



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE  
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL  
CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO,  
2015**

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

**AUTORA:**

**LILIA FÉLIX JACINTO**

**ASESORA:**

**Dra. MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES**

**HUARAZ – PERÚ**

**2018**

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

Dra. MARIA ELENA URQUIAGA ALVA

PRESIDENTE

Mgtr. LEDA MARIA GUILLEN SALAZAR

SECRETARIO

Mgtr. FANNY ROCÍO ÑIQUE TAPIA

MIEMBRO

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, por haberme formado ser parte de ella para poder estudiar mi carrera Profesional, así como también a los diferentes docentes por el apoyo incondicional que me han brindaron durante mi formación profesional.

Agradezco también a todos los adultos del Centro Poblado Chinchil - Marañón - Huánuco, por su colaboración y comprensión y su apoyo con la valiosa información de razón de esta investigación.

## **DEDICATORIA**

A Dios quien supo guiarme por el buen camino darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Especialmente A mis padres Mario y Emilia por su apoyo incondicional, amistad, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles y por ayudarme con los recursos económicos necesarios para culminar mi carrera profesional.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación cuantitativo, descriptivo, se realizó con el objetivo de describir los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Chinchil –Marañón- Huánuco. La muestra estuvo conformada por 122 adultos, para la recolección de datos se utilizó un cuestionario sobre los determinantes de la salud. Se llegó a las siguientes conclusiones: En los determinantes biosocioeconomicos se obtuvo: Menos de la mitad tienen secundaria completa/ incompleta; más de la mitad son sexo femenino; la mayoría tienen ingreso económico menor a s/750.00, trabajo eventual. Más de la mitad tienen viviendas unifamiliares, casa propia, agua conexión domiciliaria, cocinan con leña, energía eléctrica permanente: En los determinantes de los estilos de vida. Menos de la mitad caminan como actividad física, consumen pan 3 o más veces / semana; más de la mitad no fuman ni ingieren bebidas alcohólicas, duermen 6 a 8 horas, higiene al menos 4 veces / semana, no realizan examen médico periódicos, consumen frutas 3 o más veces/ semana y huevo; la mayoría consumen carne 1 o 2 veces / semana, verdura 3 o más veces/ semana; casi todos no consumen pescado. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias. Menos de la mitad el tiempo de espera y la atención fue regular y buena; más de la mitad consideran la distancia donde que atendieron fue regular; la mayoría tienen apoyo familiar y organizado, en puesto de salud, tienen seguro SIS (MINSA); todos, refieren que no hay pandillaje cerca de sus casas.

**Palabras clave: Adulto, Determinantes, Salud.**

## ABSTRACT

This quantitative, descriptive research work was carried out with the objective of describing the health determinants of the adults of the Poblado Chinchil-Marañón-Huánuco Center. The sample consisted of 122 adults, for the data collection a questionnaire was used on the determinants of health. The following conclusions were reached: In the biosocioeconomic determinants we obtained: Less than half have complete / incomplete secondary education; more than half are female; the majority have economic income lower than s / 750.00, temporary work. More than half of them have single-family homes, their own house, water connection, they cook with firewood, permanent electric power: In the determinants of lifestyles. Less than half walk as a physical activity, consume bread 3 or more times / week; more than half do not smoke or drink alcoholic beverages, sleep 6 to 8 hours, hygiene at least 4 times / week, do not perform periodic medical examinations, consume fruits 3 or more times / week and egg; most consume meat 1 or 2 times / week, vegetables 3 or more times / week; almost all do not consume fish. In the determinants of social and community networks. Less than half the waiting time and attention was regular and good; more than half consider the distance where they attended was regular; most have family and organized support, in health posts, they have SIS insurance (MINSAs); all, they say that there is no gang near their homes.

**Keywords: Determinant Health Adult.**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
2.1. Antecedentes.....	15
2.2. Bases Teóricas.....	20
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>28</b>
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	28
3.2 Diseño de investigación.....	28
3.3 Población y Muestra.....	28
3.4 Definición y Operacionalización de variables.....	29
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	38
3.6 Procesamiento y Análisis de dato.....	40
3.7 Principios éticas.....	41
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
4.1 Resultados.....	42
4.2 Análisis de Resultados.....	52
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>104</b>
5.1 Conclusiones.....	104
5.2 Recomendaciones.....	106
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>131</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>TABLA 1.....</b>	<b>42</b>
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL– MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.	
<b>TABLA 2.....</b>	<b>43</b>
DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL– MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.	
<b>TABLA 3.....</b>	<b>46</b>
DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL– MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.	
<b>TABLA 4,5,6.....</b>	<b>48</b>
DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL– MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.	



## ÍNDICE DE GRAFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>GRÁFICO 1</b> .....	<b>147</b>
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL– MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.	
<b>GRÁFICO 2</b> .....	<b>150</b>
DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL– MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.	
<b>GRÁFICO 3</b> .....	<b>157</b>
DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL– MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.	
<b>GRÁFICO 4,5,6</b> .....	<b>161</b>
DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL– MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.	

## I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó con el propósito de identificar los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Chinchil– Marañón-Huánuco, 2015. Dado que, la mayoría de los problemas sanitarios se debe a las condiciones a las que está expuesta la persona, a factores que actúan en su entorno, los mismos que pueden garantizar o perjudicar su salud.

El estado de salud de los adultos a comienzos del siglo XXI se caracteriza por dos tendencias principales: una desaceleración de los beneficios y un aumento de las desigualdades; y una complejidad cada vez mayor de la carga de morbilidad. El signo más alarmante de deterioro de la salud de los adultos es que, después de los adelantos realizados en materia de supervivencia de adultos en África, se ha sufrido un retroceso tan grande que en algunas partes del África subsahariana las tasas actuales de mortalidad de adultos son mayores que hace 30 años. El peor impacto se ha verificado en Botswana, Lesotho, Swazilandia y Zimbabwe, donde el VIH/SIDA ha reducido más de 20 años la esperanza de vida de hombres y mujeres (1).

A nivel latinoamericano se puede mencionar datos provenientes de estudios en la población brasileña, donde los niveles de sedentarismo son igualmente elevados, uno de ellos sobre actividad física en el tiempo libre comunica que sólo 13% realiza actividad física por un mínimo de 30 minutos uno o más días a la semana, y sólo 3,3% el mínimo recomendado de 30 minutos en 5 o más días a la semana; en esta población se encontró una fuerte asociación entre en nivel de actividad física y el NSE. Otro estudio en el que evaluaron el nivel de actividad física de acuerdo a las kilocalorías gastadas por semana, también en actividades

del tiempo libre, encontró una prevalencia de inactividad física de 80,7%. En Paraguay existen reportes de 40% de vida sedentaria en un estudio realizado en Gran Asunción, mientras que en uno en Uruguay se reporta 28% de sedentarismo en Venezuela se ha reportado 70% de sedentarismo en las áreas metropolitanas (2).

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) desde el año 2003 viene desarrollando el modelo de atención integral en salud (MAIS) enfocado por etapas de vida, donde está ubicado el Programa de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor, que desde el 2006 cuenta con una herramienta denominada ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM), que incluye la valoración funcional, mental, sociofamiliar y física, la cual debe ser aplicada una vez al año a toda PAM que acude a consulta externa en establecimientos de salud del primer nivel de atención (3).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y R. Flores, el departamento de Áncash está considerado entre los más pobres del Perú. 3,4 El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) 2003 preparado por la Dirección Regional de Salud de Áncash (DIRESA Áncash) señala lo siguiente: 5 ± El 90.9% de los distritos se encuentra en uno de los niveles de pobreza: pobre (43.6%), muy pobre (36.4%) y pobre extremo (10.9%). ± Los servicios básicos con los que cuenta la población son: agua (76.4%), desagüe (37.4%) y electricidad (55.1%). ± El analfabetismo alcanza el 19.2% de la población. ± Cuenta con 59 establecimientos de salud del MINSA divididos en un hospital, diez centros de salud y cuarenta y ocho postas (4).

Los factores que condicionan la salud son múltiples y complejos. La

Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS ha reafirmado recientemente el importante papel que, más allá de los determinantes de tipo biológico y médico, juegan sobre el estado de salud las circunstancias socioeconómicas, culturales y ambientales en que se desenvuelven los individuos. Las oportunidades vitales de las personas no dependen exclusivamente de la herencia genética y los estilos de vida, sino también (y de forma muy importante), del acceso a bienes básicos como la alimentación, el agua y la higiene, y de otros factores como el nivel educativo, el acceso al mercado laboral y las condiciones de trabajo las condiciones de la vivienda o las redes sociales y comunitarias (CSDH, 2008) (5).

La organización mundial de la salud (OMS) define a los Determinantes Sociales de la Salud como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (6).

Los determinantes de la salud suponen una íntima unión y relación con el estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de la alternativa que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómicas a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones (7).

La salud en el Siglo XXI ha sido una importancia en la historia de la humanidad, para una mejor dimensión en cuanto a seguridad. La seguridad, en la salud ha ascendido la escala de los intereses en todo el mundo, esta seguridad nos esta. refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y también se ha

priorizado el tema de la salud y de la población determinada y las características individuales y sociales que aborda los factores en forma integral e interdependiente (8).

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social de las personas y también todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo cual, la salud es una ausencia de enfermedad, equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y los diversos factores, como determinantes sociales de la salud (9).

La salud actúa en diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta el concepto de salud, como los aspectos, biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. Estos factores pueden cambiar en otros factores de tipo biológico, con los avances de la tecnología, médico y científico (9).

Cuando hablamos la salud de una población, se refiere en distintos factores que son el nivel de la salud de la población y los factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (10).

Los conceptos de determinantes surgen desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar. También los argumentos de las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los

individuos. La salud de la población promueve el control de sus determinantes sociales (11).

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (12).

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la organización mundial de la salud (OMS), ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y también identifica la promoción de la salud como una estrategia para la prevención de nuevas enfermedades a nivel poblacional. Con esta estrategia podemos promover la incidencia de las enfermedades en la salud de las poblaciones, sobre estas determinantes (13).

Los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (13).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, con los avances de la educación sanitaria individual también con la comunicación social de cada individuo. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas

relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (14).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición y la formulación de planes y programas. Por lo cual, la demanda de servicio aumento en altos costos, por este motivo la incapacidad de la enfermedad, y el deterioro de la calidad de vida, enfermedades crónicas aumento en la salud de las personas (15).

Este Programa de Extensión se fundamenta en considerar el problema de la justicia sanitaria y de la equidad en salud en función de las capacidades de los individuos, ligadas al derecho, al desarrollo social, económico y cultural. La salud como propósito y como herramienta, como una capacidad que posibilita el uso y disfrute de bienes y es parte de una función de redistribución más general, dirigida a compensar o atenuar las desigualdades sociales (16).

La equidad en salud no concierne únicamente a la salud vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y de la justicia, incluida la distribución económica y la libertad humana. No trata sólo la distribución de la salud, menos la distribución de la asistencia sanitaria. Debe ser entendida desde un ámbito multidimensional, cuya concepción ayuda a comprender la justicia social (16).

Los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, que ha ido desarrollando conjuntos de factores o categorías para evolucionar los determinantes de la salud en los cambios sociales y en las políticas de salud en los países y supranacionales. Con este desarrollo los determinantes de salud

evoluciona de la Salud Pública en el siglo XX y también desarrollo investigación en promoción de la salud y educación para la salud (17).

El determinante de la salud es reconocido actualmente como tratamiento de estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2010 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, en la Unión Europea, en el año 2011, también se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (17).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino un ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Los determinantes sociales definen la estructura de la sociedad y la inequidad, que carecen de justificación (18).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. También existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro lado hay inequidades encontrados en los indicadores nacionales, como la esperanza de vida y la discapacidad, relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Por lo cual el actual modelo socioeconómico, de inequidades en salud describe un resultado natural de la generalización de toda la dimensión de la vida social (18).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su



comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (18).

Esta problemática se observa en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamiento de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (19).

Si nos enfocamos en el determinante socioeconómico, el instituto nacional de estadística e informática (INEI) en el año 2012, encontró que el 39,3% de la población se consideraba pobre, es decir, tenía un nivel de gasto insuficiente para adquirir una canasta básica de consumo (alimentos y no alimentos). De ellos, el 13,7% se encontraban en situación de pobreza extrema (gasto per cápita inferior al costo de la canasta básica de alimentos) y el 25,6% en situación de pobreza no extrema (gasto per cápita superior al costo de la canasta básica de alimentos e inferior al valor de la canasta básica de consumo) (20).

Así mismo, en el nivel de educación, el 55% de los pobres y el 71% de los pobres extremos mayores de 15 años, estudiaron algún año de educación y otros no tienen nivel alguno de educación, igual que, el analfabetismo es mayor en las zonas rurales de nuestra sierra peruana, con una alta incidencia en los departamentos de Apurímac (21,7%), Huancavelica (20,1%), Ayacucho (17,9%),

Cajamarca (17,1%), Huánuco (16,6%), Cuzco (13,9%), Ancash (12,4%), Puno (12,2%) y Amazonas (12%). En los departamentos de Ucayali, Moquegua, Arequipa, Tacna, Tumbes, Madre de Dios, Ica, Lima y en la provincia constitucional de Callao se dan tasas más bajas (21).

En cuanto a los estilos de vida, la organización panamericana de la salud (OPS) y la comisión nacional de lucha antitabáquica (COLAT), revelan que, en el Perú, la prevalencia de fumadores actuales es 27%, y 40% de la población peruana se expone involuntariamente al humo del tabaco. El 3,9% de los niños entre 8 y 10 años han fumado alguna vez y 3,6% de menores de 15 años están fumando. El 90% de los fumadores ha iniciado este hábito antes de los 20 años, y un dato muy importante, en general hay más hombres que mujeres fumando (22).

En el Perú, el ministerio de salud, en la estrategia nacional de seguridad alimentaria 2004-2015, realizó un diagnóstico de la seguridad/inseguridad alimentaria de Perú, donde concluyó que los principales problemas de inseguridad alimentaria se dan por el lado del acceso, ocasionado por bajos niveles de ingreso, así como el uso inadecuado de alimentos por parte de la población (23).

Referente a las redes sociales, en el informe de pobreza del Perú del banco mundial (2010), el sector agua y saneamiento registra bajas coberturas y mala calidad del servicio, así como precariedad en la situación financiera por parte de los prestatarios de los servicios., indican que el 30% de la población urbana y el 60% de la población rural no tiene acceso a agua y saneamiento. Factores medio ambientales como la contaminación del aire y del agua perjudican la salud de la población. En la zona rural sólo el 28,9% de los hogares tiene electricidad

(92,5% en área urbana), 35% tiene red pública de agua potable dentro de la vivienda (77,7% en área urbana), 51,4% no tiene ningún servicio de eliminación de excretas (8,2% en área urbana) (17).

El ministerio de salud, dice que, si bien la atención primaria ha mejorado, todavía hoy un tanto por ciento elevado de la población (un 25%) no tiene acceso a la atención de la salud. La población indígena tiene menos acceso a los servicios sanitarios debido, principalmente a barreras lingüísticas y culturales. Si nos referimos a los afiliados al SIS en Ancash, en el primer semestre del 2011, se han afiliado 540,289 personas, el 339,132 afiliado hace el 62,77 %. Que corresponde a la población de las zonas rurales; 201,157 afiliadas corresponden a las zonas urbanas marginales y el 37,23% corresponde a las zonas urbanas (24, 25).

A esta realidad no escapan los adultos del Centro Poblado Chinchil, que se ubica en, en el Distrito de Huacrachuco, Provincia Marañón, en la parte central del Perú. El Puesto de Salud de Chinchil, brinda servicio de salud integral a los adultos de esta comunidad y a otras que se encuentran a su alrededor, pertenece a la jurisdicción de la Micro red Huacrachuco, Red de salud Marañón el Centro Poblado Chinchil, este sector se encuentra ubicado a una altura aprox. de 2,920 m.s.n.m, limita por el norte: Con el caserío de Potrero, por el sur: Con el caserío de Papahirca, por el este: Con el Caserío de Estancilla, por el oeste: Con el Rio Marañón. En Centro Poblado de Chinchil, cuenta con 1000 habitantes de los cuales 122 son adultos maduros (26).

Cuenta con las siguientes autoridades. Agente municipal, Teniente Gobernador, Agente Comunitario de Salud, Juez de Paz, las principales

actividades a las que se dedica la población adulta del Centro Poblado Chinchil, son: La agricultura como cereales (trigo, maíz, cebada, alverjas, habas, quinua etc.), tubérculos (papa, oca, olluco, yuca entre otras), como frutas (Mango, lúcuma, palta, papaya, plátano, etc.) y también a la crianza de animales como (vacunos, ovinos, caballos, porcino, cuyes etc.). La costumbre principal de esa población comienza el 30 Agosto en honor de la Virgen Santa Rosa. Año tras año lo celebran, iniciando las actividades con la plantación de banderones que son palos elevados completamente adornados y alrededor de los cuales bailan los danzantes. En la Víspera y en el Día recorre la imagen de la virgen por la plaza y las principales calles. Para esta ocasión salen la danza de los Moros y Huanquilla que es la atracción de las personas (26).

La fiesta se hace más atractiva con la competencia futbolística de la selección Chinchilino con los elencos deportivos de Huanchay y también de los Pueblos vecinos de Ancash. La fiesta se lleva a cabo con la corrida de toro. Finalmente, culmina la fiesta con la Carrera de Cintas. Disfrutando las bebidas, especialmente la deliciosa chicha de jora de (trigo, maíz) y el Guarapo (hecha de caña de azúcar) y el mostro (preparado de yuca). Las viviendas son de material Adobe en su mayoría, cuentan con los servicios básicos: luz y agua no cuenta con recolector de basura y el desagüe, el centro poblado Chinchil, cuenta con Tres Instituciones Educativas Inicial N° 128, primaria N°84052 y secundaria (Juan Santos Atahualpa) (26).

Los adultos que residen en el Centro poblado de Chinchil, del Distrito de Huacrachuco, tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, reumatismo, bronquios entre otras), tienen

más episodios de enfermedades agudas (26).

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

**¿Cuáles son los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Chinchil, Marañón, Huánuco, 2015?**

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

Describir los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Chinchil, Marañón, Huánuco.

Para poder conseguir el objetivo general, se planteó los siguientes objetivos específicos:

Identificar los determinantes de salud biosocioeconómicos (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) de los adultos del Centro Poblado Chinchil, Marañón, Huánuco.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen personas, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad, de los adultos del Centro Poblado Chinchil, Marañón, Huánuco.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social de los Adultos del Centro Poblado Chinchil, Marañón, Huánuco.

Finalmente la investigación se justificó ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de los Adultos del Centro Poblado Chinchil, Marañón, Huánuco y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la Investigación que se realizó es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de los Adultos del Centro Poblado Chinchil, Marañón, Huánuco y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente estudio permite instar a los estudiantes de la salud, de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote a investigar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. También ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de los Adultos del Centro Poblado Chinchil, Marañón, Huánuco, en general, y promocionar su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia de los Programas Preventivo promocional de la salud de los adultos del Centro Poblado Chinchil – Marañón – Huánuco y reducirlos factores de riesgo así como mejorar

los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Dirección Regional de salud de Huánuco y municipalidad de Huacrachuco, así como para la población de adultos del Centro Poblado Chinchil - Marañón - Huánuco; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

## **II. REVISIÓN LITERARIA:**

### **2.1. Antecedentes:**

#### **Investigación actual en el ámbito extranjero:**

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

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

Lanas F, (27). en su estudio realizado en la ciudad de Talca 2011. Donde concluye la prevalencia reportada de sedentarismo es de 79,9% (77,3 en hombres y 81,3 en mujeres), siendo las diferencias entre mujeres y hombres menores a lo observado en nuestro estudio; en el citado estudio se definió como sedentaria a las personas que durante el último mes no habían practicado deportes o realizada actividad física fuera del horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez, al menos 3 veces a la semana, como la mayoría de los estudios realizados en nuestro país. Un estudio realizado en la Región Metropolitana, reportó 75,6% de sedentarismo en los hombres y 86,9% en las mujeres; otro estudio realizado en estudiantes de Medicina mostró que la inactividad física era el factor de riesgo para enfermedades crónicas más prevalente, reportándose en 88%; otro estudio realizado en personas sanas de 25 comunas de Santiago reportó 68,6% de sedentarismo y un reporte más reciente mostró 75% de inactividad física.

Bustos P, (28). Destaca en su investigación realizado en 850 adultos



jóvenes (entre 22 y 28 años) de Limache , donde se definió actividad física insuficiente cuando existiera un gasto inferior a 600 MET-min/semana según la versión corta del IPAQ reportándose una prevalencia de actividad física insuficiente de 38,3% (50,4% en mujeres y 22,9% en hombres), más alta que el 18,37% observado en la categoría homóloga de nuestro estudio; esta diferencia puede explicarse considerando la constitución de nuestra muestra, con un promedio de edad más elevado y mayoritariamente mujeres.

Bennassar M, (29). En su investigación titulada Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud, 2011. En este estudio se pretende conocer y analizar los estilos de vida del alumnado de la Universitat de les Illes Balears. En los resultados se observa que son determinantes de una dieta saludable, el realizar ejercicio físico, no fumar, desayunar todos los días y realizar un mayor número de comidas. Los resultados rearmen la idea de que los comportamientos de salud no deben de considerarse de forma aislada unos de otros, ya que se observa una tendencia a la conglomeración de factores de riesgo como fumar, baja adherencia a la dieta mediterránea e inactividad física en estudiantes universitarios.

#### **A nivel Nacional:**

Flores B, (30). En su investigación titulada “determinantes de salud en la Persona adulta madura. Urbanización Mochica - Trujillo, 2012.”. concluyendo que el mayor porcentaje 52.94% son de sexo femenino, el

44.12% tienen el grado de instrucción secundaria completa, el 42.65%, tienen un ingreso económico de 1000 a 1499 nuevos soles, en cuanto a la ocupación se encontró que son empleados en un 36.76% y además el mayor porcentaje de 91.18% tiene tenencia de trabajo. En relación a la vivienda: El mayor porcentaje en un 80.88% tienen casa propia, el 100% cuentan con conexión de agua entubada en casa, utiliza gas como combustible para cocinar y cuentan con energía eléctrica. Determinantes de la Salud de las Redes Sociales y Comunitarias: El 75% se atendieron en hospitales durante los últimos 12 meses, el 44.12% tienen seguro del SIS-MINSA; el 80.88% existe pandillaje como delincuencia cerca a su casa.

Correa B, (31). En su investigación sobre “Determinantes de salud en la Persona adulta del Asentamiento Humano 4 de Noviembre-Sullana, 2013”. Se obtuvieron los siguientes resultados: En los determinantes biosocioeconómicos: El 55,6% son de sexo femenino, el 52,2 % tienen secundaria completa/incompleta, 73,8% tiene trabajo eventual, el 63% tiene un ingreso económico menor de 750 soles: En relación a la vivienda: El 94,8% tienen casa propia, el 87,5% tienen vivienda unifamiliar, el 87,5% cocinan con gas, 97% energía eléctrica permanente. En relación estilos de vida: El 81,8% no fuma, el 69,3% consumen a diario pan, fideos, cereales, verduras, hortalizas, 52,8% no realizan examen médico. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias: El 76,6% reciben apoyo de familiares, el 66,4% se atendió en hospital, 96% si hay pandillaje cerca de su casa, el 47,7% cuentan con el SIS (MINSA).

Dueñas J, (32). En su investigación titulada: Determinantes de salud en las Personas Adultas de la Junta Vecinal las Begonias- Tacna, 2013. Concluyendo que: El 50,8% son adulto maduro, 53,1% tienen secundaria completa/secundaria incompleta, trabajo eventual, el 56,6% son sexo femenino, 51,4% con ingreso económico menor de s/. 750 soles. En relación a la vivienda se encontró que, el 70,5% de viviendas es de material noble, 89,5% tienen agua conexión domiciliaria. Los estilos de vida: 83,8% no realiza un examen médico periódico, actividad física. En cuanto a los alimentos consumen 57,8% carne, pescado, frutas, pan, fideos. En cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias, el 43,3% los últimos 12 meses, han recibido apoyo social, 47,3% tienen seguro SIS, el 28,9% la calidad de atención que recibieron fue regular.

**A nivel local:**

Gonzales C, (33). en su investigación titulada: Determinantes de la salud en los Adultos Jóvenes del Casco Urbano Santa, 2013". Se observó los siguientes resultados: El 54.3% son del sexo masculino; el 100% son adultos jóvenes; el 38.4% tienen grado de instrucción Superior Universitaria; el 70.2% poseen un trabajo estable. En relación de la vivienda: El 40.2% tienen un tipo de vivienda unifamiliar; el 48.8% el 58.5% ha fabricado su techo de material noble, ladrillo y cemento, el 100% cuenta con energía eléctrica permanente. El 45.7% no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual; el 49.4% no ha realizado ninguna actividad física durante más de 20 minutos; en los alimentos el 42% consume frutas de forma diaria; el 78% consume carnes 3 a más veces por

semana; el 44.5% consume pescado de 1 a 2 veces por semana.

Sánchez D, (34). en su investigación sobre “Determinantes de Salud de los Adultos del sector “EE” Challhua- Huaraz, 2013”. Se obtuvieron los siguientes resultados: En los determinantes biosocioeconómicos: El 67,9% son de sexo femenino, el 48,9 % tienen secundaria completa/incompleta, 48,6% tiene trabajo eventual, el 88,5% tiene un ingreso económico menor de 750 soles: En relación a la vivienda: El 65,3% tienen casa propia, el 68,3% tienen vivienda unifamiliar, el 63,5% cocinan con gas, el 73,8% tienen piso de tierra, 83,8% paredes de adobe, el 89,1% tienen techo de eternit y utilizan vela, 95,9% tienen agua conexión domiciliaria el 58,9% disponen su basura a campo abierto. El 66,4% reciben apoyo de familiares y no reciben apoyo social organizado, el 87,6% se atendió en un centro de salud, no hay pandillaje por su casa, el 96,7% cuentan con el SIS (MINSA).

Carrillo G, (35). en su investigación sobre “Determinantes de salud de los Adultos del sector “BB” Piedras Azules–Huaraz, 2013”. Los determinantes biosocioeconómicos: 46,2% tienen secundaria completa/incompleta, 48% tienen ingreso económico de s/750, 43,3% ocupación eventual, 57,4% son sexo masculino. En relación a la vivienda: El 59,6% tienen vivienda propia, unifamiliar, 88,4% tienen piso de tierra, 94% techo de eternit, 90,8% paredes de adobe, 100% tienen agua conexión domiciliaria. Los estilos de vida: El 69% consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, 54% se bañan interdiario, realizan actividad física como

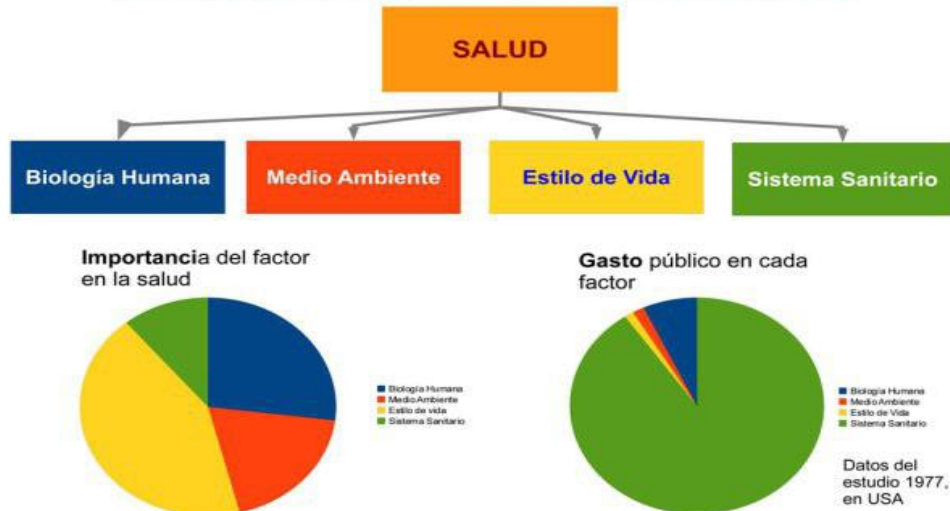
deporte, 36,8% frutas, huevos, pescado, verduras y hortalizas diariamente. El 62,6% recibe apoyo social natural de su familiar, 54,8% se atendió en un centro de salud, 91% tienen seguro SIS – MINSA, 88,9% prefieren que no hay pandillaje cerca de su casa.

## **2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación**

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mscck Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principios determinantes de salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (36).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de salud, en uso nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención (36). Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (37).

# Determinantes para la salud



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama.

A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. Estos son los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas marginadas presentan una conducta de mayor riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (37).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, esto genera condiciones de privación de las

comunidades que viven menos servicios sociales y de apoyo. También este nivel se encuentra en los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales.

También condiciones de vivienda, y las condiciones de trabajos más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad. Estas condiciones, de situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas.

El nivel de vida de una sociedad, está determinado de la persona, vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. También las creencias culturales de diferentes lugares de la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (37).



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

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

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



pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar.

**a). Determinantes estructurales**

Los determinantes estructurales son muy importantes, ya que son los que influyen significativamente en la estratificación, como la distribución de ingresos y la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad, creencias, orientación sexual e identidad de género). La estratificación de la población configura las oportunidades en salud y los resultados en salud, ya que sitúa a las personas en posiciones desiguales de poder, prestigio y acceso a los recursos. Según la posición en la sociedad, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo su salud, influyendo a través de factores más específicos o intermedios (determinantes intermedios) como las condiciones de trabajo y de vivienda, disponibilidad alimentaria, factores conductuales (“estilos de vida”) y psicosociales, o los propios sistemas de salud (38).

**b). Determinantes intermediarios.**

La estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores son: a) las circunstancias materiales, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia, las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control, etc. Los factores conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud, el sistema de salud, pues, aunque los servicios sanitarios contribuyen muy poco a las desigualdades en salud, el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los

derechos humanos. Además, el pago de los servicios de salud puede llevar a la pobreza a la población de estas clases sociales (39).

**c). Determinantes proximales.**

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

Influencias comunitarias y soporte social: Los factores sociales y de soporte social influyen las preferencias individuales sobre el cuidado y la valoración de la salud. Se sabe, que el nivel de participación a nivel social es determinante en problemas de salud (40).

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad (36).

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

respectivas definiciones, son los siguientes (41).

**Mi salud:** la salud puede ser entendida, en una primera aproximación, como un estado de equilibrio no solamente físico, sino también psíquico y espiritual. En este sentido se puede decir que la salud es uno de los anhelos más esenciales del ser humano (42).

**Comunidad:** la comunidad de una manera unívoca o estricta, ya que es un concepto que tiene que ver sobre todo con relaciones, con la forma que tengamos de vernos en el mundo. Ya que en definitiva el término comunidad, como tal, tiene sentido en un contexto, en un entorno, en un espacio y situación en el que las personas se sientan identificadas con él y con lo que supone (43).

**Servicios de salud:** La mayor utilización de servicios por parte de las mujeres no es una constante en todos los grupos sociales. Por el contrario, la naturaleza y la magnitud de las diferencias por sexo en la utilización de servicios de salud son mediadas por factores de ingreso económico, edad, etnia y lugar de residencia, así como por variables ligadas al tipo de esquema de financiamiento y organización de tales servicios (44).

**Educación:** El proceso educativo se materializa en una serie de habilidades y valores, que producen cambios intelectuales, emocionales y sociales en el individuo. De acuerdo al grado de concienciación alcanzado, estos valores pueden durar toda la vida o sólo un cierto periodo de tiempo (45).

**Territorio (ciudad):** es una porción de la superficie terrestre que pertenece a un país, una provincia, una región, etc. El término puede hacerse extensivo a la tierra o terreno que posee o controla una persona, una organización o una institución (45).

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (46).

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y Nivel de investigación**

Cuantitativo: Son aquellas que pueden ser medidas en términos numéricos (47)

Descriptivo: Especificaciones, propiedades, característicos y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice y recibe tendencias de un grupo o población (48).

#### **3.2. Diseño de investigación**

Diseño de una sola casilla: utilizan un solo grupo con el objetivo de obtener un informe aislado de lo que existe en el momento del estudio sirve para resolver problemas de identificación (49, 50).

#### **3.3. Población Muestral**

Estuvo conformado por 122 adultos de ambos sexos que residen en el Centro Poblado Chinchil – Marañón – Huánuco. (ANEXO N° 01).

##### **Unidad de análisis**

Los adultos que residen en el Centro Poblado Chinchil – Marañón – Huánuco, que forman parte de la muestra y responden a los criterios de investigación.

##### **Criterios de Inclusión**

- Adulto que viven más de 3 a años en el Centro Poblado Chinchil – Marañón – Huánuco.

- Adultos sanos del Centro Poblado Chinchil – Marañón – Huánuco.
- Adulto que tuvo disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

**Criterios de Exclusión:**

- Adulto del Centro Poblado Chinchil – Marañón – Huánuco que tuvo algún trastorno mental

**3.4. Definición y Operacionalización de variables**

**I.DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO**

**Edad**

**Definición Conceptual.**

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio (50).

**Definición Operacional**

Escala de razón:

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

**Sexo**

**Definición Conceptual.**

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (51).

**Definición Operacional**

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

## **Grado de Instrucción**

### **Definición Conceptual**

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (52).

### **Definición Operacional**

Escala Ordinal

- Sin nivel e instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria incompleta / secundaria completa
- Superior universitaria incompleta
- Superior no universitaria incompleta

## **Ingreso Económico**

### **Definición Conceptual**

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (Monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (53).

### **Definición Operacional**

Escala de razón

- Menor a 750 soles
- De 750 a 1000
- De 1001 a 1400
- De 1401 a 1800
- De 1801 a mas

## **Ocupación**

### **Definición Conceptual**

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (54, 55).

### **Definición Operacional**

Escala Nominal

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

## **II.DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO**

### **FISICO**

#### **Vivienda**

##### **Definición conceptual**

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (56).

##### **Definición operacional**

- Vivienda unifamiliar
- Vivienda multifamiliar
- Vecindad, quinta, choza, cabaña
- Local no destinado para habitación
- Otros

##### **Tenencia de vivienda**

- Alquiler
- Cuidador/alojamiento
- Plan social (dan casa para vivir)
- Alquiler/ venta
- Casa propia



**Material del piso:**

- Tierra
- Entablado
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos
- Lámina asfáltica
- Parquet

**Material del techo:**

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

**Material de las paredes:**

- Madera, estera
- Adobe
- Estera adobe
- Material noble, ladrillo, cemento

**Nº de personas en un dormitorio**

- 4 a más miembros
- 2 a más miembros
- Independiente

**Abastecimiento de agua**

- Acequia
- Cisterna
- pozo
- Conexión domiciliario

**Eliminación de excretas**

- Aire libre
- Acequia, canal

- Letrina
- Baño publico
- Baño propio
- Otros

#### **Combustible para cocinar**

- Gas, electricidad
- Leña, carbón
- Bosta
- Tuza(coronta de maíz)
- Excremento de vaca

#### **Tipo de alumbrado de la vivienda**

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

#### **Disposición de basura**

- A campo abierto
- Rio
- En pozo
- Se entierra, quema, carro recolector

#### **Con que frecuencia recogen la basura**

- Diariamente
- Todas las semana pero no diariamente
- Al menos 2 vez al por semanas
- Frecuencia de recojo de basura por su casa
- Diariamente, al menos 5 días por semana
- Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas

### **Suelen eliminar la basura en algún lugar**

- Carro recolector
- Montículo o campo abierto
- Contenedor específico de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros

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

### **Definición Conceptual**

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (57).

### **Definición operacional**

Escala nominal

### **Hábito de fumar**

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

### **Frecuencia de ingesta de bebida alcohólica**

- Diario
- Dos a tres veces por semana
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Ocasionalmente
- No consumo

### **Nº de horas que duerme**

- (06 a 08 h)
- (08 a 10 h)
- (10 a 12 h)

### **Frecuencia con que se bañan**

- Diariamente

- 4 veces a la semana
- No se bañan

### **Realiza algún examen medico**

Escala nominal

(Si) (No)

### **Realiza actividad física**

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realiza

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

- Caminar
- Gimnasia Suave
- Juego con poco Esfuerzo
- Correr
- Deporte
- Ninguno

### **Alimentación**

#### **Definición Conceptual**

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (58).

#### **Definición Operacional**

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

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

### **Definición Conceptual**

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (59)

### **Apoyo social natural**

- Familiares
- Amigos
- Compañeros espirituales
- Compañeros de trabajo
- No recibo

### **Apoyo social organizado**

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

### **Apoyo de algunas organizaciones**

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

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

#### **Definición Conceptual**

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (60).

#### **En que Institución de salud se atendió:**

- Hospital
- Centro de salud

- Puesto de salud
- Clínica particular
- Otros

**Lugar de atención atendido:**

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

**Tipo de seguro:**

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

**Espero en la atención:**

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

**La calidad de atención recibida:**

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

**Pandillaje cerca de su casa**

Escala nominal

(Si)            (No)

### **3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:**

#### **Técnicas**

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

#### **Instrumento**

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

#### **Instrumento N° 01**

El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Chinchil – Marañón – Huánuco, que estaba constituido por 35 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO N° 01).

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes de salud biosocioeconómico: (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo). Los determinantes relacionados con el entorno físico: (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), de los adultos del Centro Poblado Chinchil – Marañón – Huánuco.
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales: (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), alimentos que consumen las personas, de los adultos del Centro Poblado Chinchil – Marañón – Huánuco.

- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social, de los adultos del Centro Poblado Chinchil – Marañón – Huánuco.

#### **Control de Calidad de los datos:**

#### **EVALUACIÓN CUALITATIVA:**

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

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas. (Ver anexo N° 02)

#### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

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



fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

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

Dónde:

x: Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú (61).

### **Confiabilidad interevaluador**

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (62). (Ver anexo N° 3)

### **3.6. Procesamiento y Análisis de Datos:**

#### **Procedimiento de recolección de datos:**

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

- Se informó y se pidió el consentimiento de los adultos del Centro Poblado Chinchil, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los adultos del Centro Poblado Chinchil con

disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.

- Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulto
- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adulto.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa por cada adulto.

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

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 20 en tablas simples con sus respectivos gráficos para cada tabla.

### **3.7. Principios éticos**

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (63).

#### **Anonimato**

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos del Centro Poblado Chinchil – Marañón – Huánuco que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.

#### **Privacidad**

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos del Centro Poblado Chinchil, siendo útil solo para fines de la investigación.

#### **Honestidad**

Se informó a los adultos del Centro Poblado Chinchil los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

#### **Consentimiento**

Solo se trabajó con los adultos del Centro Poblado Chinchil que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo N° 04).

#### IV. RESULTADOS:

##### 4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS

**TABLA 1**

*DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL-MARAÑÓN-HUÁNUCO, 2015.*

		Conclusión
<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	49	40,2
Femenino	73	59,8
Total	122	100,00
<b>Edad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Adulto joven (20 a 40 años)	28	23,0
Adulto maduro (40 a 64 años)	74	60,7
Adulto mayor (65 en adelante)	20	16,4
Total	122	100,00
<b>Grado de instrucción</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
sin nivel e instrucción	31	25,4
Inicial/primaria	37	30,3
secundaria completa /incompleta	38	31,1
Superior universitaria	6	4,9
Superior no universitaria	10	8,2
Total	122	100,00
<b>Ingreso económico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
menor de 750	108	88,5
De 751 a 1000	2	1,6
De 1001 a 1400	5	4,1
De 1401 a 1800	7	5,7
De 1801 a mas	0	0,0
Total	122	100,00
<b>Ocupación</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Trabajador estable	15	12,3
Eventual	90	73,8
Sin Ocupación	12	9,8
Jubilado	0	0,0
Estudiante	5	4,1
Total	122	100,00

**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

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

**TABLA 2**

*DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS  
ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL-MARAÑÓN-HUÁNUCO, 2015.*

<b>Tipo de vivienda</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Vivienda unifamiliar	83	68,0
Vivienda Multifamiliar	39	31,9
Vecindad, quinta , choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	122	100,00
<b>Tenencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alquiler	1	0,8
Cuidar/Alojado	0	0,0
Plan social (dan casa para vivir )	0	0,0
Alquiler / venta	0	0,0
Casa Propia	121	99,2
Total	122	100,00
<b>Material del piso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tierra	122	100,0
Entablado	0	0,0
Loseta, Vinílicos o sin vinílicos	0	0,0
Laminas asfálticas	0	0,0
Parquet	0	0,0
Total	122	100,00
<b>Material del techo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Madera , estera	0	0,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	0	0,0
Material Noble , Ladrillo, cemento	0	0,0
Eternit	122	100,0
Total	122	100,00

Continúa...

*DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL-MARAÑÓN-HUÁNUCO, 2015.*

<b>Material de las paredes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Madera ,estera	0	0,0
Adobe	122	100,0
Estera y adobe	0	0,0
Material Noble, Ladrillo, Cemento	0	0,0
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100,00</b>
<b>Nº de Personas en dormitorio</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
4 a más Miembros	37	30,3
2 a 3 Miembros	56	45,9
Independiente	29	23,8
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100,00</b>
<b>Abastecimiento de agua</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0
Pozo	0	0,0
Red publica	0	0,0
Conexión domiciliaria	122	100,0
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100,00</b>
<b>Eliminación de excretas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aire libre	5	4,1
Acequia ,canal	0	0,0
Letrina	117	95,9
Baño Publico	0	0,0
Baño Propio	0	0,0
Otros	0	0,0
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100,00</b>
<b>combustible para cocinar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Gas, Electricidad	0	0,0
Leña, Carbón	122	100,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100,00</b>

Continúa...

*DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL-MARAÑÓN-HUÁNUCO, 2015.*

Conclusión		
<b>Energía eléctrica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sin energía	0	0,0
Lámpara(no eléctrica )	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	0	0,0
Energía Eléctrica Permanente	122	100,0
Vela	0	0,0
Total	122	100,00
<b>Disposición de basura</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
A campo Abierto	67	54,9
Al Río	5	4,1
En un pozo	14	11,5
Se entierra, quema, carro recolector	36	29,5
Total	122	100,00
<b>Con que frecuencia recogen la basura</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Diariamente	0	0,0
Todas las semanas pero no diariamente	0	0,0
Al menos 2 veces por semana	0	0,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	122	100,0
Total	122	100,00
<b>Suelen eliminar la basura en algún lugar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Carro recolector	0	0,0
Montículo o Campo Limpio	71	58,2
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	51	41,8
Total	122	100,00

**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

#### 4.1.3 DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

**TABLA 3**

*DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL-MARAÑÓN-HUÁNUCO, 2015.*

<b>Actualmente fuman los adultos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	12	9,8
No fumo actualmente, pero he fumado antes	29	23,8
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	81	66,4
Total	122	100,00
<b>Frecuencia que ingiere bebida alcohólica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Diario	0	0,0
Dos o tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	3	2,5
Una vez al mes	12	9,8
Ocasionalmente	23	18,9
No consumo	84	68,9
Total	122	100,00
<b>Horas que duerme</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
(06 a 08 h)	68	55,7
(08 a 10 h)	54	44,3
(10 a 12 h)	0	0,0
Total	122	100,00
<b>Frecuencia con que se baña</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Diariamente	12	9,8
4 veces a la semana	78	63,9
No se Baña	32	26,2
Total	122	100,00
<b>Se realizó algún examen medico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	53	43,4
No	69	56,6
Total	122	100,00

Continúa...

*DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL-MARAÑÓN-HUÁNUCO, 2015.*

<b>Realiza actividad física</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Caminar	59	48,4
Deporte	34	27,9
Gimnasio	0	0,0
No realiza	29	23,8
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100,00</b>
<b>Actividad física los dos últimas semanas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Caminar	67	54,9
Gimnasia Suave	0	0,0
Juego con poco esfuerzo	1	0,8
Correr	8	6,6
Deporte	29	23,8
Ninguno	17	13,9
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100,00</b>

*DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL-MARAÑÓN-HUÁNUCO, 2015.*

Conclusión

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Frutas	17	13,9	66	54,1	38	31,1	1	0,8	0	0	122
Carne	7	5,7	28	23,0	87	71,3	0	0	0	0	122
Huevos	4	3,3	85	69,7	9	7,4	24	19,7	0	0	122
Pescado	0	0	0	0	1	0,8	2	1,6	119	97,5	122
Fideos, arroz	116	95	4	3,3	2	1,6	0	0	0	0	122
Pan	25	20,5	60	49,2	37	30,3	0	0	0	0	122
Verduras	13	10,7	102	83,6	7	5,7	0	0	0	0	122
Otros	12	9,8	28	22,9	46	37,7	23	18,8	13	10,6	122

**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.



#### 4.1.4 DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

**TABLA 4**

*DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL-MARAÑÓN-HUÁNUCO, 2015.*

<b>En que Institución de salud se atendió</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hospital	2	1,6
Centro de salud	10	8,2
Puesto de salud	109	89,3
Clínica Particular	1	0,8
Otros	0	0,0
Total	122	100,00
<b>Distancia de lugar de atención de salud</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy cerca de su casa	22	18,0
Regular	70	57,4
Lejos	18	14,8
Muy lejos de su casa	2	1,6
No sabe	10	8,2
Total	122	100,00
<b>Tipo de seguro</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ESSALUD	14	11,5
SIS-MINSA	108	88,5
Sanidad	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	122	100,00
<b>Que tiempo espero para que lo atendieran</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy largo	1	0,8
Largo	13	10,7
Regular	53	43,4
Corto	29	23,8
Muy corto	10	8,2
No sabe	16	13,1
Total	122	100,00

Continúa...

*DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y  
COMUNITARIAS DE LOS LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL-  
MARAÑÓN-HUÁNUCO, 2015*

		Conclusión
<b>calidad de Atención que recibió</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy buena	27	22,1
Buena	57	46,7
Regular	24	19,7
Mala	9	7,4
Muy mala	1	0,8
No sabe	4	3,3
Total	122	100,00
<b>Pandillaje cerca de la vivienda</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	0	0,0
No	122	100,0
Total	122	100,00

**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

**TABLA 5**

*DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y  
COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL-  
MARAÑÓN-HUÁNUCO, 2015.*

	Conclusión	
<b>Apoyo social natural</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Familiares	107	87,7
Amigos	7	5,7
Vecinos	4	3,3
Compañeros espirituales	2	1,6
Compañeros de trabajo	1	0,8
No recibo	1	0,8
Total	122	100,00
<b>Apoyo social Organizado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Organizaciones de ayuda al enfermo	1	0,8
Seguridad social	5	4,1
Empresa para la que trabaja	2	1,6
Institución de acogida	0	0,0
Organización de voluntariado	0	0,0
No recibo	114	93,4
Total	122	100,00

**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

**TABLA 6**

*DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y  
COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL-  
MARAÑÓN-HUÁNUCO, 2015.*

	Conclusión	
<b>Apoyo social Organizado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pensión 65	15	12,3
Comedor popular	0	0,0
Vaso de Leche	20	16,4
Otros	87	71,3
Total	122	100,00

**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

#### 4.1. Análisis de Resultados:

##### TABLA 1

En cuanto a los determinantes de salud biosocioeconómicos de los adultos del Centro poblado Chinchil- Marañón- Huánuco, 2015. El 59,8% (73) son de sexo femenino, el 60,7% (74) están en la etapa adulto maduro comprendida de (40 a 64), el 31,1%(38) tienen grado de instrucción de Secundaria completa/incompleta, el 88,5%(108) tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles, el 73,8% (90) tienen ocupación eventual.

Estos resultados se asemejan a los resultados encontrados por Uchazarra M, (64). En su estudio “Determinantes de Salud en la Persona Adulta del Centro Poblado Menor los Palos, Tacna 2013”. Se observa que el 56,7% de la población encuestada son sexo femenino, el 49,8% están en la etapa adulto maduro comprendida de (30 a 59 años 11 meses 29 días), el 62,4% tiene grado de instrucción de secundaria completa/secundaria incompleta, el 55,5% tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles, el 98,8% tiene la ocupación eventual.

Así mismo se asemejan con el estudio realizado por Dueñas J, (65). En su estudio “Determinantes de Salud en las Personas Adultas de la Junta Vecinal las Begonias- Tacna, 2013”. Se observa que, el 56,6% son de sexo femenino, el 50,8% se encuentran en la etapa adulto maduro que va entre la edad de (40 a 64 años), el 53,1% tienen grado de instrucción Secundaria Completa/Incompleta, el 51,4% tiene un ingreso económico menor de 750 soles, y el 53,1% tienen trabajo

eventual.

Por último, encontramos en la presente investigación se asemejan a lo encontrado por Alejos M, (66). En su estudio “Determinantes de Salud de la Persona Adulta. Pueblo Joven la Unión - Chimbote, 2013”. Donde se observa que el 57% son de sexo femenino, el 60% son adultos maduros comprendida de (40 a 64 años), el 65% tienen grado de instrucción secundaria completa / incompleta y el 60% presenta un trabajo eventual.

Así mismo se asemejan a lo obtenido por Garay N, (67). En su investigación “Determinantes de salud en la persona Adulta de la Asociación el Morro II. Tacna, 2013”. En la cual se reporta que el 71,6% de la población encuestada están en la etapa adulto maduro de (30 a 59 años 11 meses 29 días) y el 62,7% son de sexo femenino, se observa también que el 56,4% tiene grado de instrucción secundaria completa e incompleta. En lo que respecta al ingreso económico el 57,2% cuenta con ingreso menor de 750 nuevos soles, y el 66,1% presenta un trabajo eventual.

Los resultados de la siguiente investigación difieren al estudio obtenido por Sobrevilla V, (68). Determinantes de Salud en la Persona Adulta del Caserío Somate Bajo-Bellavista-Sullana, 2013”. Donde concluyó que, en los factores biológicos, el 50,1% son adultos jóvenes y el 67,4% son del sexo masculino, en los factores culturales el 38,8% tienen un grado de instrucción de inicial/primaria, en los factores sociales el 39,5% son obreros y un 39,5% tienen un ingreso económico de 1001 a 1400 nuevos soles.

Encontramos que los resultados difieren con el estudio encontrado por Abanto A, (69). En su estudio “Determinantes de Salud en Adultos Mayores con Diabetes, Hipertensión. A.H. Villa España, Chimbote, 2012”. Donde se muestra, 62,5% son sexo masculino; El 100% son adulto mayor; el 65% tienen nivel de instrucción inicial/primaria, el 98,7% ingreso económico de 750 a 1000 soles, el 31,2% son trabajadores estables.

Otro estudio que difiere es el de Romero E, (70). Sobre “Determinantes de salud Biosocioeconómicos de la Asociación Pro vivienda -Barrio sur Urbanización Los Titanes I etapa -Piura, 2013”. Se observa que un 70% de las mujeres encuestadas son adultas maduras de 30 a 59 años, el 70% tienen grado de instrucción superior universitario, el 53% tienen ingreso económico familiar de 751 a 1000 soles y el 59% un trabajo estable.

De igual forma difieren con lo obtenido por Alvarado Y, (71). Con respecto a los “Determinantes de Salud en los Adultos Mayores pueblo Joven la Esperanza Baja - Chimbote, 2013”. Se muestra que, de los 120 adultos mayores encuestados, el 51,7% son de sexo masculino; así mismo el 55,83% inicial/primaria; de igual modo el 57,5% del ingreso económico es de 751 a 1000 soles; así mismo el 42,5% es jubilado.

Así mismo estos resultados también difieren a lo encontrado por Domínguez H, (72). En su estudio denominado “Determinantes de Salud en Adultos con Cáncer de Pulmón, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2012”. Donde concluye que el 83% son del sexo masculino, el 67% son adultos

mayores, el 80 % tiene un ingreso económico entre 751 a 1400 soles, el 40% son jubilados; pero se asemeja en el grado de instrucción donde el 37% tienen secundaria completa/secundaria incompleta.

En biología, el sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos). La reproducción sexual implica la combinación de células especializadas llamadas gametos para formar hijos que heredan rasgos de ambos padres. El sexo de un organismo se define por los gametos que produce: los sexos masculinos producen gametos masculinos (espermatozoides) mientras que los de sexos femeninos producen gametos femeninos (óvulos) (73).

Así mismo el sexo refiere a aquella condición de tipo orgánica que diferencia al macho de la hembra, al hombre de la mujer, ya sea en seres humanos, plantas, animales. La palabra sexo descende del latín *dividir* originalmente se refiere nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre (74).

También la edad, con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales (75).

Se considera adulto maduro entre los 35 y 60 años, en esta etapa el individuo



alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico. Su personalidad y su carácter se presentan relativamente firmes y seguros con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad y ejerce plenamente su actividad profesional, cívica y cultural, es un periodo en el que muchas parejas son padres, y día a día luchan por salir adelante (76).

En relación al grado de instrucción, es el proceso de aprendizaje que se desarrolla en el aula, de forma específica, de la transmisión de conocimientos por parte del profesor y de la adquisición de esos conocimientos del alumno. por medio de instrucción, en clases, el maestro va formando y desarrollando habilidades, destrezas y hábitos en el alumno (77).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática, define al grado de instrucción como las etapas educativas del sistema educativo, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos. Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de Educación General Básica y Polimodal) (78).

El Ingresos económico son todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto 50 monetarios como no monetarios que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de

consumo-ganancia (79).

Este concepto se usa en el contexto de la Economía y las finanzas públicas. Cantidad de Dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de Ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás (80).

La ocupación como el conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de abajo, independientemente de la rama de actividad donde aquella se lleve a cabo. Se concreta en un conjunto de puestos donde se realiza un trabajo similar, siendo el bien que se produce de idénticas características. Se requiere para su desempeño una formación, conocimientos, capacidades y experiencia similares (81).

Así también ocupación es el oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas en el trabajo. El empleado es la persona que desempeña un trabajo a cambio de un salario (82).

En la investigación realizada en el Centro Poblado Chinchil–Marañón-Huánuco, se encontró que las personas adultas están constituidas mayoritariamente por migrantes de los anexos de Papahirca y sus alrededores, tienen características socioeconómicas particulares, asimismo presentan similares

aspectos como etapa adulto maduro, sexo femenino, y cuentan con un ingreso económico menor a 750 soles. La mayoría de la población se dedica a la agricultura, ganadería.

Se encontró en la etapa de recolección de datos, que el mayor porcentaje es de sexo femenino, esto quizá porque los varones salen a trabajar por varios días fuera de la localidad y al momento de realizar la encuesta se encontró en su mayoría a las mujeres. Porque las mujeres de esta zona urbana se quedan en sus viviendas realizando labores domésticas como: cocinar, lavar, cuidar de los hijos, etc. mientras que los varones trabajan casi todo el día, encontrándose solo en las noches.

Puede ser que los varones no son sociables con la sociedad tampoco para las visitas, siempre vemos que en las comunidades la mayoría de las mujeres son más habladoras, sociables, amables y te abren las puertas de sus casas cuando hay visitas familiares, espirituales, etc. También vemos en las reuniones que organizan la comunidad, los centros educativos acuden pocos varones porque no les interesa más les interesa sus trabajos y otros quehaceres del día, las mujeres están las primeras que se presentan en las charlas y en capacitaciones que organiza la comunidad. Porque sus esposos les mandan puntualmente para que escuchen las capacitaciones y así para que les informe a los demás.

En cuanto a la edad la mayoría es adulto maduro esto se debe que hay jóvenes que migran de las zonas rurales a la ciudad a otros departamentos a estudiar, a conocer lugares y trabajar por la falta de economía así para poder

apoyar a sus familias. Esto se ve más en las comunidades rurales los hijos salen a trabajar, y regresan solo en vacaciones de visita a otras responsabilidades que cumplir. porque en la actualidad los padres orientan a sus hijos para que tenga una vida mejor que ellos llevan hacen lo posible para culminen sus estudios superiores y que puedan tener las mejores oportunidades de empleo y así mejorar su calidad de vida.

Al analizar la variable grado de instrucción se evidencia menos de la mitad solo tienen secundaria completa/ incompleta, probablemente se debe a que formaron sus familias muy jóvenes. También puede ser que antiguamente los padres no querían que las mujeres estudien porque pensaban que sus hijas serían engañadas maltratadas por los hombres, por la distancia de ubicación de institutos educativos, por el miedo de dejarlas solas en otras provincias y así los padres criaban a las hijas solo en casa enseñándole de los quehaceres del hogar como en cocina o en tejidos, bordados y les ayudaban a sus madres así para que estén preparados para el futuro, pero a los varones si les mandaban en los colegios para que estudien y salgan adelante para respaldo del futuro de la familia. Por ese motivo vemos en las comunidades rurales el analfabetismo es mayor en las mujeres.

Cabe destacar que estos adultos maduros no culminaron con sus estudios por diversos factores que puede ser problemas económicos, familiares, quizás también se debe a que anteriormente la mayoría de padres tenían varios hijos en el cual solo llegaban a tener estudios secundarios ya que económicamente no alcanzaba el dinero para hacer que todos ellos hagan una carrera profesional,

dado esto solamente llegaban a culminar la secundaria, por tal motivo los hijos se dedicaban en trabajar con los padres.

También puede ser por enfermedades o la responsabilidad del hogar, no les gusta el estudio, por el consumo de alcohol a temprana edad. Además, antes no existía colegios en la comunidad para que pueden estudiar y culminar sus estudios secundarios las instituciones educativas se encontraban ubicadas en las provincias, no había la movilidad para el traslado por lo tanto solo se dedicaban a crianza de los animales o ayudar a los padres en los diferentes trabajos que ellos realizaban a diarios en su vida cotidiana para así puedan sustentar sus gastos en sus hogares. Como vemos ahora no obstante cabe destacar que la educación en un derecho que le pertenece a toda persona es por ello que el gobierno implementa la educación para que todos aquellos que desean estudiar.

También según el resultado encontrado al ingreso económico, la mayoría de estos adultos maduros no han logrado estudiar una carrera profesional es por ello no tienen un trabajo estable un ingreso económico mensual, lo cual cabe destacar que este ingreso que tiene cada familia de la población, solo cubre sus necesidades básicas del hogar como el pago de luz, agua, pero no cubre otras necesidades como mantener un acceso a los servicios de salud privados, limitar a tener una alimentación saludable. Porque la mayoría las personas son agricultores más se dedican en las chacras por que no cuentan con un trabajo seguro por eso no tienen un ingreso económico de alta cantidad. También se ve por la ubicación, en esa comunidad no hay trabajos estables de una empresa de minas que puede facilitar beneficios como el seguro integral salud y un sueldo fijo, así que pueden

cambiar los ingresos económicos de las familias.

En relación a la ocupación de los adultos los resultados encontrados muestran que la mayoría los adultos tienen trabajos eventuales, esto se relaciona con el grado de instrucción que tienen, ya que ellos no han podido lograr estudiar una carrera profesional, por esta razón solo se dedican a trabajar en diversas actividades como peones, albañiles, carpinteros y molineros y otros; percibiendo como ingreso económico una suma menor a 750 soles para que puedan solventar sus gastos diarios. Puede ser porque no hay trabajos que puede facilitar a las personas en la localidad misma para que puedan ganar más la economía.

En conclusión, en la presente tabla de los determinantes biosocioeconómicos observados en la población de estudio de adultos tan solo han concluido el nivel secundario, no lo están tomando importancia a la educación más se dedican en las cosas materiales de tener una buena casa, en trabajo en chacras entre otros. Además, la mayoría de los adultos no tienen trabajo estable con un ingreso bajo esto conlleva a un estilo de vida no saludable. En base a estos estudios realizados se podría incentivar a esta población a seguir haciendo estudiar a sus hijos y de esta manera mejorar esta problemática.

## **TABLA 2**

En cuanto a los determinantes de salud relacionados con el entorno físico de los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón-Huánuco, el 68%(83) tienen viviendas unifamiliares, 99,2% (121) tienen casa propia, 100% (122) piso tierra,

100% (122) techo de eternit, 100% (122) paredes de adobe, 45,9% (56) comparten 2 a más miembros el dormitorio, 100% (122) tiene agua de conexión domiciliaria, 95,9% (117) tienen letrina, 100% (122) cocinan con leña, 100% (122) tienen energía eléctrica permanente, 54,9% (67) eliminan la basura a campo abierto y el 100% (122) refieren que el carro de recolector de basura pasa por su casa 1 vez al mes pero no todas las semanas, finalmente el 58,2% (71) suelen eliminar la basura montículo o campo limpio.

Los resultados de la siguiente investigación que asemejan a los estudios obtenidos por Martínez J, (83). En su estudio “ Determinantes de Salud en la Persona Adulta en el Caserío de Pitayo–Lancones–Sullana, 2013”.Se observa que el 87,1% tiene vivienda de tipo unifamiliar, el 87,1% tiene tenencia propia, el 92,2% su material del piso es de tierra, el 56,4% tiene material de techo calamina, el 76,4% tiene material de paredes de material adobe, el 62,8% tienen habitación 2 a 3 miembros, el 54,2% se abastece de agua con conexión domiciliaria, el 57,1% tiene letrina, el 50% utiliza leña, carbón para cocinar, el 97,1% tiene energía eléctrica permanente, el 57,1% disponen de la basura a campo abierto, el 83% opinan que pasan recogiendo la basura al menos 1 vez al mes pero no todos las semana, el 49,9% eliminan la basura en otros.

Estos resultados son similares con los encontrados por Neira Y, (84). En su estudio “Determinantes de Salud en la Mujer Adulta en el Caserío Quispe, Huancabamba –Piura”.2013. Se destacó que el 69% tienen vivienda unifamiliar , el 69% tiene vivienda unifamiliar, el 94% vivienda propia, el 100% piso de tierra, el

76% techo de eternit/ teja, el 100% tiene paredes de adobe, el 67% duerme de 2-3 personas en una sola habitación, el 99% abastecimiento de agua conexión domiciliaria , el 67%, tienen letrina, el 100% cocinan con leña, el 66% energía eléctrica permanente , el 100% elimina la basura en el campo abierto , el 100% no pasa carro recolector, y el 100% eliminan en otro lugar la basura.

También los resultados que asemeja a los estudios obtenidos por Ortiz M, (85). En su estudio “Determinantes de Salud de los Adolescentes del Caserío Alto de los Castillos la Arena-Piura, 2013”. Se observa que el 45,1% tienen vivienda unifamiliar, el 73% casa propia, el 69,3 % piso de tierra, el 89,3% techo de eternit, el 68,4% paredes de adobe, 49,3% descansan entre 2 a 3 miembros, el 49,3% abastecimiento de agua conexión domiciliaria, 44,2% poseen letrina, el 57,2% usan leña o carbón como combustible para cocinar, el 70,7% energía eléctrica permanente, 92,6% eliminación la basura se entierra, quema, y el 46% manifiestan que el carro de recolector pasa 1 o 2 veces al mes.

Así mismo estos resultados coinciden por Espinoza J, (86). En su estudio “Determinantes la salud en Adultos Varones Maduros Obesos A.H Villa Victoria-Chimbote, 2012”. Se observa que el 100% de personas adultas tienen vivienda unifamiliar; el 100% tienen casa propia; el 100% material del piso es de tierra ; el 82,5% el material de techo es de estera y adobe; el 71,2% el material de paredes es de estera y adobe; 76% duermen en una habitación de 2 a 3 miembros; 90% tienen baño propio; el combustible para cocinar, el 98,7% utilizan gas; 100% (80) utilizan energía eléctrica permanente; el 100% la disposición de la basura lo queman,



entierran o en el carro de basura; el 100% la frecuencia que pasa el carro recolector de basura por su casa es toda las semanas pero no diariamente; y el 100% adultos eliminan su basura en carro recolector.

Estos resultados difieren al estudio de Salazar J, (87). En su estudio “Determinantes de Salud en las Personas Adultas del Pueblo Joven San Martín-Tacna, 2013”. En donde: La mayoría tiene 81,9% con tipo de vivienda multifamiliar, más de la mitad tenencia propia con el 54,4%, así como en su mayoría 99% de material de paredes de la vivienda noble ladrillo y cemento, un poco más de la mitad 52,5% número de habitación 2 a 3 miembros. Servicios básicos con la mayoría 100% con abastecimiento de agua con conexión domiciliaria, en su mayoría 99% con baño propio, con una mayoría 100% utilizan como combustible para cocinar gas, mayormente 100% de tipo de alumbrado público eléctrico, disposición de basura, la mayoría 100% quema, o utiliza carro recolector, mayoría 100% refiere que la frecuencia con que pasan recogiendo la basura es diario, y en su mayoría suele eliminar su basura en el carro recolector con el 100%.

Así mismo estos resultados defieren a lo encontrado por Rosales J, (88). En su estudio “Determinantes de salud en Adultas jóvenes del P. J “la Victoria” – Chimbote, 2013”. Se observa que en el material de piso el 89% es de cemento, 94% concreto armado; el 96% material de las paredes es de cemento; el 85% duermen 3 miembros en una sola habitación. Según el abastecimiento de agua, el 100% cuentan con red pública dentro de su vivienda, el 100% de los encuestados manifiestan que tiene un baño propio para la eliminación de excretas; 100% utiliza gas para cocinar; 100% tiene alumbrado público eléctrico; el 92% refieren que el carro recolector de la

basura pasa todas las semanas pero no diariamente, sin embargo difieren en pertenencia de vivienda y eliminación de basura debido a que el 82%, el 99% suelen eliminar en los contenedores de basura.

Difieren con el estudio de Gamarra C, (89). En su estudio relacionado con “Determinantes de salud en la Persona Adulta en el Asentamiento Humano Santa Teresita -Sullana, 2013”. Se observa que el 89% tiene vivienda de tipo unifamiliar, el 96,5% tiene tenencia propia, el 67,6% su material del piso es de loseta, vinílicos o sin vinílicos, el 61,1% tiene material de techo eternit, el 96,5% tiene material de paredes de material noble y ladrillo y cemento, el 69,6% tienen habitación independiente, el 75,6% se abastece de agua con conexión domiciliaria, el 100% tiene baño propio, el 100% utiliza gas electricidad para cocinar, el 100% tiene energía eléctrica permanente, el 100% disponen de la basura al carro recolector, el 100% opinan que pasan recogiendo la basura todas las semanas pero no diariamente, el 100% eliminan la basura al carro recolector.

Se entiende que la vivienda unifamiliar es aquella en la que una única familia ocupa el edificio en su totalidad, a diferencia de las viviendas colectivas. Es una edificación desarrollada para ser ocupada en su totalidad por una sola familia, y pueden ser aisladas, pareadas o adosadas. Urbanísticamente genera áreas de baja densidad, con bajo impacto ambiental y de infraestructuras de servicios, además de tráfico vehicular poco significativo (90).

Así mismo la vivienda unifamiliar es aquella vivienda en la que habita una familia por lo general de uno o más pisos esta también puede ser una residencia

habitual permanente o temporal, para una sola familia; Estas se las puede encontrar en conjuntos residenciales o en barrios normales. Su espacio por lo general la planta baja de una vivienda unifamiliar de varias alturas es fundamental y es que muchas veces nos da pereza subir las escaleras, además estas entrañan cierto peligro para los niños y puede ocurrir que en un determinado momento en la casa haya alguien que por edad o enfermedad no pueda acceder a los pisos superiores, así pues, el diseño de la planta baja es crucial para un confort garantizado de forma perenne (91).

La tenencia de vivienda es definida como el cumplimiento jurídico y también práctico del derecho a la vivienda. La tenencia adopta una variedad de formas, como el alquiler (público y privado), la vivienda en cooperativa, la vivienda en propiedad, la vivienda de emergencia y los alojamientos públicos y privados. Sea cual fuere el tipo de tenencia, todas las personas deben gozar de cierto grado de seguridad de tenencia que les garantice una protección legal contra el desahucio, el hostigamiento u otras amenazas (92).

También el material del piso se define como los elementos de terminación o acabado, utilizados en las construcciones, cuya superficie externa está sometida a la abrasión o desgaste, causado por el rozamiento de cuerpos móviles sobre esta, o al efecto erosivo de cualquier otro agente externo. La superficie de desgaste puede ser horizontal, inclinada, escalonada o curva. Los materiales muy duros, aislantes del calor y la electricidad, muy resistentes a temperaturas elevadas y a los ataques químicos y fáciles de moldear (93).

Además el material del piso es la superficie exterior de la base sólida sobre la cual se asienta la estructura de la vivienda. Se distingue: Cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombrado. Cemento o ladrillo fijo. Tierra o ladrillo suelto. Son características inherentes que permiten diferenciar un material de otros, todo aquel material inorgánico y sólido que no es ni un metal ni un polímero (94).

Por otro lado, el material de techo se define como una parte o superficie superior que funciona como protector, que cubre una determinada habitación o domicilio, cerrándola enteramente. Se trata de un elemento de protección, cuya función es la de tapar un determinado espacio o bien resguardarlo de todo aquello que se suscite en el exterior. Las cubiertas o techos pueden construirse con diversos tipos de materiales, desde fibras orgánicas hasta sofisticados metales, según el material y las especificaciones del fabricante, se establecen distintos tipos de módulos para las cubiertas (95).

Además el construcción se conoce por techo (del latín tectum y éste a su vez del verbo tejeré con significado de recubrir, cubrir, proteger) a la superficie interior, generalmente horizontal, por encima de los límites superiores de las paredes de una habitación; aunque también se le conoce como cielo a la parte interior y techo a la parte exterior. Por lo general no es un elemento estructural, sino más bien un acabado de superficie que oculta la parte inferior del piso o del techo que existe por encima de la estructura. Dependiendo del fin y tipo de construcción, el techo puede ser diseñado y construido de diversas formas y con una variedad de materiales (96).

El material de paredes es una obra de albañilería vertical que limita un espacio arquitectónico. Su forma suele ser prismática y sus dimensiones horizontales (largo) y vertical (alto) son sensiblemente mayores que su espesor (ancho). En la construcción se denominan tabiques o muros (si tienen función estructural) y se utilizan como elementos para delimitar o dividir espacios y/o sustentar los elementos estructurales superiores (muros) (97).

También el adobe y la tapia es la materia prima esencial para la fabricación tanto del adobe como de la tapia son elementos presentes en la tierra tales como la arena y las arcillas a los que se les agrega agua para hacer un barro moldeable. También se pueden añadir otros elementos tales como la paja, ramas o incluso estiércol para aumentar su cohesión. Será la diferente técnica empleada para darle la forma final al barro la que determine las diferencias entre el adobe y el tapial. Los adobes son bloques de barro elaborados con un molde, de un tamaño un poco mayor al de un ladrillo. Para conformar muros, se apilan los adobes de la misma forma como se hace con los ladrillos y para unirlos entre si se usa arcilla o cal y arena (98).

El número de personas que duermen por habitación se define como un hacinamiento agrupado (personas por habitación) que es usada, sobre todo, para el sueño o el descanso del residente u ocupante. En la mayoría de los casos, dicha habitación viene acompañada por muebles de tipo de uso compartido (cama, escritorio, armario, etc.) (99).

Además, una habitación. Es el espacio situado en una vivienda, generalmente, cerrado por paredes que se elevan desde el piso hasta el techo y que tiene por lo

menos una superficie para dar cabida a la cama de una persona adulta. El Total de habitaciones o piezas en la vivienda. Se refiere al número total de habitaciones que tiene la vivienda, sin considerar el baño, cocina, garaje ni pasadizos (100).

El saneamiento ambiental básico es el conjunto de acciones técnicas y socioeconómicas de salud pública que tienen por objetivo alcanzar niveles crecientes de salubridad ambiental. Comprende el manejo sanitario del agua potable, las aguas residuales, los residuos orgánicos tales como las excretas y residuos alimenticios, los residuos sólidos y el comportamiento higiénico que reduce los riesgos para la salud y previene la contaminación. Tiene por finalidad la promoción y el mejoramiento de condiciones de vida urbana y rural (101).

Se conoce como red de abastecimiento de agua potable al sistema que permite que llegue el agua desde el lugar de captación al punto de consumo en condiciones correctas, tanto en calidad como en cantidad. Este sistema se puede clasificar por la fuente del agua en: agua de mar, agua superficial; esta procede de lagos o ríos, agua de lluvia almacenada, agua subterránea y las aguas procedentes de manantiales naturales. Es importante tener en cuenta que esta agua antes de ser enviadas a las viviendas se transformará en agua potable, dependiendo el origen de estas, se le hará un proceso de saneamiento y desinfección (102).

También Conexión domiciliaria de agua potable tiene como fin regular el ingreso de agua potable a una vivienda. Esta se ubicará entre la tubería de la red de distribución de agua y la caja de registro. Esta modalidad de atención al usuario tiene como fin proveer el agua potable a la población. Se podrá utilizar como un servicio

comunal donde existe baja disponibilidad de agua en zona donde las viviendas se encuentran alejadas unas de otra. No es recomendable el uso de piletas en las zonas con alta densidad poblacional (103).

Así mismo la eliminación de excretas se define como el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades. Se recomienda su uso: para la disposición de excretas de manera sencilla y económica; para viviendas y escuelas ubicadas en zonas rurales o peri urbanas, sin abastecimiento de agua intradomiciliario, en cualquier tipo de clima (104).

En las zonas rurales donde no se dispone de agua corriente, el método más utilizado para la eliminación adecuada de las excretas humanas es la letrina. Se utilizan una gran variedad de ellas, con características muy propias de cada país. Las letrinas más utilizadas son las de hoyo, de depósito, sépticas, retretes químicos, etc., que difieren en cuanto al tratamiento que se da a las excretas. Por lo general, permiten un largo período de almacenamiento durante el cual ocurre la putrefacción y oxidación (105).

Se entiende que las excretas son las deposiciones que evacua el organismo humano, materia fecal y orina. La falta de condiciones higiénicas en la evacuación de las heces es un importante factor de contaminación del suelo y del agua, del medio ambiente y una fuente de enfermedades infecciosas para los humanos, en particular para la población infantil. En ellas hay microbios, parásitos y nuevos de parásitos que causan enfermedades muy graves que pueden causar la muerte (106).

También el combustible para cocinar se define como la sustancia (que tiene el atributo de arder) o fuente de energía que se utiliza con mayor frecuencia para la cocción de los alimentos. En tal sentido se diferencia: Gas de red, Gas en tubo, Gas en garrafa, Leña o carbón, Otros. El carbón es uno de los materiales más utilizados en centrales térmicas para calentar el agua de las calderas y con esta generar electricidad (107).

Además la Organización Mundial de la Salud, en su informe del 2011 (World Health Report 2011), en esta se define el uso de combustibles sólidos como la combustión de carbón y biomasa (tales como leña, carbón vegetal, estiércol, madera, o residuos de la agricultura como las cañas de maíz y otros) que debido a su disponibilidad y/o bajo costo, constituyen aun una fuente importante de energía (108).

El alumbrado público es un servicio que brindan las empresas energéticas en una ciudad, localidad, ruta y que tiene el objetivo de iluminar las calles, las rutas, los parques, los monumentos, los edificios públicos, entre otros espacios de circulación general, el control del alumbrado público está a cargo del gobierno nacional, municipal o provincial, según a quien corresponda la jurisdicción en la zona (109).

La Energía eléctrica a la forma de energía que resulta de la existencia de una potencial entre dos puntos, lo que permite establecer una corriente eléctrica entre ambos cuando se los pone en contacto por medio de un conductor eléctrico. La energía eléctrica puede transformarse en muchas otras formas de energía, tales como la energía lumínica o luz, la energía mecánica y la energía térmica (110).



La disposición de basura se define como la recepción de residuos procedentes de los distintos sectores residenciales, comerciales e industriales catalogados como ordinarios, así mismo, de los residuos procedentes del barrido de la ciudad, con el fin de ser aprovechados, recuperados, tratados y dispuestos adecuadamente, minimizando los impactos ambientales aplicando las tecnologías adecuadas disponibles (111).

El manejo inadecuado de los residuos sólidos contamina el aire, el agua superficial y subterránea, degrada y contamina los suelos cuando se vierten residuos químicos peligrosos. Los productos domésticos que contienen ingredientes corrosivos, tóxicos, inflamables o reactivos se consideran desechos domésticos peligrosos. Los productos como pinturas, limpiadores, aceites, baterías y pesticidas, los cuales contienen ingredientes potencialmente peligrosos, requieren un cuidado especial al deshacerse de ellos (112).

La frecuencia de recogida de basura se define como el primer paso a seguir en la gestión de los residuos sanitarios es su clasificación y su posterior recogida. Para ello se recomienda adoptar los siguientes criterios: La recogida de residuos sanitarios deberá atender a criterios de segregación, asepsia e inocuidad, al objeto de no trasladar la posible contaminación a otro medio receptor. Se recomienda no mezclar en un mismo recipiente residuos sanitarios de tipos diferentes, según se indica de forma explícita en algunas normativas, con la finalidad de que no supongan un aumento de su peligrosidad o su posible reciclado, ni trasvasarlos de unos recipientes a otros (113).

También la frecuencia con que recogen la basura viene hacer el servicio de disposición de residuos ordinarios que consiste en la recepción de residuos procedentes de los lugares, con el fin de ser aprovechados, recuperados, tratados y dispuestos adecuadamente, minimizando los impactos ambientales aplicando las tecnologías adecuadas disponibles (114).

Así mismo la eliminación de basura se define como la base de la prevención de infecciones entéricas. La eliminación y el tratamiento de las basuras es para algunos solo un asunto de estética y de limpieza, sin embargo, en especial en las grandes ciudades, representa un importante problema tanto por su cantidad como por las dificultades para su alejamiento y tratamiento final, el alejamiento y la disposición final de la basura se hace de distintas maneras en el medio urbano que el rural <sup>(115)</sup>.

En la investigación obtenida en los determinantes de salud relacionados con el entorno físico, en el presente estudio en los adultos del Centro Poblado Chinchil-Marañón-Huánuco, se halló la mayoría cuenta con vivienda unifamiliar, esto se debe a que cada uno de los adultos ya tienen formando sus propias familias y todo aquel que forma su familia construye su propia casa. En esta comunidad como costumbre tienen los padres cuando sus hijos se casan les dan como parte una herencia un terreno para que hagan sus propias casas así para que puedan vivir independiente de sus padres. En cuanto en las mujeres le dan los utensilios del hogar, también les dan animales como parte de herencia así que puedan criar y vender para solventar los gastos del hogar.

En cuanto la tenencia de las viviendas, se puede mencionar que casi todos los

adultos entrevistados tienen su casa propia porque tenían la necesidad de tener vivienda propia, en donde puedan convivir con su pareja e hijos independientemente de sus padres, también los adultos ya vienen viviendo desde que se formó la comunidad o en dicho lugar, y otros tuvieron la facilidad adquirir una vivienda porque tenían sus propios terrenos o la herencia de sus padres. Las viviendas son de material de piso de tierra, techo de eternit, paredes adobe, esto se debe por falta de recurso económico también puede ser por falta de acceso de carretera para que puedan trasladar los materiales como el cemento, otros materiales necesarios si tienen en la localidad mismo porque ahí hay arenas especiales para la mezcla del cemento y piedras chancadas en cuanto para el piso de la vivienda.

En cuanto el material del techo todos tienen techo de eternit como (calamina), porque el material es más económico para la comunidad y también es más accesible esta clase de materiales pueden trasladar con (mulas, caballos), y cargando ellos mismos es porque este material se puede enrollarlo como 20 calaminas, no pesa es liviano y es más protector para las lluvias torrenciales en las zonas rurales. Las paredes son de adobe; esta comunidad cuenta con todo el material necesario para la construcción de una casa en este caso la comunidad cuenta con material de (tapia). La elaboración de la construcción se empieza del muro macizo constituido con piedra arcilla y arena apilada y prensada. Para darle la forma de muro al barro y evitar que este se desmorone, así como para facilitar el prensado, se emplea una cajonera denominada tapial (tabla). Una vez colocado el tapial sobre el cimiento, se vierte el barro en su interior y se prensa. Cuando está formado el muro, la cajonera se retira y se deja secar al aire libre no se emplea energía.

Este resultado cabe destacar que muchas familias no cuentan con los recursos económicos deseados para edificar y sostener una vivienda segura, lo cual puede ser un determinante de la calidad de vida precaria en la vivienda, también puede estar asociado a factores culturales, sociales, políticas, etc.

Menos de la mitad de los adultos de dicha localidad duermen entre 2 a 3 miembros en una sola habitación, esto quizás se debe la costumbre o la cultura de la comunidad ya que muchas veces se ve en las zonas rurales los hijos están acostumbrados a dormir con sus padres o entre hermanos hasta que tengan 10 a 12 años, a partir de ello duermen separados, pero en la misma habitación. También otro factor sería que las viviendas tienen pocas habitaciones y a medida que van pasando los años las familias van creciendo. En cuanto a la costumbre de comunidad manifiestan que los hijos no pueden dormir separados de sus padres ya que no cuentan con implementos necesarios de dormitorio (catre, colchones, frazadas, colchas. etc.) y los padres no tienen la iniciativa de cambiar, por falta de conocimiento.

En cuanto el abastecimiento de agua se ha hecho un trabajo de conexión a través agua potable trasladando desde el río dulce que pertenece al caserío de estancilla aproximadamente 14 km hasta su llegada del centro poblado Chinchil. Donde cuentan con un reservorio, del cual todos cuentan con conexión domiciliaria dentro de su casa y en sus viviendas esto es porque en dicha localidad hay un sistema de agua potable que brinda el servicio de agua a toda la población que residen en dicha comunidad, y cada 30 días hacen una cloración o mantenimiento de los tanques o reservorio de agua con el apoyo de la municipalidad de Chinchil y con el personal de salud

capacitado. Todo este servicio funciona con el apoyo de la municipalidad provincial de marañón.

Se encontró todos eliminan sus excretas en letrina. Estos resultados nos estarían indicando que el primer obstáculo es la desigualdad, porque no cuentan conexión de desagüe en la comunidad ya sea por factores económicos o porque estén ubicadas en una zona rural marginal, además las autoridades municipales encargadas no realizan ninguna gestión para que haya una conexión de desagüe, ya que ellos no se preocupan en hacer gestiones sobre el saneamiento básico. El otro factor es que las personas no ponen el interés de apoyar a las autoridades y no quieren dejar que pase el desagüe por sus chacras porque piensan que les puede perjudicar a sus sembríos.

En la población en estudio se obtuvo que todos utilizan leña o carbón para cocinar. Estos resultados nos estarían indicando que el factor económico no les permite obtener combustibles más saludables, o por razones culturales que incluyen creencias y costumbres. También se ve que la leña es más económica ellos mismos cuentan con toda clase de maderas ya sea (Sauce, Molle, Pauca, Taya, cedro, etc.). La consecuencia sería cuando cocinan con leña sale mucho humo eso queda en el interior de la vivienda y son dañinos para la salud, ya que afecta especialmente el sistema respiratorio y la vista, también un problema se ve en las cocinas no mejoradas no evacúa los gases de la combustión al medio externo, porque estos humos se quedan el ambiente de la cocina y se impregnan en las paredes y techos, siendo estas últimas las que causan incendios dado que algunos casos los techos son de paja.

Por ese motivo el gobierno ha proporcionado a los beneficiarios del programa juntos con unas cocinas mejoradas es una cocina construida con materiales de adobe y que tiene una chimenea instalada en su parte trasera, una cocina mejorada tiene como principal función evacuar eficientemente los humos de la combustión al exterior de la casa.

En cuanto a la energía eléctrica todos cuentan con energía permanente, la energía eléctrica que proporciona a la comunidad es la empresa HidraAndina de esa manera facilita a las personas que tienen molinos para moler trigos, máquinas de carpintería, porque si no hay energía eléctrica permanente no podrían trabajar las personas que tienen las maquinas eléctricas como el molino para moler ya sea yuca (seco para preparar mazamorra) y trigo partido (para hacer sopa) entre otros, ya que de ello se solventan sus gastos para la alimentación y la educación de sus hijos. Maquinarias artefactos, Televisor, licuadora, refrigeradora. La energía eléctrica permanente tanto para el funcionamiento para las viviendas, el servicio de alumbrado público es en zonas donde hay concentración de población.

En relación de la disposición de basura más de la mitad de la población suelen eliminar, la basura a campo abierto, esto se debe a que el carro de recolector de basura no pasa por la zona, pero muchas casos se ve que los pobladores de dicha comunidad tienen la costumbre de botar la basura en sus huertos y chacras para que así que tengan buena cosecha de productos alimenticios porque cuando botan basura produce abono de esa forma la comunidad se satisface sus necesidades de abono no tienen que estar comprando abonos para los sembríos. También los productos que ellos tienen son naturales y ricos para el consumo ya que el sembrío no está con los

abonos de sustancias químicas porque este tipo de abono puede generar la contaminación del suelo y lo convierte en terreno poco adecuados para el cultivo.

En cuanto a frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa todos los pobladores no cuentan con el carro recolector de basura porque en esa localidad no hay acceso de carretera y por eso motivo no cuentan con el carro recolector, también esto se debe a la falta de las gestiones de la municipalidad del centro poblado Chinchil, y por falta de exigencia por parte de las autoridades de dicha localidad. Y solo cuentan con un personal de limpieza que está pendiente en limpiar las calles principales de la comunidad y no cumple su labor como debe ser porque las autoridades no están pendientes y también no pagan puntualmente por falta de presupuestos de la municipalidad. En este caso lo primordial es tener acceso de carretera para la llegada de carro recolector, con una inversión de la municipalidad, además se debe realizar una capacitación para cada poblador de como recolectar la basura, clasificando el tipo de basura en un tacho de reciclaje.

Frente a los determinantes del entorno físico se concluye que todas las personas del Centro Poblado Chinchil utilizan combustible para cocinar, leña. Así podemos afirmar que hay mayor riesgo para la salud, de contraer enfermedades respiratorias como neumonías en los niños, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, cáncer pulmonar en los adultos y envenenamientos por exposición a sustancias tóxicas.

### **TABLA 3**

En los determinantes de los estilos de vida de los adultos del Centro Poblado

Chinchil- Marañón- Huánuco, 2015. El 66,4% (81) refieren no haber fumado nunca de manera habitual, 68,9% (84) refieren que no consumen bebidas alcohólicas, 55,7% (68) suelen dormir un promedio de 6 a 8 horas diarios, 63,9% (78) refieren bañarse 4 veces a la semana, 56,6% (69) no realizan exámenes médicos periódicos, 48,4% (59) realizan actividad física el caminar y 54,9% (67) lo hacen por más de 20 minutos, en cuanto la frecuencia de consumo de los alimentos, el 54,1% (66) refieren consumir frutas 3 o veces a la semana, el 71,3% (87) carne de 1 o 2 veces a la semana, 69,7% (85) huevos de 3 o más veces a la semana, 97,5% (119) pescado nunca casi nunca, 95% (116) fideos y arroz diariamente, 49,2% (60) pan y cereales 3 o más veces a la semana y el 83,6% (102) verduras y hortalizas 3 o más veces a la semana finalmente el 37,7% (46) otro tipo de alimentos 1 o 2 veces a la semana.

Los resultados del presente estudio se relacionan con el estudio realizado por Salazar F, (116). Quien estudio “Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “P”-Huaraz, 2013”. Donde concluyeron que el 72% no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, el 69% frecuencia que consume bebidas alcohólicas es ocasionalmente, el 69% frecuencia que se baña es de 4 veces a la semana, el 95% no se realizan examen médico en un establecimiento de salud, el 85% realiza actividad física caminar, y el 40% realizan actividad física más de 20 minutos es de caminar. En cuanto a los determinantes de los estilos de vida de los adultos se muestra el mayor porcentaje de alimentos que consumen los adultos, el 55% consume fruta a diario, el 37% consumen carne de 3 o más veces a la semana, el 44% consumen pescado de 1 o 2 veces a la semana, en cuanto al consumo diario el 77% consumen verduras y hortalizas, y el 39% consumen otros a diario.



Otro resultado similar es el encontrado por Alejos M, (117). En su estudio “Determinantes de Salud de la Persona Adulta Pueblo Joven la Unión - Chimbote, 2013” en su estudio: Se observó que el 57% de las personas adultas no fuman ,ni ha fumado nunca de forma habitual , el 48 % refiere no consumir bebidas alcohólicas , el 84% duermen de 6 a 8 horas, el 58% se bañan 4 o más veces/semana, el 65% no se ha realizado examen médico periódico, el 47% la actividad física que realizan es el deporte y caminar ,el 41% la actividad física que realizo durante más de 20 minutos es caminar, en cuanto a los alimentos, el 61% consume huevos 3 más veces, el 48% consumen verduras tres veces a la semana, el 59% consumen legumbres 1 vez o 2 veces a la semana , pero defieren que el consumo de frutas, el 50% consumen diariamente, el 49% consumen carne 3 a más veces /semana, el 68% consumen embutidos una o dos veces a la semana, el 63% consumen lácteos una o dos veces a la semana.

Este resultado se asemeja con el estudio realizado por Méndez N, (118). En su estudio “Determinantes de Salud sobre de los adultos del Caserío Chua Alto Sector “T” Huaraz, 2013”. Se observó que el 59,8 % refieren que no fuman ni han fumado nunca de manera habitual, 57,4% ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, 69,2% duermen de 06 a 08 horas diarias, 65,7% se bañan 4 veces a la semana, 94,7 % no realizan ningún examen médico periódico en un establecimiento de salud, 76,9% realizaron actividad física como caminar en su tiempo libre por más de 20 minutos en las dos últimas semanas. En la alimentación el 40,8% consumen frutas diariamente, 52,1 % consumen carnes de 1 a 2 veces a la semana, 55,6% huevos de 3 a más veces a la semana, 51,5% ingieren pescado menos de una vez a la semana, 46,7% fideos de 3 a más veces a la semana, 46,7% pan y cereales de 3 a más veces a

la semana, 85,2% verduras y hortalizas de manera diaria.

Estos resultados difieren al resultado obtenido por Espinoza J, (119). En su tesis sobre “Determinantes de Salud en Adultos Varones Maduros Obesos A.H Villa Victoria 2012”. Se observó, el 91% si fuma pero no diariamente, el 66% consumen bebidas alcohólicas 1 vez / semana, el 61% duermen (08 a 10) horas, el 85% se bañan 4 veces a la semana, el 97,5% si se realizan examen médico periódico en un establecimiento de salud, el 81% no realiza actividad física en su tiempo libre, el 100% la actividad física que realizó durante más de 20 minutos es camina, el 47% consume fruta de 1 o 2 veces a la semana, el 20% consumen carne diariamente, 19% consume huevo de 2 o más veces a la semana, el 17% consumen pescado de 3 o más veces a la semana, el 100% consumen fideos diariamente, el 100% consume pan y cereales diariamente, el 66% verduras, hortalizas menos de 1 vez a la semana.

Resultados que también difieren con el estudio encontrado por Correa B, (120). En su estudio “Determinantes de Salud en la Persona Adulta del Asentamiento Humano 4 de Noviembre-Sullana, 2013”. Respecto a la dieta alimenticia se observa que, el 71% consumen frutas diariamente, el 63% consumen carne diario, el 64,7% consumen huevos a diarios, el 34,6% consume diariamente pescado, el 77,8% consumen fideos, arroz y papas diariamente, igualmente el 69,3% consume pan y cereales. También se encontró que el 65,3% consume verduras y hortalizas, y el 23,8% consumen otros alimentos de 1 o 2 veces a la semana.

Así mismo estos resultados Difieren a los resultados encontrados por Dueñas J, (121). En su tesis denominado “Determinantes de Salud en las Personas Adultas de

la Junta Vecinal las Begonias- Tacna, 2013”. En cuanto al hábito de fumar el 56% no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, 60,1% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 83,8% no realizan examen médico periódico, el 78,6% no realizan actividad física en sus tiempos libres, el 78,6% no realizan actividad física durante más de 20 minutos en las dos últimas semanas. En cuanto a los alimentos que consumen: El 57,8% consumen fruta de 3 a más veces a la semana, 52% consumen carne de 3 a más veces a la semana, 53,7% consumen huevos 1 a 2 veces por semana, 89,5% fideos 1 a 2 veces por semana, 57,8% pan diario, 57,8% verduras 1 a 2 veces por semana, 89,5% legumbres 1 a 2 veces por semana, 100% embutidos menos de 1 vez por semana, 69,3% lácteos de 3 a más veces a la semana, 69,3% dulces menos de 1 vez por semana, 90,1% refrescos con azúcar diariamente.

Se entiende el acto de fumar es una actividad auto destructible ya que es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser un medicamento principio activo del tabaco, la nicotina es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica. Adicción a la nicotina requiere a los fumadores a fumar de mantener y, de esta manera, eliminar o prevenir los síntomas resultantes de la disminución en los niveles de nicotina en el cuerpo (síntomas de privación). Esto genera que las personas pierden la libertad de decidir y están obligadas a mantener y aumentar gradualmente su consumo (122).

También se denomina fumador a aquella persona que ha contraído el hábito de fumar, verbo cuyo origen lo hallamos en el latín “fumare” que significa inhalar humo, producido por la combustión de alguna sustancia, como tabaco o marihuana, que llega a los pulmones, para luego exhalarlo, los fumadores son personas que

comienzan muchas veces a hacerlo para practicar un juego social o para controlar su estrés, pues tanto la nicotina que posee el tabaco como las drogas, actúan sobre el sistema nervioso central, y luego se ven envueltos en una adicción de la que les resulta muy difícil salir, por la dependencia generada, con consecuencias muy nefastas para su salud orgánica, como el temido cáncer de pulmón; o deficiencias cognitivas, esto último, ocurre con las drogas (123).

Así mismo el consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La OMS lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones (124).

El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud que van desde las que son resultado de un consumo excesivo durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia (125).

También las horas de sueño es una necesidad humana básica, que se caracteriza por un estado de conciencia en que la percepción y la reacción al ambiente del individuo están disminuidos, ejerciendo efectos fisiológicos tanto sobre el Sistema Nervioso como sobre otras estructuras corporales, restaurando la capacidad de actividad y favoreciendo la síntesis proteica (126).

El acto de dormir, propiamente dicho, es según el diccionario de la Real Academia Española, “estar en aquel reposo que consiste en la inacción o suspensión de los sentidos y de todo movimiento voluntario”, por lo que es un estado de reposo uniforme del organismo, contrario al estado de vigilia, cuando se está despierto. Durante el tiempo en que se duerme la actividad fisiológica presenta unos bajos niveles, así entonces, disminuye el ritmo de la respiración y la presión sanguínea por poner dos ejemplos y además el organismo presenta una menor respuesta a los estímulos externos (127).

Se define el baño diario es un parte fundamental del aseo personal de cualquier persona sin importar su edad; es por ello que tal práctica debe asegurarse como una rutina obligatoria. La piel y el cabello son barreras de protección contra el medio ambiente que absorben impurezas y gérmenes que pueden infectar el cuerpo a través de cualquier raspón o herida. El baño sirve para eliminar células muertas, así como secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas. La limpieza de la piel y los genitales evita el mal olor. Es recomendable cambiarse la ropa después del baño, especialmente la ropa interior. Además de todas las ventajas de salud que reporta, el baño es una actividad relajante porque estimula la circulación sanguínea (128).

Se puede definir la higiene corporal como el conjunto de cuidados que necesita nuestro cuerpo para aumentar su vitalidad y mantenerse en un estado saludable. Ésta cumple con dos funciones fundamentales: mejorar la salud del individuo y la colectividad (con las implicaciones sociales y, por tanto, la relatividad cultural que la misma posee), Igualmente, la higiene corporal es una práctica básica que permite

reducir de manera importante las infecciones causadas por microorganismos patógenos, disminuyendo especialmente las contaminaciones entre individuos (129).

También el examen médico periódico es importante porque permite saber que seremos individuos sanos que podremos disfrutar de la vida y de todo lo que en ella viene incluido. Esta no solo nos permitirá saber cuál es el estado actual de nuestra salud, sino también nos ayudará a prevenir otras enfermedades (130).

Un examen médico periódico es un examen, perfeccionado, ambulatorio e individualizado, que es realizado por un grupo multidisciplinario, para obtener un análisis detallado del estado de salud psicofísica del participante. Se trata de una evaluación de todo el cuerpo para el diagnóstico oportuno de las enfermedades, incluso aquellas que aún no han presentado síntomas, y ayuda a prevenir las enfermedades a las que cada persona puede ser propensa (131).

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (132).

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que requiere de un “gasto de energía”. Cuando esta actividad es planeada,

estructurada y repetida para mantener una buena salud. El ejercicio es necesario para la conservación y el mantenimiento de la salud. La práctica regular del ejercicio, mejora la digestión, el sistema óseo, el sistema circulatorio y por ende, el funcionamiento del corazón y el aporte de energía y nutrientes a todo el organismo (133).

La creación de Hábitos Alimenticios es uno de los determinantes del estilo de vida que se va adquiriendo desde la infancia, además empieza a ser influenciado por varios factores como lo son la cultura, las costumbres y el ambiente en el que se desenvuelve cada persona (134).

Las proteínas: son compuestos orgánicos formados por carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno. Las encontramos en carnes, huevos, leche y leguminosas principalmente. Las proteínas son un componente irremplazable dentro de la dieta del hombre ya que éstas contienen aminoácidos esenciales que el organismo no sintetiza. Las proteínas, junto con el agua, son el principal componente de todos los órganos y estructuras del cuerpo (135).

Un alimento es cualquier sustancia que toma o recibe un ser vivo para su nutrición; es el componente esencial de la vida desde el nacimiento hasta la muerte, porque proporciona una mezcla compleja de sustancias químicas que hace posible que el cuerpo construya y mantenga sus órganos y le suministra la energía para desarrollar sus actividades. Nuestro cuerpo está compuesto por una serie de sustancias químicas, cuya reposición es fundamental para el continuo proceso de regeneración de tejidos y órganos. Las sustancias que se encuentran en el alimento y

que aportan la energía necesaria para las funciones normales del cuerpo son conocidas como nutrientes (136).

Los adultos del Centro poblado Chinchil muestran que la mayoría refieren que no fuman ni han fumado de manera habitual, porque en la encuesta encontrada más de la mitad son de sexo femenino esto quizá se deba a la cultura pero en la dicha comunidad se ve que las mujeres no se acostumbra a fumar porque ellas piensan que el cigarro es dañino para su salud y también por la prohibición de sus esposos y por el bien de sus hijos de esa manera están demostrando los valores mientras que los varones si fuman pero ocasionalmente sobre todo en las fiestas patronales del pueblo también en trabajos más pesados que realizan y cuando van de viaje por la madrugada (caminando). También se ve que en dicha comunidad se dedican en chacchar coca (este se denomina en masticar coca con la combinación de Cal al gusto que ellos mismos lo preparan y eso le da más sabor a la coca). cuando van a trabajar en chacras, trabajos pesados o van de viajes lejos.

Frecuencia que ingiere bebida alcohólica los adultos del Centro Poblado Chinchil no consumen bebidas alcohólicas, esto se debe porque los personales de salud les brindan una información o les da las sesiones educativas a la población sobre las consecuencias del alcohol y las causas de las enfermedades que genera, por otro lado, quizá se debe a que algunos de estos adultos pertenecen a una asociación de evangélicos. Solo el 18,9% consumen alcohol ocasionalmente en festividades ya sea fiestas familiares, patronales o aniversarios del pueblo y otros, los que consumen esta bebida son mayormente los varones algunas bebidas son las llamadas: (guarapo que es una bebida más rica que ellos lo preparan esta bebida está preparado de caña



primero lo chancan y lo exprimen todo el fugo y después lo hacen hervir sin mesclar con agua y lo dejan reposar una semana, para poder a tomar con más sabor).

Las mujeres no consumen porque están prohibidas las bebidas alcohólicas para las mujeres en dicha comunidad. También se observa en el lugar de estudio no hay lugares de libertinaje como discotecas, bares y otros lugares que se dediquen a vender estos productos como cigarros, y bebidas alcohólicas, el otro factor puede ser los ingresos económicos insuficientes. También se ve que en la comunidad es una zona rural alejado de la ciudad.

Con respecto al número de horas que duermen los adultos del Centro poblado Chinchil, se muestra todos los adultos duermen en un promedio de 6 a 8 horas, esto quizá se debe a la labor que ellos realizan ya que la mayoría cuentan con trabajos eventuales por tanto se tienen que levantar muy temprano para que puedan ir a trabajar así poder avanzar más con los trabajos como: peones, albañiles o en la chacra y del hogar y otros. Las mujeres se levantan muy temprano para que puedan preparar los alimentos del esposo e hijos para que puedan ir a sus labores y en sus estudios, también se debe a la cultura pues se observa que las gentes de las zonas rurales están acostumbradas a levantarse muy temprano a realizar sus actividades diarias.

En cuanto a la frecuencia del baño, tenemos la mayoría de los adultos se bañan 4 veces a la semana, esto se debe que esa zona es un poco cálida por eso las personas casi toda la semana se bañan porque cuando ellos realizan trabajos en las chacras o en otros quehaceres del hogar se transpiran. También se ve que cuarta parte de los

adultos no se bañan esto se debe por falta de interés de las personas sobre el aseo personal, uno de los factores muy importantes es la cultura o la costumbre de cada uno de ellos que tienen o las personas de las zonas rurales se acostumbran a realizar el aseo corporal 2 o 3 veces a la semana, por otro lado, puede ser por el agua fría porque el agua que ellos tienen viene de la altura aproximadamente de 14km de otro caserío.

De acuerdo a que realizan algún examen médico periódico refirieron que no realizan porque muchos de ellos no cuentan con recursos económicos suficiente para la consulta médica. Y otros no ponen la importancia y cuando se enferman se automedican con pastillas sin la receta médica o por otro lado un factor muy importante lo que ellos tienen es las plantas medicinales de la zona cuando se sienten mal optan usar las hierbas medicinales como. Por ejemplo: contra los cólicos estomacales se usa muña, apio, orégano; contra problemas respiratorio, eucalipto, oreja de venado, contra inflamaciones, llantén, ortiga, pepa de palta, en infecciones urinarias, matico, manzanilla, llantén. También otro factor puede ser por el acceso de carrera para el traslado a la ciudad porque en esa comunidad no hay especialistas en puesto de salud para el chequeo general y no se acostumbran hacer campañas médicas y la mayoría es por el miedo que tienen a los médicos.

Relacionado con la actividad física que realizan en el tiempo libre los adultos del Centro Poblado Chinchil, realizan actividad física caminando, esto se debe a que los adultos no tienen tiempo suficiente de hacer otro tipo ejercicio sino que ellos caminan de manera habitual, pues tienen que acudir todos los días a ver sus huertos, o también van a trabajar en sus chacras y van de visita en sus familiares que se

encuentran en los caseríos lejanos porque no hay acceso de carreteras para el traslado.

Con respecto a la alimentación se observa que consumen abundantes carbohidratos como arroz, papas, entre otros ya que estos productos muchos de ellos lo producen en la misma zona y están al alcance de cada uno de ellos, con respecto al consumo de carnes las personas crían animales como gallinas etc. Y esto hace que consumen los productos naturales que ellos mismos los producen. Por otro lado con respecto al consumo de frutas y verduras ellos están muy cerca de la frutícola ya que están ubicados a la ceja del río marañón ahí se siembran las personas de dicha comunidad tienen cada uno sus propios huertos de fruta y siembran cualquier cantidad de toda variedad de frutas y en cuanto a las verdura ellos mismos siembran en sus biohuertos de todo tipo de verduras para el consumo del día, con respecto al consumo de hortalizas se sabe que la gente de las zonas rurales acostumbran a tener un pequeño espacio para que puedan producir sus hortalizas de forma natural y a bajo precio.

Relacionado al consumo de huevo la mayoría manifestaron que consumen 3 o más veces a la semana eso debe a que los adultos crían gallinas que ponedoras y se alimentan del fruto de sus ponedoras, ya que al huevo pueden conseguir continuamente, porque tiene menor precio que carne, muchos de ellos consumen huevo en lugar de carne, ya sea frito o sancochado. En cuanto al consumo de pescado la mayoría manifiestan que no consumen eso se debe porque no hay tiendas o mercados en el mismo pueblo donde venden el pescado y el otro factor sería porque no cuentan con recursos económicos suficientes y por el acceso de carretera. En

cuando el pescado también hay en el río marañón, pero están contaminados de los residuos las personas no pueden consumir por esta prohibido y protegido de toda la comunidad.

Sobre los determinantes de los estilos de vida se concluye que las personas de este Centro poblado Chinchil están expuestas a poder adquirir enfermedades debido a que la alimentación es un factor importante para poder mantener una vida saludable y por distintos factores el estilo de vida que llevan no es saludable y puede repercutir en su salud.

#### **TABLA 4,5,6**

En cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias de los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón- Huánuco, 2015. El 87,7% (107) cuentan con apoyo social natural de su familia, el 93,4% (114) no reciben ningún apoyo social organizado, 71,3% (87) reciben algún apoyo social de otros, 89,3% (109) se atienden en puesto de salud, 57,4% (70) refieren que la distancia del lugar de atención de salud es regular, 88,5% (108) tienen SIS-MINSA, 43,4% (53) manifiestan que es regular el tiempo de espera para la atención de salud y el 46,7% (57) refieren que la calidad de atención de salud es buena, finalmente el 100% (122) refieren que no hay pandillaje y delincuencia cerca de las viviendas.

El presente resultado se asemeja a lo encontrado por Arturo J, (137). En su investigación “Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Chua Bajo Sector “S” Huaraz”. El 62,5% refieren que, si reciben algún apoyo social natural de familiares, 100% no reciben apoyo social organizado, 83,1% son beneficiarios del

vaso de leche, pensión 65, y otros, 37,5% refieren que la distancia donde fueron atendidos es regular, 95,6% tienen como tipo de seguro SIS MINSA, 31,8% refieren que el tiempo que esperan para ser atendidos es regular, 47,5% refieren que la calidad de atención que recibieron es buena. Pero difieren 51,3% se atendieron en los 12 últimos meses en un centro de salud, 77,5% refieren que si hay pandillaje o delincuencia cerca a su casa.

Estos resultados se asemejan con los estudios realizados por Villavicencio A, (138). En su tesis denominado “Determinantes de Salud de los Adultos de Quenuayoc Sector “A” Willcacará Independencia Huaraz 2013”. Donde muestra que el 67,3% reciben apoyo social natural de sus familiares, 62,2% consideran que la distancia del Centro donde lo atendieron es regular, 100% tienen SIS MINSA, 45,4% afirmaron que el tiempo de espera es regular, 59,8% refieren que la calidad de atención es buena, y 86,6% refieren que no hay pandillaje cerca de su casa. Pero difieren, 100% cuentan con apoyo social organizado seguridad social, el 84 % son beneficiarias de vaso de leche, 89,9% se atendieron en un centro de salud.

Así mismo estos resultados se asemejan a lo encontrado por Chinchay M, (139). En su estudio “Determinantes de Salud de los Adultos del caserío de Vista Alegre Sector “Q” –Huaraz, 2013”. El 41,3% reciben apoyo social natural de sus familiares, 89,3% no reciben ningún apoyo social organizado, 46,5% reciben otros tipos de apoyo social organizado, 68,9% considera que el lugar donde lo (la) atendieron está a regular distancia de su casa, 78,1% cuentan con SIS-MINSA, 50,5% refieren que el tiempo de espera es regular, 42,9% manifiestan la calidad de atención que se le

brinda es buena y 100% niegan presencia de pandillaje. Pero difieren, 50,5% se atiende en el centro de salud.

El presente resultado se asemeja a los encontrados por Jacinto G, (140). Quien estudio “Determinantes de Salud en Mujeres Adultas Maduras Obesas A.H Villa España Chimbote, 2012.” Donde 75,5% reciben apoyo familiar, 98% no reciben apoyo social organizado, 100% reciben otros, 87,5% cuentan con SIS –MINSa, 50% manifiestan la calidad de atención que se le brinda es buena, 75% manifiestan que no hay pandillaje ni delincuencia cerca sus casas. Pero difieren 37,5% se atendieron en centros de la salud, el 75% consideran el lugar donde se atendieron es muy cerca, 37,5% refieren el tiempo de espera es muy largo.

Los resultados difieren a lo encontrado por Jiménez L, (141). Quien estudio “Determinantes de Salud en Adultos Maduros Sanos en el A.H los Paisajes, Chimbote, 2012.” Donde 50 % no reciben algún apoyo social natural, 81,2% consideran el lugar donde se atendieron es muy cerca de su casa, 50% refieren el tiempo de espera es muy largo, 56,2% manifestaron presencia de pandillaje cerca de su casa. Pero se relaciona, 81,2% que se atendieron en estos 12 últimos meses fue en el puesto de salud, 87,5% cuentan con SIS –MINSa, 62,5 % no recibe apoyo social organizado, y 56,3% la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena.

El presente resultado se diferencia a lo encontrado por Sobrevilla V, (142). En su investigación “Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío Somate Bajo–Bellavista-Sullana,2013”.Se observa que el 66% no recibe apoyo social natural y que

el 69,6% no recibe apoyo social organizado, el 92% no recibe pensión 65, el 93% si recibe apoyo del comedor popular, el 93% no recibe apoyo del vaso de leche, el 84% si recibe algún otro apoyo, el 86,9% se atendió en un puesto de salud los 12 últimos meses, el 53% considera regular el lugar donde lo atendieron, 52,3% tiene seguro SIS-MINSA, el 52,5% espero un tiempo regular para que lo atendieran, el 62,1% la calidad con que lo atendieron fue regular, el 90,4% no existe pandillaje cerca de su casa.

Así mismo se diferencia al estudio encontrado por Alvarado Y, (143). En su estudio “Determinantes de Salud en los Adultos Mayores Pueblo Joven la Esperanza Baja - Chimbote, 2013”. Se observa el 100% se atendieron estos últimos 12 meses en el puesto de salud, así mismo el 63,3% el lugar donde se atendieron está regular de su casa , igualmente el 100% tienen como tipo de seguro al SIS – MINSA, de la misma manera el 66,6% de los entrevistados consideran que su tiempo de espera para que los atendieran fue largo, seguidamente el 63,3% consideran que la calidad de atención que recibieron fue buena, seguidamente el 60% consideran que si existe pandillaje cerca de su comunidad, de la misma manera el 100% no recibió ningún tipo de apoyo social natural, ni tampoco reciben ningún apoyo organizado y por último el 100% recibe apoyo social de las organizaciones del vaso de leche.

El apoyo social natural se define como conjunto de provisiones, expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, por las redes sociales y las personas de confianza, tanto en situaciones cotidianas como de crisis, protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes. Es un sistema de apoyo que implica un patrón

duradero de vínculos sociales continuos e intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona (144).

Se entiende que el apoyo social organizado se define como las transacciones en las que se intercambian recursos que permiten cumplir con algunas funciones. El apoyo social puede operativizarse de múltiples formas, donde las intervenciones basadas en apoyo social, independientemente de la estrategia que se adopte para prestar ayuda. A través de los grupos de autoayuda se ofrecen e intercambian diversos recursos, que permiten cumplir las funciones (145).

También el apoyo social organizado se puede definir como un promotor de la salud, y la recuperación de la salud que se asocia con un descenso en el riesgo de mortalidad. El vínculo entre apoyo social y resultados de salud, tanto física como psicológica. Surgen como una alternativa al sistema de cuidados tradicionales, basados en el modelo profesional de la salud, en el que cuando las personas sufren un problema esperan que la solución al mismo esté a cargo de un agente externo, un profesional que posee los conocimientos adecuados y las estrategias para resolverlo (146).

Así mismo la institución de salud se define como políticas estratégicas del sector salud que están orientadas al desarrollo de los modelos de atención integral de salud, con la participación activa de la comunidad y de otros sectores con la finalidad de lograr un sistema integrado de salud, con la priorización del ámbito local y la recuperación de los establecimientos del primer nivel de atención para atender a la



población de menores recursos económicos, procurando asegurar la calidad y cobertura de los servicios de salud (147).

Además, las instituciones de salud son los hospitales, centros de salud, puestos de salud, etc. Es donde se atiende a los enfermos para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de enfermedades del paciente como los hospitales psiquiátricos, otorrinos, oftalmólogos, cardiólogos, odontólogos, neumólogos, urólogos, neurólogos, internistas, etc. que pertenecen a los hospitales generales. Dentro de los maternos están los ginecólogos, cirujanos, pediatras, todas estas especialidades y servicios se van a crear de acuerdo a la capacidad resolutive de dicho hospital (148).

La accesibilidad geográfica de los servicios de salud es interpretada como distancia entre la oferta, equipamiento colectivo localizado-y demanda que posee la población en un momento dado. El resultado existente de esta relación (oferta y demanda) nos dará la accesibilidad y el consecuente uso efectivo de estos servicios por parte de la población. Si la localización introduce un factor de discriminación en el uso de los servicios en las diferentes áreas jurisdiccionales, es de interés analizar las relaciones espaciales entre ambas (149).

Se entiende la distancia es una magnitud que mide la relación de lejanía o cercanía, como intervalo a franquear para ir de un lugar a otro, la distancia tiene una significación de separación, su recorrido necesita un esfuerzo, un gasto de energía. El efecto disuasivo de la distancia sobre los desplazamientos tiene como consecuencia la formación de gradientes de intensidad decreciente. Muchas distribuciones que

representan los efectos acumulados de interacciones espaciales pasadas tienen configuraciones concéntricas, con una intensidad que decrece más rápidamente en función de la distancia a un centro: así ocurre con la curva de las densidades de población o la curva de los precios del suelo en zona urbana (150).

El tiempo de espera o el tiempo que va ser atendido una persona con respecto en salud va depender bastante de la gravedad del paciente, así mismo va depender de los recursos que cuenta dicha institución, abastecimiento de materiales, recursos humanos, así mismo la capacidad resolutive de cada institución, por otro lado, el personal quien brinda la atención tiene que priorizar de acuerdo al estado de la persona (151).

El seguro integral de salud lo brinda el Ministerio de Salud del Perú para los ciudadanos, ciudadanas y familias peruanas que no cuentan con un seguro de salud, sobre todo para aquellas personas más necesitadas en situación de pobreza y extrema pobreza. Su finalidad es protegerla salud de los peruanos sin seguro de salud, priorizando poblacionales vulnerables en situación de pobreza y pobreza extrema. Resolver el limitado acceso a los servicios de salud por barreras económicas, así como culturales y geográficas. Mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil (152).

También la MINSA lo define como tiempo de espera desde la hora que el paciente saca el cupo o la cita para que pueda ser atendido hasta el momento que el paciente reciba la atención médica, así mismo va depender de los recursos que cuenta

dicha institución así mismo de la demanda de pacientes y la capacidad resolutoria del centro de salud ya sea particular o privada (153).

Se define la calidad de atención en salud se define como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud, dentro de los servicios de Salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes. Un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen. También un derecho de los trabajadores del Sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio (154).

La calidad de atención en salud se define como la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los pacientes. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca de la calidad de servicio que se le brinda (155).

Se entiende la pandilla es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencia, robo, inseguridad ciudadana. Esta pandilla proviene de hogares en crisis o destruidos, de padres separados y también por falta de comunicación tanto padres e hijos, también tienen carencia afectiva dentro del hogar, por lo cual se identifican con las pandillas, en las que encuentran amistad, el respeto y el trato igualatorio, participación y apoyo y una mala formación en valores y habilidades sociales (156).

Las pandillas se originan debido a los vacíos que existen en la vida de un individuo y que no pueden ser llenados por la familia. Estos vacíos se deben a la destrucción del ambiente familiar, social e individual. Además, hay diferentes razones para diferentes niños, unos son atraídos por las fiestas, mujeres, y drogas, otros buscan hacer dinero para ayudar en la casa o tener ropa buena y la mayoría tienen problemas en la casa y prefieren mejor la calle. La edad de los miembros de la pandilla puede variar entre los 7 y los 35 años, pero comúnmente son muchachos adolescentes o veinteañeros (157).

Los resultados en la presente investigación de los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón- Huánuco, en relación a las redes sociales y comunitarias, muestran que la mayoría de los adultos cuentan con el apoyo de sus familiares, porque ellos viven cerca de sus familiares tienen un lazo de amistad con la finalidad de poder apoyarse ya sea en situaciones malas y en las buenas y eso se da seguidamente en las zonas rurales donde las familias son mucho más unidades que en el dicho comunidad; también se puede destacar por la costumbre se ve que las personas llevan esos costumbres desde sus abuelos, bisabuelos, etc. También ellos el tipo de apoyo que se brindan con sus familias o vecinos es cuando sus vecinos salen fuera de la casa brindan el apoyo de quedar con sus hijos o cuidando sus casas, animales o si algo le pasaría.

El otro apoyo que ellos se brindan es cuando sus familiares o vecinos se enferman o les pasa un accidente o tienen problema familiares toda la comunidad organizan una actividad ya sea como campeonato deportivo para ello presentan un oficio de permiso en Alcalde así para que le facilite las cosas necesarias que se

utiliza en la actividad que se va realizar también por otro lado hacen el oficio de invitación a otros caseríos para que pueden participar en las actividades así para poder recaudar fondos lo que se necesita para el apoyo de la familia y de ese modo logran apoyarse entre ellos.

En relación al apoyo social organizado se muestra que casi todos de los adultos no reciben ningún apoyo social, ya sea de organizaciones de ayuda al enfermo ni institución de acogida, porque no hay las organizaciones que les pueda brindar en esa comunidad la mayoría son agricultores no dependen de una empresa también no tienen un seguros particulares, no hay parroquias organizados que les pueda brindar la población, por otro lado se muestra la mayoría de los adultos cuentan con otro tipo de apoyo como son: acceso al programa social juntos o vaso de leche, Pensión 65 por la ayuda del gobierno que brinda a las zonas de alto porcentaje de pobreza o las más necesitados en cuanto la economía.

El programa vaso de leche es un programa que proporciona una ración alimentaria diaria (leche en cualquiera de sus formas u otro producto), a una población beneficiaria en situación de pobreza y extrema pobreza. Se creó mediante la Ley N° 24059 del 4 de enero de 1985, y cuenta con Normas Complementarias para su ejecución, establecidas mediante las leyes N° 27470 (3 de junio del 2001) y N° 27712 (30 de abril del 2002). El objetivo de este programa es mejorar el nivel nutricional de los sectores más pobres y así contribuir a mejorar la calidad de vida de esta población que, por su precaria situación económica, no estaría en condiciones de atender sus necesidades elementales, y así prevenir la desnutrición y fomentar la participación de la comunidad organizada (158).

El programa Juntos promueve cambios positivos en la salud, educación y nutrición en los niños de las comunidades nativas en las cuales intervienen los hogares en situación de pobreza y extrema pobreza prioritariamente de las zonas rurales, integrados por gestantes, niños(as), adolescentes y/o jóvenes hasta que culminen la educación secundaria o cumplan diecinueve años y llega efectivamente a las familias más pobres del país. Este programa pertenece al área de acción de protección social del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), tiene un componente asistencial para personas en situación de mayor pobreza. En este caso, la entrega de un subsidio condicionado a cumplir con objetivos de desarrollo; por ejemplo, que los niños terminen la escuela, asistan a todos sus controles de salud y accedan a la identidad (Obtengan su DNI) (159).

Pensión 65 está creada para poder mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de zonas de pobreza. Los adultos mayores en extremo pobres eran marginales para la sociedad, invisibles para el Estado. Pensión 65 surge como una respuesta del Estado ante la necesidad de brindar protección a un sector especialmente vulnerable de la población, y les entrega una subvención económica de 125 nuevos soles por mes por persona y con este beneficio contribuye a que ellos y ellas tengan la seguridad de que sus necesidades básicas serán atendidas, que sean revalorados por su familia y su comunidad. El Programa Nacional de Asistencia Solidaria, Pensión 65, se creó el 19 de octubre del 2011 mediante Decreto Supremo N° 081 – 2011-PCM, con la finalidad de otorgar protección a los adultos a partir de los 65 años de edad que carezcan de las condiciones básicas para su subsistencia (160).

La mayoría de los adultos del Centro Poblado Chinchil se atendieron en el puesto de salud de Chinchil, esto gracias a que la mayoría de los adultos cuentan con el seguro integral de salud SIS – MINSa, se atienden debido a que el puesto de salud es menos lejos que de otras instituciones de salud, como el centro de salud Huacrachuco está ubicado aproximadamente unos 9 horas de caminata por eso la gente decide atenderse en el puesto de salud más cercano porque les brinda atención de trabajo de partos, CRED y entre otros y el otro factor sería por el ingreso económico por el traslado hasta la ciudad, porque la atención es igual como otros centros de salud a diferencia de una institución particular. El SIS como Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

Los adultos del Centro Poblado Chinchil consideran el lugar donde lo atendieron es regular la distancia en respecto de su casa se debe a que el Centro Poblado se encuentra ubicado a la distancia de 20 minutos al puesto de salud de Centro poblado de Chinchil, por lo cual los adultos consideran al puesto de salud que es regular de sus casas, y tienen que ir caminando hasta el puesto de salud porque no hay movilidad en dicha comunidad.

Con respecto al tiempo de espera y la calidad de atención que han recibido los adultos durante la atención médica indican que el tiempo es regular y la calidad de atención es buena, esto quizás se debe a que en este lugar hay pocos pacientes y esto hace que lo atiendan más rápido y brinden una atención de calidad haciendo que los

usuarios se sientan satisfechos por la atención que han recibido, por otro lado va a depender de la cantidad de personal que labora en la institución y de los recursos que dicho establecimiento cuenta como materiales, equipos suficientes, así mismo tiene que ver mucho el ambiente, el entorno donde laboran.

Relacionado con el pandillaje y la delincuencia cerca de sus casas, refieren que no hay pandillaje ni delincuencia, porque es una zona tranquila, zona que todavía cultivan los valores en su casa con toda su familia, por eso no existe el pandillaje ni delincuencia cerca de sus casas, si escuchan que hay presencia de delincuencia, las municipalidades y las autoridades están pendientes para estos tipos de problemas que puede suceder en dicha comunidad. También esta comunidad tiene una organización de Ronda Campesina que cumple una función principal de cuidar los caminos, pastizales y campos; la meta principal de estas agrupaciones es poner fin al robo ocasionado por el abigeato (robo de animales) y el robo menudo que ocasionan a la comunidad. Tienen por características principales el ser organizaciones autónomas, diseñadas para la protección de derechos en tiempos de paz.

Frente a los determinantes de redes sociales se concluye que las personas de esta zona en su mayoría cuentan con el apoyo del gobierno ya sea económicamente o con brindarle el SIS con el cual se pueden atender gratuitamente en el centro de salud con la finalidad de poder prevenir las enfermedades.



## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones:

- Con respecto a los determinantes biosocioeconómicos de los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón-Huánuco, se observa que: Menos de la mitad tienen secundaria completa/ incompleta; más de la mitad son sexo femenino, adultos Maduros; la mayoría tienen ingreso económico menor a s/750.00, trabajo eventual. En los determinantes de salud relacionados al entorno físico tenemos: Menos de la mitad tienen dormitorio compartido; más de la mitad tienen viviendas unifamiliares, eliminan la basura montículo, campo abierto; casi todos tienen casa propia, letrina; todos tienen casa con piso de tierra, techo de eternit, paredes de adobe, agua conexión domiciliaria, cocinan con leña, energía eléctrica permanente, recogen la basura al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas.
- En los determinantes de los estilo de vida tenemos: Menos de la mitad caminan como actividad física, consumen pan 3 o más veces / semana y otros consumen 1 o 2 veces / semana; más de la mitad no fuman ni ingieren bebidas alcohólicas de forma habitual, duermen 6 a 8 horas, higiene al menos 4 veces / semana, no realizan examen médico periódicos, la actividad física que realizan las últimas semanas, consumen frutas 3 o más veces/ semana y huevo; la mayoría consumen carne 1 o 2 veces / semana, verdura 3 o más veces/ semana; casi todos no consumen pescado.

- En los determinantes de las redes sociales y comunitarias tenemos:  
Menos de la mitad el tiempo de espera y la calidad de atención fue regular y buena; más de la mitad consideran la distancia donde que atendieron fue regular; la mayoría tienen apoyo familiar y organizado, se atendieron en puesto de salud, cuentan con seguro SIS (MINSA); todos, refieren que no hay presencia de pandillaje cerca de sus casas.

## 5.2. Recomendaciones:

- Hacer el reconocimiento de los resultados de la presente investigación a las diferentes autoridades de la comunidad del Centro Poblado Chinchil, así como a la dirección Regional de la Salud y gobierno Regional de Huánuco.
- Recomendar a las autoridades municipales y sanitarias de la localidad a promover estrategias de prevención promoción de salud, si bien sabemos que muchos de estos adultos no se realizan chequeos médicos periódicos, mediante con las estrategias podemos mejor la calidad de vida de la población. También hacer una gestión para la implementación de equipos y materiales lo que se necesita en el puesto de salud, solicitar a un profesional de salud especializado en salud pública y capacitado para una atención de alta calidad.
- En cuanto a la recolección de basura se recomienda a la autoridad municipal capacitar a través de charlas a la población, de cómo se debe clasificar por tipo de basura y hacer proyectos con innovación para disminuir la contaminación del medio ambiente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Declaración de Alma-Ata. En: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie «Salud para todos», N° 1; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>, visitado el 3 de octubre de 2003).
2. Organización panamericana de la salud (OPS). Alcohol y salud pública en las Américas. salud (MINSa). Modelo de abordaje de promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de nutrición y alimentación saludable. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014]. URL: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/148.pdf>.
3. Pérez J, Cortés M, Henríquez F, Lira C, Chacín L. Prevalencia de Diabetes Mellitus y otros factores de riesgo cardiovascular en la región central de Venezuela: pesquisa realizada en el área metropolitana de Caracas, Valencia y Maracay. Arch Hosp Vargas 1997; 39: 123-30. Organización mundial de la salud. determinantes sociales de la salud. [Serie Internet]. Disponible desde el URL: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/).
4. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Lima: DGSP/MINSA; 2006. NTS N° 043 -MINSA/DGSP-

V01-2006.

5. Gonçalves M y Colab. Determinantes socioeconómicos del envejecimiento saludable y diferenciales de género en dos países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006.
6. Instituto nacional de estadística e informática (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES. Perú; 2012. [Documento en Internet] [Citado el 14 de abril del 2014] URL: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>
7. Ministerio de salud. Plan nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
8. Ministerio del ambiente. Análisis ambiental del Perú: Retos para un desarrollo sostenible. Lima: Banco Mundial, oficina de Lima, Perú; 2006; pp [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014] URL: <http://sinia.minam.gob.pe/index.php?accion=verElemento&idElementoInformacion=304&verPor=&idTipoElemento=2&idTipoFuente=&idfuenteinformacion=5>
9. Aliaga, G. Diagnóstico de la situación de salud en las comunidades alto andinas del departamento de Áncash-Perú de Junio 2003.
10. Urbanos, R. Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género: Universidad Complutense de Madrid, 2011.

11. Organización mundial de la salud. determinantes sociales de la salud. [Serie Internet 2003]. Disponible desde el URL: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
12. Maya L. “Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida”. Colombia; 2006. [Serie Interne]. Disponible desde el URL: [http:// www . insp . mx/Portal/Centros/ciss/promocion\\_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los\\_estilos\\_de\\_vida\\_saludables.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf)
13. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública, 30 (3): 13-16; 2004.
14. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: [http://www.psico-web.com/salud/concepto\\_salud\\_03.htm](http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm).
15. Organización panamericana de la salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
16. Secretaria T. Commission on social determinants of health, towards conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Draft discussion paper for the commission on social determinants of health. May; 2005.
17. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition, Blane D, Brunner E, Wilkinson D (eds), Health and social organization. London. Routledge . Pp. 71-93.

18. LipLicham C y Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima:Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud, 84 pp; 2005.
19. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 23:18-22; 1994.
20. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998. g
21. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, Brasil, 2011.
22. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades de una generación, Madrid: Rialp, 2008.
23. Ministerio de salud. “Foros: construyamos juntos una mejor salud para todos y todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
24. Congreso de la república. Ley N.º 29344: Metodología para el análisis de ley marco de aseguramiento universal en salud. Perú, Lima: Congreso de la República; 2009. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014]. URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a13v26n2.pdf>
25. Prosalus. Análisis de la realidad Perú; 2008. Dispon <http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/An%C3%A1lisis%20de%20la%20realidad%20Per%20er%20BA.pdf> en:

26. Sistema de vigilancia comunal. Fichas familiares de los adultos del Centro poblado- Chinchil – Marañón - Huánuco, Setiembre, 2015.
27. Lanas F, Potthoff S, Mercadal E, Santibañez C, Lanas A, Standen D. Riesgo individual y poblacional en infarto agudo del miocardio: Estudio INTERHEART. Rev Med Chile 2008; 136: 555-60. Rodríguez M. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
28. Bustos P, Amigo H, Arteaga A, Acosta AM, Rona RJ. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. Rev Med Chile 2003; 131: 973-80.
29. Bennassar M, Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud, 2011. Universitat de les Illes Balear [Tesis doctoral para optar al grado de Doctor], 2011.
30. Flores B, “Determinantes de salud en la Persona adulta madura. Urbanización Mochica - Trujillo”. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Trujillo]- 2012.
31. Correa B, “Determinantes de salud en la Persona adulta del Asentamiento Humano 4 de Noviembre-Sullana”. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Sullana]-2013.
32. Dueñas J, “Determinantes de Salud en las Personas Adultas de la Junta Vecinal las



- Begonias- Tacna” [Tesis para Optar el Título De Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Tacna]- 2013.
33. Gonzales C, Determinantes de la salud en los Adultos Jóvenes del Casco Urbano Santa-Chimbote. [Tesis para Optar el Título De Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]- 2013.
34. Sánchez D, Determinantes de Salud de los adultos del sector “EE” Challhua-Huaraz. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería] [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Huaraz]-2013.
35. Carrillo, G. “Determinantes de salud de los Adultos del sector “BB” Piedras Azules–Huaraz. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería] [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Huaraz]-2013.
36. Vega J, Orielle A. Equipo de equidad en salud de la organización mundial de la salud. equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002.
37. Selig J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los determinantes sociales de la salud. Organización panamericana de la salud.: Washington; 2009.
38. (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España 2009, 2015; Organización Mundial de la Salud 2011).
39. OMS. subsanar las desigualdades en una generación. In Informe final de la

comisión de determinantes sociales en salud; Perú, mayo, 2005.

40. Soto L, Tapia R. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. Chile 2007.
41. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
42. Gracia D, fundamentos de bioética, Eudema, Madrid. 1989, 36.
43. GÓMEZ J. El concepto de comunidad y trabajo social. En Revista Espacios Transnacionales [En línea] No. 1. Julio-Diciembre 2013, Reletran. Disponible en: <http://www.espaciostransnacionales.org/conceptos/conceptotrabajosocial>
44. Gómez E. Discriminación por sexo y sobre mortalidad femenina en la niñez. En: Género, mujer y salud en las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1993. (Publicación Científica No. 541).
45. Pérez J. Definición de educación [fecha de acceso 5 de julio de 2007]; Publicado: 2008. Disponible en URL: (<https://definicion.de/educacion/>).
46. Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
47. Hernández R. Metodología de la investigación. [Artículo en internet]. México:

- Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
48. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]; 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:[http:// www. epide miol og.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf](http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf).
49. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
50. Bugada, S. definición de edad [Artículo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2012 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.Com/definición/educabilidad>
51. Organización panamericana de la salud, organización mundial de la salud y asociación mundial de sexología. Promoción de la salud sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://www.amssac.org/biblioteca %20 sexuali da d % 20 conceptos.htm](http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm)
52. Eustat. Defunción de nivel de instrucción. [Portada en internet]; 2010. [citado 2014 set 10]. Disponible en: [http://www.eustat.es/documentos/opt\\_ 0/ tema\\_ 165/ elem\\_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP)
53. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social.

Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Mexico; 2010. Disponible en:[http://www.unifemweb.org .mx/ documents / cendoc / economia/ecogen42.pdf](http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf)

54. Definición de base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]; España 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: [http: // definición.de/ocupacion/](http://definición.de/ocupacion/).
55. Serie Nescon de Informes Técnicos N° 2 - Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and Work Conditions of Health Care Workers - Brasilia, OPAS, 38 p; 2008. Informe del Taller Ouro Preto, Brasil, Enero; 2006. Disponible en: [http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST\\_Salud.pdf](http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST_Salud.pdf)
56. Lama A, En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI - Perú), Lima; 2000. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm>
57. Licata M. concepto de estilo de vidas. [Portada en internet]; 2007. [Citado 2010 Ago. 26 Perú]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://www.zonadiet. Com / deportes / actividad-fisica-salud.htm](http://www.zonadiet.Com/deportes/actividad-fisica-salud.htm).
58. AA.VV. Derecho Urbanístico de Castilla y León, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid; 2000. ISBN 84-7052-249-9. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADa>.

59. Barlow M, Clarke T. Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water; 2003.
60. Larousse Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Editorial, S.L. <http://es.thefreedictionary.com/desag%C3%BCe>.
61. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_metod\\_investigac4\\_4.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm).
62. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
63. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtm>.
64. Uchazarra M. “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Centro Poblado Menor los Palos, Tacna”. [Tesis para Optar el Título De Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Tacna] – 2013.
65. Dueñas J. “Determinantes de Salud en las Personas Adultas de la Junta Vecinal las Begonias- Tacna”. [Tesis para Optar el Título De Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Tacna]- 2013.

66. Alejos M. “Determinantes de Salud de la Persona Adulta. Pueblo Joven la Unión – Chimbote”. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]- 2013.
67. Garay N. “Determinante de la salud en la persona Adulta de la Asociación el Morro II. Tacna”. [Tesis para Optar el Título De Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote – Tacna]- 2013.
68. Sobrevilla V. “Determinantes de la salud en la persona adulta del caserío Somate Bajo-Bellavista-Sullana”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Sullana] - 2013.
69. Abanto A. “Determinantes de Salud en Adultos Mayores con Diabetes, Hipertensión. A.H. Villa España, Chimbote”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]- 2012.
70. Romero E. “Determinantes de la salud Biosocioeconómicos de la Asociación Pro vivienda -Barrio sur Urbanización Los Titanes I etapa -Piura”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Piura]- 2013.
71. Alvarado Y. “Determinantes de la salud en los adultos Mayores pueblo Joven la Esperanza Baja - Chimbote”. [Tesis para Optar el Título De Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] -2013.

72. Domínguez H. “Determinantes de la salud en adultos con cáncer de pulmón, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, nuevo Chimbote”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]- 2012.
73. Haeberle E. Archivo de sexología. [Curso] USA: Coral Springs; 2003.
74. Organización panamericana de salud, organización mundial de salud, asociación mundial de sexología (WAS). Antigua Guatemala, promoción de la salud sexual recomendaciones para la acción [citada 22 de mayo 2000] [paginas]. Disponible en URL: [http:// new.pacho.org/ hq/dm documenst/2009/promoción \\_salud\\_ sexual.pdf](http://new.pacho.org/hq/dm_documento/2009/promoción_salud_sexual.pdf).
75. Definición. de. definición de edad: [Diccionario en Internet]. España, 2011 [citado 2013 jun. 19]. Disponible en URL: <http://definicion.de/edad/>.
76. Núñez L. Atención de enfermería al pre-escolar, escolar, adolescentes, joven, adulto sano y al trabajador. Enfermería Familiar y Social; 2010. Pp. 4 [citado el 29 de mayo del 2015]. Disponible desde el URL: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf>
77. Cordero M y Silva M. estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona en el A.H Jorge Basadre. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2009.
78. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Terminología en Censo de

Población y vivienda 2005. Perú: INEI; 2005.

79. Carrasco K. Definición De Ingresos. [Artículo en internet]. 2011 [Citado 2013 Jun. 19]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>.
80. Ramos M y Choque R. Evidencias de la educación como determinante social de la salud. La educación como determinante social de la salud en el Perú. Lima: Ministerio de Salud; 2007.
81. Álvarez L. Ocupación. [Artículo en internet]. Madrid 2011 [Citado 2013 Set. 04]. Disponible en URL:[http://www.wikilearning.com/articulo/cargos\\_u\\_ocupaciones\\_y\\_puesto\\_de\\_trabajo/16441-3](http://www.wikilearning.com/articulo/cargos_u_ocupaciones_y_puesto_de_trabajo/16441-3).
82. Ingreso Económico [artículo en internet] España 2011. [Citado 2012, oct 22]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ ingreso económico](http://es.wikipedia.org/Wiki/ingreso_economico).
83. Martínez J. “Determinantes de la Salud en la persona Adulta en el Caserío de Pitayo–Lancones–Sullana”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Sullana]-2013.
84. Neira Y, “Determinantes de Salud en la Mujer Adulta en el Caserío Quispe, Huancabamba –Piura”. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Piura]-2013.



85. Ortiz M. “Determinantes de Salud de los Adolescentes del Caserío Alto de los Castillos la Arena-Piura”. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Piura]-2013.
86. Espinoza J. “Determinantes de la salud en Adultos Varones Maduros Obesos A.H Villa Victoria-Chimbote”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Tacna]-2012.
87. Salazar J. “Determinantes de la salud en las personas Adultas del Pueblo Joven San Martín- Tacna” [Tesis para Optar el Título De Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Tacna]-2013.
88. Rosales J. “Determinantes de la salud en Adultas jóvenes del P. J “la Victoria” – Chimbote”. [Tesis para Optar el Título De Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]-2013.
89. Gamarra C. “Determinantes de la salud en la Persona Adulta en el Asentamiento Humano Santa Teresita –Sullana”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote- Piura]-2013.
90. Enciclopedia “ Definición de vivienda unifamiliar”, [Página modificada en internet]. [nov. 4]. [1 pantalla]. 2015. Disponible desde: es. [wikipedia.org/wiki/Vivienda\\_unifamiliar](http://wikipedia.org/wiki/Vivienda_unifamiliar).
91. Enciclopedia “ Concepto de vivienda unifamiliar”, [Francia 9622]. [Reporte por internet] [1 pantalla libre].9622. Desde URL:

<https://sites.google.com/site/franci9622/concepto-de-vivienda-unifamiliar>.

92. Conceptos Vivienda [artículo en internet] 2012. [Citado 2012, oct 8]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/W/wiki/ 2009](http://es.wikipedia.org/W/wiki/2009).
93. Keith A. La definición de un piso [Serie de Internet]; México 2011. [Citado 2012 Octub. 12]. [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde el URL: [http:// www.ehowenespanol.com/definicion-material-piso-info\\_309213/](http://www.ehowenespanol.com/definicion-material-piso-info_309213/).
94. Características de la Vivienda Conceptos “. Sobre conceptos. [Documento en internet]. [Citado el 8 de octubre del 2012] disponible desde el URL: [http. //Conceptos.com/características de la vivienda](http://Conceptos.com/características-de-la-vivienda).
95. Keith A. La definición de una cubierta de techo [Serie de Internet] [Citado 12 Octub. 2012]. [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde el URL: [http:// www.ehowenespanol.com/definicion-cubierta-techo-info\\_309213/](http://www.ehowenespanol.com/definicion-cubierta-techo-info_309213/).
96. Diccionario: Enciclopedia libre definición techo [Serie de Internet] [Citado 22 Sept. 2015]. [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde el URL: <https://es.wikipedia.org/wiki/Techo>.
97. González D. “Concepto de material de pared” [artículo en internet] 2011 [Citado 2014, nov. 21] Disponible en URL: <http://www.sitiosolar.com/la-construccion-con-tierra-cruda-el-adobe-y-la-tapia>.
98. Diccionario: Enciclopedia libre definición de Adobe [Serie de Internet] [Citado 4

- oct. 2015]. [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde el URL: <https://es.wikipedia.org/wiki/Adobe>.
99. Números de habitantes [artículo en internet]. España [Citado 22 noviembre 2003.]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ número d habitantes](https://es.wikipedia.org/wiki/número_de_habitantes).
100. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
101. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable 2009. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
102. Diccionario: Enciclopedia libre Red de abastecimiento de agua potable [Serie de Internet] [Citado 29 Oct. 2015]. [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde el URL: [https://es.wikipedia.org/wiki/Red\\_de\\_abastecimiento\\_de\\_agua\\_potable](https://es.wikipedia.org/wiki/Red_de_abastecimiento_de_agua_potable).
103. Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Viceministerio de Agua y Saneamiento, Pública de Colombia – Alternativas Técnicas del Agua y Saneamiento para el sector rural (TITULO J). Colombia, 2010.
104. Organización Mundial de la Salud (OMS), Guía Para La Calidad de servicios básicos. [Reporte de internet]. [Citado 18 Ene. 1998]. [2 pantallas]. Disponible desde: [www.who.int/water\\_sanitation\\_health/.../gdwq3\\_es\\_full\\_lowres.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/.../gdwq3_es_full_lowres.pdf)
105. Veras b. “salud pública e higiene” [artículo en internet] España 2008 [Citado 2008,

Oct. 18] Disponible en URL: <http://spmth.blogspot.pe/2008/10/el-suelo-disposicion-de-excretas-y.html>.

106.Organización Mundial de Salud. Definición de disposición y Eliminación de excretas [Serie Internet]. [Citado 10 Feb. 2009.]. [Alrededor de 1 pantalla]. <http://saneamientoambiental.tripod.com/id5.html>.

107.Conceptos Combustible. [Artículo en internet]. [Citado 20 marzo. 2011.]. [Alrededor de 1 pantalla] Disponible en [definiciones/gas/](#).

108.World Health Organization. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. The World Health Report 2002. Geneva, World Health Organization; 2002.

109.Buganda S. “definición de Energía Electrica” [Articulo de internet]. Brasil, 2011[Citado setiem. 11.]. [Alrededor de una pantalla] 2011. Disponible en URL: [hppt//es.picopedagogia.com/definición/educabilidad](http://es.picopedagogia.com/definición/educabilidad).

110.Diccionario: Enciclopedia libre energía eléctrica [Serie de Internet] [Citado 4 nov. 2015] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde el URL: [https://es.wikipedia.org/wiki/Energ%C3%ADa\\_el%C3%A9ctrica](https://es.wikipedia.org/wiki/Energ%C3%ADa_el%C3%A9ctrica).

111.Concepto de basuras y su disposición. [Artículo en internet]. España [citado el 22 marzo 2009]. Disponible en <http://www.desechos-solidos.com/eliminacion-desechos-solidos.html>.

112.Dirección General de Salud Ambiental. Anuario de Estadísticas Ambientales

2012. Municipalidad Metropolitana de Lima, Perú: Dirección General de Salud Ambiental; 2012.
113. Conceptos de Recojo de Basura [artículo en internet] Perú 2011. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/W/wiki/conceptos de recojo de basura](http://es.wikipedia.org/W/wiki/conceptos_de_recojo_de_basura).
114. Ellarvi A. deposición de excretas en el Perú. [Artículo en internet]. 2010 [Citado 2010 May.]. [Alrededor de 2 pantalla]. Disponible en: <http://coyunturadeposición.com/salario/nuevo-sueldo-minimo-vital-en-perú>
115. Definiciones de frecuencia de Recolección y Eliminación. [Monografía de internet]. Definiciones De. Perú [Citado 14 mayo 2013]. [1 pantalla libre]. Disponible en ULR: [hppt://definiciones.de/recolección/](http://definiciones.de/recolección/).
116. Salazar F. “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “P”-Huaraz”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Huaraz]-2013.
117. Alejos M. “Determinantes de Salud de la Persona Adulta. Pueblo Joven la Unión – Chimbote”. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]- 2013.
118. Méndez N. “Determinantes de la Salud sobre de los adultos del Caserío Chua Alto Sector “T” Huaraz”. [Tesis para Optar el Título De Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Huaraz]-2013.

- 119.Espinoza J. “Determinantes de Salud en Adultos Varones Maduros Obesos A.H Villa Victoria Chimbote”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]- 2012.
- 120.Correa B, “Determinantes de salud en la Persona adulta del Asentamiento Humano 4 de Noviembre-Sullana”. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Sullana]-2013.
- 121.Dueñas J. “Determinantes de Salud en las Personas Adultas de la Junta Vecinal las Begonias- Tacna” [Tesis para Optar el Título De Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Tacna]- 2013.
- 122.Concepto sobre hábitos de fumar. [Artículo en internet]. Perú [ citado desde 22 de febrero de 2009]. [ 1 pantalla libre]. Disponible en URL: [es.hppt/www.org/Wiqui/conceptos habito fumar](http://es.hppt/www.org/Wiqui/conceptos_habito_fumar).
- 123.El Fumador y la persona Fumado y Hábito de fumar. [Artículo en internet]. [Citado abril de 30.]. España [1 pantalla libre] 2003. Disponible en URL: [es. hppt/www .org/Wiqui/ conceptos habito fumar](http://es.hppt/www.org/Wiqui/conceptos_habito_fumar).
- 124.Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Atención primaria de la salud 2008. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- 125.Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Salud pública en las Américas. Washington, D.C: OPS; 2007.

126. Valoración del patrón de sueño en un Centro Gerontológico de estancias diurnas, editorial n<sup>a</sup> 46, Revista Metas de Enfermería, Madrid, Junio 2002. 82; 12.
127. Conceptos de Dormir Vrs. Sueño – Salud y Descanso [Artículo en internet]. [Citado Febrero de 10.]. [Alrededor de 1 planilla] 2011. Disponible en URL: [http://www.conceptosdormir – descanso – Salud](http://www.conceptosdormir-descanso-salud.com).
128. Algo Más México. [Página en internet]. México: Por qué es importante bañarse, 2007 [actualizado 18 Jun 2007; citado 18 Jun 2007]. Disponible en: <http://jojoi.wordpress.com/2007/06/18/%C2%BFpor-que-es-importante-banarse/>
129. Conceptos Aseo Personal. – Importancia para la Salud [Artículo en internet] .[ citado 05 enero 2009]. [ alrededor de 1 planilla]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiqui/ aseo personal](http://es.wikipedia.org/Wiqui/aseo_personal).
130. Labotec. Importancia de chequeos anuales 2012. Panamá: Labotec; 201.
131. Instituto de Neurociencias. Chequeos médicos preventivos 2013. Buenos Aires: Instituto de Neurociencias; 2013.
132. Organización Mundial de la salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 2004. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2004.
133. Cruz P, Regidor E. Determinantes socioeconómicos de la inactividad física. Inguruak [serie en internet]. 2007 [citada 2013 Julio 17]; 44(22): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://determinantessocioeconomicos.com>.

134. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la promoción de la alimentación y nutrición saludable 2005. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2005.
135. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación. Informe sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. [boletín] Ginebra: Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación; 2003.
136. Organización de las Naciones Unidas Para la Alimentación. Guía de consumo para una Alimentación Saludable. [Documento en internet]. Perú 2011. [Citado 28 May. 2013]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde ULR: <http://www.raeperu.org.pe/pdf/Iguia%20consumo%20saludable.pdf>.
137. Arturo J. “Determinantes de la salud de los Adultos del Caserío de Chua Bajo Sector “S” Huaraz”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Huaraz]-2013.
138. Villavicencio A. “Determinantes de la Salud de los Adultos de Quenuayoc Sector “A” Willcacará Independencia Huaraz”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Huaraz]-2013.
139. Chinchay M. “Determinantes de la Salud de los Adultos del caserío de Vista Alegre Sector “Q” –Huaraz”. [Tesis para Optar el Título De Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Huaraz]-2013.
140. Jacinto G. “Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Maduras Obesas A.H



Villa España Chimbote”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]-2012.

141. Jiménez L. “Determinantes de la Salud en Adultos maduros sanos en el A.H los Paisajes, Chimbote”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]-2012.

142. Sobrevilla V. “Determinantes de la Salud de los adultos del Caserío Somate Bajo– Bellavista-Sullana”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote- Sullana]-2013.

143. Alvarado Y. “Determinantes de la Salud en los Adultos Mayores Pueblo Joven la Esperanza Baja – Chimbote”. [Tesis para Optar el Título De Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]-2013.

144. Arrus A. Apoyo Social. [Página en internet]. México, Citado el 16 de Jun del 2013. Disponible desde la ULR: <http://www.enconoinmiretosocial.com/?p=506>.

145. Qué es el apoyo social. [Serie en internet]. [Citado Marz. 13]. [Alrededor de una pantalla]. Universidad de Cantabria. Desde: [ocw.unican.es](http://ocw.unican.es) ›... › Bloque Temático IV › Tema 13. El apoyo social.

146. Apoyo Social Organizado [artículo en internet] España. 2009. [ 2 pantalla] Disponible [http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia\\_Redес\\_Adulto\\_Mayor.pdf](http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia_Redес_Adulto_Mayor.pdf).

147. Concepto de Instituciones de Salud. [Documento en internet]. Panamá. 2006.  
[Citado 2012 Jul. 17]. [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en URL:  
[//http://www.monografias.com](http://www.monografias.com). Pdf.
148. Sanitas. Institución y Salud - vida. [Artículo en internet]. 2011 [citado 2013 Feb.  
20]. [Alrededor de una pantalla]. Disponible en URL: [http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-vida/prepro\\_080021.html](http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-vida/prepro_080021.html).
149. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud. Lima. Perú, 2005.
150. Pumain, D. Distancia. [Documento en internet]. México .2013, [citado 15 de Set.  
2013]. Disponible desde: <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article162>.
151. Sistemas AFM Compactos. Conceptos de distancia. [Documento en internet].  
[citado 8 de Set. 2011]. Disponible desde:  
<http://deconceptos.com/matematica/distancia>.
152. Chávez H. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud [Documento en internet]  
Perú. 2012. Disponible desde: <http://www.sis.gob.pe/Portal/paginas/odsis.html>.
153. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI): Tiempo de espera para ser  
atendido en un establecimiento. [Serie en Internet]. Perú. 2012 [Citado Octb.27].  
[1 pantalla libre]. Disponible desde: [www.inei.gob.pe/.../usuarios-esperan-mas-de-una-hora-para-ser-atendido](http://www.inei.gob.pe/.../usuarios-esperan-mas-de-una-hora-para-ser-atendido).

154. Donabedian A. Actas Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica. [Serie en Internet]. [Marz. 27]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: [www.calidadensalud.org.ar/.../Calidad%20%201er%20Nivel.doc](http://www.calidadensalud.org.ar/.../Calidad%20%201er%20Nivel.doc).
155. Aniorte N. Salud y Calidad. [Monografía de internet]. Vida Saludable. Fundación de la Salud. [Citado 2013 Jun. 16]. [1 Pantalla]. Disponible en ULR: [http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-viDa/prepro\\_080021.html](http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-viDa/prepro_080021.html).
156. Palacios L. El pandillaje [Monografía en internet]. España. 2013 [Alrededor de 10 paginas]. Disponible desde: <http://www.monografias.com/trabajos53/pandillajeperu/pandillaje-peru.shtml#ixzz2lhBrp800>.
157. El pandillaje. [Publicado el martes, 5 de abril de 2011] Disponible en <http://urcia-oscar.blogspot.com/2011/04/que-es-el-pandillaje.html>.
158. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Definición de programa Vaso de Leche. Peru. 2003 [Documento en internet] Disponible desde: [http://www.midis.gob.pe/files/rubpvl/rub\\_pvl\\_material](http://www.midis.gob.pe/files/rubpvl/rub_pvl_material).
159. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS. [Documento en internet] Perú 2005. Disponible desde: <http://www.observatorioseguridadalimentaria.org/programa-nacional-de-apoyo-directo-lo-adultos>.
160. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Programa Nacional de Asistencia Solidaria, Pensión 65. [Documento en internet] Lima, Perú. 2012 [Citado 1 de enero de 2012]. Disponible desde: <http://www.pension65.gob.pe/quienes-somos/que-es-pension-65>.



ANEXO N° 01



**UNIVERSIDAD CATÒLICA LOS ÀNGELES CHIMBOTE  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LOS  
ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO,  
2015.**

**Elaborado por Vílchez Reyes Adriana**

**DATOS DE IDENTIFICACION:**

**Iniciales o seudónimo del nombre de la**

**Persona.....**

**Dirección.....**

**I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO**

**Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )

**Edad:**

- Adulto Joven (20 a 40 años) ( )
- Adulto Maduro (40 a 64 años) ( )
- Adulto Mayor (65 en adelante) ( )

**Grado de instrucción:**

- Sin nivel ( )
- Inicial/Primaria ( )
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ( )
- Superior universitaria ( )
- Superior no universitaria ( )

**Ingreso económico**

- Menor de 750 ( )

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

**Ocupación:**

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

**II. DETERMINANTES RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO**

**Tipo:**

- Alquiler ( )
- Cuidador, alojado ( )
- Plan social (de casa para vivir) ( )
- Alquiler venta ( )
- Propia ( )

**Material del piso:**

- Tierra ( )
- Entablado ( )
- Loseta, vinílico ( )
- Lámina asfálticas ( )
- Parquet ( )

**Material del techo:**

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

- Eternit. ( )

**Material de las paredes:**

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

**Abastecimiento de agua:**

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

**Eliminación de excretas:**

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

**Combustible para cocinar:**

- Gas, electricidad ( )
- Leña, carbón ( )
- Bosta ( )
- Tuza (coronta de Maíz) ( )
- Carca de vaca ( )

**Tipo de alumbrado:**

- Sin energía ( )

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

**Disposición de basura:**

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

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

- Diariamente ( )
- Todas las semana pero no diariamente ( )
- Al menos dos veces por seman ( )
- Al menos una vez al mes pero no todas las semanas ( )

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

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

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

**Actualmente fuma?**

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

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

- Diario ( )
- Dos a tres veces por semana ( )
- Una vez a la semana ( )
- Una vez al mes ( )
- Ocasionalmente ( )
- No consumo ( )

**Número de horas que duerme:**

- De 6 a 8 horas. ( )
- De 8 a 10 horas. ( )
- De 10 a 12 horas. ( )

**Cuál es la frecuencia con la que se baña:**

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

**Usted realiza examen médico periódico**

Si ( ) 2 No ( )

**Usted realiza alguna actividad física:**

Caminar ( ) Deporte ( ) Gimnasia ( ) No realizo ( )

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

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



**DIETA:**

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

Alimentos	Diario	3 o más veces a la Semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
Fruta					
Carne					
Huevos					
Pescado					
Fideos					
Pan, cereales					
Verduras y hortalizas					
Otros					

**IV. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

**Percibe algún apoyo social natural:**

- Familiares ( )
- Vecinos ( )
- Amigos ( )
- Compañeros espirituales. ( )
- Compañeros de trabajo. ( )
- No recibo. ( )

**Percibe algún apoyo social organizad:**

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

**Percibe algún Apoyo social organizado:**

- Pensión 65( )
- Comedor popular. ( )
- Vaso de leche. ( )
- Otros. ( )

**Indique en que institución de salud se atendió:**

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

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

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

**Qué tipo de seguro tiene Usted:**

- ESSALUD ( )
- SIS-MINSA ( )
- Sanidad ( )
- Otros ( )

**El tiempo que espero para que lo (la) atendieran ¿le pareció?**

- Muy largo ( )
- Largo ( )
- Regular ( )
- Corto ( )

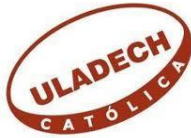
- Muy corto ( )
- No sabe ( )

**En general, ¿la calidad de atención que recibió fue?**

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

**Existe pandillaje o delincuencia cerca de su vivienda**

Si ( ) No ( )



## ANEXO N° 02



### VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL – MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.

#### Validez de contenido:

La medición de la validez de contenido se realizó utilizando la fórmula de Lawshe denominada “Razón de validez de contenido (CVR)”.

$$CVR = \frac{\sum \frac{r_i}{2}}{\frac{N}{2}}$$

*r<sub>i</sub> = número de expertos que la consideró esencial.*

N= número total de expertos.

Al validar el cuestionario se calcula la razón de validez de contenido para cada reactivo, el valor mínimo de CVR para un número de 8 expertos es de 0,75.

De acuerdo con Lawshe si más de la mitad de los expertos indica que una pregunta es esencial, esa pregunta tiene al menos alguna validez de contenido.

#### Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 8 expertas del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015”. (Ver anexo 03).
3. Cada experta respondió a la siguiente pregunta para cada una de las preguntas del cuestionario: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es. Esencial?

Útil pero no esencial?

No necesaria?

4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó el número de expertas que afirma que la pregunta es esencial.
5. Luego se procedió a calcular el CVR para cada uno de las preguntas. (Ver anexo ...)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo de la CVR teniendo en cuenta que fueron 8 expertas que evaluaron la validez del contenido. Valor mínimo 0,75.
7. Se identificó las preguntas en los que más de la mitad de las expertas lo consideraron esencial pero no lograron el valor mínimo.
8. Se analizó si las preguntas cuyo CVR no cumplía con el valor mínimo se conservarían en el cuestionario.
9. Se procedió a calcular el Coeficiente de Validez Total del Cuestionario.

#### Calculo del Coeficiente de Validez Total:

$$\text{Coeficiente de validez total} = \frac{\sum \text{CVR}}{\text{Total de ítems}}$$

$$\text{Coeficiente de validez total} = \frac{25}{31}$$

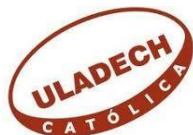
Coeficiente de validez total = 0,75.

Este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta en las regiones del Perú.

#### Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador.



ANEXO N° 03



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE  
SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –  
MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EXPERTAS:

N°	Exper.1	Expe. 2	Expe. 3	Exper to 4	Experto 5	Exper to 6	Exper to 7	Exper to 8	ne	CVR por pregunt a
1	1	1	1	2	1	1	1	2	6	0,750
2	2	1	1	2	1	1	1	1	6	0,750
3	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
4	2	2	1	2	1	1	1	1	5	0,625
5	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
6	2	2	1	0	1	1	2	2	3	0,375 (*)
7.1	1	0	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.2	2	1	1	0	1	2	1	1	5	0,625
7.3	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.4	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.5	1	1	1	0	1	1	2	2	5	0,625
8	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
9	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
10	1	1	1	0	1	1	1	1	7	0,875
11	2	1	1	2	1	2	2	1	4	0,500 (*)
12	1	1	1	1	1	2	2	2	5	0,625
13	2	1	1	1	1	1	1	2	6	0,750
14	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
16	0	1	1	1	0	2	1	1	5	0,625
17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
19	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
20	2	1	1	2	2	1	1	1	5	0,625
21	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
22	1	2	1	1	1	1	1	1	7	0,875
23	2	1	1	1	1	1	1	1	7	0,875
24	2	2	1	1	1	1	1	1	6	0,750
25	1	1	1	1	1	2	1	1	7	0,875
26	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
27	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
28	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
29	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
30	1	1	1	1	1	2	2	1	6	0,750
										25,500

DETERMINANTES DE SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	¿La habilidad o conocimiento medido por estas preguntas es....?			¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
<b>I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO</b>								
<b>P1</b>								
Comentario:								
<b>P2</b>								
Comentario:								
<b>P3</b>								
Comentario:								
<b>P4</b>								
Comentario:								
<b>P5</b>								
Comentario:								
<b>P6</b>								
Comentario:								
<b>II. DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO</b>								
<b>P7</b>								
<b>P. 7.1.</b>								
Comentario:								
<b>P. 7.2.</b>								
Comentario:								
<b>P. 7.3.</b>								
Comentario:								
<b>P. 7.4.</b>								
Comentario:								
<b>P. 7.5.</b>								
Comentario:								
<b>P8</b>								
Comentario								
<b>P9</b>								
Comentario:								
<b>P10</b>								

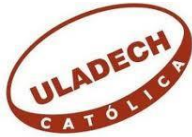
Comentario									
<b>P11</b>									
Comentario:									
<b>P12</b>									
Comentario:									
<b>P13</b>									
Comentario:									
<b>P14</b>									
Comentario:									
<b>III. DETERMINANTES DE HABITOS PERSONALES DE SALUD</b>									
<b>P15</b>									
Comentario:									
<b>P16</b>									
Comentario:									
<b>P17</b>									
Comentario									
<b>P18</b>									
Comentario:									
<b>IV. DETERMINANTES ALIMENTARIOS</b>									
<b>P19</b>									
Comentario:									
<b>V. PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS</b>									
<b>P20</b>									
Comentario									



<b>P21</b>									
Comentario:									
<b>P22</b>									
Comentario:									
<b>P23</b>									
Comentario:									
<b>P24</b>									
Comentario:									
<b>VI. DETERMINANTE DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD</b>									
<b>P25</b>									
Comentario:									
<b>VII. DETERMINANTE DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD</b>									
<b>P26</b>									
Comentario:									
<b>P27</b>									
Comentario:									
<b>P28</b>									
Comentario:									
<b>P29</b>									
Comentario:									
<b>P30</b>									
Comentario:									

**Fuente:** Ficha de evaluación de expertos.

(\*) Preguntas N° 6 y N° 11 fueron consideradas como no necesarias por las expertas. Sin embargo, estas preguntas permanecieron en el cuestionario por decisión de la investigadora ya que no afecto que la Validez total del cuestionario logrará el valor mínimo requerido (0,75).



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



**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS  
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO  
POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**

**NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:**

---

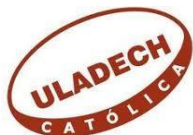
**INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:**

---

**INSTRUCCIONES:** Colocar una “X” dentro del recuadro de acuerdo a su evaluación.

(\* ) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

<b>VALORACIÓN GLOBAL:</b>					
<b>¿El cuestionario está adecuadamente formulado para los destinatarios a encuestar?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Comentario:</b>					



ANEXO N° 04



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TÍTULO**

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO  
POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**

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

La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informarán de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas.

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

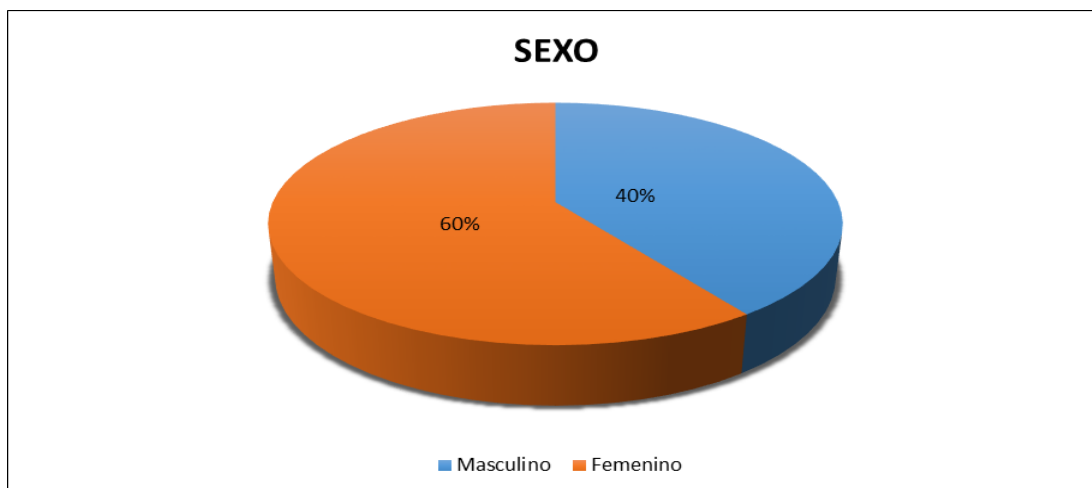
FIRMA

## GRÁFICO DE TABLA 1

### DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

#### GRÁFICO 1

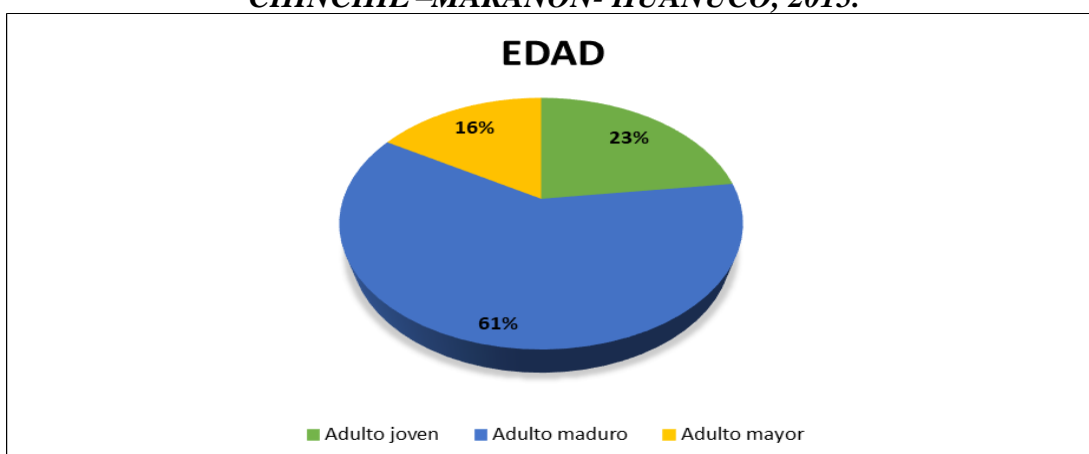
#### GRÁFICO SEGÚN SEXO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

#### GRÁFICO 2

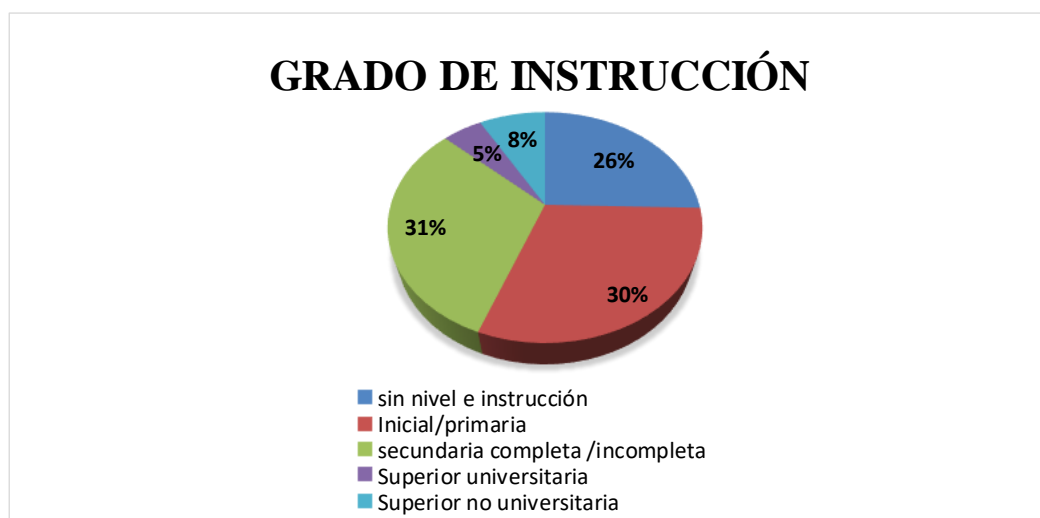
#### GRÁFICO SEGÚN SEXO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 3

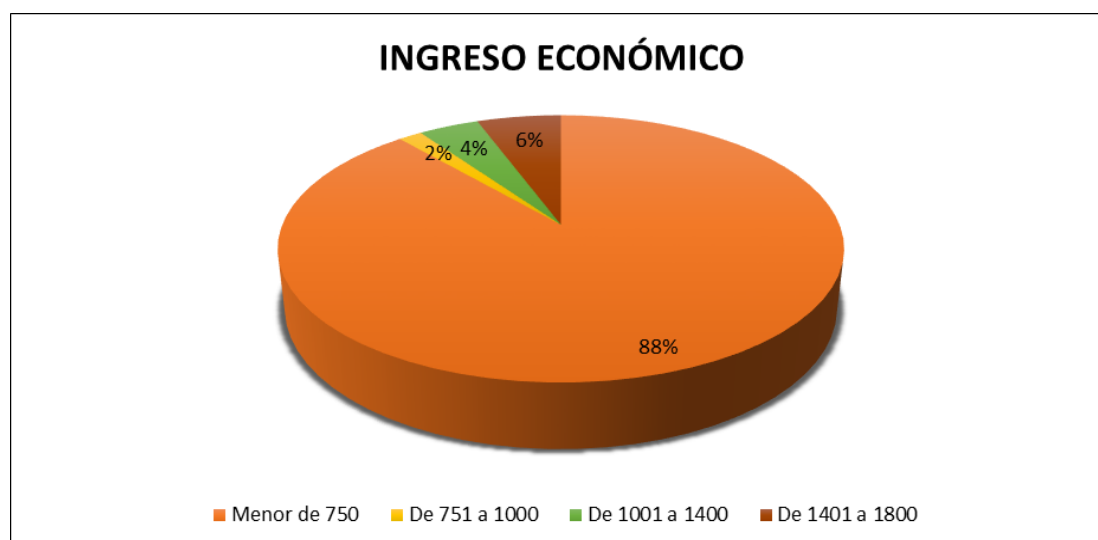
#### GRÁFICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 4

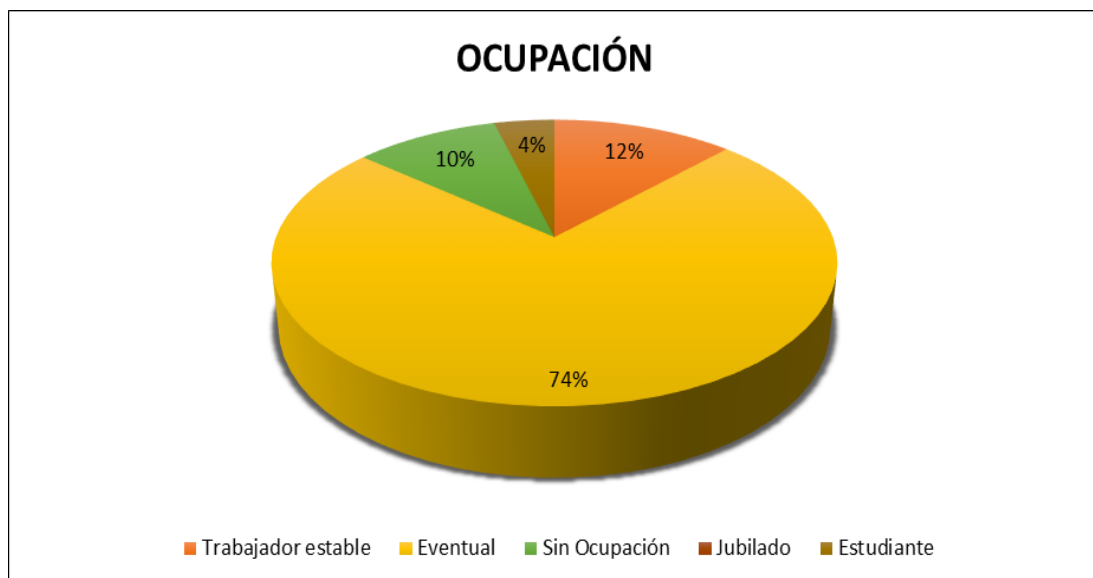
#### GRÁFICO SEGÚN INGRESO ECONOMICO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 5

#### GRÁFICO SEGÚN OCUPACION DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.



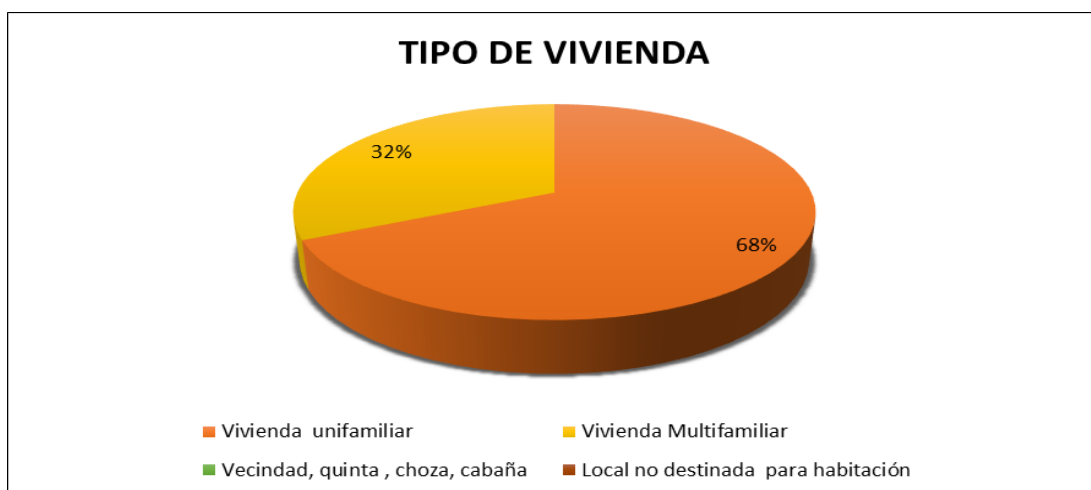
**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

## GRÁFICO DE TABLA 2

### DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

#### GRÁFICO 6

#### GRÁFICO SEGÚN TIPO DE VIVIENDA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

#### GRÁFICO 7

#### GRÁFICO SEGÚN TENENCIA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 8

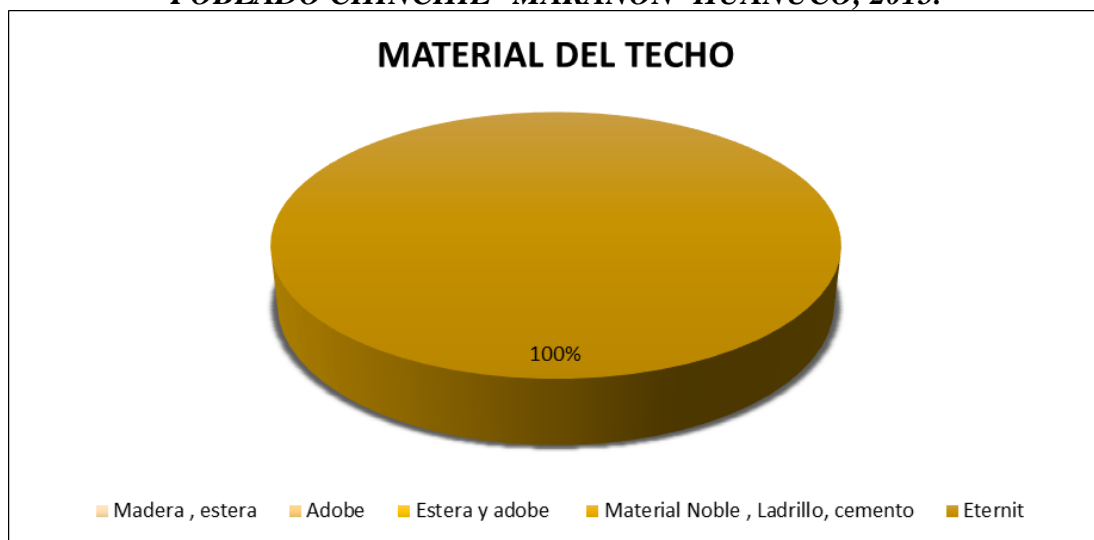
#### GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE PISO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 9

#### GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE TECHO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.



### GRÁFICO 10

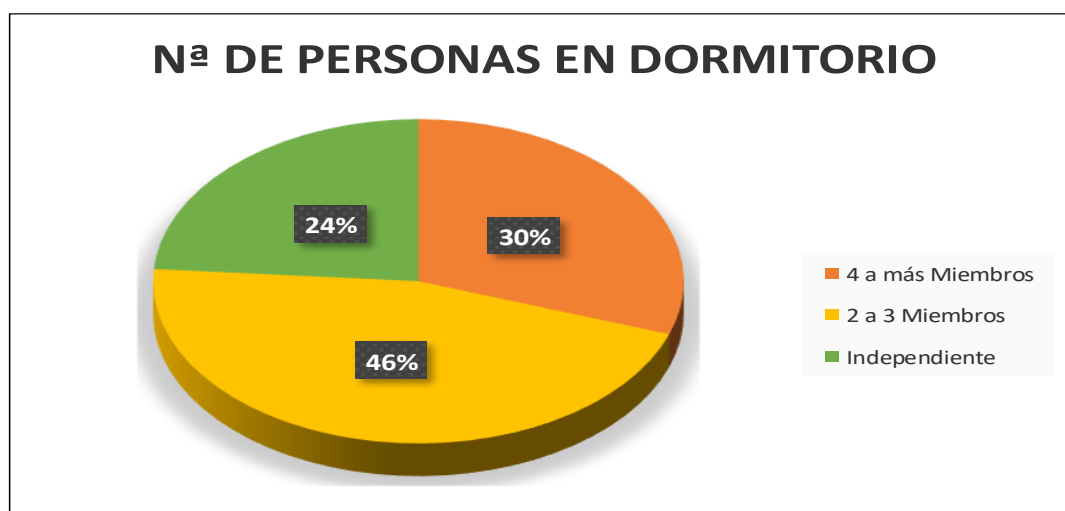
**GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE PAREDES DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 11

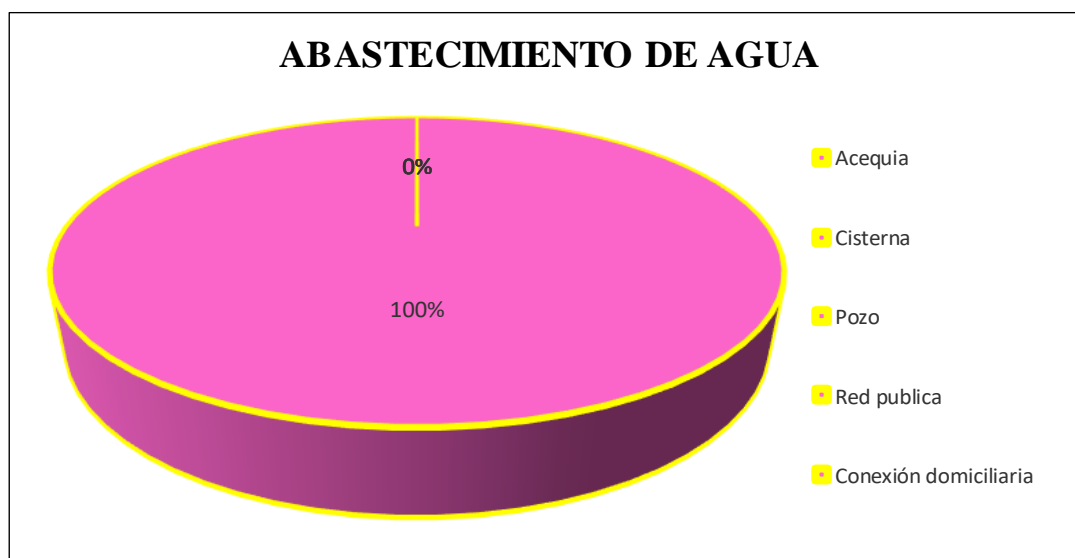
**GRÁFICO SEGÚN SEGUN HABITACIONES PARA DORMIR DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 12

**GRÁFICO SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 13

**GRÁFICO SEGÚN ELIMINACION DE EXCRETAS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 14

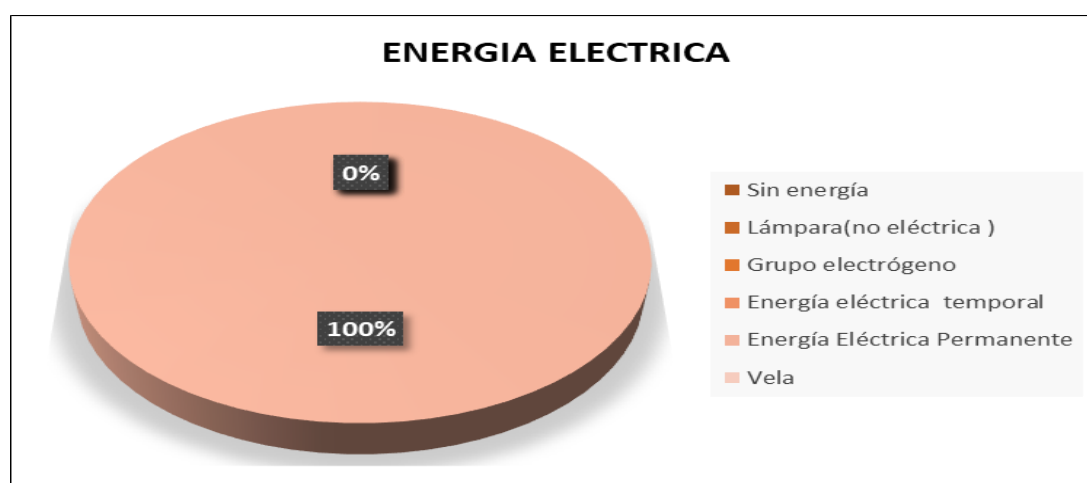
**GRÁFICO SEGÚN COMBUSTIBLE PARA COCINAR DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 15

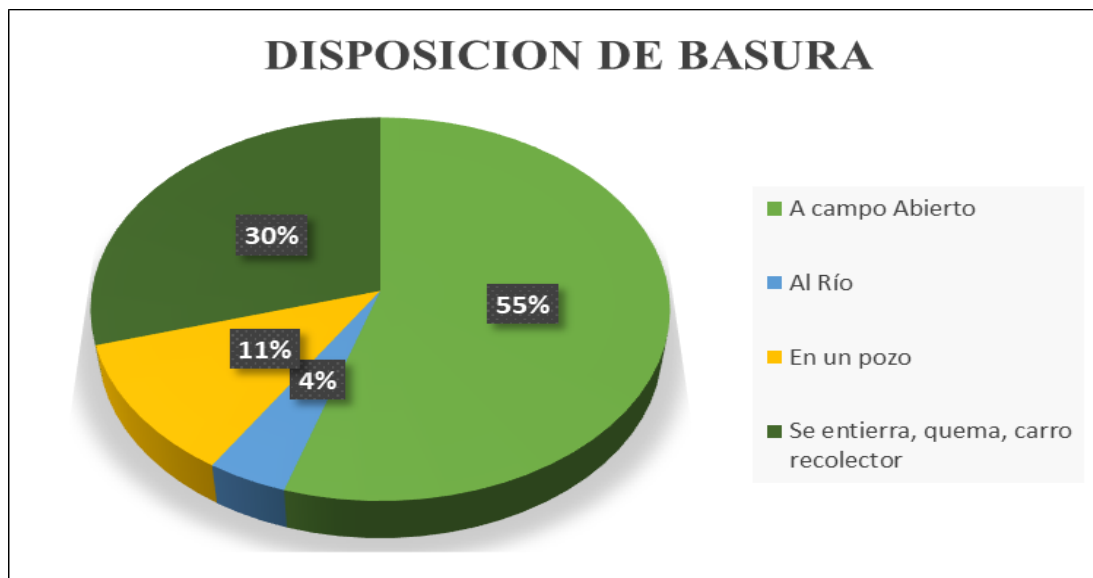
**GRÁFICO SEGÚN ENERGIA ELECTRICA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 16

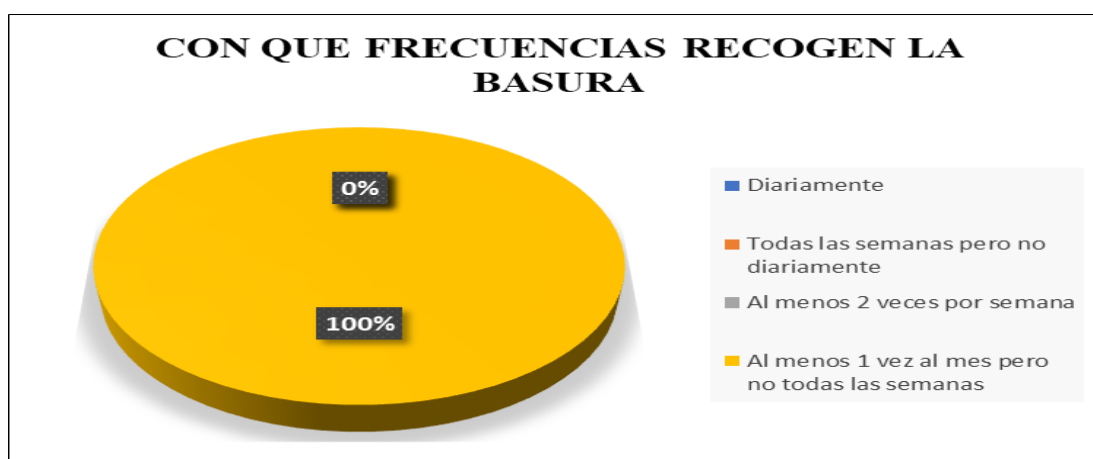
**GRÁFICO SEGÚN DISPOSICION DE BASURA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 17

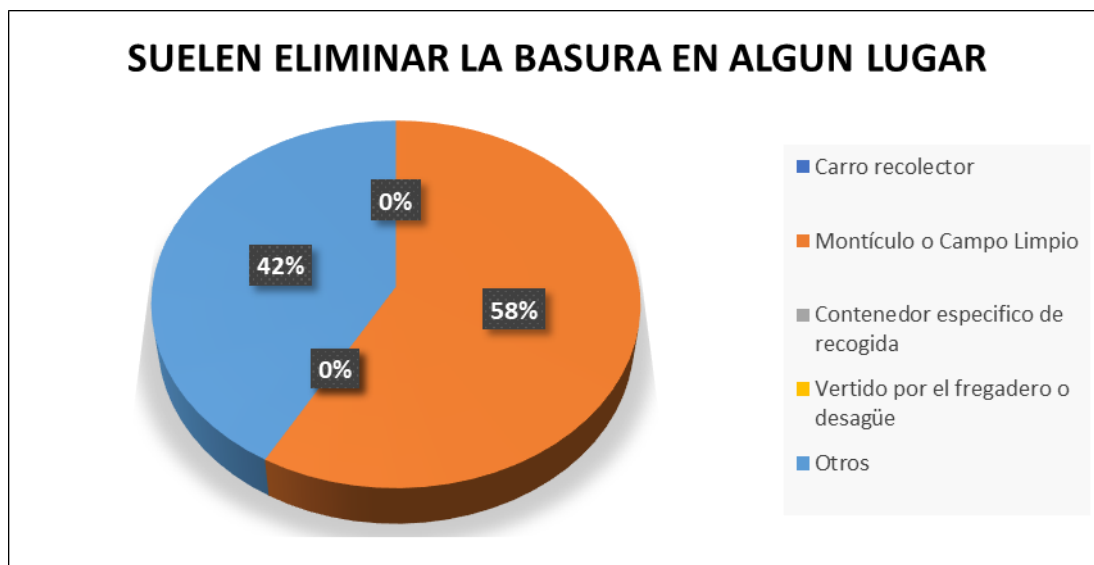
**GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR SU CASA EN LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 18

**GRÁFICO SEGÚN COMO SUELEN ELIMINAR LA BASURA EN ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES LUGARES DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



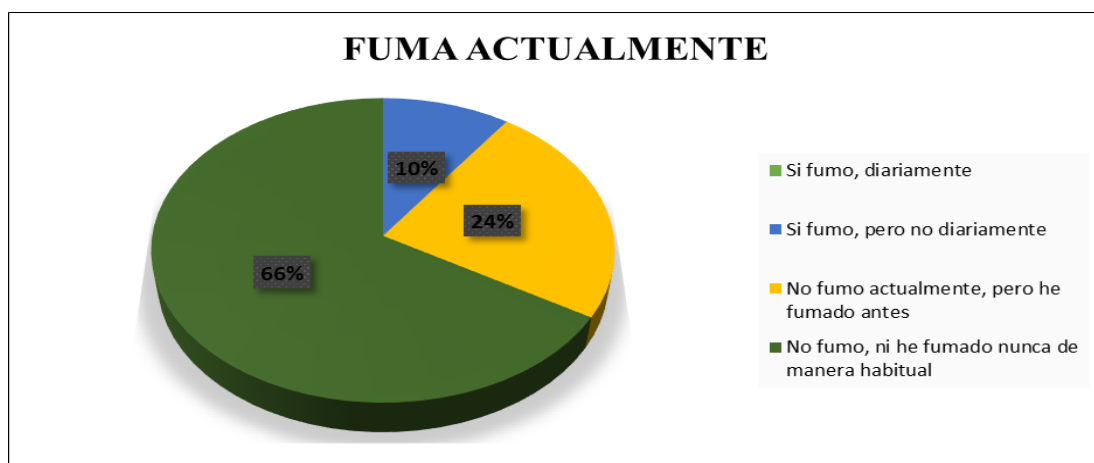
**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO DE TABLA 3

#### DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

#### GRÁFICO 19

#### GRÁFICO SEGÚN FUMA ACTUALMENTE EN LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

#### GRÁFICO 20

#### GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 21

**GRÁFICO SEGÚN N° DE HORAS QUE DUERMEN LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 22

**GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN EN LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 23

**GRÁFICO SEGÚN EXAMEN MEDICO QUE REALIZAN EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 24

**GRÁFICO SEGÚN ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZAN EN SU TIEMPO LIBRE DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL – MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.



**GRÁFICO 25**

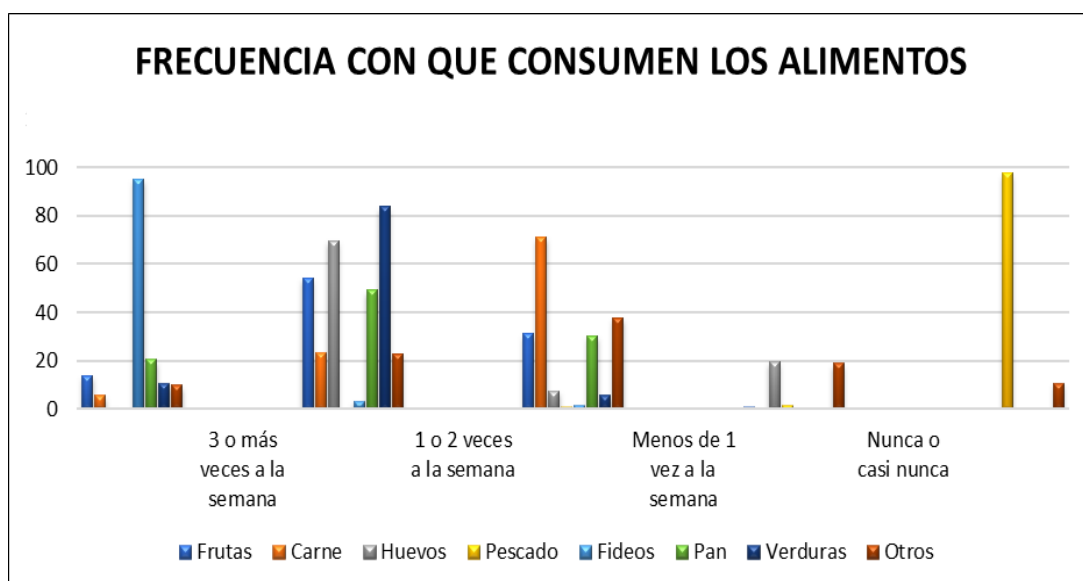
**GRÁFICO SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZÓ DURANTE 20 MINUTOS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

**GRÁFICO 26**

**GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA QUE CONSUMEN LOS ALIMENTOS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

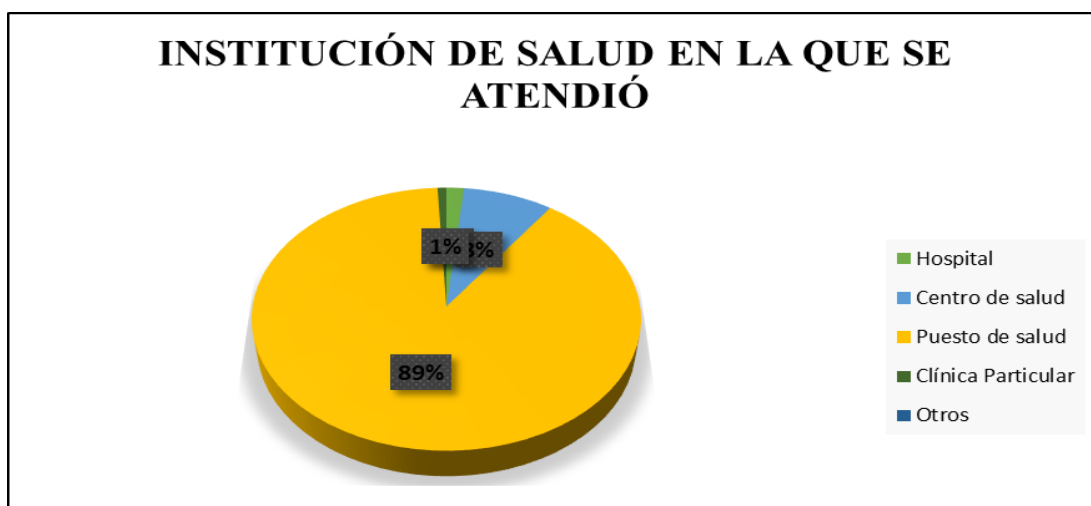
**GRÁFICO DE TABLA 4**

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

**GRÁFICO 27**

**GRÁFICO SEGÚN INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIO**

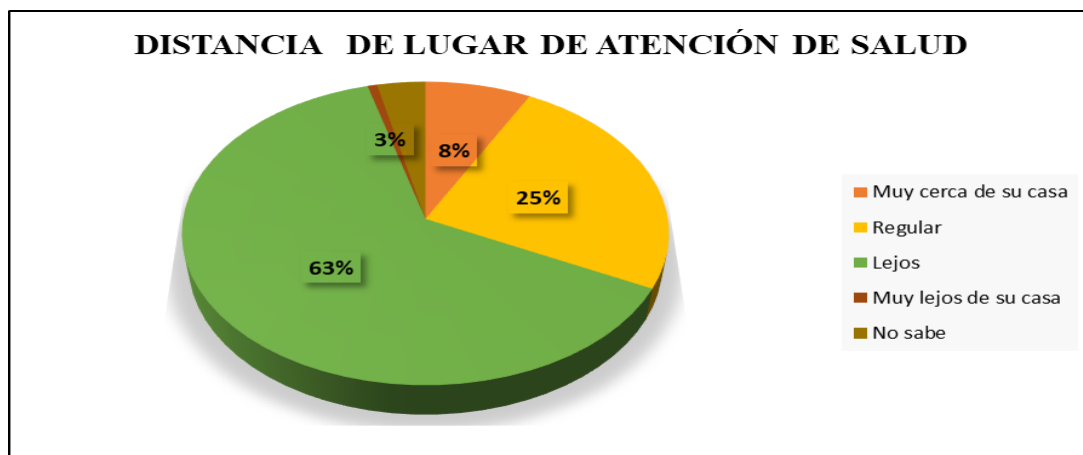
**EN ESTOS 12 ULTIMOS MESES DE LOS ADULTOS DEL CENTRO  
POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes.  
Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015

**GRÁFICO 28**

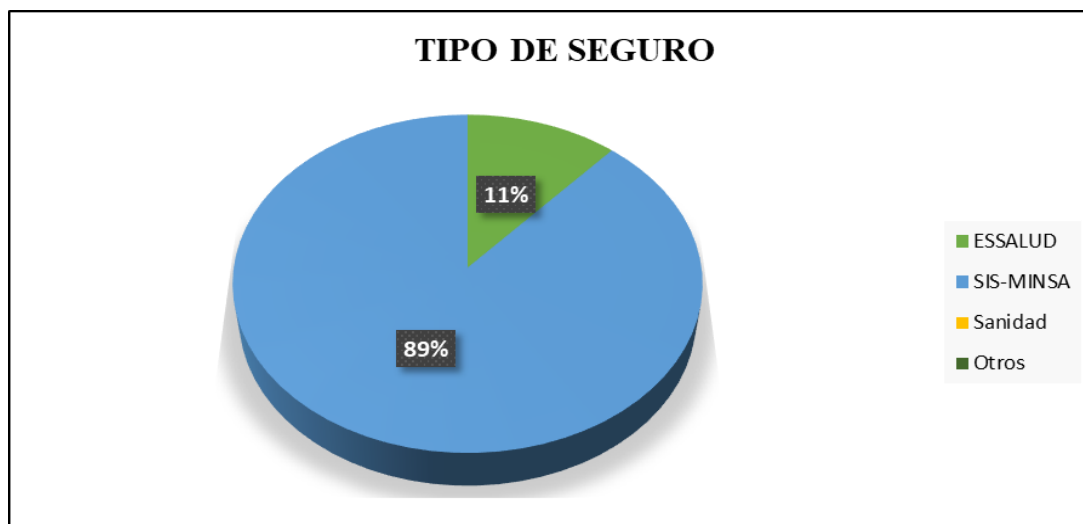
**GRÁFICO SEGÚN DISTANCIA DEL LUGAR DONDE SE ATENDIÓ DE  
LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN-  
HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

**GRÁFICO 29**

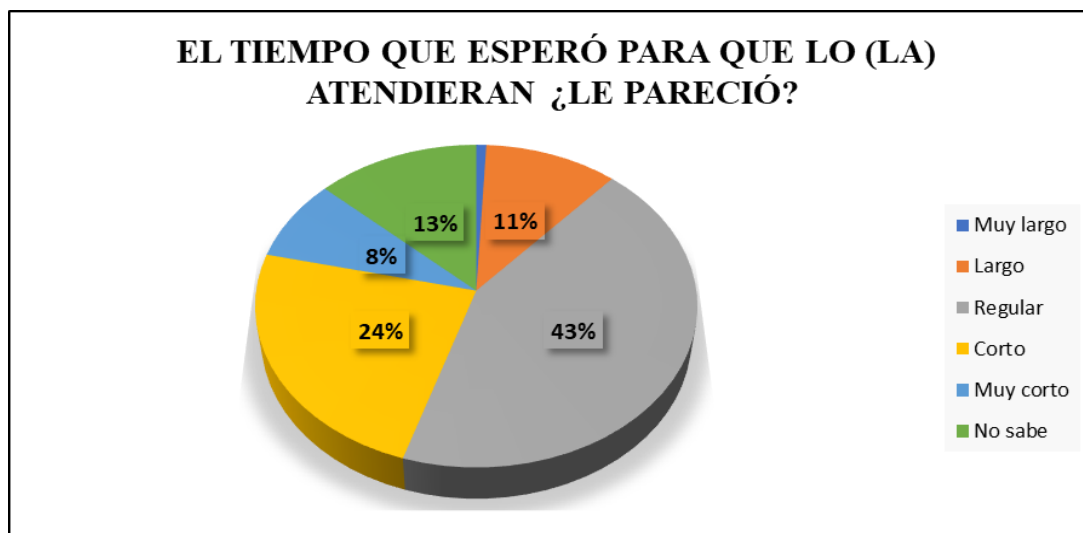
**GRÁFICO SEGÚN TIPO DE SEGURO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO  
POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 30

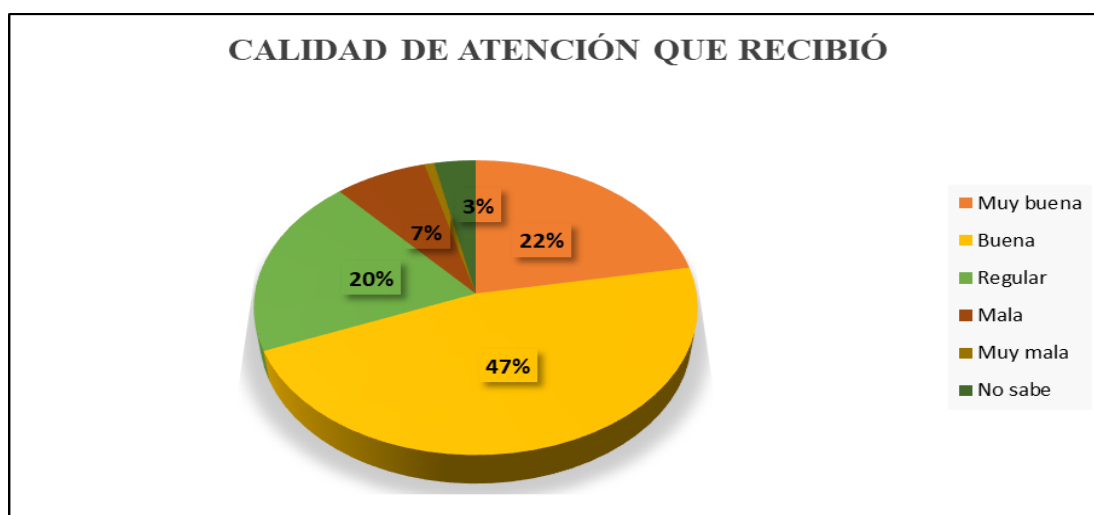
**GRÁFICO SEGÚN TIEMPO QUE ESPERÓ EN LA ATENCIÓN DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

### GRÁFICO 31

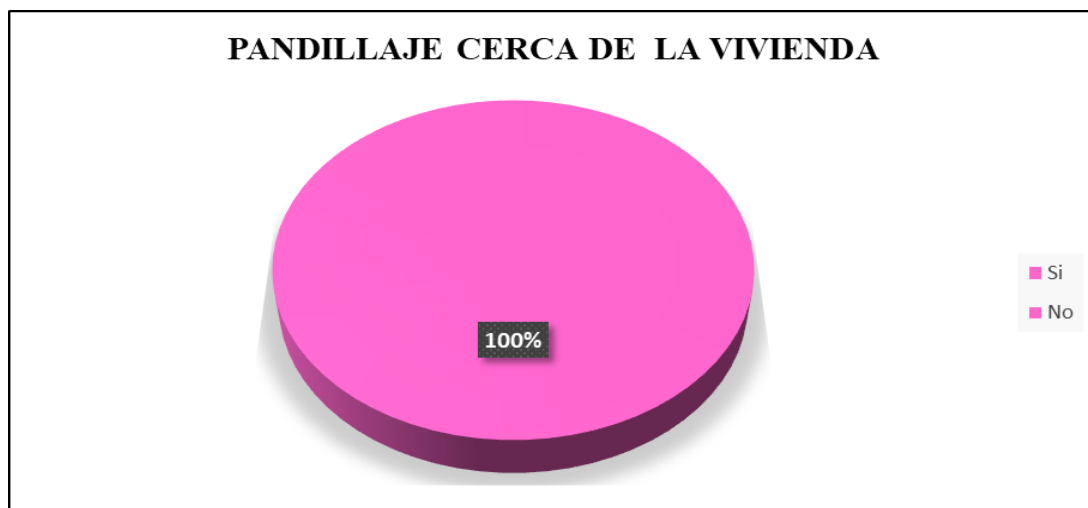
**GRÁFICO SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

**GRÁFICO 32**

**GRÁFICO SEGÚN PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA  
DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN-  
HUÁNUCO, 2015.**



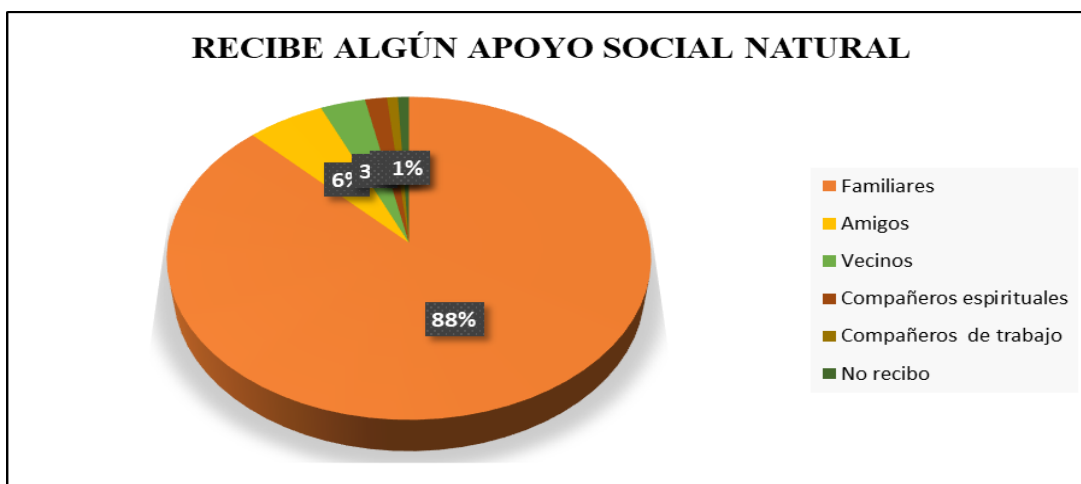
**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

**GRÁFICO DE TABLA 5**

**DETERMINANTES DE LAS REDES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO**

**GRÁFICO 33**

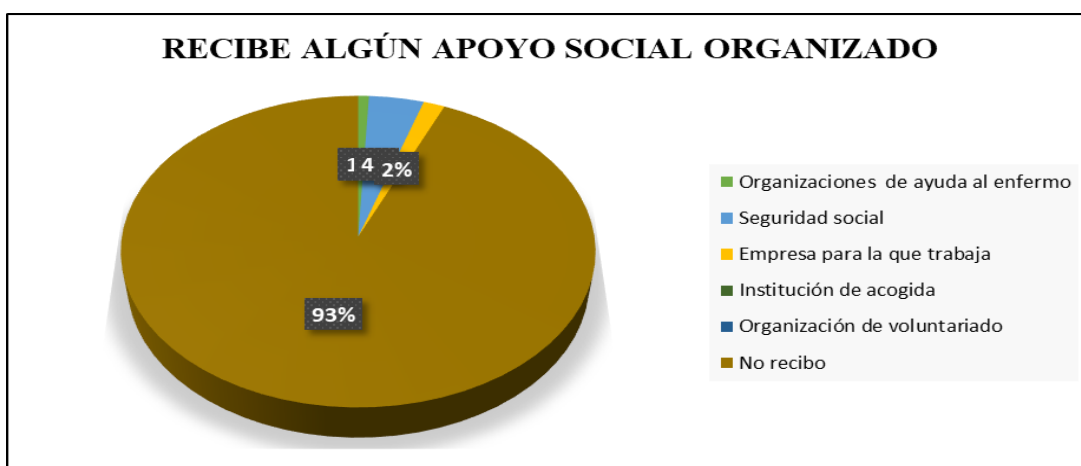
**GRÁFICO SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

**GRÁFICO 34**

**GRÁFICO SEGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



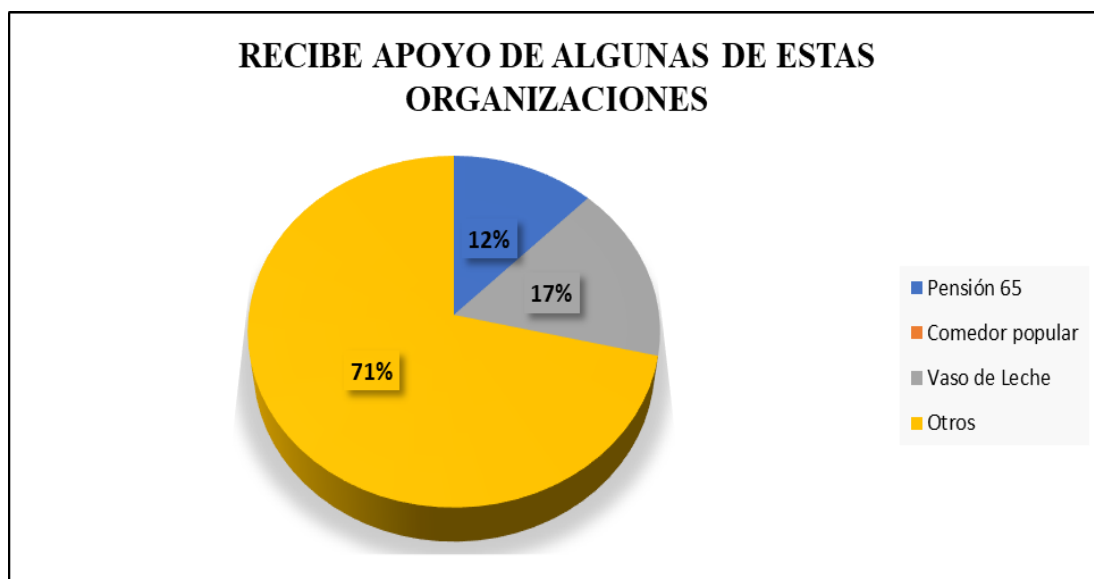
**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.

**GRÁFICO DE TABLA 6**

**DETERMINANTES DE LAS REDES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN  
RECIBIÓ EL APOYO**

**GRÁFICO 35**

**GRÁFICO SEGÚN QUE RECIBE APOYO DE ALGUNAS DE ESTAS  
ORGANIZACIONES LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO CHINCHIL –  
MARAÑÓN- HUÁNUCO, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado Chinchil- Marañón – Huánuco. Agosto 2015.