,2144	9,93300
DOLOR CORPORAL (0-100)	316	12,00	100,00	56,6804	29,03237
SALUD GENERAL (0-100)	316	0,00	100,00	55,3703	20,60018
VITALIDAD (0-100)	316	0,00	100,00	50,8307	23,86932
FUNCION SOCIAL (0-100)	316	0,00	100,00	59,1377	27,05939
ROL EMOCIONAL (0-100)	316	0,00	33,33	9,4673	10,01706
SALUD MENTAL (0-100)	316	0,00	100,00	70,1266	19,84023

Figura 1: Tendencia comparativa de las dimensiones de calidad de vida en salud con un intervalo de confianza del 95%



En la tabla 4 y figura 1 podemos observar las dimensiones más comprometidas en la calidad de vida de la población en estudio, siendo estas el rol físico y el rol emocional. Cabe destacar que todas las demás dimensiones superan la media de 50 puntos sobre si explorados

TABLA 5: CORRELACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

Rho de Spearman		FUNCION FISICA (0-100)	ROL FISICO (0-100)	DOLOR CORPORAL (0-100)	SALUD GENERAL (0-100)	VITALIDAD (0-100)	FUNCION SOCIAL (0-100)	ROL EMOCIONAL (0-100)	SALUD MENTAL (0-100)
FUNCION FISICA (0-100)	Coeficiente de correlación	1,000	,514**	,516**	,499**	,541**	,326**	,355**	,536**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
ROL FISICO (0-100)	Coeficiente de correlación	,514**	1,000	,478**	,422**	,427**	,388**	,423**	,373**
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	316	316	316	316	316	316	316	316
DOLOR CORPORAL (0-100)	Coeficiente de correlación	,516**	,478**	1,000	,453**	,529**	,378**	,261**	,471**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
SALUD GENERAL (0-100)	Coeficiente de correlación	,499**	,422**	,453**	1,000	,574**	,333**	,287**	,571**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
VITALIDAD (0-100)	Coeficiente de correlación	,541**	,427**	,529**	,574**	1,000	,509**	,392**	,705**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
FUNCION SOCIAL (0-100)	Coeficiente de correlación	,326**	,388**	,378**	,333**	,509**	1,000	,355**	,462**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
ROL EMOCIONAL (0-100)	Coeficiente de correlación	,355**	,423**	,261**	,287**	,392**	,355**	1,000	,386**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
SALUD MENTAL (0-100)	Coeficiente de correlación	,536**	,373**	,471**	,571**	,705**	,462**	,386**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

En la tabla 5 podemos observar la correlación según las diferentes dimensiones exploradas. Se pudo evidenciar que existe una relación directa del rol físico con la función física (Rho de Spearman: 0,514 p:0.000). Se puede afirmar que el rol físico depende hasta en un 51,5% de la función física. La dimensión de rol emocional también comprometida tiene un nivel de dependencia del 42,3% cuál del rol físico (Rho de Spearman: 0,423 p:0.000). Tanto las dimensiones de rol físico y rol emocional, evidenciadas en esta investigación como las más comprometidas en la calidad de vida y su condicionamiento a esta, tiene un nivel de dependencia de la función física, que podría ser modificable en cortos periodos de tiempo.

TABLA 6: CONSOLIDADO DE CALIDAD DE VIDA SEGUN LA ESCALA FÍSICA Y MENTAL EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

Correlaciones			ESCALA FÍSICA	ESCALA MENTAL
Rho de Spearman	FUNCION FISICA (0-100)	Coeficiente de correlación	,810**	,317**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
		N	316	316
	ROL FISICO (0-100)	Coeficiente de correlación	,658**	,315**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
		N	316	316
	DOLOR CORPORAL (0-100)	Coeficiente de correlación	,821**	,332**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
		N	316	316
	SALUD GENERAL (0-100)	Coeficiente de correlación	,657**	,465**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
		N	316	316
	VITALIDAD (0-100)	Coeficiente de correlación	,578**	,765**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
		N	316	316
	FUNCION SOCIAL (0-100)	Coeficiente de correlación	,374**	,715**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
		N	316	316
	ROL EMOCIONAL (0-100)	Coeficiente de correlación	,270**	,550**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
		N	316	316
	SALUD MENTAL (0-100)	Coeficiente de correlación	,447**	,835**
		Sig. (bilateral)	,000	,000
		N	316	316

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 6 podemos observar que en la escala física el nivel de dependencia de la función física en el 81,0% (Rho de Spearman: 0,810 p:0.000) y del 82,1% del dolor corporal (Rho de Spearman: 0,821 p:0.000). En la escala mental esto depende en un 76,5% de la vitalidad (Rho de Spearman: 0,765 p:0.000), en un 71,5% de la función social (Rho de Spearman: 0,715 p:0.000) y en un 83,5% de la salud mental (Rho de Spearman: 0,835 p:0.000).

TABLA 7: CONSOLIDADO DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LAS ESCALAS FÍSICA Y MENTAL EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

	Estadísticos descriptivos				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
ESCALA FISICA	316	22,05	59,41	42,3991	8,76828
ESCALA MENTAL	316	7,57	51,60	34,0606	8,61004

En la tabla 7 podemos observar el consolidado de puntajes promedios obtenidos en consolidado de las escalas física y mental y podemos observar que la media en la escala física fue del 42,39 y en la escala mental de 34,06. Ambas escalas, en resumen, están por debajo del 50%. Podemos ver que en la escala mental el nivel promedio de calidad de vida es mucho menor que en la escala física.

TABLA 8: CALIDAD DE VIDA EN SALUD GENERAL EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

		n	%
Puntaje general (agrupado)	Mala	143	45,3%
	Regular	120	38,0%
	Buena	53	16,8%
	Total	316	100,0%

En la tabla 8 podemos observar la distribución categórica de los resultados obtenidos en la medición de calidad de vida en salud. Podemos observar que el 45,3% estaba en un nivel de calidad mala seguido de 38% como regular y sólo el 16,8% considerada como buena. Cabe destacar que esta categorización responde a los puntajes promedios generales independientemente de las escalas y su nivel de influencia.

TABLA 9: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

Características sociodemográficas	Calidad de Vida en Salud								p	
	Mala		Regular		Buena		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Edad	18 a 19	0	0,0%	3	75,0%	1	25,0%	4	100%	0,000
	20 a 29	5	14,3%	19	54,3%	11	31,4%	35	100%	
	30 a 39	18	28,6%	29	46,0%	16	25,4%	63	100%	
	40 a 49	32	42,1%	32	42,1%	12	15,8%	76	100%	
	50 a 59	32	55,2%	21	36,2%	5	8,6%	58	100%	
	60 a más	56	70,0%	16	20,0%	8	10,0%	80	100%	
Sexo	Femenino	95	50,3%	64	33,9%	30	15,9%	189	100%	0,085
	Masculino	48	37,8%	56	44,1%	23	18,1%	127	100%	
Ocupación	Su casa	44	52,4%	27	32,1%	13	15,5%	84	100%	0,016
	Agricultor remun.	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	4	100%	
	Agricultor Independ.	51	48,6%	38	36,2%	16	15,2%	105	100%	
	Empleado depend.	3	13,6%	10	45,5%	9	40,9%	22	100%	
	Empleado independ.	3	18,8%	10	62,5%	3	18,8%	16	100%	
	Obrero depend.	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%	3	100%	
	Obrero independ.	4	40,0%	2	20,0%	4	40,0%	10	100%	
	Otro	34	47,2%	30	41,7%	8	11,1%	72	100%	
Nivel de instrucción	Sin instrucción	19	76,0%	6	24,0%	0	0,0%	25	100%	0,000
	Primaria	52	68,4%	16	21,1%	8	10,5%	76	100%	
	Secundaria	55	34,4%	73	45,6%	32	20,0%	160	100%	
	Superior	17	30,9%	25	45,5%	13	23,6%	55	100%	
Estado civil	Soltero/a	45	38,8%	49	42,2%	22	19,0%	116	100%	0,010
	Casado/a	26	51,0%	16	31,4%	9	17,6%	51	100%	
	Conviviente	46	40,7%	45	39,8%	22	19,5%	113	100%	
	Viudo/a	19	82,6%	4	17,4%	0	0,0%	23	100%	
	Separado/divorciado	7	53,8%	6	46,2%	0	0,0%	13	100%	
Hijos dependientes	Sin hijos	80	61,5%	34	26,2%	16	12,3%	130	100%	0,000
	1 a 2	51	33,3%	74	48,4%	28	18,3%	153	100%	
	3 a 4	10	33,3%	12	40,0%	8	26,7%	30	100%	
	5 a más	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%	3	100%	
	Familiares dependientes	Sin familiares	108	46,0%	82	34,9%	45	19,1%	235	
1 a 2		28	40,0%	34	48,6%	8	11,4%	70	100%	
3 a 4		3	42,9%	4	57,1%	0	0,0%	7	100%	
5 a más		4	100%	0	0,0%	0	0,0%	4	100%	

En la tabla 9 podemos observar que las variables mayormente asociadas a calidad de vida en salud son edad (p: 0,000), ocupación (p: 0,016), nivel de instrucción (p: 0,000), estado civil (p: 0,010), y el número de hijos dependientes (p: 0,000).

Según la edad, las mayores proporciones de mala calidad de vida están en mayores de 40 años siendo más evidentes en los de 60 años a más, donde el 70% manifiesta esta condición. Según ocupación la presencia de mala calidad de vida está en el grupo de amas de casas, donde el 52,4% manifiesta esta condición seguido del grupo de obreros dependientes donde el 66,7% manifiestan esta condición. Según el nivel de instrucción aquellos pobladores sin instrucción son los que manifiestan mayor mala calidad de vida en salud con un 76% en esta condición seguido de aquellos que tienen un nivel de instrucción primaria con un 68,4% que manifiestan más mala la calidad de vida en salud.

Según el estado civil, el 82,6% en la condición de viudo manifiesta una mala calidad de vida seguido en aquellos pobladores en la condición de separados o divorciados, donde el 53,8% manifiesta esta condición.

Según el número de hijos dependientes, en el grupo sin hijos, el 61,5% manifiesta una mala calidad de vida en salud, así como en el grupo con 5 o más hijos, el 66,7% manifiesta también esta condición de mala calidad de vida en salud . Podemos observar que en ambos extremos las condiciones son similares pero la muestra fue más representativa en el grupo de pobladores sin hijos.

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas

TABLA 10: RELACIÓN DE LA CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO Y TIEMPO DE RESIDENCIA SEGÚN CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

		Calidad de Vida en Salud								p
		Mala		Regular		Buena		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Aseguramiento	SIS	113	50,2%	80	35,6%	32	14,2%	225	100%	0,051
	ESSALUD	9	22,0%	20	48,8%	12	29,3%	41	100%	
	Privado	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	3	100%	
	Sin seguro	20	42,2%	19	42,2%	8	15,6%	47	100%	
Tiempo de residencia en la zona	Menos de 1 año	6	31,6%	7	36,8%	6	31,6%	19	100%	0,112
	1 a 5 años	6	27,3%	10	45,5%	6	27,3%	22	100%	
	6 a 10 años	1	12,5%	6	75,0%	1	12,5%	8	100%	
	11 a 15 años	11	47,8%	9	39,1%	3	13,0%	23	100%	
	16 a más	119	48,8%	88	36,1%	37	15,2%	244	100%	
Comorbilidad	Sin Comorbilidad	48	33,6%	67	55,8%	42	79,2%	157	49,7%	0,000
	Hipertensión arterial	18	12,6%	4	3,3%	0	0,0%	22	7,0%	
	Diabetes	3	2,1%	3	2,5%	0	0,0%	6	1,9%	
	Artritis	16	11,2%	3	2,5%	0	0,0%	19	6,0%	
	Otra	58	40,6%	43	35,8%	11	20,8%	112	35,4%	
	Total	14	100,0%	120	100,0%	53	100,0%	316	100,0%	
			3							

En la tabla 10 podemos observar que la condición de aseguramiento presenta un nivel de relación significativo con calidad de vida en salud. Podemos observar que, en el grupo de usuarios con seguro integral de salud, el 50,2% manifiesta mala calidad de vida en comparación de aquel grupo usuario de ESSALUD donde el 22% manifiesta esta condición. En el grupo sin seguro el 42,2% manifiesta mala calidad de vida. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Se encontró que hubo diferencias significativas entre la calidad de vida sanitaria y las comorbilidades que manifiestan los pobladores de la zona altoandina, con un p valor de 0,000.

TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN MITOS Y CREENCIAS EN LA EXPLORACIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE SU COMUNIDAD EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

	n	%	
Problemas respiratorios	88	27,8%	
Problemas gastrointestinales	76	24,1%	
Cáncer (estómago, piel)	39	12,3%	
Problemas Osteoarticulares	30	9,5%	
Problemas Cardio Circulatorios (Varices, HTA)	18	5,7%	
Anemia	15	4,7%	
Principales problemas de salud de su comunidad	Metabólicas (Obesidad, Diabetes, Colesterol)	15	4,7%
Dolor (Corporal, Cefaleas)	10	3,2%	
Artritis	6	1,9%	
Estrés	5	1,6%	
Depresión	4	1,3%	
Golpes, contusiones, esguinces y fracturas	4	1,3%	
Accidente vehicular	3	,9%	
Saca Grasa	2	,6%	
COVID-19	1	,3%	
Total	316	100,0%	

En la tabla 11 podemos identificar la percepción sobre los principales problemas de salud de su comunidad por parte de los pobladores. El 27,8% refiere problemas respiratorios seguido ante un 24,1% con problemas gastrointestinales y 12,3% con problemas de que es el cáncer. Sólo el 0,6% identifica algunos mitos la presencia de “saca grasa” como causa de problemas sanitarios.

TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LOS MITOS Y CREENCIAS RESPECTO A CÓMO INTENTA REMEDIAR O PREVENIR SUS DOLENCIAS EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

	n	%
Mates naturales	149	47,2%
Alimentación Saludable	46	14,6%
Consumo de agua hervida o embotellada	27	8,5%
Acudir al médico	25	7,9%
Cuidarse (distraerse)	24	7,6%
Abrigándose	13	4,1%
Consumir bazo en baño maría, sangrecita	13	4,1%
Alimentarse en horarios fijos	12	3,8%
Lavado de manos	2	,6%
Inhala alcohol	1	,3%
Maíz morado para el cáncer	1	,3%
Conversar con las autoridades	1	,3%
Lagarto y polvos medicinales	1	,3%
Consumir leche de chivo	1	,3%
Total	316	100,0%

En la tabla 12 podemos ver que el 47,2% cree que los mates naturales son el principal remedio a sus dolencias seguido de un 14,6% asociado a alimentación saludable. El 8,5% refiere que podría hacerlo tomando agua hervida o embotellada. Existen aún mitos que asumen que el maíz morado cura el cáncer, la presencia de lagartos y polvos medicinales y consumir leche de chivo.

TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA EXPLORACIÓN DE CÓMO CALIFICARÍA EL ESTADO DE SALUD DE SU COMUNIDAD EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

		n	%
¿Cómo calificaría el estado de salud de su comunidad?	Buena salud	78	24,7%
	Mala Salud	51	16,1%
	Pésima	16	5,1%
	Regular de salud	171	54,1%
	Total	316	100,0%

El 54,1% refiere que la condición de salud de la comunidad es regular seguido de un 24,7% que la considera buena y un 16,1% que la percibe como mala.

TABLA 14 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SOBRE LA PERCEPCIÓN DE QUIENES ACCEDEN MÁS EN SU CENTRO DE SALUD EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

	n	%
¿Quiénes son los que más se atienden en su centro de salud?		
Tercera edad	199	62,98%
Los niños	87	27,53%
Mujeres adultas	8	2,53%
Desconoce	6	1,9%
Gestantes	4	1,27%
Los que tienen conocidos	3	,97%
Es el único CS	3	,97%
Por igual todos	2	,63%
Jóvenes	2	,63%
Estudiantes	2	,63%
Total	316	100,0%

En la tabla 14 se observa la distribución de frecuencia de la creencia de quiénes se atienden más en su centro de salud de la comunidad. El 62, 98% asume que son las personas de la tercera edad seguido de un 27,53% de los niños, principalmente.

TABLA 15: PERCEPCIÓN DE CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL DE ATENCIÓN SOLICITADA A LOS CENTROS DE SALUD EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

	n	%
Problemas Osteoarticulares y musculares (Artritis)	77	24,4%
Problemas Respiratorios	77	24,4%
Anemia	38	12,0%
Problemas Gastrointestinales	33	10,4%
Problemas Propios de la Vejez	28	8,9%
HTA	16	5,1%
Depresión	11	3,5%
Desconoce	11	3,5%
Desnutrición	7	2,2%
Gestantes	6	1,9%
Problemas metabólicos (Diabetes, colesterol)	5	1,6%
Problemas de visión	3	,9%
Problemas propios de la Gestación	2	,6%
Problemas de salud en las mujeres	1	,3%
Métodos de planificación	1	,3%
Total	316	100,0%

En la tabla 15 podemos observar la percepción de los pobladores respecto a las razones por las cuales demanda atención en el centro de salud un 24,4% refiere que podría ser por problemas osteoarticulares y musculares y problemas respiratorios con igual porcentaje. El 12% refiere que podría ser por anemia y el 10,4% por problemas gastrointestinales.

TABLA 16: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA RESPECTO A SI EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RESPONDIÓ A SUS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

		n	%
¿El establecimiento de salud ha respondido sus necesidades de atención?	Sí	220	69,6%
	No	96	30,4%
	Total	316	100,0%

En la tabla 16 podemos observar que el 69,6% refiere que el establecimiento responde a sus necesidades de atención, pero un 30,4% de que no lo hace.

TABLA 17: RAZONES POR LAS CUALES ES PERCIBIDO QUE EL ESTABLECIMIENTO NO CUMPLE SUS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

	n	%
	22	22,9%
	12	12,5%
	11	11,5%
	9	9,4%
	8	8,3%
De ser negativa a la pregunta anterior, ¿cuáles podrían ser las razones?	No saben, les falta experiencia	22
	Referencia a Tacna	12
	Mala atención y demoran demasiado	11
	Solo dan calmantes genéricos	9
	Se encuentra sano	8
	No se encontraba el personal (Obstetra, médico)	7
	No acudo al CS por decisión propia	7
	Ya las pastillas no le hacen nada	6
No tenían el tratamiento	6	
No tenían Radiografía	5	
Problemas con el SIS	2	
Es alérgico y le da miedo	1	
Total	96	100,0%

En la tabla 17 podemos observar la percepción que tienen los pobladores que percibieron que no había sido respondido sus necesidades de atención (n=96) en el establecimiento de salud de la zona. Podemos observar que el 22,9% refiere que es porque “no saben o les falta experiencia” seguido de un 12,5% que ven que el “establecimiento prefiere referirlos a Tacna” y un 11,5% con una percepción de “mala atención y demoran demasiado” en la misma, principalmente.

TABLA 18: PERCEPCIÓN RESPECTO A LA RELACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO CON LA COMUNIDAD EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

	n	%	
¿Cómo definiría la relación de su establecimiento y la comunidad?	Regular, te atienden en la medida de sus posibilidades, solo dan calmantes y depende del humor de quien te atienda	108	34,2%
	Buena a pesar de sus carencias	101	32,0%
	Mala, la gente no acude al CS no confían en ellos	40	12,7%
	Mala, les falta trato amable, son insensibles	24	7,6%
	Depende de quién te atienda, algunos atienden bien y otros mal	21	6,6%
	Mala, los del CS no van a ver los ancianos que no pueden ir al CS	8	2,5%
	Desconoce	6	1,9%
	Buena, pero la gente no acude al CS, no le dan importancia a su salud	4	1,3%
	Pésimo	3	,9%
	Falta de equipamiento	1	,3%
	Total	316	100,0%

En la tabla 18 se muestra la percepción respecto a la relación del establecimiento de salud con la comunidad. Podemos observar que el 34,2% refiere que es regular y que atienden en la medida de sus posibilidades principalmente con el uso de calmantes seguido de un 32% que refiere que es buena a pesar de sus carencias y en tercer término un 12,7% que afirma que la relación es mala porque la gente no confía en el establecimiento de salud.

TABLA 19: DESAFÍOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PERCIBIDOS POR LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

	n	%	
¿Qué desafíos de mejora debería tener los servicios de salud de su comunidad?	Subir de nivel (Mini hospital), Implementarse mejor y NO derivar por todo a Tacna	138	43,7%
	Equipamiento con profesionales especialistas que sepan manejar los equipos "Radiografía, Ecografía, etc."	65	20,6%
	Médicos especialistas (más Geriatria y Pediatría)	27	8,5%
	Personal con más experiencia en general con vocación de servicio (No quieren SERUMISTAS)	23	7,3%
	Más paciencia y buen trato, sin renegar	18	5,7%
	Atención más rápida	12	3,8%
	Atención domiciliaria con personal permanente, mucho cambian	9	2,8%
	Atender emergencias fuera del horario de oficina	7	2,2%
	Que adecuen los horarios a la realidad de la población y no a los horarios de ciudad	5	1,6%
	Atención diaria	3	,9%
	Implementar atención con médico de familia	3	,9%
	Convenio con Essalud	2	,6%
	Prevención y promoción de la salud en la comunidad	2	,6%
	Implementar clínica pagada pero que atiendan bien y de todo	1	,3%
	Más enfermeras porque demoran mucho en atender	1	,3%

En la tabla 19 la población sujeta de estudio opina que los principales desafíos que debería de adoptar el establecimiento es que debería subir de nivel a un “mini hospital” en un 43,7%. El 20,6% refiere que es necesario la mejora con el

fortalecimiento de profesionales especialistas especialmente que sepan manejar equipos de rayos x y ecografía. El 8,5% refiere que debería fortalecerse el servicio con especialistas en pediatría y geriatría principalmente.

TABLA 20: CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN RELACIÓN A LOS MITOS Y CREENCIAS Y ACCESO A ATENCION SANITARIA INSTITUCIONALZADA PERCIBIDOS POR LA POBLACIÓN ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024

Pruebas de chi-cuadrado

MITOS Y CREENCIAS		Calidad de vida en salud	
MITO 1	Principales problemas de salud de su comunidad	Chi-cuadrado	13,890
		gl	20
		Sig.	0,836
MITO 2	¿Cómo Ud. ha intentado remediarlos o prevenirlos?	Chi-cuadrado	23,713
		gl	12
		Sig.	0,022
MITO 3	¿Cómo calificaría el estado de salud de su comunidad?	Chi-cuadrado	6,974
		gl	6
		Sig.	0,323
MITO 4	¿Quiénes son los que más se atienden en su centro de salud?	Chi-cuadrado	14,830
		gl	14
		Sig.	0,39
MITO 5	¿De los que se atienden, cuál cree es la razón?	Chi-cuadrado	26,791
		gl	14
		Sig.	0,02
MITO 6	¿El establecimiento de salud ha respondido sus necesidades de atención?	Chi-cuadrado	2,616
		gl	2
		Sig.	,270
MITO 7	De ser negativa la respuesta 6, ¿cuáles podrían ser las razones?	Chi-cuadrado	25,025
		gl	14
		Sig.	0,034
MITO 8	¿Cómo definiría la relación de su establecimiento y la comunidad?	Chi-cuadrado	24,146
		gl	8
		Sig.	0,002
MITO 9	¿Qué desafíos de mejora debería tener los servicios de salud de su comunidad?	Chi-cuadrado	21,472
		gl	16
		Sig.	0,161

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interior.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,05.

En la tabla 20 se observa que los mitos relacionados a calidad de vida en salud fueron el mito 2 que tiene que ver con el modo en que se ha intentado remediar o

prevenir los problemas de salud (p:0,022); el mito 5 que tiene que ver con la razón por la cual se atienden en un centro de salud (p:0,02); el mito 7 que se refiere a todos los pobladores que refieren no haber sido atendido en sus necesidades de salud, siendo las respuestas marcadamente diferentes (p:0,034); y el mito 8 que muestra la percepción del poblador respecto a cómo define la relación entre el establecimiento de salud y su comunidad, lo cual se relaciona con la calidad de vida en salud que percibe el poblador con p valor de 0,002.

DISCUSIÓN

En la mayoría de áreas rurales del Perú, la transición epidemiológica se hace evidente con el pasaje de la alta frecuencia de enfermedades infecciosas hacia enfermedades crónico degenerativas y de salud mental. El poblador de zonas rurales continúa trabajando hasta edades avanzadas, donde las labores agropecuarias, por ejemplo, exigen la participación de todos los grupos etarios de la familia y de la comunidad para asegurar su propia subsistencia. Agregado a esto, existe una mayor proximidad física y relacional, además de pertenecer a un grupo más reducido de personas, implicando una constante interacción. En las áreas urbanas existe una mayor lejanía relacional y espacial con otros individuos, lo cual limita las relaciones sociales e intercambio cultural. La salud, principalmente, no escapa a este análisis y es donde las investigaciones colaboran en la identificación de características propias de cada comunidad.

Oñate et al (5), tras un análisis de la práctica y persistencia de conductas y actitudes basadas en la medicina tradicional, mitos y creencias sobre la salud en la población, observó que el 73,3% de la población tenía mitos o creencias relacionadas con la salud, de los cuales el 70% recurría a curanderos y al uso de otros recursos. Bezerra et al (6) en Brasil categoriza cuáles son los principales desafíos en el acceso a la salud que enfrentan las poblaciones rurales. La población rural opta por mantener vivas sus prácticas culturales enfocadas a su salud. Por lo tanto, es común utilizar hierbas medicinales y místicas relacionadas con creencias religiosas en las prácticas de autocuidado. Concluyó que las políticas públicas actuales presentan vacíos en términos de accesibilidad, seguridad, educación en salud, equidad y respeto a las diferencias culturales. Zghal et al (7) realizaron una serie de análisis de regresión lineal por pasos para identificar predictores independientes de la calidad de vida y sus cuatro dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Sugieren que las experiencias de discriminación se asociaron negativamente con la calidad de vida general ($\beta = -0,313$; $p < 0,001$) y psicológica ($\beta = -0,318$; $p < 0,001$), social ($\beta = -0,177$; $p = 0,048$) y ambiental ($\beta = -0,408$; $p < 0,001$). La discriminación influye negativamente. Chen, Y., et al, (8) plantea que

los residentes rurales pueden tener un menor acceso y uso de ciertas fuentes de información de salud en comparación con los residentes urbanos. 600 participantes (50% rurales) completaron una encuesta en línea sobre el acceso y uso de 25 fuentes de información sanitaria. Los residentes rurales tenían menor acceso a información de salud proveniente de fuentes como proveedores de atención primaria, médicos especialistas, blogs y revistas, y un menor uso de motores de búsqueda. Algunas diferencias en el acceso y uso de fuentes de información sanitaria pueden deberse a diferencias sociodemográficas entre las poblaciones rurales y urbanas. Puede haber barreras estructurales, como la escasez de médicos especialistas y la limitada exposición a los medios de comunicación. Encontró que los mitos y creencias arraigadas pueden influir en la aceptación de ciertos tratamientos médicos y en la utilización de servicios de salud en áreas rurales.

En Perú, Maraza et al (9) empleando un diseño descriptivo fenomenológico, incluyó una población de 47 indígenas, mediante observación y entrevistas. Los hallazgos revelaron que la principal preocupación de la población amazónica era la calidad de vida y el mantenimiento de una buena salud.

Henckell Sime, (10) los diversos aspectos y desafíos que surgen al brindar atención médica intercultural y cómo incorporar el enfoque intercultural en la formación de los profesionales de la salud, particularmente para las comunidades indígenas. Revelaron que surgen desafíos debido a las brechas en infraestructura y equipamiento, lo que dificulta la implementación práctica. También se identificó que los servicios de salud deben adaptarse para dar cabida a la atención intercultural.

En nuestro estudio observamos que el 25,3% tenía de 60 años a más seguido de un 24,1% / 40 a 49 años. Según sexo, el 59,8% era femenino y el 40,2% masculino. El 33,2% era agricultor independiente seguido de un 26,6% ama de casa. Un 22,8% tenía diferentes ocupaciones. El 50,6% era de nivel secundario seguido de un 24,1% de nivel primario. El 35,8% era conviviente seguido de un 36,7% en la condición de soltero. El 48,4% tenía de uno a 2 hijos dependientes seguido de un 41,1% sin

hijos. El 51,3% por lo menos tenía de 1 a 2 personas dependientes. Un 14,8% no contaba con seguro médico.

En la medición de calidad de vida en salud, las dimensiones más comprometidas fueron el rol físico y el rol emocional. El rol físico depende hasta en un 51,5% de la función física. La dimensión de rol emocional también comprometida tiene un nivel de dependencia del 43,5% cuál del rol físico (Rho de Spearman: 0,435 p:0.000). La escala física depende de la función física en el 85,5% (Rho de Spearman: 0,855 p:0.000) y del 80,9% del dolor corporal (Rho de spearman: 0,809 p:0.000). En la escala mental esto depende en un 77,5% de la vitalidad (Rho de Spearman: 0,775 p:0.000), en un 72,7% de la función social (Rho de Spearman: 0,727 p:0.000) y en un 84,9% de la salud mental (Rho de Spearman: 0,849 p:0.000). Respecto al consolidado de las escalas física y mental ambas escalas, en resumen, están por debajo del 50%. El 45,3% estaba en un nivel de calidad mala seguido de 38% como regular y sólo el 16,8% considerada como buena. Las variables mayormente asociadas a calidad de vida en salud son edad (p: 0,000), ocupación (p: 0,016), nivel de instrucción (p: 0,000), estado civil (p: 0,010), y el número de hijos dependientes (p: 0,000).

Respecto a los mitos y creencias sobre los principales problemas de salud el 27,8% refiere problemas respiratorios seguido de un 24,1% con problemas gastrointestinales. Sólo el 0,6% identifica algunos mitos como la presencia de “saca grasa”. El 47,2% cree que los mates naturales son el principal remedio a sus dolencias. El 54,1% refiere que la condición de salud de la comunidad es regular y que son las personas de la tercera edad seguido de los niños, los que se atienden principalmente. El 69,6% refiere que el establecimiento responde a sus necesidades de atención. Respecto a la relación del establecimiento con su comunidad, el 34,2% refiere que es regular y que atienden en la medida de sus posibilidades principalmente con el uso de calmantes seguido de un 32% que refiere que es buena a pesar de sus carencias y en tercer término. Un 12,7% que afirma que la relación es mala. La comunidad percibe que los principales desafíos es que debería subir de

nivel a un “mini hospital” (43,7%). El 20,6% que es necesario la mejora con el fortalecimiento de profesionales especialistas.

LIMITACIONES:

Dentro de las limitaciones, las más relevantes fueron

El idioma, en ciertos participantes, dado que su lengua materna es el aymara y algunos residentes manejan el quechua, y medio entiende el castellano y más en los pobladores de la tercera edad, donde se agendaba una próxima visita para que este un vecino o un familiar que haga las veces de interprete y que sea de aceptación del participante.

Acceso geográfico y dificultades de desplazamiento: dado que los poblados se encuentran dispersos y básicamente las distancias y el terreno accidentado dificultaron bastante el traslado a las comunidades, para lo cual se contrató motos por días y a la vez para que nos orientaran mejor haciendo las veces de guías. Recalcar también que hay lugares donde solo se accede por camino de herradura.

Desconfianza y temor: Hubo resistencia y temor inicial de la población para participar del trabajo de investigación, por lo mismo que no se hacen este tipo de estudios con frecuencia para lo cual fue necesaria una sensibilización previa y recién se le planteaba el consentimiento informado y se dejaba claro que era confidencial.

Recursos limitados: Se tuvo que incrementar el presupuesto para poder lograr las metas trazadas en cuanto a la obtención de las encuestas, además de emplear más tiempo de lo planificado en la ejecución misma del trabajo de tesis.

CONCLUSIONES

1. Se identificó que existe asociación significativa entre la calidad de vida en salud y el acceso a atención sanitaria institucionalizada, mitos y creencias en la población altoandina de Candarave en el 2024. Dado que el Mito 2: relacionado con las estrategias de remediación y prevención de problemas de salud ($p:0.022$), afecta negativamente las decisiones de búsqueda de atención sanitaria institucionalizada. El mito 5: que tiene que ver con la razón por la cual se atienden en un centro de salud ($p:0,02$); el mito 7 que se refiere a todos los pobladores que refieren no haber sido atendido en sus necesidades de salud, siendo las respuestas marcadamente diferentes ($p:0,034$); y el mito 8 que muestra la percepción del poblador respecto a cómo define la relación entre el establecimiento de salud y su comunidad, lo cual se relaciona con la calidad de vida en salud que percibe el poblador con p valor de 0,002. Estos mitos y creencias influyen de manera significativa en como los pobladores perciben el acceso a los servicios de salud institucionalizados y este repercute en la calidad de vida de la población.
2. Se identificaron que las principales características sociodemográficas y laborales significativas de la población de Candarave, fueron con un 25,3% tenían de 60 años a más seguido de un 24,1% / 40 a 49 años. El 59,8% era de sexo femenino y el 40,2% masculino. El 33,2% era agricultor independiente seguido de un 26,6% ama de casa. Un 22,8% tenía diferentes ocupaciones. El 50,6% era de nivel secundario seguido de un 24,1% de nivel primario. El 35,8% era conviviente seguido de un 36,7% en la condición de soltero. El 48,4% tenía de uno a 2 hijos dependientes seguido de un 41,1% sin hijos. El 51,3% por lo menos tenía de 1 a 2 personas dependientes. Un 14,8% no contaba con seguro médico.
3. Se determinó la Calidad de vida en salud con el instrumento F-36 y se encontró que las dimensiones más comprometidas fueron el rol físico con

una media de 11.2144 y DS 9.933000 y el rol emocional con una media de 9.4673 y DS 10.01706. El 45,3% estaba en un nivel de calidad mala seguido de 38% como regular y sólo el 16,8% considerada como buena.

4. Respecto a mitos y creencias, el 27,8% refiere que los principales problemas de la comunidad son los respiratorios seguido de un 24,1% con problemas gastrointestinales y 12,3% con problemas de que es el cáncer. El 47,2% cree que los mates naturales son el principal remedio a sus dolencias seguido de un 14,6% asociado a alimentación saludable. El 54,1% refiere que la condición de salud de la comunidad es regular. El 69,6% refiere que el establecimiento responde a sus necesidades de atención, pero un 30,4% de que no lo hace. Respecto a la relación del establecimiento de salud con la comunidad, el 34,2% refiere que es regular, un 32% que refiere que es buena a pesar de sus carencias y un 12,7% que afirma que la relación es mala porque la gente no confía.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la comunidad científica y a los profesionales de la salud realizar investigaciones interdisciplinarias en diversas poblaciones centrados en comparar las percepciones y expectativas sobre la calidad de vida en salud, el acceso a la atención institucional y la influencia de mitos y creencias. Considerando campos como antropología médica, la sociología de la salud y la salud pública. Estos estudios permitirán desarrollar estrategias de salud pública más efectivas y culturalmente pertinentes, mejorando así la calidad de vida y el acceso a los servicios de salud en distintas comunidades.
2. A la Microred Candarave priorizar la implementación de programas enfocados en la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos saludables. Estos programas contribuirán a reducir la necesidad de atención médica, mejorando así la calidad de vida de la población.
3. A las autoridades locales, empresarios, ONGs, líderes comunitarios y personal de salud cooperar en la creación y ejecución de un programa integral de alfabetización sanitaria. Este programa debe incluir la formación de promotores de salud, talleres prácticos, difusión de material educativo y campañas informativas en medios de comunicación local. Además, debe integrar programas de vacunación y control de enfermedades, abordando mitos y creencias que afecten la búsqueda de atención médica formal. La alfabetización sanitaria empoderará a la comunidad, fomentará la confianza en los servicios de salud institucionales y mejorará el acceso a la atención médica, contribuyendo a una mejor calidad de vida.
4. A la Microred gestionar mejoras en la infraestructura de salud y en el recurso humano mediante la implementación de programas de capacitación y formación para profesionales, enfocados en brindar servicios de salud con enfoque intercultural. Mejorar la infraestructura y capacitar al personal en enfoques interculturales permitirá ofrecer servicios de salud más inclusivos y efectivos, mejorando la calidad de atención y la confianza de la comunidad en los servicios de salud institucionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parra LP. Políticas y programas de Estado para la salud rural en América Latina: una revisión de la literatura. *Rev CIFE Lect Econ Soc* [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 17 de abril de 2024];20(33):79-94. Disponible en: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/cife/article/view/4878>
2. Cordero RA. Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño, Santiago del Estero1. *Trab Soc* [Internet]. julio de 2021 [citado 17 de abril de 2024];XXII(37):589-617. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3873/387368391031/html/>
3. Gutiérrez C, Romaní Romaní F, Wong P, Del Carmen Sara J. Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú. *An Fac Med* [Internet]. enero de 2018 [citado 17 de abril de 2024];79(1):65-70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832018000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Anthelme F, Beck S, Ginot P, Garcia-Lino MC, Meneses RI. La cordillera real y sus plantas: Ecosistemas y plantas altoandinos de la Cordillera Real : únicos y frágiles. 2015.
5. Oñate Tenorio M de los SO, García Bañón AM, Oñate Tenorio A. Health behaviors of the Sierra de Cádiz. Myths and beliefs? *J Tissue Viability* [Internet]. 1 de mayo de 2022 [citado 3 de marzo de 2024];31(2):365-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965206X2200002X>
6. Bezerra Gomes MM, Cavalcanti dos Santos S, Nunes dos Santos J, Pereira da Silva Carvalho V, Laranjeira de Sá AK, Gonçalves CFG, et al. Challenges to access health faced by rural population and their perception regarding healthcare. *Acta Sci Health Sci* [Internet]. 2021 [citado 3 de marzo de 2024];43. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3072/307269997013/>
7. Zghal A, El-Masri M, McMurphy S, Pfaff K. Exploring the Impact of Health Care Provider Cultural Competence on New Immigrant Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study of Canadian Newcomers. *J Transcult Nurs* [Internet]. septiembre de 2021 [citado 3 de marzo de 2024];32(5):508-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8404719/>
8. Chen X, Orom H, Hay JL, Waters EA, Schofield E, Li Y, et al. Differences in Rural and Urban Health Information Access and Use. *J Rural Health Off J Am Rural Health Assoc Natl Rural Health Care Assoc* [Internet]. junio de 2019

- [citado 3 de marzo de 2024];35(3):405-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6522336/>
9. Maraza Vilcanqui B, Maraza N, Flores Choque GMF, Vilcanqui QM. Calidad de vida y salud en pueblos indígenas amazónicos durante la pandemia COVID-19. *Vive Rev Salud* [Internet]. agosto de 2022 [citado 3 de marzo de 2024];5(14):325-36. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2664-32432022000200325&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 10. Henckell Sime CL del C. Incorporación del enfoque intercultural al sistema de atención de salud. *Saber Serv Rev Esc Nac Adm Pública* [Internet]. 27 de julio de 2022 [citado 3 de marzo de 2024];(7):153-71. Disponible en: <https://revista.enap.edu.pe/article/view/4851>
 11. Quiceno JM, Vinaccia S. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación desde la enfermedad crónica. *Psychologia* [Internet]. 1 de julio de 2013 [citado 29 de febrero de 2024];7(2):69-86. Disponible en: <https://190.131.242.67/index.php/Psychologia/article/view/1205>
 12. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. OMS. [citado 29 de febrero de 2024]. Funciones esenciales de salud pública - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>
 13. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2010 [citado 29 de febrero de 2024];84(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005
 14. Gil Coto. (16) Mejorando la calidad de vida a través del desarrollo personal | LinkedIn [Internet]. 2023 [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.linkedin.com/pulse/mejorando-la-calidad-de-vida-trav%C3%A9s-del-desarrollo-gil-coto/?originalSubdomain=es>
 15. Fundación Europea del pulmón ELF. European Lung Foundation. 2023 [citado 3 de marzo de 2024]. Calidad de vida relacionada con la salud. Disponible en: <https://europeanlung.org/es/information-hub/living-with-a-lung-condition/calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud/>
 16. Peck D, Birch K. KU Medical Center. 2023 [citado 3 de marzo de 2024]. The Crisis in Rural Health Care. Disponible en: <https://www.kumc.edu/communications/about/publications/kansas-medicine-and-science/fall-winter-2023/the-crisis-in-rural-health-care.html>

17. Carballo-Quesada L. Accesibilidad a los servicios de salud como un componente de la calidad de la atención. *Acta Médica Costarric* [Internet]. 2022 [citado 25 de febrero de 2024];64(2):1-3. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/434/43475332001/html/>
18. Sánchez-Torres DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud*. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2017 [citado 25 de febrero de 2024];55(1):82-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297021/html/>
19. Zárata Bahena A, Villalobos Aguayo P, Ríos Oliveros R. Las parasitosis intestinales asociadas a a pobreza, afectan la calidad de vida y aprendizaje de niños en edad escolar. México: UNAM; 2019.
20. García JE. El pensamiento precientífico sobre salud y la enfermedad. *Cienc Psicológicas* [Internet]. noviembre de 2015 [citado 25 de febrero de 2024];9(2):337-49. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212015000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Barrio-Cortés J, Merino-Barbancho B, Roca-Umbert W, Castillo-Sanz AG, Rujas M, Lupiáñez F. Proyecto BEAMER. Desarrollo de un modelo predictivo de falta de adherencia terapéutica para mejorar el cumplimiento, los resultados en salud, la calidad de vida y la eficiencia de la atención médica (oral). *Rev Clínica Med Fam* [Internet]. 2023 [citado 25 de febrero de 2024];16(SPE1):139-202. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2023000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Zambrano Vélez TF, Thais Jamileth LÁ, Troncoso Saverio CJ, Ponce Alencastro JA. Avances en la Tecnología Asistiva para Mejorar la Calidad de vida en Adultos Mayores. Revisión Actualizada en el Contexto Latinoamericano. *Cienc Lat Rev Multidiscip* [Internet]. 2024 [citado 25 de febrero de 2024];8(1):645-62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9294407>
23. González Álvarez YA. Prescripción del ejercicio en adultos mayores, recomendaciones para mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades crónicas. *Rev Digit Act Física Deporte* [Internet]. 2023 [citado 25 de febrero de 2024];9(2):4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9046935>
24. de Oliveira Santana E, Marcondes L, Alves da Silva LA, Okino Sawada N, Martins da Rosa L, Puchalski Kalinke L. Imagem guiada para qualidade de vida de mulheres com câncer cervical: estudo quase experimental. *Revcuid*

- Bucaramanga 2010 [Internet]. 2022 [citado 25 de febrero de 2024];1-15. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2358/2727>
25. Centro de información sobre salud rural EE.UU. RHIhub. 2024 [citado 3 de marzo de 2024]. Healthcare Access in Rural Communities Overview - Rural Health Information Hub. Disponible en: <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/healthcare-access>
 26. Cano-Gómez L, Castillo-Tejada R, Mena-Ordoñez S. Percepción de riesgo, automedicación, mitos y creencias relacionados con COVID-19 entre jefes de hogar peruanos. Rev Univ Santander Salud [Internet]. 2022 [citado 25 de febrero de 2024];54. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072022000100331
 27. Velasco Estrada AS, González-Cerón F. Mitos y realidades sobre el consumo de huevo. Agro-Divulg [Internet]. 11 de diciembre de 2023 [citado 25 de febrero de 2024];3(5). Disponible en: <https://www.agrodivulgacion-colpos.org/index.php/1agrodivulgacion1/article/view/246>
 28. Lucas Muñoz A de, Martín MA, Mesías M. Nutrición y medios de comunicación. ¿Podemos distinguir la información veraz de los mitos? Estudio piloto en población adultos y adolescentes. Rev Esp Comun En Salud [Internet]. 2021 [citado 25 de febrero de 2024];12(2):198-205. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8197616>
 29. Almanza Julio LF, Marroquín Barragán YS, Tabora Molina LY. Percepciones sobre las causas que conducen al suicidio en la población juvenil del municipio de Amagá, Antioquia [Internet]. institución universitaria Politécnico ran Colombiano Facultad de sociedad cultura y creatividad; 2019 [citado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://alejandria.poligran.edu.co/handle/10823/1424>
 30. Enríquez Salazar JA. Mitos y creencias sobre la vacunación contra el COVID-19. Rev Científica CURAE [Internet]. 31 de enero de 2022 [citado 25 de febrero de 2024];4(2):1-2. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/2058>
 31. Ministerio de Salud del Perú. CDC Perú aclara principales mitos sobre “curas caseras” a enfermedades que se practican en el país [Internet]. CDC MINSA. 2022 [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-aclara-principales-mitos-sobre-curas-caseras-a-enfermedades-que-se-practican-en-el-pais/>
 32. Aguilar Peña M, Tobar Blandón MF, García-Perdomo HA. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. Rev Salud Pública

[Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 29 de febrero de 2024];22(4):1-5.
Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/87320>

33. Ayca O, Choque E. Historia de la Provincia de Candarave. 1ra. edición. Villa Candarave: Municipalidad Provincial de Candarave; 2016. 190 p.
34. Ministerio de Desarrollo e inclusión social. Reporte de indicadores sociales del Departamento de Tacna. 1ra edición. Tacna; 2024.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y LABORALES

Edad

1. 18 a 19 años
2. 20 a 29 años
3. 30 a 39 años
4. 40 a 49 años
5. 50 a 59 años
6. 60 años a más

Sexo

1. Femenino
2. Masculino

Ocupación

1. Su casa
2. Agricultor remunerado
3. Agricultor independiente
4. Empleado dependiente
5. Empleado independiente
6. Obrero dependiente
7. Obrero independiente
8. Jubilado
9. Otro

Nivel de instrucción

1. Sin instrucción
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior

Estado civil

1. Soltero(a)
2. Casado (a)
3. Conviviente
4. Viudo
5. Separado/Divorciado (a)

Hijos dependientes

1. Sin hijos
2. 1 a 2
3. 3 a 4
4. 5 a más

Familiares dependientes

1. Sin familiares
2. 1 a 2
3. 3 a 4
- 5 a más

Nº de personas dependientes

1. Ninguno
2. 1 a 2
3. 3 a 4
4. a más

Aseguramiento

1. SIS
2. ESSALUD
3. PRIVADO
4. SIN SEGURO

Tiempo de residencia en la zona

1. Menos de 1 año
2. 1 a 5 años
3. 6 a 10 años
4. 11 a 15 años
5. 16 a más

Comorbilidad

1. Hipertensión arterial
2. Diabetes
3. Artritis
4. Otra

CUESTIONARIO DE MITOS Y CREENCIAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

1. ¿Podría usted indicarme cuáles son los principales problemas de salud de su comunidad?

2. ¿Cómo Ud. ha intentado remediarlos o prevenirlos?

3. ¿Cómo calificaría el estado de salud de su comunidad?

4. ¿Quiénes son los que más se atienden en su centro de salud?

5. ¿De los que se atienden, cuál cree es la razón?

6. ¿El establecimiento de salud ha respondido sus necesidades de atención?
 1. SI
 2. NO

7. De ser negativa la respuesta 6, ¿cuáles podrían ser las razones?

8. ¿Cómo definiría la relación de su establecimiento y la comunidad?

9. ¿Qué desafíos de mejora debería tener los servicios de salud de su comunidad?

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN SALUD – SF36

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿cómo estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

Población

Tacna, Candarave, distrito: Candarave

Población total Censo poblacional 2017= 2354

Población de menores de 18 años = 569

Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	
18 años	19 años	20 años	21 años	22 años	23 años	24 años	25 años	26 años	27 años	28 años	29 años	30 años	31 años	32 años	33 años	34 años	35 años	36 años	37 años	38 años
29	32	25	27	23	35	22	33	38	27	32	29	30	40	37	44	33	37	36	34	24

Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad
39 años	40 años	41 años	42 años	43 años	44 años	45 años	46 años	47 años	48 años	49 años	50 años	51 años	52 años	53 años	54 años	55 años	56 años	57 años	58 años
36	22	37	21	43	34	35	29	40	32	34	28	30	50	35	22	31	27	27	27

Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad
57 años	58 años	59 años	60 años	61 años	62 años	63 años	64 años	65 años	66 años	67 años	68 años	69 años	70 años	71 años	72 años	73 años	74 años	75 años	76 años
39	29	27	29	26	28	22	20	19	20	21	12	19	28	13	12	24	17	17	17

Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad
75 años	76 años	77 años	78 años	79 años	80 años	81 años	82 años	83 años	84 años	85 años	86 años	87 años	88 años	89 años	90 años	91 años	92 años	93 años	94 años
1	2	9	8	1	0	8	4	4	7	4	4	1	4	1	0	3	0	0	0

Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad
93 años	94 años	95 años	96 años	97 años	98 años	99 años	100 años	101 años
3	0	1	0	1	1	0	0	0

Población de 18 a 98 años de edad: 1785

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Título del estudio	CALIDAD DE VIDA EN SALUD, MITOS Y CREENCIAS Y ACCESO A ATENCIÓN SANITARIA INSTITUCIONALIZADA, EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024
Investigador principal	ELENA VIZCARRA LIMACHE
Asesor(es)	MAGISTER JESSICA MARIANELA QUIROZ CARRASCO

Objetivo y propósito del estudio:

Identificar la asociación entre la Calidad de vida en salud y el acceso a atención sanitaria institucionalizada, mitos y creencias en la población altoandina de Candarave, 2024.

Estimado participante,

A usted se le está invitando a participar del presente estudio que tiene por propósito Conocer cuál es la calidad de vida en salud de la población de las comunidades de Candarave, el nivel de accesibilidad a la atención sanitaria y qué mitos y creencias tienen. Este estudio se desarrolla como parte de los requisitos para la obtención del título profesional de médico cirujano y es desarrollado bajo la dirección de la Magister Jéssica Marianela Quiroz Carrasco *docente adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna*.

En el presente documento usted encontrará información relacionada a: los procedimientos que se relacionan con la investigación, los riesgos y/o beneficios, entre otros aspectos que le permitirán decidir si participa o no. Lea detenidamente este documento y siéntase usted con la libertad de hacer las preguntas que considere necesarias.

Si usted decide participar del estudio, deberá colocar su nombre y firma. Además, se le entregará una copia firmada y fechada.

Procedimientos:

Si usted está de acuerdo con participar de este estudio, los procedimientos que requieren de su colaboración son los siguientes:

1. Llenado de un cuestionario

Riesgos:

Con su participación en este estudio no se corre riesgo alguno.

Costo por participación y compensación económica:

Su participación en este estudio no deriva en gastos o costos relacionados. Igualmente, por su participación no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole distinta.

Confidencialidad:

El investigador principal y el asesor guardarán la información obtenida de su participación en este estudio. Es necesario mencionar que su participación será debidamente codificada y en ningún caso se registrarán con nombre. Si los resultados de este estudio se llegaran a publicar en una revista, no se mostrará ninguna información que permita su identificación como participante del estudio.

Derechos del participante:

Si usted decide participar de este estudio, podrá retirarse en cualquier momento y/o no participar de alguna parte del mismo. Por lo cual deberá informar su decisión al investigador principal de manera oportuna. Si tiene alguna duda adicional, podrá ponerse en contacto con el investigador principal Elena Vizcarra Limache llamando al teléfono 990002560.

Comité de ética:

Si durante el desarrollo de la investigación tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, podrá contactar al Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud a través del siguiente correo electrónico: cei_facsa@upt.pe

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Acepto voluntariamente la participación en el estudio **CALIDAD DE VIDA EN SALUD, MITOS Y CREENCIAS Y ACCESO A ATENCIÓN SANITARIA INSTITUCIONALIZADA, EN LA POBLACION ALTOANDINA DE CANDARAVE, 2024**, dirigido por el investigador principal Elena Vizcarra Limache. Por otro lado, entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento que considere apropiado.

Nombre y Apellidos del participante

Fecha

Nombre y apellido del investigador

Fecha

OPINIÓN DE EXPERTOS

DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):
- 1.2. Grado Académico:
- 1.3 Profesión:
- 1.4. Institución donde labora:
- 1.5 Denominación del Instrumento: Cuestionario de mitos y creencias de acceso a servicios de salud

CRITERIOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	1	2	3	4	5
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables, medibles					
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en su estructura					
CONSISTENCIA	Existe fundamentación científica en su construcción					
COHERENCIA	Existe relación entre variables indicadores					
METODOLOGÍA	El instrumento responde al diseño de la investigación					
	SUMATORIA					
	PUNTAJE TOTAL					

Observaciones:

.....

.....

.....

 Experto:
 DNI:

OPINIÓN DE EXPERTOS

DATOS GENERALES:

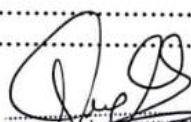
- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): *Mendoza Paye huana, Angelica*
 1.2. Grado Académico: *Medica*
 1.3 Profesión: *Medica - Hematólogo*
 1.4. Institución donde labora: *H. P. H. D. Tacha*
 1.5 Denominación del Instrumento: Cuestionario de mitos y creencias de acceso a servicios de salud

CRITERIOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO					
		Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables, medibles				<input checked="" type="checkbox"/>	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en su estructura					<input checked="" type="checkbox"/>
CONSISTENCIA	Existe fundamentación científica en su construcción					<input checked="" type="checkbox"/>
COHERENCIA	Existe relación entre variables indicadores				<input checked="" type="checkbox"/>	
METODOLOGÍA	El instrumento responde al diseño de la investigación				<input checked="" type="checkbox"/>	
	SUMATORIA				<i>10</i>	<i>15</i>
	PUNTAJE TOTAL					<i>27</i>

Observaciones:

.....


 HOSPITAL HIPÓLITO CUBANUE DE TACHA
 Angelica Mendoza Paye huana
 NEUMÓLOGA
 CMP 48056 RNE. 44308

Experto:

DNI: *40 50 25 13*

OPINIÓN DE EXPERTOS

DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Moscoso Arana, Karina
 1.2. Grado Académico: Medica
 1.3 Profesión: Medica - Internista
 1.4. Institución donde labora: Hosp. del. de Apaya. Hipólito Unzué de Tacna
 1.5 Denominación del Instrumento: Cuestionario de mitos y creencias de acceso a servicios de salud

CRITERIOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	5
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables, medibles					<input checked="" type="checkbox"/>
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en su estructura				<input checked="" type="checkbox"/>	
CONSISTENCIA	Existe fundamentación científica en su construcción				<input checked="" type="checkbox"/>	
COHERENCIA	Existe relación entre variables indicadores				<input checked="" type="checkbox"/>	
METODOLOGÍA	El instrumento responde al diseño de la investigación				<input checked="" type="checkbox"/>	
	SUMATORIA			3	16	5
	PUNTAJE TOTAL					24

Observaciones:

.....




Experto:

DNI: 4449.0795

OPINIÓN DE EXPERTOS

DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): *Ramos Portales, Carolina*
 1.2. Grado Académico: *Médico*
 1.3 Profesión: *Médico Neumólogo*
 1.4. Institución donde labora: *Hospital de Apoyo Hipólito Unzué de Tacna*
 1.5 Denominación del Instrumento: Cuestionario de mitos y creencias de acceso a servicios de salud

CRITERIOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO					
		Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	1	2	3	4 X	5
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables, medibles				X	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en su estructura				X	
CONSISTENCIA	Existe fundamentación científica en su construcción				X	
COHERENCIA	Existe relación entre variables indicadores				X	
METODOLOGÍA	El instrumento responde al diseño de la investigación				X	
	SUMATORIA				24	
	PUNTAJE TOTAL					24

Observaciones:

.....


 Carolina Ramos Portales
 MÉDICO NEUMÓLOGO
 C.M.P. 6291, R.N.E. 38900

Experto:

DNI: *44649909*

CONSOLIDADO DE VALIDACIÓN

Para el cuestionario abierto de mitos y creencias acerca de atención sanitaria.

Se contó con la calificación de tres jueces médicos de la región de Tacna.

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	Ptje.
Juez 1	4	4	4	4	4	4	24
Juez 2	5	4	5	5	4	4	27
Juez 3	3	5	4	4	4	4	24
V de Aiken 95%	0.75	0.83	0.83	0.83	0.75	0.75	0.79
LI	0.47	0.55	0.55	0.55	0.47	0.47	0.68
LS	0.91	0.95	0.95	0.95	0.91	0.91	0.87

RESOLUCIÓN

a. Aprobado ($C \geq 75\%$)

b. Desaprobado ($C \leq 75\%$)

CONCLUSIÓN

Dado que en el cálculo del coeficiente V de Aiken que se aplica para validación por expertos se obtuvo un 79% de validez, se determina que el instrumento reúne las condiciones para evaluar la variable descrita.

Otras tablas Estadísticas

		Puntaje general							
		Mala		Regular		Buena		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Principales problemas de salud de su comunidad	Cáncer (estómago, piel)	14	9,8%	17	14,2%	8	15,1%	39	12,3%
	Problemas respiratorios	38	26,6%	34	28,3%	16	30,2%	88	27,8%
	Problemas gastrointestinales	36	25,2%	29	24,2%	11	20,8%	76	24,1%
	Problemas Cardio Circulatorios (Varices, HTA)	13	9,1%	12	10,0%	8	15,1%	33	10,4%
	Metabólicas (Obesidad, Diabetes, Colesterol)	7	4,9%	7	5,8%	1	1,9%	15	4,7%
	Dolor (Corporal, Cefaleas)	6	4,2%	2	1,7%	2	3,8%	10	3,2%
	COVID-19	1	,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	,3%
	Problemas Ostearticulares	22	15,4%	13	10,8%	5	9,4%	40	12,7%
	Accidente vehicular	0	0,0%	2	1,7%	1	1,9%	3	,9%
	Saca Grasa	2	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	,6%
	Problemas emocionales	4	2,8%	4	3,3%	1	1,9%	9	2,8%
	Total	143	100,0%	120	100,0%	53	100,0%	316	100,0%
¿Cómo Ud. a intentado remediarlos o prevenirlos?	Mitos y creencias	86	60,1%	59	49,2%	21	39,6%	166	52,5%
	Hábitos saludables	26	18,2%	21	17,5%	13	24,5%	60	19,0%
	Consumo de agua hervida o embotellada	4	2,8%	15	12,5%	8	15,1%	27	8,5%
	Abrigándose	4	2,8%	6	5,0%	3	5,7%	13	4,1%
	Acudir al médico	11	7,7%	12	10,0%	2	3,8%	25	7,9%
	Conversar con las autoridades	0	0,0%	0	0,0%	1	1,9%	1	,3%
	Cuidarse (distraerse)	12	8,4%	7	5,8%	5	9,4%	24	7,6%
	Total	143	100,0%	120	100,0%	53	100,0%	316	100,0%
Cómo calificaría el estado de salud de su	Regular de salud	78	54,5%	63	52,5%	30	56,6%	171	54,1%
	Mala Salud	26	18,2%	21	17,5%	4	7,5%	51	16,1%
	Buena salud	32	22,4%	28	23,3%	18	34,0%	78	24,7%
	Pésima	7	4,9%	8	6,7%	1	1,9%	16	5,1%
	Total	143	100,0%	120	100,0%	53	100,0%	316	100,0%
¿Quiénes son los que más se atienden en su centro de salud?	Los niños	36	25,2%	35	29,4%	16	30,2%	87	27,6%
	Tercera edad	90	62,9%	75	63,0%	33	62,3%	198	62,9%
	Desconoce	1	,7%	3	2,5%	2	3,8%	6	1,9%
	Estudiantes y jóvenes	3	2,1%	1	,8%	0	0,0%	4	1,3%
	Mujeres adultas y Gestantes	8	5,6%	2	1,7%	2	3,8%	12	3,8%
	Por igual todos	0	0,0%	2	1,7%	0	0,0%	2	,6%
	Es el único CS	2	1,4%	1	,8%	0	0,0%	3	1,0%
	Los que tienen conocidos	3	2,1%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,0%
Total	143	100,0%	119	100,0%	53	100,0%	315	100,0%	
¿De los que se atienden, cuál cree es la razón?	Anemia	11	7,7%	16	13,3%	11	20,8%	38	12,0%
	Problemas Respiratorios	34	23,8%	32	26,7%	11	20,8%	77	24,4%
	Problemas Propios de la vejez	60	42,0%	38	31,7%	21	39,6%	119	37,7%
	Problemas Gastrointestinales	21	14,7%	10	8,3%	2	3,8%	33	10,4%
	Desconoce	1	,7%	7	5,8%	3	5,7%	11	3,5%
	Problemas metabólicos (Diabetes, colesterol, desnutrición)	3	2,1%	6	5,0%	3	5,7%	12	3,8%

	Problemas propios de la mujer (Gestacion, planificación y otros)	6	4,2%	2	1,7%	2	3,8%	10	3,2%
	HTA	7	4,9%	9	7,5%	0	0,0%	16	5,1%
	Total	143	100,0%	120	100,0%	53	100,0%	316	100,0%
¿El establecimiento o de	Sí	103	72,0%	85	70,8%	32	60,4%	220	69,6%
	No	40	28,0%	35	29,2%	21	39,6%	96	30,4%
	Total	143	100,0%	120	100,0%	53	100,0%	316	100,0%
De ser negativa la respuesta 6, ¿cuáles podrían ser las razones?	Respondieron a la pregunta anterior	103	72,0%	85	70,8%	32	60,4%	220	69,6%
	Mala atención y burocracia	4	2,8%	7	5,8%	2	3,8%	13	4,1%
	No saben, les falta experiencia	12	8,4%	14	11,7%	6	11,3%	32	10,1%
	No acudo al CS/sano	4	2,8%	5	4,2%	6	11,3%	15	4,7%
	No se encontraba el personal (Obstetrix, medico)	2	1,4%	1	,8%	4	7,5%	7	2,2%
	No cuentan con el tratamiento adecuado	6	4,2%	5	4,2%	1	1,9%	12	3,8%
	Referencia a Tacna	7	4,9%	3	2,5%	2	3,8%	12	3,8%
	No tenían Radiografía	5	3,5%	0	0,0%	0	0,0%	5	1,6%
	Total	143	100,0%	120	100,0%	53	100,0%	316	100,0%
¿Cómo definiría la relación de su establecimiento y la comunidad?	Regular, te atienden en la medida de sus posibilidades, solo dan calmantes y depende del humor de quien te atienda	70	49,0%	40	33,3%	19	35,8%	129	40,8%
	Mala, la gente no acude al CS no confían en ellos	31	21,7%	30	25,0%	12	22,6%	73	23,1%
	Buena a pesar de sus carencias	42	29,4%	47	39,2%	16	30,2%	105	33,2%
	Desconoce	0	0,0%	2	1,7%	4	7,5%	6	1,9%
	Pésimo	0	0,0%	1	,8%	2	3,8%	3	,9%
	Total	143	100,0%	120	100,0%	53	100,0%	316	100,0%
¿Qué desafíos de mejora debería tener los servicios de salud de su comunidad?	Subir de nivel (Mini hospital), con atención de médicos especialistas	74	51,7%	56	46,7%	35	66,0%	165	52,2%
	Prevención y promoción de la salud en la comunidad	1	,7%	0	0,0%	1	1,9%	2	,6%
	Mejorar el trato y paciencia y rapidez	12	8,4%	17	14,2%	2	3,8%	31	9,8%
	Equipamiento con profesionales especialistas que sepan manejar los equipos "Rx, Eco, etc"	26	18,2%	32	26,7%	7	13,2%	65	20,6%
	Atención de emergencias/domiciliarias/horarios adecuados al medio rural	13	9,1%	6	5,0%	5	9,4%	24	7,6%
	Personal con más experiencia en general con vocación de servicio (No quieren SERUMISTAS)	14	9,8%	7	5,8%	2	3,8%	23	7,3%
	Implementar atención con médico de familia	2	1,4%	0	0,0%	1	1,9%	3	,9%
	Implementar clínica pagada pero que atiendan bien y de todo	0	0,0%	1	,8%	0	0,0%	1	,3%
	Convenio con Essalud	1	,7%	1	,8%	0	0,0%	2	,6%
	Total	143	100,0%	120	100,0%	53	100,0%	316	100,0%

Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra

		FUNCION FISICA (0-100)	ROL FISICO (0-100)	DOLOR CORPORAL (0-100)	SALUD GENERAL (0- 100)	VITALIDAD (0-100)	FUNCION SOCIAL (0- 100)	ROL EMOCIONAL (0-100)	SALUD MENTAL (0- 100)
N		316	316	316	316	316	316	316	316
Parámetros normales ^{a,b}	Media	74,6361	11,2144	56,6804	55,3703	50,8307	59,1377	9,4673	70,1266
	Desviación estándar	28,26648	9,93300	29,03237	20,60018	23,86932	27,05939	10,01706	19,84023
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,213	,190	,122	,081	,071	,116	,271	,100
	Positivo	,185	,190	,114	,047	,063	,070	,271	,066
	Negativo	-,213	-,171	-,122	-,081	-,071	-,116	-,172	-,100
Estadístico de prueba		,213	,190	,122	,081	,071	,116	,271	,100
Sig. asintótica (bilateral)		,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,001 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.