

TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL.

**ESTUDIO SOBRE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL BARRIO DE LA
CANDELARIA. LA LAGUNA.**

Grado en Trabajo Social.

Alumna: Rebeca del Carmen Cabrera Betancort

Tutor: Manuel Hernández Hernández

CONVOCATORIA JULIO, 2018.

RESUMEN

El presente estudio, tiene como objetivo general conocer, de la forma más objetiva posible, la situación de salud del Barrio de La Candelaria, La Laguna. En cuanto a los objetivos específicos, trata de enumerar las principales enfermedades, detallar los hábitos de salud adoptados por la población, considerar posibles factores de riesgos encontrados y contrastar la información teórica frente al resultado obtenido.

Para llevar a cabo dicho estudio, ha sido necesaria la participación aleatoria de 50 sujetos, residentes del barrio. Se ha elaborado un cuestionario por la propia alumna que alude a tres variables: sociodemográficas, hábitos y estilo de vida y, principales enfermedades.

Después de analizar los resultados, hay que destacar: el sobrepeso de la población, la inactividad física por parte de la mitad de la muestra, y el descompensado apoyo social. Sorprende que una mitad de la población se encuentre apoyada en su mayoría por más de 5 personas, mientras que la otra mitad de la muestra, no se encuentra apoyada en su mayoría por nadie.

Palabras claves: salud, barrio, hábitos de vida, enfermedades, factores de riesgos.

ABSTRACT

The present study has as general objective to know, in the most objective way possible, the health situation of the Barrio La Candelaria, in La Laguna. Regarding the specific objectives, it tries to list the main diseases, detail the health habits adopted by the population, consider the possible risk factors and find and contrast the theoretical information with the obtained results.

To carry out this study, the random participation of 50 subjects, exactly neighborhood's residents, has been necessary. A questionnaire has been prepared by the student herself, which refers to three variables: sociodemographic, habits and lifestyle, and major diseases.

After analyzing the results, it should be noted: the overweight of the population, physical disability by half of the sample and unbalanced social support. Surprisingly, the half of the population is mostly supported by more than 5 people, while the other half is, is not supported mostly by anyone.

Keywords: health, neighborhood, life habits, diseases, risk factors

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN.	6
1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL BARRIO DE LA CANDELARIA.	8
2. MAPA DE RECURSOS SALUDABLES Y ESPACIOS DE RIESGOS.	9
3. MARCO TEÓRICO.	12
3.1. Trabajo Social Comunitario y Salud Pública.	12
3.2. Conceptos.	12
3.2.1. Trabajo Social Comunitario.	12
3.2.2. Salud Pública.	13
3.3. Determinantes de salud.	14
3.3.1. Concepto y factores determinantes.	14
3.4. Desigualdades en salud.	19
3.4.1. Factores que influyen en la desigualdad de la salud.	20
3.5. Factores de protección de vida sana.	20
3.6. Principales enfermedades.	22
3.7. Interacción.	25
4. OBJETIVOS.	26
5. MÉTODO.	27
5.1. Participantes.	27
5.2. Instrumentos y variables medidas.	27
5.3. Procedimiento.	27
5.4. Diseño.	28
6. RESULTADOS.	28
6.1. Datos iniciales.	29
6.2. Preguntas.	31
7. DISCUSIÓN.	47
8. CONCLUSIONES.	51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXO.....	54

INTRODUCCIÓN.

Esta investigación pertenece a la asignatura de Trabajo de Fin de Grado, de 4º de Trabajo Social.

El especial interés por el Trabajo Social enfocado en el ámbito de la salud, ha sido el desencadenante para la realización de dicho estudio. En él, se trata de conocer la percepción que tienen los residentes del Barrio de La Candelaria acerca de distintos aspectos de salud.

Para conocer la situación general de salud de los ciudadanos del barrio, se ha intentado tener un primer acercamiento con el propio Centro de Salud de la zona, en este caso de La Cuesta esperando obtener datos objetivos. Sin embargo, a pesar de varios intentos para obtener dicha información sobre la salud de los ciudadanos del barrio, transmitida a través de los propios técnicos profesionales, esta información no fue posible y, en consecuencia, se tomó la decisión de hacer una encuesta a pie de calle (Anexo I). Dirigida a la población mayor de 18 años del barrio.

Se considera un estudio relevante, ya que, una de las necesidades del ciudadano es la salud. Esta la define la OMS, (1948), como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta investigación se enfocará en el conocimiento de las principales afecciones de salud física, así como, las principales afecciones de salud psíquica y social, donde éstas últimas son las que desde el Trabajo Social se puede intervenir y actuar en sus causas o consecuencias, tratando en todo momento de promover el bienestar y el desarrollo de las personas.

Otra importancia de este estudio, es la necesidad de obtener un diagnóstico, en este caso, sobre la percepción de salud de la comunidad y lograr así un estudio más completo. Se trata de obtener datos que revelen posibles problemáticas o deficiencias existentes en el barrio. Con esto, se conseguiría allanar el terreno de estudio, para en un futuro poder planificar y desarrollar nuevos proyectos en él.

En este trabajo de investigación, encontraremos en primer lugar los datos sociodemográficos del Barrio de la Candelaria, seguido de un mapa de recursos saludables y espacios de riesgos del mismo. Dentro del marco teórico encontraremos

conceptos básicos fundamentales, que ayudarán a contextualizar y establecer un primer contacto con el tema. A continuación, se señalan los determinantes de la salud. Para la realización de cualquier estudio en una comunidad y en este caso, tratándose de la salud, los determinantes deben estudiarse y tenerse en cuenta. También, se ve necesario hablar sobre las desigualdades y factores que influyen en la desigualdad de la salud. Por otro lado, se hablará de los factores a tener en cuenta para tener una vida sana, así como, de las enfermedades más significativas. Por último, se hablará de la interacción que presentan las distintas enfermedades.

Tras el marco teórico, se señalan los objetivos tanto generales como específicos, y tras esto, el método del estudio. En el siguiente apartado, se describirán los resultados del cuestionario a pie de calle y que, para la realización de este, se ha tenido en cuenta los ítems principales de tres informes esenciales a nivel de España y Canarias: el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2016, el Plan de Salud de Canarias, 2016-2017, y finalmente la Encuesta de Salud de Canarias, 2015.

Además, las cuestiones que conformaron el cuestionario se apoyaron en diversos apartados del marco teórico, donde se señala la vinculación con la salud o la enfermedad de aspectos como el consumo de tabaco y alcohol en la población, así como las sustancias psicoactivas que consumen frecuentemente. Esto, se encuentra relacionado con los determinantes de la salud y los hábitos de vida de los ciudadanos. Otra de las cuestiones planteadas, es la prevalencia de enfermedades, así como la percepción sobre el grado de gravedad de estas. Además de la actividad física, la alimentación y la disponibilidad de redes de apoyo.

No cabe duda de que todos estos datos son esenciales para realizar una buena promoción y prevención de la salud, tras el análisis y conclusión del tema.

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL BARRIO DE LA CANDELARIA.

El barrio en cuestión de este estudio, es el Barrio de Nuestra Señora de la Candelaria, comúnmente conocido como Barrio de La Candelaria. Se encuentra ubicado en el municipio de San Cristóbal de La Laguna, Tenerife.

Este barrio pertenece al sector de la entidad de la población de La Cuesta, y se encuentra englobado junto a otros barrios, por lo que encontrar datos sociodemográficos en el que se incluya únicamente al Barrio de la Candelaria, es difícil.

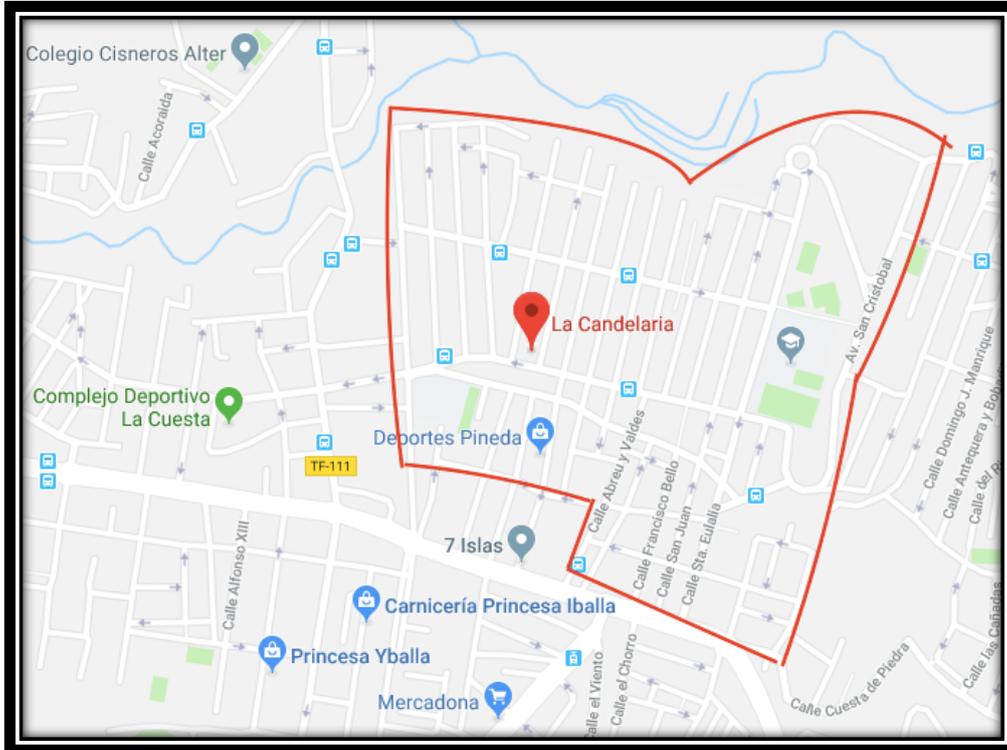
El número de habitantes en La Cuesta según el padrón municipal, recogido en el Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna es de 26.521 habitantes, en el año 2018, de los cuales habitan más mujeres (13.758) que hombres (12.763).

Según el INE, (2011), en el Barrio de La Candelaria, habitan 8.315 personas, de los cuales 4.165 son hombres y 4.150 son mujeres, observando que, por muy poca diferencia, habitan más hombres que mujeres. La edad media en mujeres es de 42,59 años, mientras que en hombres es de 39,88 años. En cuanto a la actividad laboral de los mismos, encontramos que 4.760 personas se encuentran activas (2.535 hombres, 2.225 mujeres), frente a 3.555 personas inactivas (1.630 hombres, 1.925 mujeres). Se observa que existe una diferencia notoria entre personas inactivas, ya que hay muchas más mujeres que hombres en esta situación.

Actualmente, a través del Informe del Padrón de Habitantes, cedido por el Excmo. Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna, se pudo obtener el número aproximado de habitantes en la zona a día de hoy, 2018. Esta cifra asciende a 10.173 habitantes, de los cuales 5.348 son mujeres y 4.825 son hombres. Sin embargo, de estos datos no podemos obtener el número actual de la situación laboral, ni de ningún otro dato relevante pues no se han generado informes actuales.

2. MAPA DE RECURSOS SALUDABLES Y ESPACIOS DE RIESGOS.

En primer lugar, se ha delimitado el territorio del Barrio de la Candelaria, para su mejor localización y primer contacto visual con el mismo:



Fuente: Adaptación, a partir de Google Maps.

Como hemos dicho anteriormente, éste se encuentra dentro del Barrio de La Cuesta. Delimita en la parte superior por el Barranco de Tabares, en el lateral derecho delimita con la Calle Franco de Medina, en la parte baja por la Calle Domínguez Guillén y por el lateral izquierdo con la Av. San Cristóbal.

A continuación, se añade un mapa con los recursos saludables como espacios de riesgo que cuenta el barrio:

En cuanto a la educación, el barrio dispone de un colegio público y otro privado, por lo que, se tiene acceso a las necesidades educativas obligatorias. Esto actúa como un factor saludable, pues la salud implica tener ciertos conocimientos desde la educación para su prevención.

En cuanto a actividades deportivas, el barrio cuenta con un gimnasio. Además, en el centro del barrio se dispone de una plaza amplia, con un parque para niños y una cancha deportiva. En la parte alta del barrio, también se encuentra un campo de fútbol y otro parque al aire libre donde puede acceder cualquier público, ya que no existen barreras arquitectónicas para su paso. Esto implica un factor saludable pues, el barrio cuenta con plazas al aire libre y sitios en los que practicar deporte.

Encontramos el Centro de Salud de La Cuesta, que satisface las necesidades de salud del barrio. También encontramos actividades de ocio como es la Asociación Juvenil Grupo Teatral Talía y el conocido Centro Socio Cultural la Candelaria dónde residentes del barrio se encuentran y comparten tiempo tanto por la mañana, como por la tarde.

Todo lo anterior, puede ser visto como recursos saludables que permiten cubrir las necesidades básicas y no tan básicas de la población. A pesar de esto, existen espacios de riesgos. Dentro del barrio, se encuentran diversas Tiendas 24 horas, Hamburgueserías, Pizzerías, Pastelerías... las cuáles incitan a una conducta alimenticia poco equilibrada, y, comparado a la venta de alimentos frescos y locales, estos últimos son más difíciles de encontrar, pues disponen de una única frutería local.

Por último, se puede considerar la existencia de factores ambientales de riesgos al tratarse de un barrio muy poblado, con una circulación de vehículos alta y que, por tanto, implica un entorno con mayor contaminación.

3. MARCO TEÓRICO.

Dentro de este marco teórico, se realizará un breve análisis sobre la salud y lo que implica conocer la situación de salud de un barrio.

3.1.Trabajo Social Comunitario y Salud Pública.

3.2.Conceptos.

3.2.1. Trabajo Social Comunitario.

La intervención en el Trabajo Social Comunitario, es un referente metodológico clásico e importante. Según Herranz & Nadal, (2010), “se realiza para la consecución del bienestar social de la población, con la participación directa y activa de ésta en el análisis, concienciación y resolución de los problemas que afectan a la comunidad...” (p.20). Por tanto, hay que partir de la comunidad potenciando o creando recursos la misma.

Es destacable el hecho de que no hay un único acuerdo sobre la naturaleza del Trabajo Social Comunitario entre autores. Uno de ellos es el autor británico Twelvees (1988), citado en Barbero & Cortès, (2005), que menciona que:

Para algunos era difícil no distinguir el Trabajo Comunitario de la acción política, para otros no veían diferencia entre el que está remunerado y el que no lo está. Otro aspecto es si el Trabajo Comunitario es una profesión por sí mismo o si cualquier profesional puede adoptarlo y por último, se discute si el Trabajo de Comunidad es parte del Trabajo Social. (p.18)

Escartín (1998), citado en Diez, (2015), coincide con Twelvees (1988). Es necesario destacar que:

El Trabajo Social Comunitario supone un desafío profesional que pone en juego los valores de la solidaridad, la participación y la convivencia para ayudar a la comunidad en la toma de conciencia sobre sus necesidades, su situación y sus posibilidades de cambio. (Diez, 2015, p.2)

Gracias a Barbero & Cortès, (2005), entendemos finalmente por Trabajo Comunitario como: “un tipo de actividad que pretende la organización de poblaciones.

Se trataría de una práctica organizativa que realizan los profesionales del ámbito de la intervención social y en torno a ciertos objetivos colectivos” (p.18).

Es uno de sus tres métodos tradicionales de intervención (Trabajo Social de Casos, Trabajo Social de Grupo y Trabajo Comunitario). Históricamente el Trabajo Social se reconoce como una profesión multiforme y muy inclusiva. (Barbero & Cortès, (2005). Para conocer mejor el Trabajo Social Comunitario, es necesario conocer sus objetivos. En base al autor Friedlander, (1978), citado en Herranz & Nadal, (2010), son:

- Ayudar a los ciudadanos a encontrar los medios necesarios para su bienestar en su entorno social
- Alentar los esfuerzos cooperadores para perseguir objetivos comunes.
- Construir para los individuos y grupos canales de mutuo entendimiento para la acción común. (p. 24).

Finalmente, se puede resumir el Trabajo Social Comunitario actual, como tipo de actividad que consiste en la creación y ejecución de proyectos comunitarios, potenciando la participación ciudadana y tratando los posibles factores de riesgos o problemas, que afectan a dicha comunidad, transformándolos. Será la propia población, quién establezca qué aspectos quieren tratar en primer lugar. (Herranz & Nadal, 2010)

3.2.2. Salud Pública.

Es importante demostrar la estrecha unión que tiene el término “comunitario” y el término de “salud”. Según la OMS, (1948): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Es un pilar básico del Sistema de Bienestar Social.

Para demostrar mayor unión entre ambos términos, la OMS (1973), citado en Mondragón & Trigueros (1999), define la Salud Pública de la siguiente manera:

Se refiere a todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los sistemas de los servicios de salud y/o enfermedad y la planificación y gestión de los mismos. La Salud Pública se ocupa de la salud global de las poblaciones bajo sus aspectos de promoción y

protección de la salud. Curación. Readaptación y Educación para la Salud. (p.5).

Por otro lado, el autor Winslow, (s.f), citado en López, (2012), define que: “la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad.” (p.1). Ambas definiciones, conectan la problemática de salud tanto física, psíquica y mental, que afecta casi en su totalidad a las personas, con la implicación comunitaria que conlleva dichas situaciones. Con esto, se quiere hacer referencia a que, si la salud es vista como un problema individual y no comunitario, existiría una limitación al desarrollo global de las condiciones de vida, la calidad de vida e incluso se impide la acción educativa y preventiva que es tan importante en el ámbito de la acción e intervención social-comunitaria. (Marchioni, 1994).

Por último, según López, (2012):

La Salud Pública es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado. (p.2).

Se reitera en que la Salud Pública, no puede ser vista sin que implique la organización de la comunidad, pues todos somos parte de hechos históricos y culturales que, a través de nuestro estilo de vida, hace que unas afecciones o formas de vida sean más o menos saludables y que, por tanto, afecte en nuestro desarrollo dentro del ámbito sanitario y comunitario.

3.3.Determinantes de salud.

3.3.1. Concepto y factores determinantes.

Entendemos por determinantes de salud, “al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los

individuos o poblaciones” (Aguirre, 2011, p.238). Cuando nos referimos a un estado de salud, no debemos acotar las causas de ese estado a un hecho concreto, sino que puede ser por múltiples factores que determinan dicho estado.

Los factores determinantes, según Martín, et al. (2010), se pueden clasificar en cuatro grandes grupos:

1. Medio ambiente: Afecta a la salud a través de diferentes mecanismos; contaminación del aire, del agua, de los alimentos, que hacen que la persona pueda sufrir una pérdida de salud.
 - a) Agentes biológicos: bacterias, virus, hongos, parásitos... Son la primera causa de muerte en los países subdesarrollados.
 - b) Agentes físicos: Proviene del medio natural o de la manipulación hecha por la industria. Aumentan el riesgo de ciertos tipos de cánceres.
 - c) Agentes químicos: Son aquellas sustancias químicas capaces de actuar sobre el organismo produciéndole diversas alteraciones.
 - d) Factores psicosociales y psicoculturales: Es el caso del nivel de la cultura. La persona percibe, siente y experimenta la salud por medio de sus creencias. Una alteración de dichas creencias puede provocar una pérdida importante de salud.
2. Estilo de vida. Es el que influye en mayor medida en el estado de salud. Los hábitos y costumbres van configurando en las personas estilos o formas de vivir saludables o nocivos, según los casos.
3. Genética y biología humana. Se refiere a la genética, es decir, a aquellas propiedades o características que son transmitidas a través de la herencia.
4. Sistemas de salud. Influye en todo el ámbito de salud, dependiendo de si es capaz de dar una cobertura mayor o menor de todo tipo de enfermedades, su gratuidad o no, así como por la calidad de los servicios ofertados. (pp.291-293).

Dicho lo anterior, existen distintos informes que avalan el conjunto de factores y condiciones que determinan el estado de salud. Cabe destacar el informe realizado por el Ministerio de Salud de Canadá en el año 2001, y que, posteriormente en el año 2003, la OMS publica una segunda edición que titula “Los determinantes Sociales de Salud” y éstos suman a los anteriormente publicados. (Public Health Agency of Canada, 2001) (WHO, 2003).

Dentro de los factores determinantes agrupados anteriormente en cuatro grandes grupos, encontramos:

- Lugar de residencia. Según Díaz, (2011): “La elección del lugar de residencia (zona rural o urbana) así como el estado socioeconómico de la vecindad, se relacionan con el estado de salud del individuo.” (p.105). Los últimos años, la esperanza de vida ha aumentado y, sumado a la crisis económica vivida, deja un desempleo que ocupa un 30,3% y una tasa de riesgo de pobreza del 27,06% en 2014, afectando esto aún más al entorno en el que conviven. (Servicio Canario de la Salud, 2016)
- Apoyo social. El Instituto Canario de Estadística, Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias, (2015), explora por primera vez a través de la ESC-15 (Encuesta de Salud de Canarias), la percepción de apoyo social a destacar que: el 43,0% de la población recibe visitas de amigos y familiares tanto como desea, mientras que el 15,97% las recibe menos o mucho menos de lo que desearía. En cuanto a personas que se preocupen de lo que les sucede, el 72,29% cuentan con esas personas, mientras que el 4,38% declara contar con este apoyo menos o mucho menos de lo que desearía. Es muy interesante y relevante dichos datos, para conocer el nivel de ocio y posible soledad en la población. Dentro del Informe Anual del Sistema Nacional de salud, 2016, no se encuentra datos al respecto.
- Tabaco. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017), en España el 23,0% de la población de 15 y más años fuma a diario. El porcentaje de fumadores diarios se sitúa en 27,6% hombres y en 18,6% mujeres. Dentro del grupo de 14 y 24 años, el tabaco afecta al 18,5% de la población, dónde se aprecia menor diferencia entre hombres (21,4%) y mujeres (15,5%). Aún así, se ha producido un descenso en el consumo de tabaco, el más importante ha sido el producido en el año 2014 respecto al año 2011, donde en la proporción de mujeres descendía del 20,2% al 18,6%. Dicho esto, comparando con la Comunidad Canaria, según el Instituto Canario de Estadística, Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias, (2015), el consumo de tabaco es una de las actividades de mayor impacto potencial sobre la salud general y la mortalidad. El 26,16% de la

población es fumadora, fumando más hombres (28,70%), que mujeres (23,69%). El 33,92% de la población de 16 y más años fumadora, declara que fuma 20 o más cigarrillos al día.

- Alcohol. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017), en España el 67,3% de la población de 15 y más años ha consumido alcohol alguna vez en el último año, 77,5% en hombres y 57,7% en mujeres. El 9,1% de cara haber hecho un consumo intensivo episódico de alcohol en el último mes, en hombres más del doble (13,5%), que en mujeres (5%). Por otro lado, según el Instituto Canario de Estadística, Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias, (2015), sabemos que el alcohol en la Comunidad Canaria es la sustancia psicoactiva más consumida por la población y es un factor de riesgo considerable para la salud, debido a su carácter tóxico y capacidad adictiva que genera. La Encuesta de salud de 2015, muestra que el 8,22% de la población de 16 y más años declara que consume bebidas alcohólicas 4 o más veces a la semana. Lo consumen más hombres (13,21%), que mujeres (3,36%), con una diferencia considerable, que aumenta a partir de 45 años de edad y aún más a partir de los 65 años, llegando a alcanzar una diferencia de casi 20 puntos porcentuales, entre géneros.
- Drogas. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017), el consumo de drogas, se encuentra en una de las sustancias psicoactivas más consumidas después del alcohol y del tabaco, siendo el cannabis (25,4%) la droga más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años. Le siguen en orden: hipnosedantes (10,8%), cocaína (2,8%), alucinógenos (1,2%), éxtasis (0,9%), anfetaminas (0,9%), inhalables volátiles (0,7%), y heroína (0,7%). Estas drogas ilegales, son consumidas por más hombres que mujeres.
- Obesidad y sobrepeso. Siguiendo al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,(2017), se considera uno de los principales factores de riesgo de un buen número de condiciones crónicas y problemas de salud. Según los datos de la Encuesta Europea de Salud de España 2014, citado en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, (2016), la obesidad afecta al 16,9% de la población de 18 años y más, de los cuales el 17,1% son hombres y el 16,7% son mujeres.

Sumando la obesidad y sobrepeso de la población, la cifra asciende al 52,7% de la población mayor de 18 años que padece una de las dos problemáticas. Dentro de España, es en 2014 cuando por primera vez el número porcentual se mantiene estable y no aumenta como viene haciendo desde 1987. Comparando con la situación canaria, observamos que, el 17,4% de la población de Canarias de 18 y más años tienen un índice de masa corporal correspondiente a obesidad, dónde lo presentan en mayor medida mujeres (17,86) que hombres (16,40%). En cuanto al sobrepeso, afecta al 37,09% afectando éste a más hombres (42,72%), que mujeres (31,64%). Dentro de la población de 2 a 17 años, la obesidad alcanza el 10,63% y el sobrepeso alcanza el 16,27%, siendo ambos datos muy destacables debido a su corta edad y el factor de riesgo que determina su salud. Según los datos, hay una tendencia a la baja en ambos porcentajes, respecto a 2009. (Instituto Canario de Estadística, Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias, 2015). Se observa que el sobrepeso y la obesidad inciden en las tasas de morbi-mortalidad de la población canaria. (Servicio Canario de la Salud, 2016).

- Sedentarismo. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,(2017), el 36,7% de las personas de 15 y más años se declaran sedentarios en su tiempo libre, siendo más mujeres (42,0%) sedentarias, que hombres (31,1%). En la Comunidad Canaria, es el 34,22% de la población de 16 y más años, los que realizan a diario sus estudios, trabajos o labores del hogar sentados y andan poco (30,8% hombres y 37,54% mujeres). (Instituto Canario de Estadística, Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias, 2015)
- Actividad física. En cuanto a la actividad física, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,(2017), destaca que la población de 5 a 14 años, con una proporción del 12,1% no realiza actividad física en su tiempo libre. Sin embargo, en la Comunidad Canaria la población de 1 a 15 años destaca por su porcentual que alcanza el 30,34% de menores que sí realizan entrenamiento deportivo y además varias veces a la semana, destacando así, el grupo de menores entre 11 y 15 años. Comparando resultados, es cierto que el número de menores que no hace ejercicio pasa del 15,72% en el 2009 al 23,57% en el 2015.

- Dieta. La población de 15 y más años que consumen fruta fresca a diario alcanza un nivel porcentual del 62,7%, siendo más consumida por mujeres (67,1%), que por hombres (58,2%). Existe diferencia en la consumición de fruta fresca en función de la clase social, mayor clase social frente a la clase más desfavorecida se observa 8 puntos de diferencia en mujeres y en hombres, ocurre lo mismo con una diferencia de 8,4 puntos. El consumo de verduras, ensaladas y hortalizas por la población de 15 y más años es del 44,6%, consumiendo estos alimentos más mujeres (50,0%), que hombres (39,1%). (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). En la población canaria, el consumo de fruta fresca en la población de 1 años y más es de un 57,13%, mientras que el consumo de verduras y hortalizas es del 39,11%. Se destaca en la dieta de éstos, el consumo diario de embutidos, mantequilla, fiambres o beicon y jugos envasados. (Instituto Canario de Estadística, Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias, 2015).

Por último, varios estudios demuestran que el 48% de las muertes se deben al consumo de tabaco, alcohol, una dieta inadecuada, falta de ejercicio, accidentes de tráfico y prácticas de sexo sin protección. (Servicio Canario de la Salud, 2016)

3.4.Desigualdades en salud.

La autora Whithead, (1991), define las desigualdades en salud como: “las diferencias innecesarias y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud en grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente” Esto viene a decir que, la población se encuentra en distinta posición en cuanto a los aspectos relacionados con la salud, ya sea por la clase social a la que pertenece, el lugar en el que vive, su género o etnia. Por lo que, los colectivos menos favorecidos están expuestos a encontrarse en una peor situación de salud.

A pesar de que la salud de la población globalmente se ha visto mejorada, es cierto que cuando la analizan teniendo en cuenta a los determinantes tanto sociales como culturales, se observa que dicha mejora no se distribuye de manera igualitaria. Los grupos de población que han visto mejorada su salud, son los mismos que se encuentran en una posición económica y educativa mejor. (Pérez & Bou, 2003) Este hecho, tiene un efecto llamado “ley de prevención inversa”, que literalmente: “muestra cómo la intervención

generalista, sin tener en cuenta los determinantes sociales, tiene como efecto secundario no deseado el incremento de las desigualdades en salud” (Pérez & Bou, 2003, p.1) Ante el incremento de las desigualdades en salud, los servicios sanitarios de atención primaria, intentan de algún modo compensarlo mediante la equidad territorial. Tratan de ubicar más servicios en las zonas que más lo necesitan, teniendo en cuenta el número de población, y facilitando el acceso al grupo más desfavorecido.

3.4.1. Factores que influyen en la desigualdad de la salud.

Según la (OMS, s.f) define la epidemiología como: “el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular enfermedades relacionados con la salud) y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud”. Los factores que influyen en la desigualdad de la salud, pueden estar asociados al riesgo, el cuál podría denominarse como la probabilidad de que un hecho adverso se produzca.

En razón de lo anterior, Díaz (2011), nos explica que: “En Epidemiología, el riesgo se define como la probabilidad de que una persona libre de una enfermedad desarrolle la misma en un periodo de tiempo predeterminado. Así, los factores de riesgo son aquellos que aumentan la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad.” (p.46).

3.5. Factores de protección de vida sana.

Actualmente, se conoce la importancia de llevar una vida sana, pero más que llevar una vida sana hay que ser consciente y mantener un estilo de vida saludable a diario. Esto concierne a unos hábitos como es el ejercicio diario, una buena alimentación, el descanso, vivir con normalidad y sin estrés, el bienestar emocional, el ocio...

Además de lo anterior, el Ayuntamiento de Málaga (2016) lanza un estudio dónde señala la importancia que tiene la educación con los determinantes de la salud. Dicho estudio, establece que a menor nivel educativo, mayor probabilidad de exposición a las variables negativas de salud, tales como tabaquismo, obesidad, alcoholismo, estrés, insatisfacción en el trabajo...

Desde la Dirección General de Salud Pública, citado en Servicio Canario de la Salud, (s.f), recomienda para mejorar los hábitos saludables diarios:

- Ejercicio físico de al menos 30 minutos a diario.
- Consumo de 5 piezas de fruta y verdura a diario.
- Consumo de hidratos de carbono necesarios para la actividad física y mental diario (pastas, cereales, legumbres...)
- Consumo equilibrado de lácteos (leche, 1 yogur al día o queso fresco).

Algunos factores de protección son:

- Dieta equilibrada: Como se ha dicho anteriormente, se aconseja el consumo de fruta y verduras, reduciendo el consumo de grasas animales, bollerías y carnes. Un ejemplo, es la diabetes de tipo II, que con una dieta equilibrada y ejercicio, dicha enfermedad puede ser controlada. (Servicio Canario de la Salud, 2016). Esto tendrá un efecto preventivo hacia futuros problemas de salud.
- Ejercicio físico: La realización de 30 minutos diarios de ejercicio, ayuda a eliminar calorías sobrantes de la ingesta, además de fortalecer músculos y huesos, control de la tensión arterial, colesterol, glucosa en sangre, ayudará a desestresarse, relajar, mejorar la autoestima y dormir mejor.
- Higiene: una higiene adecuada previene muchos problemas de salud. En cuanto a la higiene no solo se hace referencia al aseo personal y limpieza corporal, sino a hábitos de limpieza dental diaria para evitar infecciones, utilización de preservativos en las relaciones sexuales para evitar riesgo de posibles contagios de enfermedades infecciosas y dentro del ámbito doméstico.
- Hábitos tóxicos: como son el tabaco, el consumo de drogas, alcohol... Estos deben abandonarse pues inciden de manera muy negativa en la salud de quienes lo consumen y además afecta al entorno que le rodea. Según el estudio realizado por Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant, D. & Fowler, G., (2004), muestra que uno de los métodos más empleados para dejar el tabaco son todas las formas comerciales de reemplazo de nicotina (chicles, parches, pastillas...).

- Relaciones sociales: El ser humano es social por naturaleza, por lo que para un mejor bienestar personal se debe tratar de socializar, conocer gente nueva, crear grupos de amigos con gustos parecidos... Esto evitará el aislamiento social que suele desencadenar en enfermedades mentales, así como ansiedad, depresión, apatía, entre otros.

De este modo, es posible acercar aún más el control sobre su salud a la población, promoviendo que ésta sea más activa y participe a la hora de proteger su salud y por consiguiente, mejorar su bienestar.

3.6. Principales enfermedades.

A continuación, se detallan las enfermedades principales de la población:

- Infarto, angina de pecho. Estas enfermedades del sistema circulatorio según el INE, ocupan el primer lugar (29,2%) en número de defunciones en la población española. En el año 2016, un 7,8% de fallecimientos fueron causa de la enfermedad isquémica del corazón (infarto, angina de pecho...) (INE, 2016).
- Tumor y cáncer. Los tumores afectan a un 26,8% de la población. Tanto el cáncer como los tumores se encuentra dentro de las primeras causas de muerte en España. Destaca el cáncer de pulmón, el cuál causa el 20,0% de las muertes por tumores malignos y de dicho valor el 26% de defunciones han sido en hombres. El tumor maligno de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer y suponen el 15% de las muertes por tumores malignos y algo más del 3% del total de las defunciones entre las mujeres. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017) En la Comunidad Canaria, el cáncer se encuentra como segunda causa de muerte. En hombres es muy frecuente el cáncer broncopulmonar pero comienza a ser igualado por el cáncer de próstata. En las mujeres en cambio, se sigue destacando el cáncer de mama (2,4%) seguido del cáncer de colon (3,0%). Un dato relevante es que el cáncer broncopulmonar crecerá rápidamente en mujeres, debido a que actualmente la proporción de chicas adolescentes fumadoras (40%) casi duplica a la de los chicos (23%). (Servicio Canario de la Salud, 2016)

- Hipertensión arterial. Ésta se considera una de los principales problemas de salud crónicos en España, llegando a afectar al 18,4% de la población. Ha pasado en los últimos veinte años de afectar al 11,2% de población adulta, a un total de 18,4%, el cuál es un valor bastante alto. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017) En Canarias, en los últimos doce meses del 2015, llega a afectar a un 18,70% de la población, valor que supera la proporción dada para España, indicando mayor prevalencia de hipertensión arterial en la Comunidad Canaria. (Instituto Canario de Estadística, Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias, 2015).

- Lumbago, ciática. Otro problema de salud crónico en España, es el dolor de espalda lumbar, conocido comúnmente por lumbago. Afecta al 17,3% de la población española. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). Por otro lado, en Canarias, el dolor de espalda por lumbago, ciática o hernia discal, afecta a un 29,48% de la población en el año 2015, valor que ha descendido comparado con el 34,46% del año 2009. (Instituto Canario de Estadística, Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias, 2015)

- Colesterol alto. Al igual que los anteriores, el colesterol alto se considera un problema de salud crónico que afecta al 16,5% de la población española. Destacar que dicho valor a aumentado pasando del 11,2% al 16,5% mencionado. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017) En Canarias, el número asciende a un total de 16,37%, por debajo del valor dado en España. (Instituto Canario de Estadística, Servicio Canario de la Salud, 2015)

- Alergias. La alergia crónica, afecta a un 13,4% de población española. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017) Sin embargo, este valor aumenta en la Comunidad Canaria, con un porcentaje del 16,87% de población y prevaleciendo en los grupos de esas de 16-44 años de edad.

- Diabetes. Es una enfermedad crónica y la más extendida en la población, además se encuentra entre las cinco principales causas de muerte en países desarrollados. La prevalencia de la diabetes en adultos es del 6,8% en España, afectando a más mujeres (7,3%) que hombres (6,4%), aunque sin una gran diferencia porcentual

entre ambos. La mayor prevalencia se encuentra en Ceuta, Melilla, Canarias y Comunidad Valenciana. La diabetes es un hecho ascendente, pues ha pasado del 4,8% al 6,8% comentado antes. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). Por último, cabe destacar que en la Comunidad Canaria, la diabetes ha afectado en los últimos doce meses del año 2015, al 8,99% de la población. (Instituto Canario de Estadística, Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias, 2015).

- Ansiedad. Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (2016), la ansiedad se convierte en un importante problema de salud crónico en población de 15 y más años. Afecta mucho más a mujeres (9.6%) que a hombres (4,0%). Según el Plan de Salud de Canarias 2016-2017, (2016), la ansiedad es uno de los trastornos y enfermedades mentales más comunes, al igual que la depresión. Según el Instituto Canario de Estadística (2015), afecta al 17,96 % de la población en los últimos doce meses del año 2015.
- Depresión. Ésta afecta en España al 6,9% de la población. Se encuentra en mayor proporción en mujeres (9.7%), que hombres (3.9%). (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017) Por otro lado, los resultados muestran que dicha enfermedad suele afectar mayormente a partir de los 45 años de edad. Además, a mayor edad, más probabilidad de sufrir algún otro trastorno mental. (Instituto Canario de Estadística, 2015).
- Dolores de cabeza, migrañas, jaquecas. En la población canaria afecta dichos problemas a un 20,74% de la población. Tiene mayor frecuencia en los grupos de edad más jóvenes como son los de 16 a 44 años de edad. (Instituto Canario de Estadísticas, 2015). En cuanto al Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, (2016), en este caso tampoco alude a esta problemática.
- Mareos y fatigas. Según el Instituto Canario de Estadística, Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias, (2015), los mareos y fatigas afectan a la población canaria con un 16,56%, siendo más frecuentes en mujeres (20,53%) que en hombres (10,55%). Por último, en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, (2016), respecto a España, tampoco alude o se destaca esta problemática.

- Asma. El asma, se encuentra con mayor frecuencia en el grupo de edad de 0 a 14 años, dándose más casos en niños que en niñas. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). Según el Instituto Canario de Estadística, Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias, (2015), el asma afecta al 6,41% de población.

3.7. Interacción.

El hecho de que un sujeto pueda tener más de una enfermedad, es frecuente. En la población ocurre que algunos malos hábitos de vida se asocian y crean una mayor probabilidad de sufrir ciertas enfermedades. Por tanto, esos malos hábitos de vida determinan la aparición de una o más enfermedades. Hay algunos factores, como es la edad, género, estado civil, posición económica y nivel educativo que no podemos controlar, pero en sí determinan los factores de riesgo de que, una u otra enfermedad pueda aparecer.

Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, (2016), el Plan de Salud de Canarias, (2016), y Fernández, (2017), se detalla las interacciones principales:

- El tabaquismo, es considerado como el mayor factor de riesgo conductual, debido a que contribuye en mayor medida a padecer una enfermedad cardiovascular. Esto se suma a la cantidad de cigarrillos que consume a lo largo de un día y la antigüedad del hábito fumador.
- En cuanto a la dieta, una mala alimentación aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Ciertos tipos de alimentos son considerados buenos para, por ejemplo, mantener un nivel correcto de colesterol o evitar la obesidad. Un dato importante a tener en cuenta, es que 1/3 de las enfermedades vasculares y 1/4 de los cánceres, en parte se deben por la dieta.
- La inactividad física, también contribuye en el aumento de padecer alguna enfermedad cardiovascular. Un ejercicio activo reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de colon, cáncer de mama y, además, ayuda a controlar el sobrepeso y la obesidad.

- El sedentarismo es asociado a mayores tasas de mortalidad en adultos de cualquier edad, así como obesidad, enfermedades cardiovasculares, cáncer de colon, diabetes, hipertensión, osteoporosis, caídas, problemas mentales y dependencia.
- El alcoholismo aumenta la presión sanguínea, el cáncer, enfermedades hepáticas y cardiovasculares. Además, el abuso de alcohol se asocia con un carácter más violento, desempleo, mendicidad y, a la vez posibles accidentes, suicidios, homicidios, malnutrición y embarazos no deseados. Con frecuencia es una puerta de entrada al consumo de otras sustancias y al policonsumo, que cada vez es más prevalente.
- Por último, los trastornos mentales se asocian con la enfermedad cardíaca, cáncer, diabetes, ansiedad y desórdenes alimenticios. La depresión se asocia también con el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas ilegales.

Dicho esto, se comprueba y verifica las distintas interacciones que ocurren y se explica el hecho de que un sujeto sea afectado por más de una enfermedad, pues una enfermedad puede desencadenar muchas otras, haciendo que se corra mayor riesgo de salud.

4. OBJETIVOS.

Los objetivos generales y específicos son:

- Describir la percepción que tiene la población del Barrio de La Candelaria acerca de distintos aspectos de salud.
 - Enumerar principales enfermedades que afecta a la población del Barrio.
 - Detallar hábitos de salud adoptados por los ciudadanos.
- Presentar datos objetivos acerca del estado de salud de la población.
 - Considerar posibles factores de riesgo.
 - Contrastar información teórica frente al resultado obtenido.

5. MÉTODO.

5.1.Participantes.

Para la realización de este estudio, ha sido de vital importancia la participación de una muestra aleatoria de 50 encuestados. Esta muestra de encuestados, tenían tan sólo dos requisitos, una ser mayor de edad y otra residir en el Barrio de La Candelaria.

5.2. Instrumentos y variables medidas.

Se ha elaborado un cuestionario por la propia alumna, con el objetivo de conocer la situación de salud del Barrio de la Candelaria. Para la realización de éste se ha basado en tres documentos oficiales: el Informe Anual del Sistema de Salud, 2016, el Plan de Salud de Canarias, 2016-2018, y la Encuesta de Salud de Canarias, 2015.

El cuestionario parte de unos datos iniciales, tales como la edad, el género, la situación laboral y el nivel de estudios. En segundo lugar, se encuentran las preguntas sobre los hábitos y estilos de vida saludables y las principales afecciones de salud.

Las variables medidas son:

- Variables sociodemográficas: edad, género, situación laboral y nivel de estudios.
- Variables en función de hábitos y estilo de vida: consumo de tabaco, alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, sedentarismo, dieta, obesidad, actividad física, ocio, apoyo social y familiar.
- Variables según principales enfermedades: infarto, angina de pecho, diabetes, lumbago, ciática o hernia discal, migraña, hipertensión arterial, colesterol alto, cáncer, ansiedad, nervios o mareos, depresión...

5.3. Procedimiento.

El procedimiento de la investigación se inicia con el diseño del proyecto, una revisión bibliográfica, creando un primer diagnóstico documental general a través del Informe Anual del Sistema de Salud, 2016, el Plan de Salud de Canarias, 2016-2018, y la Encuesta de Salud de Canarias, 2015. Este diagnóstico documental ha sido apoyado por diferentes autores, los cuáles también hablaban de determinantes y desigualdades que influyen en hábitos de vida y enfermedades.

Por otro lado, para el cumplimiento de la encuesta, los participantes han sido elegidos totalmente aleatoriamente. Esta difusión se ha realizado tanto de manera online, como a pie de calle en formato papel por parte de la alumna, teniendo un mayor resultado con esta última.

Tras la realización de las encuestas, se ha obtenido un diagnóstico directo del barrio de estudio. Por lo que, tras el vaciado de estos datos objetivos, se realiza un análisis comparativo con el diagnóstico documental tanto a nivel nacional (España), como concretamente en Canarias y, finalmente, conocer la situación de salud en el barrio.

5.4. Diseño.

Se trata de un estudio pre-experimental, debido a que las variables que se observan no son manipuladas. Dicho estudio, es descriptivo y transversal, ya que, trata de expresar lo que hay en una realidad dada, en un momento concreto y, trata de mostrar la situación de salud del barrio, así como los hábitos adoptados por el mismo, los posibles factores de riesgo, las principales afecciones de salud. Con esa información, se trata de comparar con los datos recogidos tanto a nivel de España, como de Canarias. Los programas con los que se ha trabajado han sido, el Google Formularios y finalmente el Excel.

6. RESULTADOS.

A continuación, se muestra los resultados obtenidos tras la realización y cumplimentación del cuestionario a pie de calle. Dicho cuestionario, consta de 4 ítems que trata de conocer los datos iniciales (edad, género, situación laboral y nivel de estudios) y 18 ítems con preguntas relacionadas con la salud, hábitos de vida y principales enfermedades, cumplimentados por un total de 50 ciudadanos del barrio.

6.1. Datos iniciales

Tabla 1

Edad de la muestra encuestada

Franjas de edades	f	%
[19, 25)	8	16
[25, 30)	8	16
[30, 35)	6	12
[35, 40)	6	12
[40, 45)	5	10
[45, 50)	6	12
[50, 55)	4	8
[55, 60)	2	4
[60, 65)	1	2
[65, 70)	3	6
[70, 75)	0	0
[75, 80)	1	2
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

La edad de la muestra encuestada, oscila desde los 19 años de edad, hasta los 78 años de edad. Las edades con más frecuencia son de 19 a 30 años.

Tabla 2

Género de la muestra encuestada

Género	f	%
Femenino	24	48
Masculino	26	52
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

En este caso, la muestra del estudio ha contado aleatoriamente con mayor número de hombres (26), que de mujeres (24).

Tabla 3

Situación laboral de la muestra encuestada

Situación laboral	<i>f</i>	<i>%</i>
Activo/a	25	50
Inactivo/a	12	24
Estudiante	9	18
Jubilado/a	4	8
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

El 50% de los encuestados tienen una situación laboral activa. El 24% de la muestra se encuentra en una situación laboral inactiva. Encontramos un 18% de población estudiante, y, por último, un 8 % de la población que se encuentra ya en situación de jubilación.

Tabla 4

Nivel de estudios de la muestra encuestada

Nivel de estudios	<i>f</i>	<i>%</i>
Primaria	12	24
Secundaria	10	20
Ciclos Formativos	8	18
Estudios Superiores	18	36
Sin estudios	1	2
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia.

Predomina la población con estudios superiores (37%). Sin embargo, con un 25% le sigue la población con estudios mínimos, como es la primaria. Otro 16% de la muestra, está titulada en ciclos formativos y, sólo un 2% de la población encuestada no tiene estudios.

6.2. Preguntas

Tabla 5

Consumo habitual de tabaco y alcohol

Consumo	<i>f</i>	%
Tabaco	12	24
Alcohol	2	4
Ambas	5	10
Ninguna de las anteriores	31	62
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

El 62% de las personas encuestadas no toman alcohol, tabaco, ni ambas. Un 24% de la población sí fuma habitualmente, mientras que el 10% de la población fuma y al mismo tiempo consume alcohol de manera habitual. Un 4% de la población bebe alcohol de manera habitual.

Tabla 6

Cantidad de tabaco que consumen, en caso de hacerlo

Cigarrillos	<i>f</i>	%
Menos de 5 cigarrillos	1	5,88
Entre 6 y 10	5	29,41
Entre 11 y 15	6	35,29
Aproximadamente 20	4	23,53
Entre 20 y 30	1	5,88
Más de dos cajetillas	0	0
Total	17	100

Fuente: Elaboración propia.

En este caso, se muestra la cantidad de tabaco que la población fumadora encuestada consume. La prevalencia se encuentra con un 35,29%, en el consumo de entre 11 y 15 cigarrillos, seguido por un 29,41% la población que dice consumir entre 6 y 10 cigarrillos. Con un 23,53%, encontramos a las personas que consumen aproximadamente 20 cigarrillos. De la población encuestada, nadie fuma más de dos cajetillas habitualmente.

Tabla 7

Qué consideran más efectivo para dejar el tabaco

Método para dejar el tabaco	<i>f</i>	%
Reemplazar nicotina		
(chicles, parches...)	1	2,94
Medicamentos	1	2,94
Auto-motivación	20	58,82
Ejercicio	9	26,47
Otra: conciencia	2	5,88
Otra: dejar de fumar es fácil si sabes cómo	1	2,94
Total	34	100

Fuente: Elaboración propia.

Un total de 34 personas, han dado su opinión sobre lo que creen que es más efectivo para dejar el tabaco. Con bastante diferencia, la opción más escogida con un 58,82% es la auto-motivación. Le sigue con un 26,47% la opción del ejercicio. La siguiente opción escogida y escrita por algunos de ellos es la concienciación. Con un 2,94% encontramos los restantes: reemplazar la nicotina, medicamentos...

Tabla 8

Sustancias psicoactivas que consumen o han consumido con frecuencia.

Sustancia psicoactiva	<i>f</i>	%
Cannabis	10	18
Cocaína	7	12,50
Alucinógenos	1	1,79
Éxtasis	1	1,79
Anfetaminas	1	1,79
Heroína	1	1,79
Ninguna	35	62,50
Total	56	100

Fuente: Elaboración propia

El número de población que contestó dicha pregunta, es de 47 personas. Sin embargo, en el total de la misma consta 56, debido a que algunas de las personas encuestadas, marcaron más de una opción. Por tanto, podemos observar que 35 personas dicen no haber consumido o no consumen con frecuencia ninguna de las sustancias psicoactivas descritas. Y de manera deductiva, serían 12 las personas encuestadas que consumen habitualmente alguna/s de las sustancias psicoactivas. Tres encuestados, no declararon si consumían o no, obviado, por tanto, contestar esta pregunta.

De las sustancias descritas, la que prevalece en su consumo es el cannabis, seguido por la cocaína. El resto, coincidiendo en número y con menor consumición son: alucinógenos, éxtasis, anfetaminas y heroína.

Tabla 9*Enfermedades que sufren o han sufrido.*

Enfermedades	<i>f</i>	%
Infarto	1	1,47
Angina de pecho	1	1,47
Diabetes	6	8,82
Lumbago, ciática o hernia discal	17	25
Migraña (dolores de cabeza, jaqueca)	11	16,18
Hipertensión arterial	4	5,88
Colesterol alto	8	11,76
Ninguna de las anteriores	12	17,65
Otra: asma	5	7,35
Otra: hipertrigliceridemia	1	1,47
Otra: marcapasos	1	1,47
Otra: trombosis	1	1,47
Total	68	100

Fuente: Elaboración propia.

Ocurre que son 50 encuestados y aparece un total de 68 respuestas, debido a que la población sufre más de una afección. Doce personas no presentan ninguna afección de salud, frente a las 38 personas restantes que si que sufren alguna/s de dichas afecciones. La enfermedad del lumbago, ciática o hernia discal, ha sido la que mayor prevalencia presenta, con un 25%. Le sigue la migraña, dolores de cabeza o jaquecas (16,18%). Por otro lado, el colesterol alto afecta al 11,76% de la población y la diabetes al 8,82% de la población. Otra de las afecciones anotadas por algunos encuestados es el asma, que afecta a un 7,35 %. Con un 1,47% encontramos la afección del infarto y de la angina de pecho. Por último, también con un 1,47% la población ha declarado tener: hipertrigliceridemia y trombosis.

Tabla 10

Gravedad que personalmente dan los encuestados a las mismas afecciones anteriormente nombradas, dónde 0 es nada importante y 5 muy importante

a)

Infarto	<i>f</i>	%
0	0	0
1	1	2,08
2	0	0
3	2	4,17
4	0	0
5	45	93,75
Total	48	100

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra la importancia de gravedad, que personalmente dan los encuestados a las distintas afecciones. En cuanto al infarto, de las 48 personas que contestaron voluntariamente, un 93,75% consideran muy importante esta afección.

b)

Angina de pecho	<i>f</i>	%
0	0	0
1	1	2
2	0	0
3	7	14
4	9	18
5	33	66
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la angina de pecho, de las 50 personas que voluntariamente contestaron, un 66% considera muy importante dicha afección. Con un 18% encontramos a la población que considera de importante un 4, mientras que un 14% considera de dicha

afección un 3 en grado de importancia. Por último, encontramos con un 2%, a quien opina que por gravedad obtiene 1 punto.

c)

Diabetes	<i>f</i>	%
0	1	2
1	0	0
2	0	0
3	9	18
4	9	18
5	31	62
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

En este caso, la afección es la diabetes. Un 62% de la población da 5 puntos como muy importante, con un 18% encontramos a población que da 4 y 3 puntos mientras que, un 2%, da 0 puntos como nada importante.

d)

Lumbago, ciática o hernia discal	<i>f</i>	%
0	0	0
1	1	2,04
2	9	18,37
3	12	24,49
4	10	20,41
5	17	34,69
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al lumbago, ciática o hernia discal, encontramos un 34,69% de población que da la puntuación máxima de importancia en gravedad. Con un 24,49%, se

encuentra la puntuación de 3, seguido por un 20,41% la puntuación de 4. Por otro lado, el 18,37 % da de puntuación 1. Nadie cree que su importancia de gravedad, sea 0.

e)

Migraña	<i>f</i>	%
0	0	0
1	7	14
2	9	18
3	15	30
4	8	16
5	11	22
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la migraña, as puntuaciones elegidas, están más divididas. Prevalece con un 30% la puntuación de 3, seguido por un 22% de la puntuación 5. Por otro lado, con un 18%, resaltan también la puntuación de 2, y por último con un 14%, la puntuación de 1.

f)

Hipertensión arterial	<i>f</i>	%
0	0	0
1	1	2
2	1	2
3	9	18
4	17	34
5	22	44
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

El 44% de la muestra encuestada, marca la casilla de 5 puntos para la afección de la hipertensión arterial, sin embargo, un 34%, marcan la puntuación de 4. Por otro lado, con un 2% marcan tanto la puntuación 2 como la 1.

g)

Colesterol alto	<i>f</i>	%
0	0	0
1	1	2,04
2	2	4,08
3	11	22,45
4	12	24,49
5	23	46,94
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al colesterol alto, con un 46,94% de la población da una puntuación de 5 puntos como importancia de gravedad. Un 24,49% de la población da 4 puntos y, por otro lado, 22,45% da de puntuación 3 puntos.

h)

Otras	<i>f</i>	%
0	0	0
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
Total	0	0

Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar que de las 50 personas encuestadas, ninguna marcó otras afecciones que consideren importante.

Tabla 11

Afección de la enfermedad de cáncer por encuestado y/o familiar residente en el barrio.

Indicar tipo y parentesco.

Cáncer	<i>f</i>	%
Sí	17	34
No	33	66
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

En este caso, se hace referencia a si la población del barrio encuestada, ha sufrido o sufre de la enfermedad de cáncer, así como algún familiar suyo residente en el barrio. Un 66% de la población no sufre o ha sufrido cáncer, así como tampoco sus familiares residentes en el barrio. Por otro lado, un 34% de la población encuestada declara sufrir, haber sufrido o tener algún familiar que vive en el mismo barrio con dicha afección.

En cuanto al tipo de cáncer y su parentesco, de ese 34% que marcó en la encuesta el “sí”, encontramos:

Tipo y parentesco	<i>f</i>	%
cáncer de piel, tía	2	11,11
cáncer de útero, madre	1	5,56
cáncer de ovario, tía	1	5,56
cáncer de garganta abuelo	1	5,56
cáncer de colon, tía	1	5,56
cáncer de pulmón, padre	1	5,56
cáncer de páncreas, suegra	1	5,56
cáncer de próstata, padre	2	11,11
cáncer de próstata, encuestado	1	5,56
cáncer de pulmón, tío	1	5,56
cáncer de lengua, encuestado	1	5,56
cáncer de lengua, hermano	1	5,56
cáncer de mama, madre	2	11,11
cáncer de pulmón, primo	1	5,56
cáncer, tío	1	5,56
Total	18	100

Fuente: Elaboración propia.

Sin duda alguna, prevalece el cáncer de pulmón, repitiéndose con una frecuencia de tres personas. Prevalece el cáncer de piel, afectando a dos tías de la muestra encuestada; el cáncer de próstata, afectando a dos padres de la población y el cáncer de mama que afecta a dos madres de la muestra encuestada, los tres con un 11,11%. Otros tipos de cánceres que se repiten con una frecuencia de dos personas, pero de distinto parentesco son: el cáncer de próstata, y de lengua. El resto de tipos de cánceres que aparecen son: cáncer de piel, tía; cáncer de útero, madre; cáncer de ovario, tía; cáncer de garganta, abuelo; cáncer de colon, tía y cáncer de páncreas, suegra. Por último, se nombra el cáncer por parte de un tío, pero no especifican el tipo de éste.

Tabla 12*Debido a la ocupación de los encuestados, pasan más tiempo sentados o de pie*

	<i>f</i>	<i>%</i>
De pie	24	48
Sentado	26	52
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra la proporción de población encuestada que, por su ocupación, pasa más tiempo sentada o de pie. En este caso, el 52% declara pasar más tiempo sentado/a debido a su ocupación. El 48% restante, declara que debido a su ocupación pasa mayor parte del tiempo de pie.

Tabla 13*Qué creen los encuestados sobre qué es una persona sedentaria*

En este caso, la población coincide en su mayoría en que una persona sedentaria es: “una persona que no realiza actividad física” o “que no hace ningún tipo de ejercicio”. Alguna otra definición a destacar es: “solitaria”, “no camina mucho”, “aburrida” y, por último, una persona encuestada declara no tener conocimiento de qué es ser una persona sedentaria: “ni idea”.

Tabla 14*Consideración de los encuestados, respecto si son sedentarios o no*

Sedentarios	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	21	42,86
No	28	57,14
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia.

Observamos que el 57,14% no se consideran personas sedentarias, frente al 42,86% que sí se consideran sedentarias en su vida.

Tabla 15*Encuestados que llevan dieta equilibrada*

Dieta		
equilibrada	<i>f</i>	%
Sí	33	66
No	17	34
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

El 66% de la población encuestada lleva una dieta equilibrada (con lo que implica consumo de frutas, verduras, pescados y carne a diario), mientras que el 34% no lleva a cabo una dieta equilibrada.

- Si la respuesta es no, ¿por qué?

Motivo	<i>f</i>	%
Por una cuestión de gusto o preferencia	3	17,65
Por falta de tiempo para cocinar	9	52,94
Problemas económicos	3	17,65
No asimila ciertos alimentos (verduras, frutas, pescado, carne, ensaladas...)	2	11,76
Otra: especificar	0	0
Total	17	100

En este caso, se pregunta a la población que no lleva a cabo una dieta equilibrada, el motivo de ello. El 52,95% dice que se debe por falta de tiempo para cocinar. En segundo lugar, con un 17,65% de la población, encontramos a la población que no lleva dieta equilibrada debido a una cuestión de gusto o preferencia y en la misma proporción, aquella población que no puede permitírsela por problemas económicos. En último lugar encontramos con 11,76% de la población que dice no asimilar ciertos alimentos (verduras, frutas, pescado, carne, ensaladas...). Ningún encuestado quiso detallar algún otro motivo.

Tabla 16

Cuántas personas encuestadas se encuentran en su peso normal y cuántas en sobrepeso, indicar

Peso normal	<i>f</i>	%
Sí	26	52
No	24	48
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

La proporción de personas que se encuentran dentro de su peso es del 52%, mientras que el 48% declara encontrarse por encima de su peso normal.

○ No:

Kilos	<i>f</i>	%
De 0 a 5 kilos de sobrepeso	7	26,92
De 5 a 10 kilos de sobrepeso	7	26,92
Más de 10 kilos de sobrepeso	12	46,15
Total	26	100

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a kilos por encima de su peso, prevalece con una proporción de 46,15% la población que se encuentra por encima de 10 kilos más de su peso. Un 26,92% declara tener de 5 a 10 kilos de sobrepeso y la misma proporción indica tener de 0 a 5 kilos de sobrepeso.

Tabla 17*Realización de actividad física*

Frecuencia de actividad física	<i>f</i>	%
A diario	7	14
Semanalmente (1,2,3 o más)	16	32
Mensualmente (1,2 3 o más)	8	16
No realizo	19	38
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

El 38% de la población, declara no realizar ninguna actividad física. El 32% dice realizarla semanalmente (1,2,3 o más), con un 16%, se encuentra la población que realiza actividad física mensualmente (1,2,3 o más), mientras que sólo el 14% de la población, declara realizarla a diario.

Tabla 18*Tiempo que le dedica a la actividad física*

Duración de la actividad física	<i>f</i>	%
Aproximadamente 15 minutos	3	8,11
Aproximadamente 30 minutos	6	16,22
Aproximadamente 45 minutos	11	29,73
Aproximadamente 60 minutos	5	13,51
Más de 1 hora	12	32,43
Total	37	100

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra el tiempo que dedica la población encuestada a realizar actividad física. Hay que aclarar que a pesar de que en la tabla anterior el 38% no realiza actividad física actualmente, muchas de las personas encuestadas se animaron a indicar el tiempo que dedica cuando la han realizado. Por tanto, en su mayoría con un 32,43% dedica más de una hora en practicar alguna actividad física. El 29,73% dedica aproximadamente a

realizar actividad física. Por otro lado, un 16,22% dedica aproximadamente 30 minutos, mientras que un 13,51% dedica aproximadamente 60 minutos a realizar actividad física. Sólo un 8,11% dedica aproximadamente 15 minutos en realizar actividad física.

Tabla 19

Tipo de actividad física que realiza

Tipo de actividad física	<i>f</i>	%
Baile	2	5,56
Caminar	10	27,78
Nadar	3	8,33
Senderismo	2	5,56
Correr	7	19,44
Gimnasio	2	5,56
Crossfit	1	2,78
Deportes varios	2	5,56
Ejercicios en casa	1	2,78
Fútbol	2	5,56
Yoga	2	5,56
Footing	1	2,78
Actividades de riesgo	1	2,78
Total	36	100

Fuente: Elaboración propia.

En este caso, se ha preguntado por el tipo de actividad física que realizan los encuestados. De esta pregunta conocemos que 33 personas la han respondido, sin embargo, algunas de ellas practican más de una actividad y es por ello que en el total aparecen 36. La más frecuente, con un 27,78% es caminar, seguido con un 19,44% la actividad física de correr. Por otro lado, encontramos con un 8,33% la actividad física de nadar y con un 5.56% encontramos: baile, senderismo, gimnasio, deportes varios, fútbol y yoga. En menor proporción, con un 2,78% encontramos: crossfit, ejercicios en casa, footing y actividades de riesgo.

Tabla 20*Encuestados que han sufrido episodios de:*

Afecciones	<i>f</i>	%
Ansiedad, nervios	17	29
Depresión	6	17
Mareos o fatigas	10	10
Ninguna de las anteriores	26	44
Total	59	100

Fuente: Elaboración propia.

Se representa la proporción de personas que ha sufrido alguna de las afecciones indicadas y de las más comunes. Un 44% no ha sufrido ninguna de las afecciones anteriores. Sin embargo, un 29% de la muestra ha sufrido ansiedad o nervios, en menor medida mareos o fatigas (17%) y por último depresión (10%).

Tabla 21*Frecuencia actividades de ocio.*

Frecuencia de ocio	<i>f</i>	%
A diario	12	24
Semanalmente (1,2,3 o más)	18	36
Mensualmente (1,2 3 o más)	11	22
Actualmente, no realizo actividades de ocio	9	18
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

El 32% de la población, dice realizar actividades de ocio (pasear, charlar con los amigos, leer, pintar, ir al monte, ir a la playa, comer con la familia o amigos, ir a fiestas, al cine, teatro...), semanalmente (1,2,3 o más). Un 24% de la población dice realizar dichas actividades de ocio a diario, mientras que un 22% dice realizarlas mensualmente. Por último, el 18% de la población, dice no realizar actividades de ocio actualmente.

Tabla 22*Apoyo social, familiar*

Número de personas que cuentan	<i>f</i>	%
Al menos 1 persona	6	12
Al menos 2 personas	9	18
Al menos 3 personas	9	18
Al menos 4 personas	3	6
Al menos 5 personas	2	4
Más de 5 personas	11	22
No dispongo de apoyo, de momento	10	20
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Se representa el número de familiares y amigos que cuenta la población encuestada que les muestran afecto, apoyo, les aconsejan o los escuchan... Un 22% de la población dice contar con más de 5 personas para ese apoyo social-familiar. Sorprendentemente, el 20% de la población encuestada no dispone de ningún apoyo actualmente.

7. DISCUSIÓN.

Tras la exposición de los resultados obtenidos de la encuesta a pie de calle, se analizan en este apartado los resultados más relevantes del estudio. Para ello, la alumna realizará una triple comparación, partiendo de la teoría expuesta en el marco teórico, teniendo en cuenta las estadísticas oficiales, tanto de España, como de Canarias y, finalmente, con la evidencia empírica realizada en este estudio.

Para empezar, se ha preguntado sobre el consumo habitual de tabaco, alcohol y ambas. Sorprendentemente, nuestra muestra desvela que el 24% de ellos, sí fuma habitualmente, dato que se encuentra por encima de la estadística oficial de España (23,0%) y sólo un 2% por debajo de la estadística oficial de Canarias (26,16%). Este hecho, afirma el impacto potencial sobre la salud que genera el hábito del tabaco y por qué dicho hábito, se encuentra como un factor grave, que incide en la mortalidad de la población.

Si esto lo relacionamos con el ítem de la cantidad de tabaco que consumen, nuestra muestra se mantiene entre los 6-15 cigarrillos en su mayoría, frente a los 20 cigarrillos que el Instituto Canario de Estadística afirma que se consumen a diario. Por último, acerca de qué consideran más efectivo para dejar de fumar, más de la mitad de la muestra, afirma que a través de la auto-motivación, sin embargo, el estudio realizado por Silagy, Lancaster, Stead, Mant, & Fowler, (2004), demuestra que el reemplazo de nicotina es el método más efectivo para dejar de fumar.

En cuanto al consumo del alcohol, sólo un 4% de la muestra dice consumirlo, sin embargo, el porcentaje aumenta al 10% cuando se suma alcohol y tabaco. Se afirma la interacción comentada sobre el consumo de alcohol, es con frecuencia una puerta de entrada al policonsumo, en este caso, se suma al consumo del alcohol, el tabaco.

En el ítem de sustancias psicoactivas consumidas, más de la mitad de la población encuestada (62,50%), declara no consumir ninguna sustancia. Sin embargo, la otra parte de la muestra indica que consume o ha consumido con frecuencia en primer lugar el cannabis (18%), coincidiendo con los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017), ya que, también sitúa el cannabis (25,4%) como la más consumida seguida de los hipnosedantes, cocaína, alucinógenos, éxtasis, anfetaminas y heroína. En la muestra, tras el consumo de cannabis, en este caso, le sigue la cocaína (12,50%).

También se ha preguntado si la muestra de la población sufre o ha sufrido las principales enfermedades que detallan tanto las estadísticas oficiales de España, como de Canarias. La primera afección que prevalece es el lumbago, ciática o hernia discal con un 25%, dato que supera al 17,3% de la población española y por debajo del 29,46% que se encuentra en la población canaria. Se afirma así, lo expresado en la teoría, que presenta dicha afección como un problema de salud crónico en la población.

En segundo lugar, encontramos la migraña (dolores de cabeza, jaqueca...), con un 16,18%, valor por debajo de las estadísticas oficiales que presentan dicha afección con un 20,74%, en tercer lugar, se encuentra el colesterol alto con un 11,76% dato muy cerca de ser semejante a la media española (16,5%) y canaria (16,37%). Encontramos un alto número de diabetes, 8,82%, frente a la media del 6,8% en España y 8,99% de Canarias, también está la afección de asma con un 7,35%, valor por encima del 6,41% medio en la

población canaria y, por último, afecta también la hipertensión arterial con un 5,88%, dato muy por debajo de la media tanto en España, como en Canarias, que ascienden en torno al 18,70%.

En cuanto a la gravedad que personalmente los encuestados dan a las principales enfermedades nombradas en la teoría, con una puntuación de 5, dónde se considera como muy importante, encontramos: infarto 93,75%, angina de pecho 66%, diabetes 62%, colesterol alto 46,94% e hipertensión arterial 44%. Por tanto, se puede afirmar que la población encuestada es consciente, al destacar dichas enfermedades con la puntuación máxima de gravedad, de que éstas ponen en riesgo alto la salud, llegando a encontrarse en las primeras causas de muerte tanto en España como en Canarias. Cabe destacar, que ningún sujeto anotó en otras principales enfermedades graves el cáncer, pudiéndose deber a un simple mal entendido en este ítem.

Otro ítem que encontramos, es la afección de la enfermedad de cáncer en la muestra de la población o familiares residentes en el barrio. Como resultado obtenemos que el 66% de la población y sus familiares residentes en el barrio no lo han sufrido, mientras que un 34% de la población, declara padecer o haberlo padecido. Por tanto, encontramos un tercio de la población del Barrio de La Candelaria, con esta enfermedad la cuál, prevalece en la mortalidad española y canaria.

En cuanto al ítem que responde a si pasan más tiempo sentados o de pie debido a su ocupación los encuestados, sorprende que un poco más de la mitad, el 52%, pase mayor tiempo sentado. Si se relaciona con el ítem que responde a si se consideran nuestros encuestados sedentarios o no, a pesar de que, en el primer ítem, pasasen mucho más tiempo sentados que de pie, responden cerca del 60% que no se consideran sedentarios. Esto puede deberse a que bien, a pesar de que su ocupación principal lleve a estar habitualmente sentados, lo equilibran en el resto del día o, realmente no conocen qué es ser sedentario, pues no concuerdan dichos resultados.

Por otro lado, la dieta que realiza la muestra encuestada, más de la mitad dice ser equilibrada, frente a una parte pequeña que dice no serla y que se debe mayormente por falta de tiempo para cocinar. Sin embargo, comparando con el ítem del peso, una mitad se encuentra en su peso, pero casi otra mitad por encima de él. Además, estos últimos se

encuentran con un total del 73% por encima de 5 y 10 kilos de su peso. Dado estos resultados, hallamos que las variables de dieta y peso, no concuerdan en la población. En la teoría encontramos, como una mala alimentación conlleva a diferentes enfermedades, entre ellas el sobrepeso. Es evidente que el sobrepeso afecta en esta población, algo que ya conocíamos gracias a las estadísticas oficiales de Canarias, ya que, cuentan con el mayor número de personas con sobrepeso. Esto, además puede demostrar el estilo de vida poco saludable que lleva dicha población, aunque la mayoría haya dicho tener una dieta equilibrada.

Se observa que el 46% de la muestra, realiza actividades físicas a diario o semanalmente, mientras que sorprendentemente un 38%, casi la otra mitad, no realiza ninguna actividad física. Por tanto, se afirma la prevalencia de un estilo de vida con malos hábitos, como es no practicar el mínimo de ejercicio diario indicado en la teoría, 30 minutos. Las personas que han contestado al tiempo que le dedica a la actividad física, le dedican en su mayoría, más de 1 hora.

En cuanto a episodios sufridos de ansiedad, depresión, mareos o fatigas, casi la mitad de la muestra no ha sufrido ninguno de esos episodios. En la mitad restante, afecta en primer lugar la ansiedad, en segundo lugar, los mareos o fatigas y, por último, la depresión. Esto coincide totalmente con las estadísticas oficiales.

Por último, se encuentra el ítem del apoyo social, dónde el 50% de la muestra, dice contar con apoyo social donde el número de miembros de ese apoyo es de 3 a más de 5 personas, mientras que el otro 50%, no cuenta con apoyo ahora mismo, considerando el apoyo de 1 o 2 miembros como escaso en sus números de miembros. Por tanto, se halla un dato muy importante sobre la población encuestada, pues en la teoría, el apoyo social en su mayoría es favorable, sin embargo, en este caso, es más extremo pues, va de tener más de 5 miembros como apoyo social, a no tener ningún miembro o 2 miembros, para ese apoyo social, la misma proporción de población, no siendo equitativo.

8. CONCLUSIONES.

Realizar un estudio de una comunidad desde el Trabajo Social, es sin duda un trabajo complejo, pero a la vez muy gratificante, pues el tiempo dedicado siempre dará frutos.

Se ha logrado plasmar, aunque de forma inicial, la situación de salud en la que se encuentra la población del Barrio de la Candelaria. Ahora, se tiene un primer conocimiento del barrio de que las principales enfermedades que afectan a la muestra son: lumbago, ciática o hernia discal, migrañas, colesterol alto, diabetes, asma e hipertensión arterial. Por otro lado, la enfermedad del cáncer también se encuentra presente con una proporción del 34% en los residentes del barrio, y la cuál necesita una mayor prevención. Las estadísticas oficiales avisan del agravamiento de por ejemplo el cáncer de broncopulmonar, ya que, crecerá rápidamente en mujeres, debido a que actualmente la proporción de chicas adolescentes fumadoras (40%) casi duplica a la de los chicos (23%) en la población canaria.

También se ha comprobado que los hábitos de salud adoptados por la población inciden en la salud, dado que se produce sobrepeso, consumo de tabaco alto, el cuál deriva en enfermedades tales como el cáncer. Existe una inactividad física por parte de mitad de la muestra, cuando el mínimo diario de ejercicio físico recomendado es al menos 30 minutos. En cuanto a las sustancias psicoactivas, más de la mitad de la muestra, no las consume, sin embargo, hay un 18% y 12,50% que consumen cannabis y cocaína habitualmente. Por tanto, en el estudio también se han mostrado datos objetivos obtenidos de la evidencia empírica y han sido constatados con la teoría.

En cuanto a los factores de riesgos observados, como se ha dicho anteriormente, hay que fijar el punto en el tema de la alimentación, pues a pesar de que en la encuesta dicen tener una dieta equilibrada, sólo una mitad se encuentra en su peso y la otra mitad por encima de su peso, llegando a superar más de 10 kilos de su peso normal. También alarma sin duda, que una mitad de la población se encuentre actualmente inactiva en ejercicio físico, pues se sabe lo beneficioso que es para la salud realizar deporte y liberar energías, al igual que comer bien y estar en su peso. Otro factor de riesgo es lo descompensado que se encuentra el apoyo social, pues una mitad de la muestra dice disponer de ese apoyo social con un número de 3 a más de 5 miembros, mientras que la otra mitad no cuenta con ningún miembro o el número de éstos se reducen a 1 o 2.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, M. V. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Scielo, Perú*, 28(4) 237-249.
- Ayuntamiento de Málaga. (2016). *I Plan de Salud Municipal Málaga Ciudad Saludable 2016-2020*. Málaga.
- Barbero, J. M., & Cortès, F. (2005). *Trabajo Comunitario, organización y desarrollo social*. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Díaz, I. R. (2011). *Análisis de la clase social como determinante de salud en la población adulta de Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de La Laguna.
- Diez, E. R. (2015). *Fundamentos y objeto del Trabajo Social Comunitario*. Obtenido de <https://www.unirioja.es/dptos/dchs/archivos/TEMA4FUNDAMENTOS.pdf>
- Fernández, Y. P. (2017). *Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Herranz, N. L., & Nadal, E. R. (2010). *Manual para el Trabajo Social Comunitario*. Madrid: Narcea, S.A.
- INE. (2011). *ine.es*. Obtenido de <http://www.ine.es/censos2011/tablas/Wizard.do?WIZARD=1&reqCode=paso2#>
- INE. (21 de diciembre de 2016). *ine.es*. Obtenido de http://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf
- Instituto Canario de Estadística, Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias. (2015). *Encuesta de Salud de Canarias. Resultados*.
- López, S. F. (2012). *Introducción a la Salud Pública*. Obtenido de Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase I, Área de Salud Pública.: <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>
- Marchioni, M. (1994). *La utopía posible. La intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales*. Santa Cruz de Tenerife: Editorial Benchomo.
- Martín, P., Martos, F., Ania, J. M., Gómez, D., Morillo, R. M., Utrilla, A., & García, E. (2010). *Trabajadores Sociales del Servicio Canario de Salud*. Sevilla: Mad, S.L.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016*.
- Mondragón, J., & Trigueros, I. (1999). *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España editores, S.A.

- OMS. (1948). *who.int*. Obtenido de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- OMS. (s.f). *who.int*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
- Pérez, R. P., & Bou, N. R. (2003). Desigualdades en salud: una perspectiva de desarrollo desde Atención Primaria. *Centro de Salud Pública de Alzira. Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana*.
- Public Health Agency of Canada. (2001). *What Determines Helth?* Obtenido de Populatio Health.: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.html>
- Servicio Canario de la Salud. (2016). *Plan de salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios*. Las Palmas de Gran Canaria.
- Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias. (s.f). Obtenido de <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=48f69ea7-1b81-11e3-8e77-25ebe8ab0d53&idCarpeta=cc8a68ff-98de-11e1-9f91-93f3670883b5>
- Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant, D., & Fowler, G. (2004). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *The Cochrane Library*, 1-105.
- Whithead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3); 217-228.
- WHO. (2003). *Regional Office for Europe Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: segunda edición, editors Wilkinson R y Marmot M.

ANEXO.

Anexo I.

CUESTIONARIO: ESTUDIO SOBRE LA SITUACIÓN DEL BARRIO DE LA CANDELARIA.

Se está realizando un Estudio sobre la situación de salud del Barrio de La Candelaria, en el marco de la asignatura de Trabajo de Fin de Grado del Grado en Trabajo Social, por la alumna Rebeca Cabrera Betancort.

La participación en esta investigación supone cumplimentar el cuestionario que le llevará alrededor de 5 minutos. Está dirigido a aquellas personas que residan en el barrio de La Candelaria y sean mayores de 18 años. La información que se recoja solo se utilizará para el propósito de este trabajo académico y todos los datos serán guardados en un lugar seguro y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

La participación de este cuestionario es totalmente voluntaria y anónima.

Por favor, marque con una cruz (X) o redondee su respuesta.

Datos iniciales

Edad:

Género:

Situación laboral:

- Activo/a
- Inactivo/a
- Estudiante
- Jubilado/a

Nivel de estudios:

- Primaria
- Secundaria
- Ciclos Formativos
- Estudios Superiores
- Sin Estudios

Preguntas

1. ¿Consume habitualmente...?

- Tabaco
- Alcohol
- Ambas
- Ninguna de las anteriores

2. En caso de que lo consuma, ¿cuánto tabaco consume habitualmente?

- Menos de 5 cigarrillos
- Entre 6 y 10
- Entre 11 y 15
- Aproximadamente 20
- Entre 20 y 30

- Más de dos cajetillas

3. ¿Qué cree que es más efectivo a la hora de dejar el tabaco?

- Reemplazar nicotina (chicles, parches...)
- Medicamentos
- Auto-motivación
- Ejercicio
- Otra (especificar):

4. ¿Consume o ha consumido con frecuencia alguna/s de estas sustancias psicoactivas?

- Cannabis.
- Cocaína.
- Alucinógenos.
- Éxtasis.
- Anfetaminas.
- Heroína.
- Ninguna.
- Otra (especificar):

5. ¿Ha sufrido o sufre algunas de las siguientes enfermedades?

- Infarto
- Angina de pecho
- Diabetes
- Lumbago, ciática o hernia discal
- Migraña (dolores de cabeza, jaqueca)
- Hipertensión arterial
- Colesterol alto
- Ninguna de las anteriores
- Otra (especificar):

6. ¿Qué importancia de gravedad, le da usted a las enfermedades antes habladas, donde 0 es nada importante y 5 muy importante?

Infarto	0	1	2	3	4	5
Angina de pecho	0	1	2	3	4	5
Diabetes	0	1	2	3	4	5
Lumbago, ciática o hernia discal	0	1	2	3	4	5
Migraña	0	1	2	3	4	5
Hipertensión arterial	0	1	2	3	4	5
Colesterol alto	0	1	2	3	4	5
Otras	0	1	2	3	4	5

7. ¿Ha sufrido/ sufre o tiene algún familiar (que resida en este barrio) afectado por la enfermedad de cáncer?

- Sí.

- No.
 - Si la respuesta es sí, ¿podría especificar?
Tipo:
Parentesco:

8. Por su ocupación, ¿pasa más tiempo sentado o de pie?

- Sentado
- De pie

9. ¿Qué es para usted una persona sedentaria?

10. ¿Se considera usted una persona sedentaria?

- Si.
- No.

11. ¿Considera que tiene una dieta equilibrada? (Consumo de verduras y frutas a diario, carne y pescado)

- Si.
- No.
 - Si su respuesta es no, ¿a qué se debe?
 - Por una cuestión de gusto o preferencia
 - Por falta de tiempo para cocinar
 - Problemas económicos.
 - No asimila ciertos alimentos (verduras, frutas, pescado, carne, ensaladas...)
 - Otra (especificar):

12. Sobre su peso, considera que tiene sobrepeso:

- No
- Sí
 - De 0 a 5 kilos de sobrepeso
 - De 5 a 10 kilos de sobrepeso
 - Más de 10 kilos de sobrepeso

13. ¿Realiza alguna actividad física?

- A diario.
- Semanalmente. (1,2 o 3 veces)
- Mensualmente. (1, 2, 3 o más)
- No realizo.

14. Cuando practica alguna actividad física ¿cuánto tiempo le dedica?

- Aproximadamente 15 minutos
- Aproximadamente 30 minutos
- Aproximadamente 45 minutos
- Aproximadamente 60 minutos
- Más de 1 hora

15. ¿Qué tipo de actividad física realiza?

16. ¿Ha sufrido o sufre algún episodio de...?

- Ansiedad, nervios
- Depresión

- Mareos o fatigas
- Ninguna de las anteriores.

17. ¿Con qué frecuencia realiza actividades de ocio (pasear, charlar con amigos, leer, pintar, escribir, ir al monte o la playa, ir a comer con la familia o con los amigos, ir a fiestas, al cine, al teatro, ...)?

- A diario
- Semanalmente (1,2 o 3 veces)
- Mensualmente (1,2, 3 o más)
- Actualmente, no realizo actividades de ocio.

18. En el caso de necesitarlo, dispone usted de familiares y amigos que le escuchan, le aconsejan y le muestran afecto y apoyo

- Al menos una persona
- Al menos 2 personas
- Al menos 3 personas
- Al menos 4 personas
- Al menos 5 personas
- Más de 5 personas.
- No dispongo de apoyo, de momento.

¡¡ GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!