

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



**TESIS**

**“DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD RELACIONADOS A  
CALIDAD DE VIDA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES  
COMERCIANTES INFORMALES DE DOS MERCADOS DE ABASTOS  
(MERCADO CENTRAL Y MERCADO 2 DE MAYO) DEL CERCADO DE  
TACNA. 2019”**

PRESENTADO POR:

**JESUSA AURELIA TINOCO SALAZAR**

ASESOR:

Dr. PEDRO ANIBAL NOVOA ÁVALOS

Para optar por el título Profesional de Médico Cirujano.

Tacna - Perú

2019

**DEDICADO A:**

A mi Padre por su ejemplo de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y su amor incondicional.

A mi Madre, quien con dedicación y sabios consejos me han llevado por el sendero del bien.

A mi Hermano, por el apoyo y aliento constante en mis estudios.

Este logro va con todo mi afecto para ustedes.

### **AGRADECIMIENTO:**

A mi Asesor, Dr. Pedro Aníbal Novoa Ávalos; por la orientación, motivación y ayuda que me brindo para poder realizar la tesis, por su apoyo, amistad y sugerencias durante el desarrollo de la investigación.

A mi alma máter, la Universidad Privada de Tacna, que me brindó conocimientos, una nueva visión de la realidad, que fueron esenciales en mi desarrollo personal

A mis docentes que durante varios años me formaron en conocimientos y de grandes experiencias de vida y que me sirve de ejemplo y motivación para mi futura vida profesional.

Y a todas las personas que colaboraron en la presente investigación desinteresadamente.

## RESUMEN

Se realizó un estudio con enfoque social a un grupo de comerciantes informales de la región de Tacna con la medición de su calidad de vida percibida y sus principales factores condicionantes.

El tipo de investigación fue observacional, prospectivo de corte transversal y analítico. Se trabajó con el 100% de trabajadores en el campo informal independiente de dos mercados de abastos del mercado de Tacna (n=151). Para medir calidad de vida se utilizó el cuestionario SF-36. Se usaron valores relativos y absolutos para identificación de variables sociodemográficas y chi-cuadrado con una p significativo inferior a 0.05 para la identificación de variables influyentes.

De la población estudiada, el 21.9% tenía entre 40 a 49 años seguido de un 19.2% con 60 años a más. El 13.9% esta con obesidad grado I. El 60.3% no cuenta con un seguro médico. El 49% tiene un tiempo laboral como ambulante informal más de 5 años seguido de un 28.5% entre 3 a 5 años. El 77.5% refiere recibir entre 500 a 1000 soles como ingreso mensual. Según las 8 dimensiones del SF-36, el mayor puntaje estuvo en la dimensión de la función física seguido de la presencia de dolor corporal y salud mental. Los promedios en escala de calidad más bajos estuvieron en las dimensiones de rol emocional y rol físico. En nivel medio estuvieron las dimensiones de salud general vitalidad y función social. Las variables mayormente asociadas a calidad de vida fueron la edad (p:0.00), estado civil (p:0.00), nivel de instrucción (p:0.02) y número de hijos (p:0.00). Asimismo, el estado nutricional (p:0.001) y el no contar con un seguro médico (p:0.001).

Palabras Clave: Calidad de Vida, SF 36, trabajador informal.

## ABSTRACT

A study was carried out with a social approach to a group of informal traders from the Tacna region with the measurement of their perceived quality of life and its main conditioning factors.

The type of research was observational, prospective, cross-sectional and analytical. We worked with 100% of workers in the independent informal field of two markets of supplies of the Tacna enclosure (n = 151). To measure quality of life, the SF-36 questionnaire was used. Relative and absolute values were used to identify sociodemographic and chi-square variables with a significant p less than 0.05 for the identification of influential variables.

Of the population studied, 21.9% were between 40 and 49 years old followed by 19.2% with 60 years or more. 13.9% are obese grade I. 60.3% do not have health insurance. 49% have working time as informal traveling for more than 5 years followed by 28.5% between 3 to 5 years. 77.5% prefer to receive between 500 to 1000 soles as monthly income. According to the 8 dimensions of the SF-36, the highest score was in the physical function dimension followed by the presence of corporal pain and mental health. The lowest quality scale averages were in the dimensions of emotional role and physical role. In the middle level were the dimensions of general health, vitality and social function. The variables most associated with quality of life were age (p:0.00), marital status (p: 0.00), level of instruction (p:0.02) and number of children (p:0.00). Also, the nutritional status (p:0.001) and the lack of medical insurance (p: 0.001).

Keywords: Quality of Life, SF 36, informal worker.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1.....	6
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	6
1.1 Fundamentación del Problema.....	6
1.2 Fundamentación del Problema.....	11
1.3 Objetivos de la Investigación .....	11
1.3.1 Objetivo general:.....	11
1.3.2 Objetivos específicos .....	11
1.4 Justificación .....	12
CAPÍTULO 2.....	14
REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	14
2.1 Antecedentes de la investigación .....	14
2.2 Marco teórico .....	22
2.2.1 DETERMINANTES SOCIALES .....	22
2.2.2. CALIDAD DE VIDA .....	24
2.2.3 CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA .....	27
2.2.4 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. ....	28
2.2.5 EL CUESTIONARIO SF-36 .....	30
CAPÍTULO 3.....	34
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.....	34
3.1 Hipótesis.....	34
3.2 Operacionalización de las variables .....	34
CAPÍTULO 4.....	37
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
4.1 Diseño .....	37
4.2 Población y muestra.....	37
4.2.1 Población: .....	37
4.2.2 Criterios de Inclusión .....	38

4.2.3 Criterios de Exclusión .....	38
4.3 Instrumentos de recolección de datos. (Ver en anexos) .....	38
CAPÍTULO 5 .....	41
PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS .....	41
RESULTADOS.....	44
DISCUSIÓN .....	62
CONCLUSIONES .....	66
BIBLIOGRAFÍA.....	68
ANEXOS.....	734

## INTRODUCCIÓN

“Desde Alma Ata, hasta pasar por el famoso Informe Lalonde, otros informes y declaraciones internacionales como la Carta de Ottawa, ahora reforzada por la declaración de Bangkok, afirman explícitamente que la salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales que, connotados miembros de la Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, de reciente formación, las han denominado como «las causas de las causas de la enfermedad»(1)

Últimamente, en el Perú, se han dado pasos increíbles para fortalecer el avance del bienestar de la salud con una orientación de vanguardia que se eleva por encima de los campos de la instrucción sanitaria individual o el uso de la comunicación social para el llamado a un cambio de conducta con respecto a cada persona. Conocer los determinantes sociales en una población es la mejor garantía de saber cómo se desarrolla la vida de esta comunidad.

Con este trabajo se pretendió identificar determinantes sociales principales en el comerciante informal independiente que acuden a dos mercados de abastos del cercado de Tacna y relacionar los determinantes sociales según calidad de vida con el reconocimiento de los focos de riesgo según las escalas del funcionamiento de la calidad de vida.

Con la realización de este trabajo se pretende sirva como una propuesta de abordaje a una población actualmente desprotegida del sistema sanitario, donde el tamizaje de evaluación social es muy escaso.

# **CAPÍTULO 1**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Fundamentación del Problema**

En estos últimos tiempos, en que se viene realizando la búsqueda de información para familiarizarse con los determinantes sociales de salud se ha ampliado. Lo cual responde como un efecto secundario de poner un interés por parte de un grupo de investigadores que, observando las frágiles consecuencias del bienestar general establecido coordinado en un nivel muy básico para el individuo, esa problemática no cambia; y en realidad, se incrementan o resultan ser cada vez más impredecibles. En algunos de estos órdenes sociales, la inclinación es proceder con "medicación", generando así un incremento de los costos de los medicamentos y las estrategias terapéuticas, alejándolos cada vez más de los menos afortunados y sin resultados claros. El perfil epidemiológico no cambia y, a veces, se deteriora. Esos estudios demuestran que el gasto en salud no es el mejor marcador de bienestar. Las naciones que gastan más en salud no son precisamente aquellas que tienen la mejor área en cuanto a sus indicadores de bienestar. Así por ejemplo, en América del Norte los

EE.UU está ocupando el lugar 27 en la lista a nivel mundial, pero es el primero en gastos de salud (2). En Latinoamérica, según el índice de Inequidades en Salud (INIQUIS), las cinco naciones con la circunstancia más notoriamente mala en cuanto a la salud de su población son Haití, Guatemala, Bolivia, Venezuela y Honduras. Por el contrario, los cinco con mejor circunstancia de salud son Cuba, Argentina, Uruguay, Chile y México.(3).

Hay condiciones en el contexto vital donde se desenvuelven los individuos, llamadas determinantes sociales de la salud, que evidentemente impactan la salud de sus poblaciones. La aclaración es, en ese punto, en los espacios fundamentales, en los lugares donde los individuos construyen su vida cotidiana, en las condiciones en que estos espacios se encuentran o son aprovechados por la población general. Debido a estas investigaciones, que demuestran el impacto de los determinantes sociales en la salud de las poblaciones, es que sirve a los países como indicadores para determinar el nivel de desarrollo de ese país, en el ámbito sanitario en general, están resueltos a seguir trabajando por mejorar la salud de sus pueblos.

Las naciones que tienen los mejores registros de salud a nivel mundial como: las naciones escandinavas, las del norte de Europa y Canadá. A pesar del hecho de que es razonable percibir que no solo en el Norte, en el Sur, también tenemos precedentes que merecen ser imitados, por los resultados y las dimensiones de la salud logrados.

En el Perú, en los últimos tiempos, se ha logrado avances significativos para reforzar el avance de la salud con una orientación moderna, que se eleva por encima de los campos de la

instrucción de salud individual o el uso directo de la comunicación social para el llamado a un cambio del modo de vivir o de la conducta de cada persona. Los expertos del Ministerio de Salud, con una visión inequívoca de su labor, han planteado una manera correcta de abordar los problemas identificados con los determinantes sociales de la salud y su aplicación en el campo de la salud general. Algo ha avanzado en la difícil tarea de interpretar este origen en la práctica de la salud. La calle aún es excepcionalmente larga y, en este sentido, lo más imperativo y difícil de mover son los profundos fundamentos establecidos y los planes teóricos medicalizados en los que se mueven una parte de los expertos en salud, personal sanitario y funcionarios gubernamentales. (2).

La conexión entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se construyó a partir de los primeros años del siglo XIX, cuando resultó obvio que las dolencias están relacionadas con el bajo nivel socioeconómico (financiero, natural y alimenticio) de los que trabajaban en las enormes plantas de procesamiento urbano europeo (4). Es además un marco de referencia para la realización de investigaciones de las diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología. Lo malo es que en realidades como la nuestra no se ha abordado este tema. No se conoce el rol de los determinantes sociales y solo nos enfocamos en un sistema netamente asistencialista del sistema de salud.

La desigualdad en salud es gradual, creciente, adaptativa, enorme e histórica. La inequidad social impacta significativamente sobre la calidad y la expectativa de vida de las poblaciones(5). El centro de atención es conocer las desigualdades en la distribución de los bienes sociales: ingresos económicos, empleo estable, posesión de

riquezas, hábitos de vida saludables, alimentación sana, acceso a educación, servicios de salud, recreación entre otros.

No se tiene claro en ninguna publicación aún, cómo es el comportamiento de al menos una de estas características en una población con trabajo informal independiente, una de las principales actividades en la ciudad de Tacna. La prueba es, entonces, comenzar a conocer los indicadores de nuestra inequidad en salud y de los determinantes, que probablemente actúan de manera distintiva y tienen diversos impactos en las diferentes naciones. Se requiere utilizar dispositivos teóricos y metodológicos cuantitativos y subjetivos para explorar la estructura de nuestra comunidad.

La Organización Mundial de la Salud manifiesta que la salud es: “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Hay varios enfoques para evaluar la salud; sin embargo, es difícil hacer una evaluación extensa, particularmente con respecto a la zona de salud mental de los individuos, y esto no se debe a que sea un ángulo insignificante para los especialistas o pacientes, pero dado que su estimación es igualmente importante tanto de los aspectos subjetivos como complejos. Esa es la razón, para hacerlo progresivamente objetivo, estamos discutiendo ahora la medición de la calidad de vida en relación a la salud(6).

La calidad de vida en el Perú puede mal entenderse si sólo se mira desde el lado del desarrollo económico. El MEF afirma que el bienestar se ha incrementado. “La percepción sobre el empleo llega al 80% de satisfacción en nuestro país y tiene los mismos niveles en América Latina” (7). Aunque desde hace algún tiempo, el

Perú ha demostrado un gran crecimiento en su economía, la sensación de calidad de vida no calza con esta bonanza. Según el último estudio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) “Calidad de vida, más allá de los hechos”, Perú logra un puntaje de 6.3 de una escala del 1 al 10 en la evaluación de la calidad de vida(8).

El avance de los estudios acerca de la calidad de vida, en el campo de la salud, ha dado lugar al concepto de calidad de vida relacionada con la salud, principalmente las relacionadas al aumento de enfermedades crónicas; haciendo referencia a “la percepción del paciente de los efectos de una determinada enfermedad o de la aplicación de cierto tratamiento, especialmente de las consecuencias sobre su bienestar físico, emocional y social”; de modo que los propósitos de la atención se orienten a una mejor calidad de vida del individuo más allá del trabajo de sanación por la enfermedad que estuviese padeciendo y reducir de ese modo los índices de morbilidad y mortalidad(9).

Para medir la calidad de vida se considera diversos indicadores, y al respecto se han creado una variedad de instrumentos para medirla. En el ámbito local, se reconoce la necesidad de contar con un instrumento estándar, que haya demostrado confiabilidad y validez, para que se pueda medir la calidad de vida y el que proponemos en el presente trabajo (SF-36), ha demostrado ser uno de los mejores. Se espera que en el futuro sea parte del dominio diario del sistema de salud y de las acciones de personas y de servicios humanos en general, considerándolo como expresión del desarrollo sanitario.

## **1.2 Fundamentación del problema**

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud relacionados a calidad de vida en salud de los trabajadores comerciantes informales de dos mercados de abastos del cercado de Tacna 2019?

## **1.3 Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1 Objetivo general:**

Identificar los determinantes sociales de la salud relacionados a calidad de vida en salud de los comerciantes informales de dos mercados de abastos del cercado de Tacna. 2019

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- a) Identificar los principales determinantes sociales en los comerciantes informales de dos mercados de abastos del cercado de Tacna en el 2019.
- b) Medir la calidad de vida en salud a través del cuestionario validado a nivel nacional (SF-36) y sus respectivas escalas de Función Física, Rol Físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental en los comerciantes informales de dos mercados de abastos del cercado de Tacna en el 2019.
- c) Relacionar los determinantes sociales según calidad de vida e identificar grupos de riesgo según consolidado de

vida general en los comerciantes informales de dos mercados de abastos del cercado de Tacna, 2019.

#### **1.4 Justificación**

La salud es un derecho del ciudadano y sin embargo suele ser uno de los más descuidados, la región sur del Perú como Tacna, se muestra al mundo como una zona fronteriza netamente comercial, pues se trata de una región orientada al consumo, y a nivel nacional el comercio en su gran parte es informal.

Debido a esta problemática y análisis del mismo es necesario la elaboración de este proyecto con la finalidad de conocer si existe un descuido o no en la calidad de vida de la salud. Los Centros comerciales en Tacna son múltiples, gran parte de la población se encuentra en sus pequeños puestos comerciales de 10 a 12 horas sentados, esperando el movimiento de sus mercaderías. Además, utilizan un baño público de 5, 6 a 7 días a la semana. Se desconoce acerca del manejo adecuado de los desechos, muchas veces desayunan, almuerzan o cenan en sus puestos o locales comerciales, los orígenes de los alimentos son de dudosa procedencia.

Todo esto podría significar un riesgo de contraer algún tipo de enfermedad, por lo que se requiere una pronta investigación al respecto y así procurar disminuir los riesgos a los que este grupo poblacional se encuentren expuestos.

## **GLOSARIO DE TÉRMINOS**

- a. **Sedentarismo:** De acuerdo al enfoque del tiempo en que la persona dedica a realizar actividades físicas. Así se califica a la persona como sedentaria cuando no realiza por lo menos 30 minutos de actividad física moderada durante al menos tres días por semana (10).
  
- b. **Clasificación de las drogas:** Se clasifican en legales o admitidas socialmente (p. ejemplo: alcohol y tabaco) y las droga ilegales o prohibidas (marihuana, cocaína) y, más recientemente, las drogas sintéticas como el éxtasis y heroína).

## **CAPÍTULO 2**

### **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

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

Frenz refiere en la Revista Perú. med. exp. salud pública, 2013, vol.30, n.4, pp. 665-670. En la escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile, refiere que la redemocratización ha cambiado el plan social y el trabajo del Estado en América Latina con un deber en desarrollo de valor y equidad en la salud preocupado por profundas disparidades económicas. En el esfuerzo por universalizar el derecho de cada ciudadano a la salud se ha impulsado a la mejora de diferentes acuerdos abiertos, cuyo alcance se basa en la comprensión de las ideas de salud y valor. El punto focal de la actividad ha sido sobre los cambios en el marco de salud y en los últimos tiempos hay esbozos de estrategia predominante que abordan los determinantes sociales auxiliares. Además, si el valor en salud es el estándar, se requiere fortalecer capacidades institucionales de los gobiernos directamente hacia la imparcialidad. Por fin, avanzar hacia una política inclusiva de la salud, requiere fortalecer los

límites institucionales de los gobiernos identificados con enfoques abiertos, con un punto de vista intersectorial y participativo.(11).

Bazzani en su trabajo “Promoción de la salud en los lugares de trabajo: un camino por recorrer”, realizado en Colombia, afirma que es importante elevarse por encima de la mejora calculada y en el uso del avance de la salud en el entorno laboral, ya que se han considerado como un espacio positivo y necesario para el avance de la salud. Se completó un informe subjetivo con una metodología hermenéutica para lo que se revisó la literatura científica publicada en bases de datos indexadas, para el cual se examinaron 131 archivos de asociaciones nacionales y mundiales y las bases de datos Embase, Science Direct y Scielo. Surgieron tres clases fundamentales: mejora teórica, enfoques en la investigación y estimación de las consecuencias del sistema de promoción de salud en los lugares de trabajo. La creación lógica se produce principalmente en América del Norte, Europa y Brasil en América Latina. Se han registrado efectos positivos en salud, eficiencia y gastos. El alcance de la actividad se limita a la condición comercial formal, con formas insignificantes de tratar con los lugares de trabajo de los especialistas informales. La promoción de la salud en los lugares de trabajo debe organizarse para mejorar los estados de la relación, las condiciones de trabajo, la cooperación dinámica y el mejoramiento individual de los trabajadores, sea como sea, los exámenes se han restringido en actividades explícitas identificadas con la disminución de algunos determinantes de riesgo, proyectos de la acción prospectiva de las enfermedades e intercesión sobre los hábitos personales.(12).

Álvarez en su trabajo “Calidad de vida y trabajo informal en personas mayores en una ciudad intermedia colombiana, 2012-

2013”, realizado en Manizales, Caldas, Colombia, mediante un estudio de una complicación de nivel descriptivo con una población de 320 trabajadores informales seleccionados aleatoriamente, mayores de 18 años, de Manizales. Se realizó una sub-muestra de 153 personas mayores de 50 años, que representan el 47,8% de la población estudiada. Se aplicó dos instrumentos: uno para las variables demográficas y el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF. Univariado y bivariado se realizaron análisis utilizando distribuciones de frecuencia y el chi cuadrado de prueba se utilizó para identificar la asociación entre las variables. Encontraron que el 69,9% de los participantes eran hombres, la edad promedio era 59,4 (+7,2) años, 62,0% no tenía educación básica o 52,0% pertenecía a la clase social 1 y 2; el 6,5% no tenía afiliación con el sistema de salud y seguridad social. Las diferentes dimensiones de la calidad de vida fueron percibidas favorablemente, al igual que la salud. Más del 50,0% eran autónomos, tenían fuertes redes sociales y familiares, no habían experimentado sentimientos negativos y habían encontrado sentido a la vida. Se encontraron diferencias estadísticas ( $p < 0,05$ ) por género y edad para el medio ambiente, la vida sexual, las habilidades de vida diaria y la satisfacción con la capacidad de trabajo. Y concluyen que la calidad de vida de los trabajadores informales de edad es bien percibida y está relacionada con una evaluación positiva de la salud. Desde la perspectiva del desarrollo humano, el trabajo da sentido a la vida de las personas mayores y fomenta vivir un envejecimiento activo, sano y productivo(13).

Velez en su trabajo “Determinantes sociales de la salud y el trabajo informal”, describe componentes teóricos acerca de los determinantes sociales de la salud en una población que trabaja de manera informal y las condiciones sociales, estilos de vida y

repercusiones en el proceso de salud-enfermedad. Técnica para buscar: Investigaciones en forma sistemática, en bases de datos específicas. Se usaron descriptores de búsqueda como: condiciones sociales, elementos financieros, trabajo, negocios. Asimismo, se retoman los escritos de especialistas que han buscado un avance calculado en este punto. Avance: la informalidad en el trabajo teórico como un determinante social de la salud y condiciona el proceso de enfermedad de salud, al relacionarse con otros determinantes auxiliares e intermedios, por ejemplo, edad, orientación sexual, dimensión instructiva, estrato financiero, entre otros. El avance financiero de las fuerzas productivas de una nación decide el procedimiento de existencia social y política de la población en general. Las condiciones de trabajo, no están garantizadas en el trabajo informal, por lo tanto, esta metodología de trabajo no es compatible con la salud y el trabajo justo de los trabajadores.(14).

Alcocer en su trabajo “Factores sociales asociados a la salud de los trabajadores informales agrícolas de la ciudad de Montería”, reconoce las variables sociales relacionadas con la salud de los trabajadores ocasionales de Montería. Y por un estudio de nivel descriptivo evalúa a 100 trabajadores agrícolas que fueron elegidos bajo la estrategia de pruebas irregulares directas por alojamiento. Para la acumulación de información cuantitativa, se utilizaron las revisiones y se trabajó con grupos focales para complementar los datos. Esperábamos 95% de intervalo de confianza, un error extremo a 0.07 y una probabilidad de cumplimiento de 0.2. y se encontró que la escala de edad normal de los trabajadores en horticultura se extiende en el rango de 18 a 87 años de edad, donde el 90% de ellos están conectados al segmento como trabajadores diurnos, por lo que solo el 1% está asociado al plan

contributivo del Sistema General de Seguridad Social en salud. Se descubrió que el 20% no está capacitado y el 24% no completó la escuela primaria, el 97% no tiene componentes de seguridad individual para hacer las labores en el trabajo de campo, siete de cada diez del personal laboral demostraron una morbilidad identificada con la acción laboral y seis de los diez percances ocurridos en el último año. La gran mayoría de ellos se sienten decepcionados con las condiciones de trabajo, ya que afirman que está en contra de su salud y les impide la posibilidad de reclamar una necesidad de escape, ya que sus condiciones instructivas y sus puertas sociales abiertas no permiten que laboren en otra actividad. Este estudio concluye con los dudosos estados de trabajo, la decepción del tema ante la acción de trabajo comprenden una recopilación crítica de factores sociales que aclaran el rezago de la población en temas de salud y bienestar social.(15).

Gómez en su trabajo “Condiciones de trabajo y salud de vendedores informales estacionarios del mercado de Bazarto”, mide los estados laborales y de salud de los comerciantes informales en el mercado de Bazarto de Cartagena. Se trabajó con 1210 vendedores ocasionales muestreándose a un total de 584 vendedores. Se utilizó un cuestionario para retratar las condiciones de trabajo. Para decidir las condiciones de salud, se utilizó la encuesta sobre modificaciones de salud alusivas a vendedores, la encuesta sobre sintomatología neurotóxica (Q16) y el estado nutricional se evaluó a través de IMC. Había 583 comerciantes con una edad promedio de 39 años (95% CI 38-40). El 87.8% (512) de los miembros se presentan con mayor frecuencia expuestos al ruido, el 84.9% (495) de los ambientes de trabajo tienen altas temperaturas, el 74.1% (432) se presenta expuesto a partículas en

suspensión; el 69.8% (407) no utiliza componentes de seguridad individuales y, en general, los vendedores trabajan 10 horas todos los días. 71% (414) cansancio físico, 72.4% (422) migrañas, 63.7% (371) dolencias en la espalda y 62.7% (365) piernas adoloridas. Finaliza en que la condición física en la que trabajan los vendedores es deficiente, lo que, sumado a las largas horas de trabajo y la incertidumbre y la delincuencia de la parte en la que trabajan, presenta peligros para la salud, a los que ahora se alude en los efectos secundarios, por ejemplo, el dolor de espalda, migraña, tormento en las piernas, agotamiento visual y cansancio físico.(16)

Gemma Vilagut en su trabajo “El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Alude a un artículo fascinante sobre el cuestionario SF-36. Dice que es uno de los instrumentos de calidad de vida relacionados con la salud (CVRS) más utilizados y evaluados. Tras un tiempo de utilización, este artículo básicamente analiza, las propiedades métricas y los nuevos avances de la adaptación española. Primero se realiza una encuesta de artículos registrados en Medline (PubMed) y en las bases de datos IBECS e IME que han utilizado la forma española de la encuesta. Los artículos se eligieron con datos sobre la visualización de la estimación, la confiabilidad, la validez y la sensibilidad del instrumento. Hubo 79 artículos, 17 de los cuales describieron las cualidades métricas de la encuesta. En el 96%, las escalas superaron el estándar de confiabilidad propuesto ( $\alpha$  de Cronbach) de 0.7. Las revisiones adquiridas por meta análisis fueron mejores que 0.7 en todos los casos. El SF-36 demostró una gran separación entre los grupos estudiados de acuerdo a los indicadores clínicos. El SF-36 anticipó la mortalidad y la mejora reconocida después de la angioplastia coronaria, procedimiento

médico para la hipertrofia prostática benevolente o ventilación domiciliaria no intrusiva. Los nuevos avances descritos (puntuaciones dependientes de las normas, variante 2, SF-12 y SF-8) mejoraron sus propiedades métricas y su comprensión. Su decisión fue que el SF-36, junto con las nuevas formas creadas, es un instrumento completamente razonable para su utilización en la investigación y en la práctica clínica. (17).

Ardila con su trabajo “Condiciones de salud y laborales de la población trabajadora informal en situación de desplazamiento de Bucaramanga, Colombia” refiere que el trabajar en forma ambulatoria o informal se ha convertido en los métodos de ayuda para individuos en el estado de desplazarse de un lugar a otro en la nación; de modo que muchos no están incluidos en el sistema de salud y no se encuentran registrados dentro del marco de peligro relacionado con la salud (estadísticas nacionales), incitan a la falta de identificación, investigación y control de peligro en la salud física, mental y relacionada con la palabra, haciéndolos progresivamente indefensos y disminuyendo su satisfacción personal. Completó una investigación transversal, donde la población elegida eran personas en una circunstancia de reubicación y adultos de la ciudad de Bucaramanga. El ejemplo estima 741 individuos; el tipo de pruebas no probabilísticas. Los miembros recibieron un instrumento aprobado que pretendía cuantificar factores socio estadísticos, financieros, de salud y laborales. En el ejemplo, el sexo femenino fue mayoritario con el 64%; en cuanto a formación, el 31% no ha terminado la escuela primaria. La motivación más convincente para ser desalojado es el factor de brutalidad con el 94%. En salud, el 32% tiene sobrepeso y el 12% son obesos. En vista de la salud, alrededor del 20% lo considera buena y muy buena y el 38.6% lo considera como

regular. En la percepción de salud, el 30% son o eran fumadores, y el 32% detalló las bebidas mezcladas. En los puntos de vista laboral, la división donde más trabajo se realizó fue el intercambio (39%) y las administraciones (37%). En cuanto al bienestar relacionado con la seguridad laboral, el 12% tuvo algún percance alrededor del trabajo un año antes, el 53% considera que su entorno de trabajo es incierto y el 80% no tiene suministros de seguros individuales. La población laboral informal desalojada de Bucaramanga es una población joven y adulta, en su mayoría damas, con condiciones de salud restringidas y condiciones de trabajo riesgosas, donde se espera que las técnicas de mejora proporcionen garantías para disminuir su vulnerabilidad (18).

## **2.2 Marco teórico**

### **2.2.1 DETERMINANTES SOCIALES**

En los últimos tiempos, estudiar el tema de los determinantes sociales de la salud se ha incrementado notoriamente. Como el efecto de una preocupación de un grupo inicial de investigadores que han demostrado de manera verificable el impacto de estos en la salud de la población y, además, de las naciones punteras en el campo de la salud general que se resuelven para mejorar la salud de sus poblaciones. Aunque paradójicamente estas son las naciones que tienen los mejores archivos de salud a nivel mundial.(1).

#### **Índices de salud en el mundo.**

El modelo de los determinantes de la salud puede expresarse como objetivos: el estado de salud de una persona o de un grupo social es la ejemplificación, en un momento dado, del sistema de relaciones naturales y sociales existentes en el arreglo del cual es parte; por lo tanto, la condición de salud es el efecto posterior de las cooperaciones de fenómenos sociales y biológicos, factores que lo determinan.

Determinantes, es un término que puede usarse como sinónimo de causación y, por ende, entenderse que una determinante vendría a ser una causa. Ya desde el año 2008 y hasta la fecha, en la revisión del estado del arte de la teoría epidemiológica anglosajona suele definirse «determinante»

como sinónimo de factor de riesgo (19). Para este estudio, "determina" no se utiliza como una palabra equivalente para "causación", ni, obviamente, "determinante" se utiliza como "factor de probabilidad o riesgo". Para entender la distinción que emerge, es importante desarrollar el concepto de determinante como una expansión específica. El término "determinante" indica la presencia de una asociación estable y unívoca entre acontecimientos y cosas, o entre los estados o las características de las cosas, al igual que entre los elementos ideales. En ese sentido, "determinante" es sinónimo de una asociación, similar a la que ocurre en un procedimiento que atraviesa etapas progresivas que se unen entre sí de forma invariable. Sobre esta premisa es concebible realizar predicciones cuantitativas.

La circunstancia de salud de una persona, grupo social o comunidad en términos generales, entonces, está considerada como una emergencia en cada minuto auténtico y dentro del espacio concebible controlado por la comunicación de diferentes procedimientos físicos, orgánicos, químicos, sociales, monetarios, políticos, ideológicos entre las fundamentales. La circunstancia de salud, por lo tanto, determina los elementos de los procedimientos que determinan. (20)

Los principales determinantes sociales considerados en nuestro país como de mayor importancia son:

- a) Ingreso económico
- b) Aseguramiento sanitario
- c) Estrato social y de salud

- d) Educación
- e) Redes de apoyo social
- f) Condiciones de trabajo
- g) Empleabilidad
- h) Estilos de vida en relación a la salud
- i) Entornos físicos de vivienda
- j) Desnutrición y obesidad
- k) Servicios de salud
- l) Ruralidad

La identificación de estos determinantes en grupos de individuos son un buen sustrato de investigación para la generación de políticas sanitarias costo beneficio adecuadas.

## **2.2.2. CALIDAD DE VIDA**

### **2.2.2.1 Definición**

La OMS define la calidad de vida como “la percepción adecuada y correcta que tiene de si misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales”. Es una idea expansiva que se ve afectada de manera intrincada por la salud física del sujeto, su expresión psicológica, su autonomía, relaciones sociales, al igual que su

asociación con los componentes básicos de su condición.(21).

Una mayor incidencia de la informalidad laboral se puede asociar con menos ingresos para los hogares, lo que afecta el bienestar general de la sociedad y estado de salud de las personas(22)

#### **2.2.2.2 Dimensiones de la calidad de vida (23)**

Las dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida relacionada con la salud son:

- a) **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de la enfermedad. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- b) **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación.
- c) **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico - paciente y el desempeño laboral, sus contactos sociales.

d) **Dimensión Emocional:** Se debe contar con el apoyo necesario para sobrellevar o aliviar el estrés; tener amigos o amigas u otras personas que les brinden apoyo; disponer de algún tiempo para ellos; contar además con ayuda externa para atender a las necesidades especiales de todos los integrantes de la familia.

Estas cuatro partes aplicadas a la calidad de vida identificada con la salud pueden verse afectadas por lo que se conoce como "percepción de salud": un conjunto hecho de comprensión cercana al hogar, convicciones y puntos de vista abstractos individuales de la persona. Este cambio de actitud hacia la salud, la enfermedad o la incapacidad puede alterar la visión de la calidad de vida identificada con la salud; en este sentido, se considera que dos individuos con un estado de salud similar pueden tener características de vida completamente diferentes. La mezcla de componentes emocionales y objetivos puede provocar un número ilimitado de estados de salud. Las definiciones de los objetivos fueron elaboradas por la OMS y reflejan de manera limitada los cuatro componentes de la idea de calidad de vida identificados con la salud.(21).

Una restricción social o minusvalía es cualquier perjuicio social que un individuo introduce debido a su influencia o discapacidad, y que lo limita a cumplir una tarea normal para su edad, sexo, social y ambiente sociocultural. Las limitaciones son vistas como aquellos que influyen en la orientación, la libertad, la deambulaci3n, el rendimiento

económico y social. Las restricciones se consideran aquellas que influyen en la introducción, la libertad física, la ambulación, la coordinación social, la ejecución del trabajo y la autonomía financiera.

Los instrumentos de calidad de vida miden el estado general de salud de las personas. Sin embargo, la información sobre las propiedades psicométricas de las puntuaciones de la Encuesta de Salud de Forma Corta 36 (SF-36) y la versión breve de la Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF), 2 instrumentos genéricos de QV generalmente son los más utilizados en la población(24).

### 2.2.3 CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA

**a) Concepto subjetivo:** Cada persona tiene su propia idea sobre la existencia y sobre la satisfacción, la alegría en términos de calidad de vida.

**b) Concepto universal:** Los elementos de la calidad de vida son cualidades básicas en diversas culturas.

**c) Concepto holístico:** La calidad de vida incorpora todas las partes de la vida, separadas en tres elementos de satisfacción personal, como lo demuestra el modelo biopsicosocial. La persona es una totalidad.

**d) Concepto dinámico:** Dentro de cada individuo, la calidad de vida cambia en breves tiempos: aquí y allá estamos más

contentos y, en algunos casos, definitivamente no lo estamos.

**e) Interdependencia:** Las perspectivas o aspectos de la vida están interrelacionadas, con el objetivo final de que cuando un individuo está físicamente enfermo, influye en la totalidad de los sentimientos o estados psicológicos y sociales.

La medicina, la condición económica y política. 'Socials of the western world' ha descubierto cómo construir un futuro ofreciendo mucha esperanza de vida. El objetivo de la medicación (y la sociedad) de los últimos años del siglo veinte es ofrecer vida para todos los años, es decir, construir y aumentar o mejorar la calidad de vida y por ende la satisfacción personal.

#### **2.2.4 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.**

La medición de la calidad de vida se realiza con unos instrumentos denominados cuestionarios. Los instrumentos convencionales, es decir, aquellos que se aplican a todas las condiciones y pacientes, pueden proporcionar diversos tipos de datos. La discusión sobre estrategias de investigación cuantitativas y subjetivas ha sido consistente en el campo de las sociologías y la educación. Tal discusión tiene sus fundamentos en la tradición científica, epistemológica y filosófica. Antes de iniciar una charla sobre el contexto histórico de la ciencia, debe notarse que este pluralismo

metodológico, en lugar de confundir al analista, debe proporcionar una variedad metodológica decente que le permita crecer, avanzar y mejorar su acción de exploración. (25). La característica más destacada para las encuestas es la posibilidad de reconocer las consecuencias relativas a la enfermedad y de un tratamiento en los elementos distintivos de la salud, al tiempo que mientras tanto se permiten evaluaciones sobre la calidad de vida en varias poblaciones de pacientes. Su desventaja radica en no centrarse lo suficiente en las manifestaciones de una enfermedad concreta.

La calidad de vida se puede estimar por numerosos puntos de vista, por ejemplo, la prosperidad física y psicosocial, el nivel de satisfacción del paciente y la familia, la impresión subjetiva de la enfermedad, etc. Por lo tanto, ha sido importante exponer una forma multidimensional para abordar la idea de calidad de vida en lo que respecta a la salud. En este sentido, se considerarán no menos de cuatro dimensiones en la evaluación de la calidad de vida y la salud: física, práctica, mental y social. Vemos que el perfil de enfermedades y accidentes laborales ha cambiado en las décadas en curso hacia una circunstancia en la que los peligros del inicio psicosocial y sus resultados han cobrado notoriedad debido a la expansión en la recurrencia con la que parecen, según todos los aspectos, comprometerse con la fuente de origen de la ausencia o abandono laboral, provocada por problemas de salud que surgen del trabajo, o contratiempos laborales en detrimento de la calidad de vida.(26)

### 2.2.5 EL CUESTIONARIO SF-36

Es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados. Este cuestionario permitió establecer un perfil de salud con aplicación para población general en estudios descriptivos y de evaluación en este instrumento colaboraron investigadores de quince países para la adaptación cultural internacional de evaluación de calidad de vida, el cuestionario original en idioma inglés fue traducido al español y luego adaptado y retrotraducido con ajuste e interpretación de la versión existente con los autores del instrumento original a fin de armonizar el contenido del cuestionario. Es así que se realizaron estudios en México y Argentina con validez, fiabilidad y ajustado al estándar de referencia en países como España, Alemania, Dinamarca, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia.

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios ya desde los años noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS)(27). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales(28).

Tras casi una década de experiencia de muchos investigadores españoles se hizo un balance sobre las potencialidades y las realidades del cuestionario. Se revisan el contenido del cuestionario, el proceso de su adaptación al español y las evidencias sobre sus características métricas. También se hace una valoración sobre las aplicaciones y las limitaciones detectadas, así como un resumen de los desarrollos novedosos del cuestionario que intentan superarlas y concluyeron que los estudios publicados sobre las características métricas de la versión española del SF-36 aportan suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. Estos resultados son consistentes con el instrumento original, lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales(17).

La calidad de vida es un constructo difícil de definir; de manera general se define como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses(29). Para algunos autores, el concepto de Calidad de Vida se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida(30). La OMS indicó que "asocia los conceptos de hábitos saludables de vida", por lo que su evaluación es vital para observar el estado de diversas poblaciones, entre estas, las personas trabajadoras y jubiladas(31).

### 2.2.5.1 Otros Instrumentos Que Miden Calidad De Vida

Existen otros instrumentos para medir calidad de vida y que son ampliamente utilizados. Entre estos tenemos a los más destacados:

- a) Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (El World Health Organization Quality of Life)(32)
- b) Estudio de resultados médicos de Elección breve de 36 ítems (Medical Outcomes Study 36-item Short-Form) (SF-36)(33)
- c) Perfil de salud de Nottingham (Nottingham Health Profile) (NHP)(34)
- d) Perfil de impacto de la enfermedad (Sickness Impact Profile) (SIP)(35)
- e) Proyecto de información cooperativa de atención primaria de Dartmount (Dartmount Primary Care Cooperative Information Project)(36),
- f) Escala de calidad del bienestar (Quality of Well-Being scale)(37)
- g) El Índice de Servicios de Salud (Health Utilities Index) (38)
- h) Instrumento El EuroQol (EuroQol Instrument) (EQ-5D)(39)

Se ha demostrado que la estimación de una variable puede tener un impacto positivo o negativo en la legitimidad de la información obtenida debido a un procedimiento de creación general o uno con

problemas, por lo que la estimación y la validez deben estar disponibles de manera confiable en cualquier examen. La validez en general se considera como la capacidad de un instrumento para evaluar lo que debería evaluar, mientras que la confiabilidad alude al grado en que un instrumento puede evaluar de manera confiable la variable que desea cuantificar. Las hipótesis actuales demuestran que debe aparecer una prueba de confiabilidad frente a la validez, si un instrumento no proporciona estimaciones confiables de los factores que debe evaluar, en ese momento no puede ofrecer una estimación sustancial de lo que se propone cuantificar.

De las formas de medir que existen para determinar la calidad de vida, el SF-36 es el más ampliamente utilizado y evaluado en individuos de diversas edades y patologías.(29) y que ha demostrado mejor validez y confiabilidad.

El cuestionario se describe en la parte de metodología del presente proyecto y se presenta el mismo en la sección de anexos.

# CAPÍTULO 3

## HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

### 3.1 Hipótesis

Por ser un estudio observacional no se considerará hipótesis

### 3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLES	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Tiempo cronológico vivido en años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 11 a 19</li> <li>- 20 a 29</li> <li>- 30 a 39</li> <li>- 40 a 49</li> <li>- 50 a 59</li> <li>- 60 años a más</li> </ul>	Ordinal
Sexo	Fenotipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femenino</li> <li>- Masculino</li> </ul>	Nominal
Ocupación	Rol laboral actual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comerciante en puesto fijo</li> <li>- Comerciante ambulante</li> </ul>	Nominal
Estado	Medición de	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo peso</li> </ul>	Ordinal

Nutricional	Índice de Masa Corporal de la OMS (32)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normopeso</li> <li>- Sobrepeso grado I</li> <li>- Sobrepeso grado II</li> <li>- Obesidad grado I</li> <li>- Obesidad grado II</li> <li>- Obesidad grado III</li> </ul>	
Hábitos nocivos	Consumo de sustancias psicoactivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cigarrillo (droga legal)</li> <li>- Alcohol (droga legal)</li> <li>- Drogas Ilegales (cocaína, pasta básica, marihuana, otros)</li> </ul>	Nominal
Estado Civil	Condición conyugal en el periodo de estudio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casado</li> <li>- Conviviente</li> <li>- Divorciado</li> <li>- Soltero</li> <li>- Viudo</li> </ul>	Nominal
Nivel de instrucción	Mayor Grado de estudios alcanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analfabeto</li> <li>- Primaria Incompleta</li> <li>- Primaria Completa</li> <li>- Secundaria Incompleta</li> <li>- Secundaria Completa</li> <li>- Educación superior Técnica</li> <li>- Educación Superior universitaria</li> </ul>	Ordinal
Número de hijos	Carga familiar directa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin hijos</li> <li>- 1 - 2</li> <li>- 3 - 5</li> <li>- Más de 5 hijos</li> </ul>	Nominal
Condición de aseguramiento	Estado de aseguramiento en salud. Visualización en sistema oficial del MINSA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin Seguro</li> <li>- SIS</li> <li>- SOAT</li> <li>- Privado</li> <li>- Otro</li> </ul>	Nominal
Sedentarismo	Entrevista de actividad física de 30 minutos/días a	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nunca</li> <li>- 1 vez/sem.</li> <li>- 2 a 3 veces/sem.</li> <li>- Más de 3 veces/sem.</li> </ul>	Ordinal

	la semana		
Vivienda	Condición actual de vivienda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Propia</li> <li>- Alquilada</li> <li>- De familiar/alojado</li> <li>- Otra condición:</li> </ul>	Nominal
Tiempo de trabajo	Tiempo en años ejerciendo como comerciante informal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt; de 1 año</li> <li>- 1 - 2</li> <li>- 3 - 5</li> <li>- Más de 5 años</li> </ul>	Nominal
Jornada laboral	Periodo en horas dedicado a la labor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 horas</li> <li>- 5 a 8 horas</li> <li>- 9 a 12 horas</li> </ul>	Nominal
Ingreso económico	Monto aproximado de ingreso/ganancia diaria	- Se trabajará mediante variable continua con cálculo en nuevos soles	Ordinal
Enfermedades	Enfermedad que al momento de la investigación esté cursando	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertensión Arterial</li> <li>- Diabetes</li> <li>- Hipercolesterolemia</li> <li>- Cardiopatías</li> <li>- Enf. respiratorias</li> <li>- Enf. hepáticas</li> <li>- Enf. Reumatológicas</li> <li>- Neuropatías</li> <li>- Salud Mental</li> <li>- Otras:</li> </ul>	Nominal
Calidad de vida	Cuestionario SF-36	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Función Física</li> <li>- Rol físico</li> <li>- Dolor corporal</li> <li>- Salud General</li> <li>- Vitalidad</li> <li>- Función Social</li> <li>- Rol Emocional</li> <li>- Salud mental</li> </ul>	Nominal
Mercado	Lugar donde realiza la actividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mercado Central</li> <li>- Mercado 2 de mayo</li> </ul>	Nominal

	informal de venta		
--	----------------------	--	--

## CAPÍTULO 4

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1 Diseño

El tipo de investigación fue observacional, prospectivo de corte transversal y con enfoque epidemiológico de tipo analítico.

#### 4.2 Población y muestra

##### 4.2.1 Población:

Se trabajó con el 100% de trabajadores en el campo informal independiente de dos mercados de abastos del cercado de Tacna y que al momento del estudio estaban desarrollando actividades laborales con ingresos económicos(40).

Los centros de abastos que se abordaron fueron:

- **Mercado Central**
- **Mercado 2 de mayo**

#### **4.2.2 Criterios de Inclusión**

- a. Comerciantes informales independientes que laboraban en los centros de abastos referidos.
- b. Personas no registradas en el Ministerio de Trabajo
- c. Ambulantes con o sin puesto de venta asignado.
- d. De ambos sexos
- e. De la ciudad de Tacna (Cercado)
- f. De 11 años a más

#### **4.2.4 Criterios de Exclusión**

- a. Dueños de negocios formales (stands, puestos, etc.)
- b. Trabajadores que se nieguen a ser parte del estudio.

### **4.3 Instrumentos de recolección de datos. (Ver en anexos)**

#### **Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales**

Las variables fueron seleccionadas con el apoyo de juicio de expertos y trabajos anteriores. Para fortalecer la consistencia interna del instrumento se aplicó el test de validación de alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.8. (valores por encima de 0.7 se consideran instrumentos consistentes y confiables).

#### **Cuestionario de medición de la calidad de vida en Salud SF-36**

##### **V.2. (41)**

Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población

general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

El Cuestionario de Salud SF-36 V.2 está compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Las 36 preguntas del instrumento cubren las siguientes escalas: Función Física (FF), Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), Salud General (SG), Vitalidad (VT), Función Social (FS), Rol Emocional (RE) y Salud Mental (SM). Cada una es resultado de la agrupación de determinadas preguntas del cuestionario, y el puntaje final es entregado en un rango de 0 a 100 para cada escala. Cuanto mayor es el puntaje obtenido mejor es el estado de salud, de esta manera 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado de salud medido.

Además, dichas escalas pueden ser agrupadas en dos grandes categorías, el Componente de Salud Física (CSF) y el Componente de Salud Mental (CSM).

### **CATEGORÍAS DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (BAREMO)**

Para la categorización de calidad de vida se utilizó el coeficiente de varianzas con 1 desviación estándar encontrándose la siguiente distribución:

1. Mala calidad de vida: 0 a 49
2. Regular calidad de vida: 50 a 65
3. Buena calidad de vida: > a 65

Para el contraste de variables de estudio, la categorización de calidad de vida correspondió al siguiente consolidado:

1. Mala/regular calidad de de vida: del consolidado de mala y regular calidad de vida.
2. Calidad de vida buena.

## **CAPÍTULO 5**

### **PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

El uso del instrumento para el recojo de información fue de tipo cuantitativo, el cual ya se encuentra validado ampliamente. El Ministerio de Salud recomienda su utilización, reforzado por las distribuciones existentes y el criterio principal. El uso de la encuesta fue completado por doce interrogantes que complementan la información el cual será aplicado por un personal de campo capacitado y preparado.

El programa de preparación profundizó sobre las perspectivas que lo acompañan:

- Explicación de los destinos de la estimación contemplados.
- Características del instrumento a utilizar.
- Asignación del ejemplo y organización estratégicas de la recogida de datos.
- Práctica de campo en el Instituto Piloto.
- Discusión de los resultados de la práctica de campo.
- Organización de la supervisión y control de la naturaleza de los datos recogidos.
- Entrega de materiales.

El instrumento se caracteriza por:

- Estar adecuado con los objetivos del examen.
- Diseño de registro estructurado.
- Asignación del ejemplo y organización de la recopilación de datos de forma aleatoria.

### **Consideración ética del estudio**

La presente investigación consideró las contemplaciones morales que la acompañan:

- Ningún individuo fue obligado a participar en el estudio
- Cada una de las informaciones reunidas fue solo para fines de investigación.
- Se guardó absoluta reserva de los datos consignados de los entrevistados.
- A cada encuestado se le aclaró los motivos y propósitos del estudio, al tiempo que se garantizó el secreto de la información individual.

Para el manejo de la información, la estructura de recopilación de información se caracterizó en un marco de información avanzado, desde el cual se adquirieron las dispersiones y la relación entre los factores, como lo muestran los objetivos, a los que luego se tabularon en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

La información se exhibió en una estructura tabular y con un cuadro de referencia del programa SPSS, versión 21. El manejo de los datos, se hicieron cálculos de frecuencias simples y absolutas y se calculó y presentó tablas con valores cuantitativos como la dispersión de

frecuencias absolutas y relativas. El chi-cuadrado es la prueba estadística que se utilizó con el objeto de contrastar los factores subjetivos con una p crítica inferior a 0.05.

## RESULTADOS

TABLA 01

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS TRABAJADORES COMERCIANTES INFORMALES DE DOS MERCADOS DE ABASTOS (MERCADO CENTRAL Y MERCADO 2 DE MAYO) DEL CERCADO DE TACNA. 2019

		n	%
Edad	< 20 años	5	3.3%
	20 a 29 años	28	18.5%
	30 a 39 años	28	18.5%
	40 a 49 años	33	21.9%
	50 a 59 años	28	18.5%
	60 a más	29	19.2%
	Total	151	100.0%
Sexo	Masculino	39	25.8%
	Femenino	112	74.2%
	Total	151	100.0%
Estado civil	Casado	27	17.9%
	Conviviente	72	47.7%
	Divorciado	16	10.6%
	Soltero	30	19.9%
	Viudo(a)	6	4.0%
	Total	151	100.0%
Nivel de instrucción	Analfabeto	6	4.0%
	Primaria incompleta	10	6.6%
	Primaria completa	17	11.3%
	Secundaria incompleta	23	15.2%
	Secundaria completa	70	46.4%
	Técnico	19	12.6%
	Superior	6	4.0%
	Total	151	100.0%

Fuente: Cuestionario Investigador

En la tabla 1 podemos observar la distribución de frecuencia de las principales características sociodemográficas de los trabajadores comerciantes informales de los mercados sujetos de estudio. De la población estudiada, el 21.9% tenía entre 40 a 49 años seguido de un 19.2% con 60 años a más. En tercer orden de frecuencia se encuentra los

demás grupos, entre 20 a 29 años, 30 a 39 años, 50 a 59 años con un 18.5% cada uno, respectivamente.

Según sexo el 74.2% son femeninos y 25.8% son masculinos.

Revisando la condición de estado civil el 47.7% tiene condición de conviviente seguido de un 19.9 que son solteros, así mismo, se puede observar un 17.9% son casados.

Según nivel de instrucción el 46.4% tiene secundaria completa seguido por un 15.2% con secundaria incompleta. También se puede observar dentro del grupo, que el 12.6% de los trabajadores informales tiene el nivel superior técnico, y solo un 4.0% de superior universitario.

**TABLA 02**

**EVALUACIÓN NUTRICIONAL Y ANTECEDENTES NOCIVOS EN TRABAJADORES COMERCIANTE INFORMALES DE DOS MERCADOS DE ABASTOS (MERCADO CENTRAL Y MERCADO 2 DE MAYO) DEL CERCADO DE TACNA. 2019**

		n	%
<b>Estado Nutricional</b>	<b>Bajo peso</b>	14	9.3%
	<b>Normopeso</b>	51	33.8%
	<b>Sobrepeso grado I</b>	59	39.1%
	<b>Sobrepeso grado II</b>	6	4.0%
	<b>Obesidad grado I</b>	21	13.9%
	<b>Obesidad grado II</b>	0	0.0%
	<b>Obesidad grado III</b>	0	0.0%
	<b>Total</b>	151	100.0%
<b>Hábitos nocivos</b>	<b>No tiene</b>	137	90.7%
	<b>Cigarrillo</b>	0	0.0%
	<b>Alcohol</b>	14	9.3%
	<b>Drogas ilegales</b>	0	0.0%
	<b>Total</b>	151	100.0%

Fuente: Cuestionario Investigador

En la tabla 2 podemos observar que el 39.1% de las personas sujetas estudio tenía un sobrepeso en grado I seguido de un 33.8% con peso normal. Se pudo observar un 13.9% con el estado de obesidad grado I. Respecto a hábitos nocivos, el 90.7% referida no tener consumo de algún producto nocivo pero un 9.3% afirma que ocasionalmente consume alcohol.

**Tabla 03**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN CARGA FAMILIAR  
CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS DE  
VIVIENDA Y LABORALES EN TRABAJADORES COMERCIANTES  
INFORMALES DE DOS MERCADOS DE ABASTOS (MERCADO  
CENTRAL Y MERCADO 2 DE MAYO) DEL CERCADO DE TACNA.  
2019**

		n	%
<b>Número de hijos</b>	<b>Sin hijos</b>	34	22.5%
	<b>1 a 2 hijos</b>	78	51.7%
	<b>3 a 5 hijos</b>	38	25.2%
	<b>Más de 5 hijos</b>	1	.7%
	<b>Total</b>	151	100.0%
<b>Condición de aseguramiento</b>	<b>Sin seguro</b>	91	60.3%
	<b>SIS</b>	45	29.8%
	<b>Essalud</b>	15	9.9%
	<b>Total</b>	151	100.0%
<b>Vivienda</b>	<b>Propia</b>	93	61.6%
	<b>Alquilada</b>	10	6.6%
	<b>De familiar / alojado</b>	48	31.8%
	<b>Total</b>	151	100.0%
<b>Tiempo de trabajo</b>	<b>&lt; de 1 año</b>	10	6.6%
	<b>de 1 a 2 años</b>	24	15.9%
	<b>3 a 5 años</b>	43	28.5%
	<b>Más de 5 años</b>	74	49.0%
	<b>Total</b>	151	100.0%
<b>Jornada laboral</b>	<b>4 horas</b>	47	31.1%
	<b>5 a 8 horas</b>	90	59.6%
	<b>9 a 12 horas</b>	14	9.3%
	<b>Total</b>	151	100.0%
<b>Ingreso Económico</b>	<b>&lt;500 soles</b>	2	1.3%
	<b>500 a 1000</b>	117	77.5%
	<b>1001 a 1500</b>	28	18.5%
	<b>1501 a 2000</b>	4	2.6%
	<b>Total</b>	151	100.0%

Fuente: Cuestionario Investigador

En la tabla 3 se puede observar que el 51.7% tenía de uno a dos hijos seguido de un 25.2% con tres a cinco hijos. Sólo el 22.5% prefiere no tener hijos bajo su responsabilidad.

El contar con un seguro de salud responde a una mejor condición sanitaria preventiva. El 60.3% de la población en estudio refiere no contar con un seguro médico y sólo el 29.8% refiere que cuenta con el seguro integral de salud.

Respecto a las condiciones de vivienda, el 61.6% vive en casa propia y el 31.8% en casa de algún familiar o está alojado en un ambiente de alguna amistad. Sólo el 6.6% se encuentra la condición de vivienda alquilada.

Respecto a las condiciones laborales, se exploró el tiempo de trabajo que tenía su actual condición. El 49% refiere que viene trabajando como vendedor ambulante en las inmediaciones de los centros de abastos más de 5 años seguido de un 28.5% entre 3 a 5 años.

Respecto a la jornada laboral en la actual ocupación de ambulantes inmediaciones de los centros de abastos, el 59.6% refiere que invierte entre 5 a 8 horas seguida de un 31.1% que sólo invierte 4 horas. Existe un 9.3% que dedica 9 a 12 horas a esta actividad.

Respecto al ingreso económico el 77.5% prefiere recibir entre 500 a 1000 soles como ingreso mensual seguido de un 18.5% entre 1000 a 1500. Existe un 1.3% que percibe menos de 500 soles.

**Tabla 04**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN LOS TRABAJADORES COMERCIANTES INFORMALES DE DOS MERCADOS DE ABASTOS (MERCADO CENTRAL Y MERCADO 2 DE MAYO) DEL CERCADO DE TACNA. 2019**

	n	%
<b>Sin enfermedad</b>	64	42.38%
<b>Diabetes</b>	37	24.50%
<b>Hipertensión arterial</b>	28	18.54%
<b>Salud mental</b>	12	7.95%
<b>Enfermedades reumatológicas</b>	10	6.62%
<b>Hipercolesterolemia</b>	9	5.96%
<b>Enfermedades respiratorias</b>	9	5.96%
<b>Cardiopatías</b>	6	3.97%
<b>Enfermedades hepáticas</b>	1	0.66%
<b>Hipertiroidismo</b>	1	0.66%
<b>Obesidad</b>	1	0.66%

Fuente: Cuestionario Investigador

En la tabla 4 se puede observar que el 42.38% percibe estar sano y no tener alguna enfermedad concomitante en tratamiento. El 24.5% tiene el antecedente de tratamiento en diabetes seguido de un 18.54% con hipertensión arterial, principalmente.

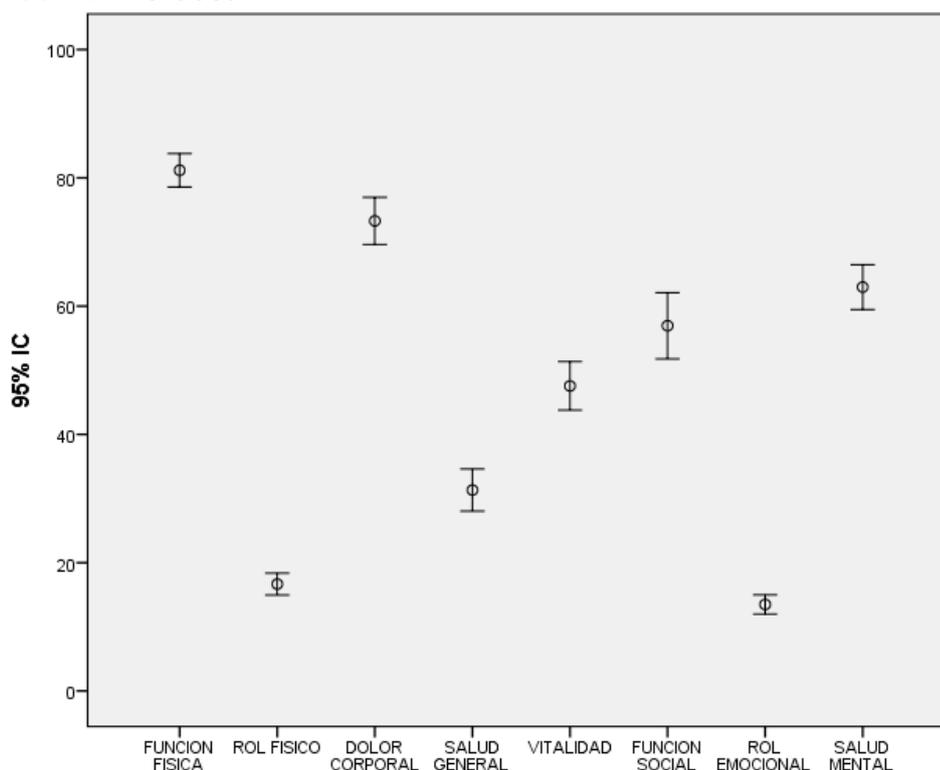
**Tabla 05**

**MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES EN LOS TRABAJADORES COMERCIANTES INFORMALES DE DOS MERCADOS DE ABASTOS (MERCADO CENTRAL Y MERCADO 2 DE MAYO) DEL CERCADO DE TACNA. 2019**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
<b>FUNCION FISICA</b>	151	40.00	100.00	<b>81.8543</b>	15.78624
<b>ROL FISICO</b>	151	0.00	37.50	<b>17.0530</b>	10.30609
<b>DOLOR CORPORAL</b>	151	12.00	100.00	<b>74.4172</b>	22.47884
<b>SALUD GENERAL</b>	151	5.00	90.00	<b>32.8411</b>	20.78047
<b>VITALIDAD</b>	151	0.00	93.75	<b>49.4067</b>	24.00735
<b>FUNCION SOCIAL</b>	151	0.00	100.00	<b>58.9404</b>	31.93018
<b>ROL EMOCIONAL</b>	151	0.00	25.00	<b>14.0177</b>	9.24817
<b>SALUD MENTAL</b>	144	10.00	95.00	<b>62.9688</b>	21.22836

Fuente: Cuestionario SF-36

**Graf. 01: Tendencia comparativa de las dimensiones de calidad de vida con un IC 95%**



En la tabla 5 podemos observar los resultados obtenidos en la población en estudio en la medición de la calidad de vida, según las 8 dimensiones

consideradas en el instrumento SF-36. El instrumento mide en escala numérica hasta un máximo de puntaje de 100 y saca un promedio por cada dimensión del grupo en estudio. A mayor puntaje, mayor calidad de vida y permiten identificar cuál de las dimensiones podría estar más comprometida. Observamos la media o promedio del puntaje obtenido por cada dimensión y podemos observar que el mayor puntaje obtenido estuvo en la dimensión de la función física seguido de la presencia de dolor corporal y salud mental. Los promedios en escala de calidad más bajos estuvieron en las dimensiones de rol emocional y rol físico. En nivel medio estuvieron las dimensiones de salud general vitalidad y función social.

En la Gráfica 1 podemos observar la comparación según dimensiones de los puntajes obtenidos en la medición de calidad de vida. Si el estudio lo repitiéramos 100 veces, observaríamos en 95 de los casos la misma gráfica.

Se puede identificar que las dimensiones prioritarias a intervenir son las emocional y rol físico.

**Tabla 06**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LAS ESFERAS FÍSICA Y EMOCIONAL EN LOS TRABAJADORES COMERCIANTES INFORMALES DE DOS MERCADOS DE ABASTOS (MERCADO CENTRAL Y MERCADO 2 DE MAYO) DEL CERCADO DE TACNA. 2019**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<b>ESFERA FISICA</b>	151	26.07	57.68	<b>44.3205</b>	7.99745
<b>ESFERA EMOCIONAL</b>	151	5.58	48.35	<b>30.7024</b>	10.63787

Fuente: Cuestionario SF-36

En la tabla 6 se observa el consolidado de las 8 dimensiones en puntajes finales que engloban la Esfera física y la Esfera emocional. Ambas características son independientes una de otra en la medición y permite poder individualizar el estado entre ambas respecto al puntaje total. Podemos observar que el mayor puntaje obtenido es la esfera física, con una media de 44.32 y es seguido por la esfera emocional, con un promedio de 30.70. Podemos definir que la esfera más comprometida es la emocional pero no debemos dejar de percibir que si bien la esfera física está por encima de la emocional en 14 puntos, ambas no llegan el 50% de los 100 puntos óptimos alcanzar en la medición de calidad. Podemos concluir que ambas esferas revelan una baja calidad de vida, Pero entre las dos la más comprometida es la emocional.

**Tabla 07**

**CORRELACIÓN DE LAS DIMENSIONES SEGÚN ESFERA FÍSICA Y EMOCIONAL EN LOS TRABAJADORES COMERCIANTES INFORMALES DE DOS MERCADOS DE ABASTOS (MERCADO CENTRAL Y MERCADO 2 DE MAYO) DEL CERCADO DE TACNA. 2019**

		<b>ESFERA FÍSICA</b>	<b>ESFERA EMOCIONAL</b>
<b>FUNCION FISICA</b>	Correlación de Pearson	.849	.318
	Sig. (bilateral)	.000	.000
<b>ROL FISICO</b>	Correlación de Pearson	.877	.237
	Sig. (bilateral)	.000	.003
<b>DOLOR CORPORAL</b>	Correlación de Pearson	.835	.367
	Sig. (bilateral)	.000	.000
<b>SALUD GENERAL</b>	Correlación de Pearson	.710	.510
	Sig. (bilateral)	.000	.000
<b>VITALIDAD</b>	Correlación de Pearson	.489	.717
	Sig. (bilateral)	.000	.000
<b>FUNCION SOCIAL</b>	Correlación de Pearson	.636	.651
	Sig. (bilateral)	.000	.000
<b>ROL EMOCIONAL</b>	Correlación de Pearson	-.013	.730
	Sig. (bilateral)	.871	.000
<b>SALUD MENTAL</b>	Correlación de Pearson	.053	.953
	Sig. (bilateral)	.529	.000

Fuente: Cuestionario SF-36

En la tabla 7 si observa la influencia ejercida por las diferentes dimensiones en la escala final emocional y física. Podemos observar que tanto la función física el rol físico el dolor corporal la salud general la vitalidad y la función social tiene una relación estadísticamente asociada a la Esfera emocional y física (p:0.00).

Respecto al rol emocional y la dimensión de salud Mental, podemos afirmar que están altamente asociado a la esfera emocional que en la física(p:0.00).

**Tabla 08**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LAS ESFERAS FÍSICA Y EMOCIONAL EN LOS TRABAJADORES COMERCIANTES INFORMALES DE DOS MERCADOS DE ABASTOS (MERCADO CENTRAL Y MERCADO 2 DE MAYO) DEL CERCADO DE TACNA. 2019**

		n	%
<b>ESFERA FISICA</b>	<b>MALA</b>	66	43.7%
	<b>REGULAR</b>	58	38.4%
	<b>BUENA</b>	27	17.9%
	<b>Total</b>	151	100.0%
<b>ESFERA EMOCIONAL</b>	<b>MALA</b>	73	48.3%
	<b>REGULAR</b>	48	31.8%
	<b>BUENA</b>	30	19.9%
	<b>Total</b>	151	100.0%

Fuente: Cuestionario SF-36

En la tabla 8 se observa la categorización del nivel de calidad de vida calculado con 1 desviación estándar. Esta clasificación nos permite más objetivamente poder observar el nivel de calidad de vida en cada una de las esferas. Es así que, en la Esfera Emocional, el 48.3% percibe una mala calidad de vida seguido de 31.8% que manifiesta que esta condición es regular.

Según la Esfera Física, el 43.7% percibe una mala calidad de vida seguido de un 38.4% que la percibe como regular. Existe una diferencia proporcional tanto en la Esfera Física respecto a la Esfera emocional, pero en ambas la tendencia es a una mala calidad.

**TABLA 09**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA GENERAL EN LOS EN LOS TRABAJADORES COMERCIANTES INFORMALES DE DOS MERCADOS DE ABASTOS (MERCADO CENTRAL Y MERCADO 2 DE MAYO) DEL CERCADO DE TACNA. 2019**

		n	%
<b>ESCALA GENERAL</b>	<b>MALA</b>	80	53.0%
	<b>REGULAR</b>	37	24.5%
	<b>BUENA</b>	34	22.5%
	<b>Total</b>	151	100.0%
<b>ESCALA GENERAL CONSOLIDADA</b>	<b>MALA/REGULAR</b>	117	77.5%
	<b>BUENA</b>	34	22.5%
	<b>Total</b>	151	100.0%

Fuente: Cuestionario SF-36

En la tabla 9 se consolidan las proporciones obtenidas en la tabla 8 con los puntajes consolidados de la medición de calidad de vida. Es así que, el 53% de los trabajadores sujetos de estudio se encuentran en una mala calidad de vida seguido de un 24.5% como regular. Si dicotomizamos estos resultados en dos grupos (Mala/regular y Buena) podríamos decir que el 77.5% se encuentra en una condición de mala/ regular calidad de vida y tan sólo el 22.5% considera su estado como bueno.

**TABLA 10**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN PRINCIPALES VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y CALIDAD DE VIDA EN LOS TRABAJADORES COMERCIANTES INFORMALES DE DOS MERCADOS DE ABASTOS (MERCADO CENTRAL Y MERCADO 2 DE MAYO) DEL CERCADO DE TACNA. 2019**

		ESCALA GENERAL						p
		MALA/REGULAR		BUENA		Total		
		n	%	N	%	n	%	
Edad	< 20 años	1	20.0%	4	80.0%	5	100.0%	0.00
	20 a 29 años	11	39.3%	17	60.7%	28	100.0%	
	30 a 39 años	17	60.7%	11	39.3%	28	100.0%	
	40 a 49 años	31	93.9%	2	6.1%	33	100.0%	
	50 a 59 años	28	100.0%	0	0.0%	28	100.0%	
	60 a más	29	100.0%	0	0.0%	29	100.0%	
	Total	117	77.5%	34	22.5%	151	100.0%	
Sexo	Masculino	30	76.9%	9	23.1%	39	100.0%	0.92
	Femenino	87	77.7%	25	22.3%	112	100.0%	
	Total	117	77.5%	34	22.5%	151	100.0%	
Estado civil	Casado	24	88.9%	3	11.1%	27	100.0%	0.00
	Conviviente	60	83.3%	12	16.7%	72	100.0%	
	Divorciado	15	93.8%	1	6.3%	16	100.0%	
	Soltero	12	40.0%	18	60.0%	30	100.0%	
	Vludo	6	100.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	Total	117	77.5%	34	22.5%	151	100.0%	
Nivel de instrucción	Analfabeto	6	100.0%	0	0.0%	6	100.0%	0.028
	Primaria incompleta	10	100.0%	0	0.0%	10	100.0%	
	Primaria completa	17	100.0%	0	0.0%	17	100.0%	
	Secundaria incompleta	18	78.3%	5	21.7%	23	100.0%	
	Secundaria completa	47	67.1%	23	32.9%	70	100.0%	
	Técnico	14	73.7%	5	26.3%	19	100.0%	
	Superior	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%	
	Total	117	77.5%	34	22.5%	151	100.0%	
Número de hijos	Sin hijos	12	35.3%	22	64.7%	34	100.0%	0.00
	1 a 2 hijos	66	84.6%	12	15.4%	78	100.0%	
	3 a 5 hijos	38	100.0%	0	0.0%	38	100.0%	
	Más de 5 hijos	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Total	117	77.5%	34	22.5%	151	100.0%	

Fuente: Cuestionario SF-36/cuestionario del investigador

En la tabla 10 podemos observar que las variables mayormente asociadas y que muestran una diferencia significativa entre sus categorías

es la edad(p:0.00), estado civil(p:0.00), nivel de instrucción(p:0.02) y número de hijos(p:0.00).

Analizando estas características podemos inferir que, según edad, podemos afirmar que a mayor edad menor calidad de vida con una relación directamente proporcional y esta diferencia es altamente significativa.

Según la variable estado civil, en el grupo de casados, convivientes y divorciados, la menor calidad de vida era estadísticamente diferente al grupo solteros, donde el 60% de éstos refirieron una buena calidad de vida en comparación al 40% que no tenía la condición de soltería.

Según nivel instrucción igualmente la relación es indirectamente proporcional donde a menor nivel de instrucción menor calidad de vida.

En el análisis del número de hijos podemos observar que aquellos trabajadores que no tenían hijos, el 64.7% tenía o refería una buena calidad de vida a diferencia del 35.3% con mala calidad de vida. En cambio, en aquellos trabajadores que tenían de uno a dos hijos el 84.6% presentaba mala calidad de vida y esta característica se repiten aquellos que tienen de 3 a 5 hijos y más de cinco hijos, donde el 100% refieren una mala calidad de vida. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

**TABLA 11**

**RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO Y ENFERMEDADES CONCOMITANTES SEGÚN CALIDAD DE VIDA EN LOS TRABAJADORES COMERCIANTES INFORMALES DE DOS MERCADOS DE ABASTOS (MERCADO CENTRAL Y MERCADO 2 DE MAYO) DEL CERCADO DE TACNA. 2019**

		ESCALA GENERAL						p
		MALA/REGULAR		BUENA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Estado Nutricional	Bajo peso	12	85.7%	2	14.3%	14	100.0%	0.001
	Normopeso	30	58.8%	21	41.2%	51	100.0%	
	Sobrepeso grado I	48	81.4%	11	18.6%	59	100.0%	
	Sobrepeso grado II	6	100.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	Obesidad grado I	21	100.0%	0	0.0%	21	100.0%	
	Total	117	77.5%	34	22.5%	151	100.0%	
Condición de aseguramiento	Sin seguro	61	67.0%	30	33.0%	91	100.0%	0.001
	SIS	43	95.6%	2	4.4%	45	100.0%	
	Essalud	13	86.7%	2	13.3%	15	100.0%	
	Total	117	77.5%	34	22.5%	151	100.0%	
Enfermedades concomitantes en tratamiento	Sin enfermedad concomitante	33	51.6%	31	48.4%	64	100.0%	0.00
	Hipertensión arterial	25	96.2%	1	3.8%	26	100.0%	
	Diabetes	23	100.0%	0	0.0%	23	100.0%	
	Hipercolesterolemia	5	100.0%	0	0.0%	5	100.0%	
	Cardiopatías	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	Enfermedades respiratorias	7	77.8%	2	22.2%	9	100.0%	
	Enfermedades hepáticas	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Enfermedades reumatológicas	7	100.0%	0	0.0%	7	100.0%	
	Salud mental	12	100.0%	0	0.0%	12	100.0%	
	Hipertiroidismo	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Obesidad	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
Total	117	77.5%	34	22.5%	151	100.0%		

Fuente: Cuestionario SF-36/cuestionario del investigador

En la tabla 11 podemos observar que las tres variables en observación influyen en la calidad de vida, con niveles de significancia altos( $p < 0.05$ ).

Es así que, según el estado nutricional, la relación también es indirectamente proporcional, donde a mayor riesgo de peso elevado obesidad la probabilidad de una buena calidad de vida es menos

frecuente. Respecto a la condición de aseguramiento, la más baja calidad de vida se evidenció proporcionalmente en el grupo que tenía o estaba afiliado al seguro integral de salud (95.6% que refiere mala calidad de vida) a diferencia de aquellos que se encuentran asegurados en Essalud donde el 86.7% presentaban una mala calidad de vida. Proporción más baja y que resulta estadísticamente significativa.

Según la presencia de enfermedades concomitantes, podemos observar que las presencias de éstas están altamente asociado a mala calidad de vida. En el grupo que no presentaba ninguna enfermedad concomitante, el 51.6% refería una mala calidad de vida, pero el 48.4% refería que esta calidad de vida era buena.

Tabla 12

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VIVIENDA TIEMPO DE TRABAJO JORNADA LABORAL E INGRESO ECONÓMICO SEGÚN NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN LOS TRABAJADORES COMERCIANTES INFORMALES DE DOS MERCADOS DE ABASTOS (MERCADO CENTRAL Y MERCADO 2 DE MAYO) DEL CERCADO DE TACNA. 2019**

		ESCALA GENERAL						p
		MALA/REGULAR		BUENA		Total		
		N	%	N	%	n	%	
Vivienda	Propia	88	94.6%	5	5.4%	93	100.0%	0.00
	Alquilada	4	40.0%	6	60.0%	10	100.0%	
	De familiar / alojado	25	52.1%	23	47.9%	48	100.0%	
	Otra condición	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Total	117	77.5%	34	22.5%	151	100.0%	
Tiempo de trabajo	< de 1 año	6	60.0%	4	40.0%	10	100.0%	0.00
	de 1 a 2 años	12	50.0%	12	50.0%	24	100.0%	
	3 a 5 años	30	69.8%	13	30.2%	43	100.0%	
	Más de 5 años	69	93.2%	5	6.8%	74	100.0%	
	Total	117	77.5%	34	22.5%	151	100.0%	
Jornada laboral	4 horas	33	70.2%	14	29.8%	47	100.0%	0.181
	5 a 8 horas	71	78.9%	19	21.1%	90	100.0%	
	9 a 12 horas	13	92.9%	1	7.1%	14	100.0%	
	Total	117	77.5%	34	22.5%	151	100.0%	
Ingreso Económico	<500 soles	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%	0.142
	500 a 1000	86	73.5%	31	26.5%	117	100.0%	
	1001 a 1500	26	92.9%	2	7.1%	28	100.0%	
	1501 a 2000	3	75.0%	1	25.0%	4	100.0%	
	Total	117	77.5%	34	22.5%	151	100.0%	

Fuente: Cuestionario SF-36/cuestionario del investigador

Las variables más asociadas a calidad de vida fueron las características de la vivienda y el tiempo de trabajo.

En el primer caso, aquellos que tenían vivienda propia, el 94.6% refería mala calidad de vida en comparación al grupo que no contaba con una vivienda y vivía junto a un familiar o se encontraba alojado dónde sólo el 52.1% presentaba una mala calidad de vida. Esta diferencia fue altamente significativa. (p:0.00)

Respecto al tiempo de trabajo. a mayor tiempo involucrado en la actual ocupación mayor es la mala calidad de vida. Esta diferencia es altamente significativa ( $p:0.00$ ).

No hubo diferencia según jornada laboral e ingreso económico ( $p>0.05$ ).

## DISCUSIÓN

La conexión entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se construyó a partir de los primeros años del siglo XIX, cuando resultó obvio que las dolencias están relacionadas con el bajo nivel socioeconómico (financiero, natural y alimenticio) (4). Frenz refiere que La redemocratización ha cambiado el plan social y el trabajo del Estado en América Latina con un deber en desarrollo de valor y equidad en la salud preocupado por profundas disparidades económicas. El punto focal de la actividad ha sido sobre los cambios en el marco de salud y el valor en salud es el estándar. Reconoce se requiere fortalecer capacidades institucionales de los gobiernos directamente hacia la imparcialidad. Avanzar hacia una política inclusiva de la salud.(11). Velez afirma que las condiciones de trabajo, no están garantizadas en el trabajo informal, por lo tanto, esta metodología de trabajo no es compatible con la salud y el trabajo justo de los trabajadores.(14). Para medir la calidad de vida en estos trabajadores, Gemma Vilagut alude a un artículo sobre el cuestionario SF-36. Dice que es uno de los instrumentos de calidad de vida relacionados con la salud (CVRS) más utilizados y evaluados. El SF-36 demostró una gran separación entre los grupos estudiados de acuerdo a los indicadores clínicos, es un instrumento completamente razonable para su utilización en la investigación y en la práctica clínica(17).

Inexistentes trabajos a nivel local inspiraron la siguiente investigación en un grupo de trabajadores altamente vulnerables y que a lo largo de los años ha ido en aumento.

El trabajo informal es la modalidad más frecuente en nuestro país. Cada año se registran cifras mayores y desborda cualquier planificación económica. En salud nos compete una tarea inicial de describir esta

realidad y que permita así poder diseñar estrategias más equitativas y justas en el campo sanitario.

Bazzani en Colombia, afirma que es importante elevarse por encima de la mejora calculada y en el uso del avance de la salud en el entorno laboral. La promoción de la salud en los lugares de trabajo debe organizarse para mejorar las condiciones de trabajo(12).

En nuestra población estudiada, el 21.9% tenía entre 40 a 49 años seguido de un 19.2% con 60 años a más. En tercer orden de frecuencia se encuentra los demás grupos, entre 20 a 29 años, 30 a 39 años, 50 a 59 años con un 18.5% cada uno, respectivamente. El 51.7% tenía de uno a dos hijos seguido de un 25.2% con tres a cinco hijos. Sólo el 22.5% prefiere no tener hijos. El 60.3% de la población en estudio refiere no contar con un seguro médico. Álvarez mediante un estudio aplicó la edad promedio era 59,4 (+7,2) años, 62,0% no tenía educación básica o 52,0% pertenecía a la clase social 1 y 2; El 6,5% no tenía afiliación con el sistema de salud y seguridad social. Concluye que la calidad de vida de los trabajadores informales de edad es bien percibida y está relacionada con una evaluación positiva de la salud. (13).

Respecto a la jornada laboral en la actual ocupación de ambulantes en inmediaciones de los centros de abastos, el 59.6% refiere que invierte entre 5 a 8 horas seguida de un 31.1% que sólo invierte 4 horas. Gómez refiere que el 69.8% de los trabajadores de su estudio no utiliza componentes de seguridad individuales y, en general, los vendedores trabajan 10 horas todos los días. 71% con cansancio físico, 63.7% con dolencias en la espalda y 62.7% con piernas adoloridas. Finaliza en que la condición física en la que trabajan los vendedores es deficiente(16)

En nuestro estudio se evaluó la calidad de vida sanitaria percibida por un grupo de comerciantes informales. El SF 36 ampliamente conocido y validado para el Perú, sirvió de instrumento para este fin. Los resultados mostraron que la calidad de vida percibida por este grupo importante de personas es mala. En las esferas física y mental los promedios fueron

menores a 50 de la escala del 1 al 100 que considera el instrumento. Pero, era necesario diferenciar entre las dos escalas cual era la más desfavorecida y que permita realizar una priorización para alguna intervención futura. La encontrada con mayor desventaja fue la escala emocional. Se analizaron las diferentes dimensiones y se observó la media o promedio del puntaje obtenido por cada una. El mayor puntaje obtenido estuvo en la dimensión de la función física seguido de la presencia de dolor corporal y salud mental. Los promedios en escala de calidad más bajos estuvieron en las dimensiones de rol emocional y rol físico. En nivel medio estuvieron las dimensiones de salud general vitalidad y función social. Es obvio que las condiciones de su trabajo es uno de los factores que explica dichos resultados. En salud laboral el no contar con una estabilidad y proyección de futuro adecuado está probablemente asociado a percepción de mala calidad de vida sanitaria. El trabajador informal ambulante refiere “sentirse mal” cada día que en su labor. Alcocer encuentra que los trabajadores informales en su gran mayoría se sienten decepcionados con las condiciones de trabajo, ya que afirman que está en contra de su salud.(15). Ardila refiere que el trabajar en forma ambulatoria o informal se ha convertido en una población que necesita ayuda, que muchos no están incluidos en el sistema de salud y no se encuentran registrados dentro del marco de peligro relacionado con la salud y el 80% no tiene suministros de seguros individuales. (18). Adicionalmente en nuestro estudio evidenciamos que las variables mayormente asociadas a mala calidad de vida y que muestran una diferencia significativa entre sus categorías es la edad(p:0.00), estado civil (p:0.00), nivel de instrucción(p:0.02) y número de hijos(p:0.00). Asimismo, logramos detectar que el sobrepeso y obesidad son factores que adicionalmente condicionan una mala calidad de vida sumado a una falta de condiciones de aseguramiento adecuado. Estas dos características son modificables por el sistema sanitario actual. El trabajador informal debería contar con un seguro de protección, y el estado peruano oferta el

Seguro Integral de Salud (SIS). Este sistema no está llegando a la población más vulnerable. Evidenciamos que el 60.3% no cuenta con un seguro médico. Lográndose esto se podría realizar el apoyo en todos los aspectos, incluso el nutricional que agrava el problema y que forma parte de los factores asociados a mala calidad de vida sanitaria.

Podemos afirmar que estamos frente a una población vulnerable, en riesgo social y que el sistema sanitario regional debería observar con mayor detalle. El acceso a los recursos que el estado brinda debería incluir a dicho grupo y poder así modificar esas variables que, sanitariamente, son modificables.

## CONCLUSIONES

1. De la población estudiada, el 21.9% tenía entre 40 a 49 años seguido de un 19.2% con 60 años a más. Los demás grupos, entre 20 a 29 años, 30 a 39 años, 50 a 59 años representaban el 18.5% cada uno. El 13.9% esta con obesidad grado I. El 60.3% no cuenta con un seguro médico. El 49% tiene un tiempo laboral como ambulante informal más de 5 años seguido de un 28.5% entre 3 a 5 años. El 77.5% refiere recibir entre 500 a 1000 soles como ingreso mensual.
2. Según las 8 dimensiones del SF-36, el mayor puntaje estuvo en la dimensión de la función física seguido de la presencia de dolor corporal y salud mental. Los promedios en escala de calidad más bajos estuvieron en las dimensiones de rol emocional y rol físico. En nivel medio estuvieron las dimensiones de salud general vitalidad y función social.
3. Las variables mayormente asociadas a calidad de vida son la edad( $p:0.00$ ), estado civil ( $p:0.00$ ), nivel de instrucción( $p:0.02$ ) y número de hijos( $p:0.00$ ). Asimismo, el estado nutricional ( $p= 0.001$ ) y el no contar con un seguro médico ( $p=0.001$ ).

## SUGERENCIAS

1. Ampliar las investigaciones al respecto con focalización de intervenciones (aseguramiento, educación y promoción) en los factores condicionantes de mala calidad de vida sanitaria identificados.
2. Los responsables del Seguro Integral de Salud regional tienen la oportunidad de realizar las gestiones necesarias para ofertar y mejorar la accesibilidad al seguro integral de salud, en sus formas gratuitas o con prepago del “seguro de emprendedor” a esta población con riesgo social.
3. Realizar investigaciones que identifiquen otros grupos de riesgo en el ámbito local y se dé evidencia de sus factores condicionantes. Dicha información, resultado de esas investigaciones, ponerlas a cargo de los planificadores regionales de salud, es el vínculo que debe potenciarse universidad-entorno social.
4. Crear programas de apoyo humanitario y salud ocupacional, trabajar con la población en riesgo de padecer enfermedades a consecuencia de su mal hábito alimenticio, a largo plazo.
5. Fortalecer la atención primaria, clave para la mejora y mantenimiento de la salud de los ciudadanos, ya que es la primera puerta de acceso al Sistema Nacional de Salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lip Licham C, Rocabado Quevedo F. Determinates sociales de la salud en Perú. Lima: Ministerio de Salud : Organización Panamericana de la Salud : Universidad Norbert Wiener; 2012.
2. OPS/OMS Perú - DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN PERÚ [Internet]. [citado 25 de abril de 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=623:determinantes-sociales-salud-peru&Itemid=719](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=623:determinantes-sociales-salud-peru&Itemid=719)
3. Cardona D, Acosta LD, Bertone CL. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe. Gac Sanit [Internet]. 1 de julio de 2013 [citado 11 de julio de 2017];27(4):292-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112003433>
4. Garriga Y, Navarro J, Saumell A, Serviat T, de la Hoz JL, García S. Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. Rev INFODIR [Internet]. 2012 [citado 11 de julio de 2017];(15). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215e.pdf>
5. Díaz CA. Propuestas para disminuir la inequidad en salud en Argentina. 2012 [citado 11 de julio de 2017]; Disponible en: [https://www.isalud.edu.ar/news/links/carlos\\_diaz.pdf](https://www.isalud.edu.ar/news/links/carlos_diaz.pdf)
6. Gálvez C, Mavhier J, Díaz Vélez C, Segura A, Alexander M, González M, et al. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. Acta Médica Peru [Internet]. octubre de 2009 [citado 25 de abril de 2017];26(4):230-8. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1728-59172009000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172009000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. Ministerio de Economía y Finanzas del Peru. [Internet]. [citado 25 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.mef.gob.pe/es/>

8. Shack, Nelson. Repositorio Continental: Seis años de la gestión para resultados en el Perú (2007-2013) [Internet]. [citado 11 de julio de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.continental.edu.pe/handle/continental/3265>
9. Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. 2013; Disponible en: <http://campus.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>. Junio del 2003.
10. Crespo-Salgado JJ, Delgado-Martín JL, Blanco-Iglesias O, Aldecoa-Landesá S. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 1 de marzo de 2015 [citado 11 de julio de 2017];47(3):175-83. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002911>
11. Frenz P, Titelman D. Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. octubre de 2013 [citado 26 de abril de 2017];30(4):665-70. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1726-46342013000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342013000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Bazzani LC, Sánchez AIM, Bazzani LC, Sánchez AIM. Workplace Health Promotion: a path to follow. *Ciênc Amp Saúde Coletiva* [Internet]. junio de 2016 [citado 26 de abril de 2017];21(6):1909-20. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232016000601909&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000601909&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
13. Álvarez CV, Potes M del PE, Merchán MEP, Álvarez CV, Potes M del PE, Merchán MEP. Quality of life and informal labor among elderly persons in an intermediate Colombian city, 2012-2013. *Rev Bras Geriatr E Gerontol* [Internet]. junio de 2016 [citado 26 de abril de 2017];19(3):415-27. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-98232016000300415&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-98232016000300415&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
14. Vélez Álvarez Consuelo. Determinantes sociales de la salud y el trabajo informal. *Rev Costarr Salud Pública* ; : 156-1622013 de 2013; Disponible en: [www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n2/art11v22n2.pdf](http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n2/art11v22n2.pdf)
15. Alcocer P, Cecilia E, Montes O, Eliecer J. Social factors associated with the informal agricultural workers' health in the city of Monteria - Cordoba, Colombia. *Univ Salud* [Internet]. diciembre de 2013 [citado 26 de abril de 2017];15(2):103-12. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0124-71072013000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-71072013000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

16. Gomez I. Condiciones de trabajo y salud de vendedores informales estacionarios del mercado de Bazaruto, en Cartagena - PDF [Internet]. 2012 [citado 22 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/2970767-Condicion-de-trabajo-y-salud-de-vendedores-informales-estacionarios-del-mercado-de-bazaruto-en-cartagena.html>
17. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos [Internet]. [citado 24 de abril de 2017]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000200007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007)
18. Ardila Jaimes CP, Rodríguez Amaya RM. Condiciones de salud y laborales de la población trabajadora informal en situación de desplazamiento de Bucaramanga, Colombia. *Investig Andina* [Internet]. 2013 [citado 11 de julio de 2017];15(26). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=239026287002>
19. Russo F. *Causality and Causal Modelling in the Social Sciences: Measuring Variations*. Springer Science & Business Media; 2008. 243 p.
20. Corredoira ML, de Unamuno M. El ocaso de la era científica. 2014 [citado 11 de julio de 2017]; Disponible en: <https://revistadefilosofia.com/54-09.pdf>
21. OMS | Organización Mundial de la Salud [Internet]. WHO. [citado 25 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
22. Galvis LA. Informalidad laboral en las áreas urbanas de Colombia. junio de 2012 [citado 11 de julio de 2017]; Disponible en: <http://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/271>
23. Pérez Blancas C, Espadero M, Carmen M<sup>a</sup>, Estepa del Árbol M, Crespo Montero R. Factores asociados a calidad de vida relacionada con la salud de pacientes trasplantados de riñón. *Enferm Nefrológica* [Internet]. septiembre de 2015 [citado 25 de abril de 2017];18(3):204-26. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2254-28842015000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2254-28842015000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
24. Su C-T, Ng H-S, Yang A-L, Lin C-Y. Psychometric evaluation of the Short Form 36 Health Survey (SF-36) and the World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version (WHOQOL-BREF) for patients with schizophrenia. *Psychol Assess*. 2014;26(3):980-9.
25. Gómez DR, Roquet JV. Metodología de la investigación. México Red Terc Milen Recuperado [Httpwww Aliatuniversidades Com](http://www.aliatuniversidades.com) MxbibliotecasdigitalespdfaxiologicasMetodologiadelainvestigacion Pdf [Internet]. 2012 [citado 11 de julio de 2017]; Disponible en: [http://zanadoria.com/syllabi/m1019/mat\\_cast-nodef/PID\\_00148556-1.pdf](http://zanadoria.com/syllabi/m1019/mat_cast-nodef/PID_00148556-1.pdf)

26. Gil-Monte PR. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. junio de 2012 [citado 11 de julio de 2017];29(2):237-41. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1726-46342012000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342012000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
27. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. Med Care [Internet]. 1992 [citado 25 de abril de 2017];30(6):473-83. Disponible en:  
<http://www.jstor.org/stable/3765916>
28. SF-36 Health Survey Update : Spine [Internet]. [citado 25 de abril de 2017]. Disponible en:  
[http://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/SF\\_36\\_Health\\_Survey\\_Update.8.aspx](http://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/SF_36_Health_Survey_Update.8.aspx)
29. Solano-Mora L, Moncada-Jiménez J, Araya-Vargas G, Jiménez-Torres J, Solano-Mora L, Moncada-Jiménez J, et al. Factorial validity of the SF-36 Health Survey in Costa Rican former university employees. Rev Costarric Salud Pública [Internet]. diciembre de 2015 [citado 25 de abril de 2017];24(2):143-52. Disponible en:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-14292015000200143&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-14292015000200143&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
30. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicológica [Internet]. abril de 2012 [citado 11 de julio de 2017];30(1):61-71. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0718-48082012000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48082012000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
31. OMS | Capítulo 1: Salud mundial: retos actuales [Internet]. WHO. [citado 25 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/>
32. OMS. WHOQOL Group, Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993; 2(2): 153-9.
33. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. SF 36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Massachusetts: The Health Institute; 1994.
34. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. J Epidemiol Community Health. 1980; 34(4): 281-6.

35. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care*. 1981; 19(8): 787-805.
36. Mishra, G.D., Gale CR, Sayer AA, Cooper C, Dennison EM, Whalley LJ, et al. How useful are the SF-36 sub-scales in older people? Mokken scaling of data from the HALCYon programme. *Qual Life Res*. 2011; 20(7): 1005-10.
37. Kaplan RM, Bush JW, Berry CC. . Health status: types of validity and the index of well-being. *Health Serv Res*. 1976; 11(4): 478-507.
38. Feeny D, Furlong W, Boyle M, Torrance GW. Multi-attribute health status classification systems. *Health Utilities Index*. *Pharmacoeconomics*. 1995; 7(6): 490-502.
39. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*. 2000; 17(1): 13-35.
40. Diario Correo, INEI. Municipios de Tacna tienen 8.249 ambulantes registrados | Diario Correo [Internet]. [citado 11 de julio de 2017]. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/municipios-de-tacna-tienen-8-249-ambulantes-registrados-161204/>
41. Salazar FR, Bernabé E. The Spanish SF-36 in Peru: factor structure, construct validity, and internal consistency. *Asia Pac J Public Health*. marzo de 2015;27(2):NP2372-2380.

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### CUESTIONARIO DE DETERMINANTES SOCIALES

1. **Edad:** \_\_\_\_\_AÑOS
  
2. **Sexo**
  - a) Masculino
  - b) Femenino
  
3. **Ocupación**
  - a) Comerciante en puesto fijo
  - b) Comerciante ambulante
  
4. **Estado Nutricional**
  - a) Bajo peso
  - b) Normopeso
  - c) Sobrepeso grado I
  - d) Sobrepeso grado II
  - e) Obesidad grado I
  - f) Obesidad Grado II
  - g) Obesidad Grado III
  
5. **Hábitos nocivos**
  - a) Cigarillo
  - b) Alcohol
  - c) Drogas Ilegales
  
6. **Estado Civil**
  - a) Casado
  - b) Conviviente
  - c) Divorciado
  - d) Soltero
  - e) Viudo
  
7. **Nivel de instrucción**
  - a) Analfabeto
  - b) Primaria Incompleta
  - c) Primaria Completa
  - d) Secundaria Incompleta

- e) Secundaria Completa
- f) Técnico superior
- g) Superior

**8. Número de hijos**

- a) Sin hijos
- b) 1 a 2 hijos
- c) 3 a 5 hijos
- d) Más de 5 hijos

**9. Condición de aseguramiento**

- a) Sin Seguro
- b) SIS
- c) SOAT
- d) Privado
- e) Otro

**10. Sedentarismo (actividad física por 30 minutos)**

- 1. Nunca
- 2. 1 vez a la semana
- 3. 2 a 3 veces por semana
- 4. Más de 3 veces a la semana

**5. Vivienda**

- a) Propia
- b) Alquilada
- c) De familiar/alojado
- d) Otra condición:

**6. Tiempo de trabajo**

- a) < de 1 año
- b) De 1 a 2 años
- c) De 3 a 5 años
- d) Más de 5 años

**7. Jornada laboral**

- a) 4 horas
- b) 5 a 8 horas
- c) 9 a 12 horas

8. Ingreso económico: \_\_\_\_\_ soles

9. Enfermedades concomitantes\_

a) Hipertensión Arterial:	No...1	Si...2...
b) Diabetes:	No...1..	Si...2...
c) Hipercolesterolemia:	No...1..	Si...2...
d) Cardiopatías	No...1..	Si...2...
e) Enfermedades respiratorias	No...1..	Si...2...
f) Enfermedades hepáticas	No...1..	Si...2...
g) Enf. Reumatológicas	No...1..	Si...2...
h) Neuropatías	No...1..	Si...2...
i) Salud Mental	No...1..	Si...2...
j) Otras: _____		

## Anexo 2

### FORMATO DE MEDICION DE CALIDAD DE VIDA SF-36

#### Cuestionario de Salud SF-36 (41)

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, **escriba la mejor respuesta posible**. No deje preguntas sin responder.

#### **MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

**1. (Q1) En general, usted diría que su salud es:**

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

**2. (Q2) ¿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. (Q3a) 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. (Q3b) 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. (Q3c) 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. (Q3d) 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. (Q3e) 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. (Q3f) 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. (Q3g) 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. (Q3h) 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. (Q3i) 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. (Q3j) 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.(Q4a) 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. (Q4b) Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?**

- 1 Sí
- 2 No

**15. (Q4c) 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. (Q4d) 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. (Q5a) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido, o nervioso?**

1 Sí

2 No

**18. (Q5b) 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. (Q5c) 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. (Q6) 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. (Q7) ¿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. (Q8) 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.**

**EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.**

**23. (Q9a) 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. (Q9b) 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. (Q9c) 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. (Q9d) 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. (Q9e) 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. (Q9f) 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. (Q9g) 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. (Q9h) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?**

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

**31. (Q9i) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?**

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

**32. (Q10) 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

**POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.**

**33. (Q11a) 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.(Q11b) Estoy tan sano como cualquiera.**

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

**35.(Q11c) Creo que mi salud va a empeorar.**

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

**36. (Q11d) Mi salud es excelente.**

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

