

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN 2014



INFORME DE INVESTIGACIÓN:

Programa de intervención comunitaria para promover el autocuidado individual y familiar en el Caserío Bello Horizonte, Distrito de la Banda de Shilcayo - Región San Martín, Junio 2014 - Julio 2015

AUTORES:

Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico - (Coordinadora)
Obsta. Mg. Consuelo Dávila Torres
Lic. M.Sc. Luz Karen Quintanilla Morales
Lic. Mg. Juanita Olga López Llontop
Lic. Nut. Dra. María Elena Farro Roque

COLABORADORES:

Obsta. Mg. Hilda Gonzales Navarro
Milagros Jazmín Campos Herrera

Tarapoto - Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN 2014



INFORME DE INVESTIGACIÓN:

Programa de intervención comunitaria para promover el autocuidado individual y familiar en el Caserío Bello Horizonte, Distrito de la Banda de Shilcayo - Región San Martín, Junio 2014 - Julio 2015

AUTORES:

Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico - (Coordinadora)
Obsta. Mg. Consuelo Dávila Torres
Lic. M.Sc. Luz Karen Quintanilla Morales
Lic. Mg. Juanita Olga López Llontop
Lic. Nut. Dra. María Elena Farro Roque

COLABORADORES:

Obsta. Mg. Hilda Gonzales Navarro
Milagros Jazmín Campos Herrera

Tarapoto - Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN -TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN 2014



INFORME DE INVESTIGACIÓN

Programa de intervención comunitaria para promover el autocuidado individual y familiar en el Caserío Bello Horizonte, Distrito de la Banda de Shilcayo-Región San Martín. Junio 2014 – Julio 2015

AUTORES:

Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico – (Coordinadora)

Obsta. Mg. Consuelo Dávila Torres

Lic. M. Sc. Luz Karen Quintanilla Morales

Lic. Mg. Juanita Olga López Llontop

Lic. Nut. Dra. María Elena Farro Roque

COLABORADORES:

Obsta. Mg. Hilda Gonzales Navarro

Milagros Jazmín Campos Herrera

Tarapoto – Perú

2019

Declaración de autenticidad

Ana Maribel Becerril Ibérico, con DNI N° 01064005, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con el Informe de investigación titulado: **Programa de intervención comunitaria para promover el autocuidado individual y familiar en el Caserío Bello Horizonte, Distrito de la Banda de Shilcayo-Región San Martín. Junio 2014 – Julio 2015**

Como coordinador, declaro bajo juramento que:

1. El Informe de Investigación presentada es de nuestra autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene este Informe de Investigación no ha sido auto plagiada.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado asumimos bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de nuestro accionar, sometiéndonos a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, agosto del 2019.



Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico
DNI N° 01064005

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Becerril Ibarico Ana Maribel		
Código de alumno :		Teléfono:	942661441
Correo electrónico :	ambecerril@unsm.edu.pe	DNI:	01064005

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Ciencias de la Salud.
Programa de:	Escuela Académica profesional de Obstetricia.

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	()	Trabajo de investigación	(X)
Trabajo de suficiencia profesional	()		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título:	Programa de Intervención Comunitaria para promover el autocuidado individual y familiar en el Caserío Bello Horizonte, Distrito de la Banda de Shillayo - Región San Martín, JUNIO 2014 - JULIO 2015
Año de publicación:	2019

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	()
Acceso restringido **	()		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

--

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "**Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA**".



.....
Firma del Autor

8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento:

26 / 08 / 2019




.....
Firma del Responsable de Repositorio
Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso
Abierto de la UNSM - T.

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

El presente informe se lo dedicamos a las familias de Bello Horizonte, con quienes se trabajó arduamente para validar los módulos y fortalecer las prácticas de Higiene y estilos de vida saludables.

A los estudiantes del Curso de Obstetricia Comunitaria, Salud del adulto I ciclo 2014-I, 2014-II y 2015-I; quienes apoyaron en la aplicación de los instrumentos, en las jornadas de capacitación y visitas domiciliarias a cada una de las familias seleccionadas

Los autores.

Agradecimiento

Agradecemos a nuestro creador, por concedernos el don de sabiduría y entendimiento para proseguir adelante, venciendo las dificultades que nos rodea en la sociedad.

Al Profesor Olande Silva Pinedo por su apoyo en el procesamiento de los datos, redacción del informe, su colaboración constante para culminar el trabajo.

A la Universidad Nacional de San Martín, específicamente a la Oficina de investigación y desarrollo de la UNSM-T por el financiamiento y apoyo logístico para la ejecución y culminar con éxito la presente investigación, además por el asesoramiento y orientación en la redacción del informe final.

A las autoridades y comunidad de Bello Horizonte por el apoyo y confianza brindada al equipo de investigadores, que permitió que desarrollemos los talleres y las actividades previstas en el plan.

Al equipo de investigadores, tanto los principales como los colaboradores por su dedicación, esfuerzo, tiempo y aportes tanto en el trabajo de campo como sus aportes técnicos y científicos, sin ellos no hubiera sido posible ejecutar y culminar exitosamente la presente investigación; gracias además por la tolerancia y la paciencia ya que la presión para cumplir las metas y actividades propuestas muchas veces condujeron a momentos tensos.

Los Investigadores

Índice

	Pág.
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento	vi
índice	vii
Índice de tablas	viii
Lista de siglas y abreviaturas.....	ix
Resumen	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	1
CAPÍTULO I: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	3
1.1. Fundamento Teórico Científico	3
1.2. Definición de términos básicos.....	13
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO	16
2.1. Sistema de hipótesis.....	16
2.2. Sistema de variables.....	16
2.1.1 Definición de variables.....	16
2.1.2 Operacionalización de las variables:	16
2.3. Tipo de método de la investigación	17
2.4. Diseño de investigación	17
2.5. Población y muestra.....	18
2.6. Técnicas de recolección de datos	18
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSION	20
3.1. Tratamiento estadístico e interpretación de cuadros	20
2.2. Discusión de Resultados	33
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	41

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Diseño del programa de intervención para aplicación en las familias de Bello Horizonte, 2014-2015	20
Tabla 2. Diseño de los Módulos y Sesiones de aprendizaje para aplicación en las familias de Bello Horizonte, 2014-2015	21
Tabla 3. Prácticas de higiene para el cuidado de la salud en familias de Bello Horizonte, 2014-2015	25
Tabla 4. Conocimientos de la Población de Bello Horizonte sobre el cuidado de su salud, 2014-2015	27
Tabla 5. Práctica del lavado de manos según momentos en la población de Bello Horizonte, 2014-2015	29
Tabla 6. Valoración del nivel de práctica de estilos de vida de la población de Bello Horizonte, 2014-2015	30
Tabla 7. Resolución de conflictos y normas de convivencia en la población de Bello Horizonte, 2014-2015	32
Tabla 8. Indicadores de Salud orientado a la investigación en Bello Horizonte, 2014-2015	33

Lista de siglas y abreviaturas

P.S.	Puesto de Salud
C.S	Centro de Salud
FCS	Facultad de Ciencias de la Salud
MINSA	Ministerio de Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud San Martín
UNSM T	Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto
Obsta	Obstetra
Mg	Magister
MSc	Master en Ciencias
FED	Fondo de Estímulo al Desempeño
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
EDAS	Enfermedades Diarreicas Agudas
IRAS	Enfermedades Respiratorias Agudas
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
VIH	Virus de Inmuno Deficiencia Humana
TV	Televisión
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (análisis estadísticos aplicados a las ciencias sociales)

Resumen

Con el objetivo de desarrollar y fortalecer las habilidades para promover el autocuidado de las familias del caserío de Bello Horizonte, distrito de la Banda de Shilcayo, Provincia y Región San Martín; se implementó un **“Programa de intervención comunitaria para promover el autocuidado individual y familiar en Bello Horizonte. Junio 2014 – Julio 2015”**. Primero se realizó un diagnóstico para identificar y priorizar la problemática. Luego se diseñó cuatro módulos con temas: higiene, manipulación de alimentos, consumo de agua segura, autoestima y comunicación, nutrición, salud reproductiva, anticonceptivos, derechos sexuales, interculturalidad, violencia y cultura de paz. Seguidamente se desarrolló el programa con 75 familias que voluntariamente decidieron participar; se ejecutó 12 talleres de capacitación y 8 visitas domiciliarias a cada familia, con pre y post medición. Resultados: Las prácticas de higiene: tratamiento de agua para beber, acumulación y eliminación de basura, muestran una diferencia significativa ($P < 0.005$); los conocimientos de las familias a pesar de evidenciar mejoras en la evaluación de salida en todos los ítems evaluados, sólo la enfermedades que produce la basura muestra diferencia significativa ($p < 0.05$); la mayoría aprendió a lavarse las manos con agua y jabón en momentos críticos ($p < 0.05$); todos los estilos de vida, la resolución de conflictos y la tenencia de normas de convivencia muestran diferencia significativa ($p < 0.05$); los indicadores referenciales de la Red de Salud de San Martín son halagadores. La metodología aplicada y validada en el programa condicionó estos resultados. En conclusión el programa ha permitido cambios significativos de comportamiento sobre el cuidado de la salud.

Palabras clave: Intervención comunitaria, autocuidado, higiene, estilos de vida, cuidado de la salud.

Abstract

With the objective of developing and strengthening the skills to promote self-care of the families of the Bello Horizonte, district Banda of Shilcayo, San Martín Province and Region; a "Community intervention program to promote individual and family self-care in Bello Horizonte was implemented. June 2014 - July 2015 ". First, a diagnosis was made to identify and prioritize the problem. Then four modules were designed with themes: hygiene, food manipulation, safe water consumption, self-esteem and communication, nutrition, reproductive health, contraceptives, sexual rights, interculturality, violence and culture of peace. Then the program was developed with 75 families who voluntarily decided to participate; 12 training workshops were carried out and 8 home visits to each family, with pre- and post-measurement. Results: Hygienic practices: water treatment for drinking, accumulation and elimination of garbage, show a significant difference ($P < 0.005$); the knowledge of the families in spite of evidencing improvements in the exit evaluation in all the evaluated items, only the diseases produced by the garbage show significant difference ($p < 0.05$); most learned to wash their hands with soap and water at critical times ($p < 0.05$); all lifestyles, conflict resolution and cohabitation rules show significant difference ($p < 0.05$); The benchmarks of the San Martín Health Network are flattering. The methodology applied and validated in the program conditioned these results. In conclusion, the program has allowed significant changes in behavior regarding health care.

In conclusion, the program has allowed significant changes in behavior regarding health care.

Keywords: Community intervention, self-care, hygiene, lifestyles, health care.



Introducción

La precariedad de las condiciones sanitarias del caserío de “Bello Horizonte”, incrementa el riesgo de la población de enfermar o morir. Según información proporcionada por el Puesto de Salud del caserío el 95% de atenciones a pacientes procedentes de esa zona son enfermedades gastrointestinales, parasitarias, de la piel y respiratorias; de los cuales la mayoría son niños y niñas.

Bello Horizonte es un caserío semirural que viene sufriendo una serie de problemas relacionados a los estilos de vida de las familias, la presente investigación se realizó cuando este distrito era uno de los que tenía el más alto índice aéxico (14.7), prevalencia de parasitosis 60% en niños menores de cinco años, las EDAs y las IRAs eran las principales causas de consulta en este grupo. También la prevalencia de desnutrición era de 22%. Razones que condicionaron que se elija como una comunidad para desarrollar un Programa de Intervención comunitaria que promueva el desarrollo y fortalecimiento de prácticas y estilos de vida saludables, a fin de contribuir a disminuir el riesgo sanitario y mejorar las condiciones de vida de la población del Caserío de Bello Horizonte, Distrito de la Banda de Shilcayo, así mismo como un espacio donde la Universidad Nacional de San Martín dará cumplimiento de su responsabilidad social, y aplicación de su función de proyección y extensión universitaria hacia la comunidad.

Se realizó una Investigación Operativa como un modelo aplicativo-metodológico con la asignatura de Obstetricia Comunitaria y Salud del Adulto I, con los cuales se desarrolló la propuesta y se llevaron a cabo la mayoría de actividades previstas en el proyecto, partiendo de la interrogante central: **¿En qué medida el programa de intervención comunitaria promoverá el autocuidado individual y familiar en Bello Horizonte. Junio 2014 – Julio 2015?**, que tuvo como objetivo central la validación de un programa de intervención comunitaria para promover el autocuidado en las familias de Bello Horizonte. Junio 2014 – Julio 2015.

Partiendo de la hipótesis de investigación: “el programa de intervención comunitaria promueve significativamente el autocuidado individual y familiar de la

Población de Bello Horizonte”. La misma que a luz de los resultados se ha confirmado y comprobado científicamente.

Se diseñó un Programa de Intervención comunitaria basado en la sensibilización y capacitación de las familias a través del desarrollo de talleres grupales y visitas domiciliarias personalizadas a cada una de las familias. Para ello se diseñó y elaboró cuatro Módulos de capacitación dirigido a los facilitadores de talleres, los mismos que fueron desarrollados en 12 sesiones de capacitación. También se realizaron 12 visitas domiciliarias en las que se afianzó y fortaleció la práctica de estilos de vida saludables, normas de convivencia y otros temas de acuerdo a la necesidad de cada familia.

Los resultados contrastando la línea basal con la evaluación final son halagadores con lo que se puede afirmar que el programa si contribuyó significativamente a fortalecer los hábitos de higiene y los estilos de vida saludables en las familias que participaron del estudio.

CAPÍTULO I

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1.1. Fundamento Teórico Científico

Intervención Comunitaria: es el conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad a través de la participación activa de ésta en la transformación de su propia realidad. Por tanto, pretende la capacitación y el fortalecimiento de la comunidad, favoreciendo su autogestión para su propia transformación y la de su ambiente. Dando a la comunidad capacidad de decisión y de acción se favorece su fortalecimiento como espacio preventivo (1) (2).

Por otro lado, Sánchez V. señala que la intervención comunitaria puede entenderse como una serie de acciones o influencias, sean éstas planificadas o no planificadas, dirigidas a problemas que se manifiestan dentro de los sistemas y procesos sociales que inciden en el bienestar psicológico y social de los individuos y grupos sociales, cuyos objetivos incluyen la resolución de problemas y/o el desarrollo psicosocial, mediante la utilización de estrategias situadas en diferentes niveles. El proceso de intervención comunitaria debe ser integral (ya que enfrenta causas y efectos) y dinámico; en la medida que los pasos se dan tanto en forma simultánea como secuencial e interrelacionada, cuya principal característica o condición es que se da en un espacio físico-social concreto (sector foco) en el que los sujetos participan activamente en la transformación de su realidad, a partir de sus problemas concretos (3) (4).

En los momentos actuales en que el mundo se encuentra en medio de una crisis económica y de valores de connotación mundial y en que se agudiza la degradación del medio ambiente, con sus inevitables consecuencias nefastas para la salud humana, resulta alentador que se instrumenten estrategias de intervención comunitaria para prevenir enfermedades y promover adecuados estilos de vida en el individuo, la familia y la comunidad, lo que reviste una fuerte connotación de cambio cultural desde la transformación de la concepción de vida, el modo de vida, el nivel de vida y los estilos de vida, como componentes socio-educativos implícitos en las propuesta de cambio comunitarias (5).

El proceso de intervención comunitaria que proponemos, pretende diseñar, desarrollar y evaluar las acciones desde la propia comunidad con el acompañamiento del equipo investigador promoviendo la movilización agentes y líderes de la comunidad. Las acciones serán más eficaces cuanto más se logre involucrar, desde la primera fase, a todos los actores que forman parte del escenario social en el que estamos interviniendo.

Modelos de intervención comunitaria

- **Modelo Ecológico.** - El mismo considera cinco niveles que inciden en el cambio de comportamiento en relación con la salud y la relación del individuo con el entorno en el que vive (6).
- **Modelo de creencia en salud.** Este modelo brinda la posibilidad de que el individuo implemente acciones promocionales, preventivas, de adherencia terapéutica con enfoque de riesgo, por lo que debe identificar las barreras y tenerlas en cuenta como alertas en salud en el diseño de las acciones. Se maneja en él, el concepto de autoeficacia o bien accionar individual en el logro de los resultados esperados. Ha sido empleado en intervenciones para combatir el hábito de fumar, en conductas protectoras contra el SIDA así como en la educación sanitaria a pacientes diabéticos e hipertensos.

En este modelo el individuo es consciente de las conductas de riesgo para la salud y asume una posición en consecuencia. Se emplean charlas personales y colectivas y se utilizan ejemplos y contraejemplos para ilustrar las situaciones temáticas (6).

- **Modelo transteórico y de los estadios de cambio**

Este modelo considera que es posible el cambio de conducta del individuo en relación con su salud y que, para ello, debe transitar por las siguientes etapas:

- **Pre-contemplación:** Estadio previo de percepción de la realidad con muy poca motivación en el que el individuo discrimina variables aisladas, sin identificarse con el riesgo.
- **Contemplación:** Cuando el individuo es consciente de que debe atender a la relación causal, motivándose para la acción de cambio.
- **Preparación:** Momento en que el individuo diseña el cambio.

- **Acción:** Momento en que el individuo instrumenta o lleva a la práctica lo diseñado.
- **Mantenimiento:** Momento en que el individuo ha hecho, de las acciones, una rutina en su vida.

Al igual que en el caso anterior, la forma de instrumentar este modelo en la práctica es por medio de la relación directa promotor-promoviendo. Ha servido para la atención a fumadores, obesos, adherencia terapéutica, etc.(6).

- **Modelo consciencia en salud.** Según este modelo el cambio de conducta es un proceso de transformación interna consciente sin imitación de otros ejemplos, lo que lo relaciona con el modelo anterior. La diferencia estriba en que se consideran en él cuatro tipos de percepciones:
 - **La percepción de la susceptibilidad:** Es decir, el percatarse de que es vulnerable ante determinada amenaza.
 - **La percepción del riesgo:** Cuando identifica el tipo de riesgo al que está sometido.
 - **La percepción de los beneficios:** Cuando comprende las ventajas que obtiene con el cambio.
 - **La percepción de las barreras:** Cuando se percata de los escollos que debe vencer para lograr el cambio.

Este modelo ha sido usado para el desarrollo de programas de intervención comunitarias dirigidos al control de las enfermedades no transmisibles (6).

- **Modelo de aprendizaje "Teoría del Aprendizaje Social.** Se establece que los cambios conductuales son el resultado de la interacción de la persona con su entorno, mediante la observación y la imitación. Se emplea el concepto de autoeficacia o capacidad del individuo de realizar una acción y persistir en la misma. La simbología ayuda a ello, teniendo en cuenta que la enseñanza se sustituye por la demostración. Estas formas simbólicas son instrucciones orales o escritas: Difundidas mediante exhibiciones de películas, diapositivas, vídeos, programas de TV, etc, y que no pueden ser acompañadas del contacto directo del promotor con el promoviendo. Por ejemplo: el desarrollo de una campaña televisiva que pretende disminuir los efectos de una dieta cargada en grasa en el aumento de la concentración del colesterol en la sangre (7).

- **Modelo "Teoría de la organización Comunitaria.** Este modelo tiene sus raíces en varias teorías: la perspectiva ecológica, los sistemas sociales, las redes sociales y el apoyo social. Establece la idea de que la identificación de los problemas prioritarios o metas comunes deben hacerse conjuntamente con la comunidad interesada, con el fin de desarrollar en ella un sentido de pertenencia, responsabilidad y autogestión de los problemas de salud. Considera también la participación de organizaciones e instituciones.

La organización de la comunidad emplea la Psicología de Rothman, que consta de tres momentos:

- El desarrollo de la localidad.
- La planificación social
- La acción social.

Se emplean conceptos claves tales como:

- **Habilitación de la comunidad:** Proceso de empoderamiento personal y social a favor del cambio.
 - **Competencia comunicativa:** Capacidad de inmiscuirse en la solución efectiva del problema.
 - **Participación y pertinencia:** Las personas comprometidas deben participar activamente desde la localidad.
 - **Selección de temas:** Identificar las necesidades sentidas y los problemas en los que se puede actuar efectivamente.
 - **Conciencia crítica:** Desarrollar la reflexión y comprensión de las causas que originan los problemas (8) (9).
- **Modelo "Teoría del cambio organizativo".** La mayor potencialidad de este modelo se logra cuando se realiza el cambio en función de la mejoría de salud de organizaciones, se necesita de la participación consciente de los miembros de la organización y de los responsables en tomar decisiones. Considera las siguientes etapas:
 - Toma de conciencia: Definición del problema. Identificación, análisis y evaluación de las posibles soluciones.
 - Adopción: inicio de la acción. Toma de decisiones de los directivos sobre ofrecimientos al programa e implantación de políticas a los ejecutores.

- **Implantación del cambio:** Se implanta la innovación, ocurren reacciones y cambios, inadaptaciones. Se necesita que los directivos estén capacitados para la aplicación de las nuevas políticas y cambios a realizar.
- **Institucionalización del cambio:** Se sistematiza el programa y sus políticas. Se crean nuevas metas a lograr y se perfilan nuevos valores organizacionales.

En el análisis de estos modelos es posible apreciar semejanzas y diferencias. Estos han evolucionado a lo largo del tiempo, desde que el problema de la Educación para la salud se convirtió en una necesidad sentida..

Asociados a ellos se encuentran tres tipos de programas salubristas:

- **Programas de promoción de salud:** Dirigidos al cambio de estilos de vida y a la obtención de ambientes saludables en las comunidades.
- **Programas de educación para la salud:** Se centra en el control de los factores y situaciones de riesgo de desarrollar una enfermedad. Tiene una orientación preventiva y promocional.
- **Programas de atención integral a personas con enfermedades transmisibles:** Se vinculan en él el cuidado y la atención terapéutica. Estos últimos van dirigidos a las personas enfermas y a sus allegados, enseñándolos a reorganizarse y a adaptar sus vidas al tratamiento de la enfermedad, así como a su variabilidad biológica.

Asimismo en el desarrollo de los referidos modelos pueden emplearse métodos con una fuerte base etnográfica, demográfica, de historia documentada, de teoría fundamentada y otras de carácter cualitativo. Pero es necesario precisar que, en materia de Educación para la Salud, son dos los métodos fundamentales (que han sido probados en la práctica):

- **El Análisis de la Situación de Salud:** Como el principal instrumento para la identificación de los problemas de salud y de los enfoques de riesgo de la comunidad.
 - **La investigación-acción-participativa:** Como la metodología cualitativa que concreta, en la práctica, la idea de investigación-transformación.
- **Modelo de educación para la salud con enfoque integral y transformador.** El objetivo de este modelo es incorporar elementos metodológicos en la educación para la salud que permitan al personal institucional y a la población desarrollar conocimientos, habilidades y valores para promover la salud, a fin de preservar, proteger y recuperar la salud individual, familiar y comunitaria.

Por tanto, es un modelo con un fuerte componente educativo que emplea los siguientes enfoques:

- **Didáctico:** Desarrollando todos los componentes de la Didáctica, pero a nivel comunitario.
- **Concientización o Pedagogía Liberadora (Paulo Freyre):** Busca raíces históricas, económicas y sociales.
- **Participativo o centrado en el desarrollo Humano:** Busca transformar al individuo desde adentro, para así lograr la sinergia social. Su concepto fundamental es Aprender Haciendo.

Premisas del modelo.

- **Integral:** La población se integra en todas y a todas las fases del proceso.
- **Funcional:** Parte de la identificación del diagnóstico de las necesidades de salud.
- **Participativo:** El individuo, la familia y la comunidad participan activamente en el desarrollo de las acciones.
- **Democrático:** Las relaciones entre facilitadores y participantes son entre iguales, horizontal.
- **Transformador:** Se potencia la reflexión-acción-reflexión para transformar la realidad.

Metodología de intervención comunitaria.

La metodología diseñada tiene como objeto la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables y el incremento de la calidad de vida del individuo, la familia y la sociedad mediante el desarrollo de acciones de educación para la Salud. Las misma concreta en la práctica, las fases del modelo, revelando las regularidades y las cualidades holísticas y sistémicas de la misma como elemento novedoso del proceso de intervención comunitaria. El objetivo de la metodología está encaminado a propiciar un intercambio mediante el desarrollo de un sistema de trabajo interventivo y participativo centrado en la comunicación en el que se analicen los factores causales que condicionan las relaciones entrópicas en torno a la salud, desde el punto de vista social, psicológico, clínico y epidemiológico, de manera tal que se contribuya a incrementar el nivel de conocimiento de los participantes, su compromiso e implicación en la mejora de sus calidad de vida.

Por otra parte, sus fundamentos teóricos-praxiológicos se encuentran en:

- La pertinencia del diseño según las necesidades diagnosticadas.
- La acción participativa consciente de la población en el proceso de intervención.
- La multidimensionalidad en el tratamiento de las relaciones causales del problema que se investiga.
- El abordaje crítico y la reflexión de los aspectos analizados.

Las cualidades de la metodología son:

- Se constituye en un proceso necesariamente presencial.
- Se emplean como recursos las vivencias personales y las historias de vida.
- Se implica en el proceso interventivo al individuo, la familia y la sociedad en general.

Para entender el carácter sistémico de la metodología es necesario determinar la relación que se manifiesta entre sus fases, la forma de organización de estas y las fuentes de verificación.

Fases de la Metodología (9).

Fases de la Metodología	Forma de Organización	Fuentes de verificación
Diagnóstico Social	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo. • Estudio de casos. • Aplicación de instrumentos. • Intercambio de impresiones. • Planteamiento de pautas para el diseño del proceso de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinada la estructura del equipo y sus roles. • Elaborados los instrumentos de medición. • Analizados los casos específicos. • Realizadas inferencias generales. • Establecidas las estrategias generales del proceso de intervención.
Diseño de la Intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de objetivos. • Elaboración del flujograma de desarrollo del proceso de intervención. • Identificación de funciones y precisión de los roles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinados los objetivos generales y los específicos y socializados con el equipo. • Elaborado flujograma del proceso de intervención. • Establecidas las responsabilidades de cada participante.

	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de la dinámica del proceso (técnicas de trabajo en grupo y procedimientos). • Diseño del sistema de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analizado el algoritmo de trabajo según métodos. • Establecido el sistema de evaluación por etapas de desarrollo.
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Encuadre. • Aplicación de instrumentos. • Socialización de los resultados. • Discusión del flujograma. • Planteamiento de situaciones problemáticas. • Discusión de casos. • Análisis de los resultados. • Elaboración de estrategias y metas. • Balance general de la actividad. • Propuesta de nuevas acciones. • Cierre con lectura de la relatoría. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizada presentación del grupo de participantes. • Aplicados los instrumentos de expectativas. • Discutidos los resultados de los instrumentos. • Analizado y aprobado el flujograma de la sesión de trabajo. • Planteadas las situaciones problemáticas. • Discutidos los casos de análisis. • Propuestas las vías de solución a los problemas discutidos. • Analizada la marcha de la sesión de trabajo. • Presentadas perspectivas futuras. • Leída la relatoría de la sesión
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de los instrumentos de evaluación por etapas. • Analizar los resultados. • Comparar estado inicial con el final. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicados los instrumentos. • Intercambio de experiencias y valoración de expectativas generales. • Evaluación de participantes y conductores del proceso. • Elaboración de proyectos individuales de desarrollo.

Análisis de las etapas de la metodología.

A continuación se explican cada una de las etapas según la lógica de desarrollo de la metodología para la intervención comunitaria.

Diagnóstico Social. La aplicación del Diagnóstico Social parte del intercambio inicial con los participantes en la intervención. Este intercambio, asimismo, se realiza de forma individual y grupal con los facilitadores. Se sugiere la utilización de estudiantes de Ciencias Médicas.

Se elabora una caracterización de los participantes en la que se identifican las brechas existentes y que serán atendidas durante el desarrollo de la intervención.

Diseño del Proceso de Intervención. Una vez caracterizado cada participante, se realiza el diseño del proceso, en el que se analizan los problemas diagnosticados en el territorio donde se aplique la intervención en relación a los problemas de salud diagnosticados. En esta fase se: precisan los casos de estudio, se definen los problemas a resolver, se delimita objeto de estudio y se elaboran los objetivos generales y específicos.

La principal cualidad del referido flujograma es que da una idea general de la intervención desde su inicio hasta su culminación, indicando los diferentes momentos por los que transcurre el proceso, ubicando a los participantes en espacio y en tiempo y destacando el rol que desempeña cada uno en el evento planificado. El flujograma contiene un conjunto de instrucciones secuenciales, las que se les entregan a cada uno y que consisten en indicaciones metodológicas de cómo resolver las diferentes situaciones problemáticas diagnosticadas relacionadas con los casos en estudio.

Finalmente se realiza un análisis de la pertinencia de los materiales de apoyo, tanto en formato plano como digital. Estos materiales (libros, folletos, guías de estudio, publicaciones, vídeos, películas otros) son accesibles a cada participante.

Desarrollo del Proceso de Intervención. Como su nombre indica, en esta etapa se concretan las acciones planificadas. Para ello se emplea el recurso del estudio de los casos, con lo que se pretende transformar el objeto de estudio. En esta etapa se desarrollan los flujogramas y las instrucciones secuenciales según lo planificado. Un importante momento de esta etapa radica en la recopilación y organización de los datos, la transformación de estos en información y su posterior conversión en conocimiento. Los

datos, correspondiéndose con los casos en estudio, se recopilan a partir del diagnóstico realizado y de las propias vivencias de los participantes. Se analizan, sintetizan e interpretan los estudios realizados, para lo cual se sigue el siguiente procedimiento:

- Desarrollo de un intercambio de encuadre inicial con los participantes en el que se realiza la presentación de todos.
- Establecimiento del momento de "Expectativas".
- Propuesta del flujograma general.
- Orientación del trabajo en equipo así como del trabajo individual.
- Desarrollo de las tareas orientadas.
- Valoración de los resultados.

Como se ha planteado, este procedimiento sigue la línea directriz en la que los individuos participan de forma activa, crítica y reflexiva en el análisis y la síntesis de los casos en estudio y en la propuesta de solución a los problemas, escuchándose criterios, vivencias, experiencias y aplicando las alternativas que demande la situación en cuestión. En función de ello se toman las decisiones pertinentes y se procede a su ejecución.

Evaluación de la Intervención. Con la evaluación, correspondiente al nivel de Retroinformación, se contrasta el nivel de entrada con el de salida, así como se valora la estructura, el proceso y el resultado.

Un primer momento consiste en el propio análisis, por parte del grupo, de las características de la intervención, intercambiándose criterios y reflexionando en torno a las relatorías y los sucesos descritos en ellas.

En este momento se valora el cumplimiento o no de las expectativas y se realiza la autoevaluación de cada participante.

Una alternativa para incrementar la efectividad de este proceso es la vinculación de cada criterio a las propias vivencias de los participantes, siempre que esto sea posible. También pueden elaborarse proyectos de vida y discutirse. Sirven de referentes para esta evaluación:

- Asistencia de los participantes. Puntualidad y permanencia.
- Participación en las actividades planificadas. Calidad de las intervenciones.
- Resultados de las evaluaciones parciales.
- Criterios de los otros participantes y de los facilitadores.
- Resultados de la autoevaluación de los participantes.
- Elaboración de los proyectos de desarrollo individual de cada participante.

En el estudio la intervención comunitaria se desarrollará en cuatro etapas: Sensibilización, organización, ejecución y evaluación (5) (9).

El autocuidado.- Como concepto educativo ha cobrado auge en los últimos años a raíz de la prioridad asignada a la atención primaria como estrategia de elección para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, expresada en la declaración de la Carta de Ottawa, según la cual la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre ella. El documento mencionado expresa que la salud se percibe como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, y añade que la buena salud constituye el mejor recurso para el progreso personal, económico y social, y una dimensión fundamental de la calidad de vida de los hombres. Esta concepción involucra a todos los sectores de la sociedad en el compromiso de ofrecer a los pueblos la posibilidad de desarrollar plenamente su salud potencial y alcanzar la equidad sanitaria (10).

La adopción del autocuidado como estrategia para ser utilizada durante la vejez armoniza con las actividades que se proponen para hacer efectiva la promoción de la salud en términos del desarrollo de aptitudes personales, y de la adquisición de habilidades y conocimientos que permitan adoptar conductas favorables para la salud. Mediante el autocuidado los ancianos podrán ejercer un mayor control sobre su salud para poder optar por todo lo que contribuya con su bienestar integral.

Los organismos internacionales hacen constante referencia al crecimiento sostenido de la población de 60 años y más en los países de América Latina, y a la situación que sus sociedades tendrán que enfrentar en un futuro cercano para poder ofrecerles una atención de salud de calidad. En ese sentido, uno de los esfuerzos propuestos es favorecer es la adquisición de conductas que los hagan más saludables e independientes, utilizando el autocuidado como vía eficaz para lograrlo (11).

1.2. Definición de términos básicos.

- 1. Familia saludable:** Es aquella en la que sus miembros se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar su desarrollo, respetando su dignidad, sus expectativas y necesidades; viven resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus miembros y en un entorno saludable, siendo responsables de sus decisiones

individuales y familiares, promoviendo principios, valores así como actitudes positivas para la vida (12).

2. **Vivienda Saludable:** Es aquel espacio físico que propicia condiciones satisfactorias para la persona y la familia, reduciendo al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico y social; por ejemplo: garantiza seguridad y protección, facilita el descanso, presenta condiciones adecuadas para el almacenamiento, preparación y consumo de los alimentos, suministra los recursos para la higiene personal, doméstica y el saneamiento, entre otros (12).
- 3.- **Caracterización de la familia:** Desde el enfoque de riesgo, se describe en función de parámetros de estructura: tipología (familia nuclear, familia nuclear modificada, familia nuclear reconstruida, familia extensa, familia extensa modificada, familia atípica), ciclo vital familiar (formación de la pareja, crianza de los hijos, familia con preescolar, familia con adolescente, familia con adultos, familia en edad media, familia anciana, familia multicíclica), composición (número de personas, promedio de edad, sexo) y riesgos individuales y familiares; y en términos del grado de salud familiar (sinónimo de organización, dinámica, funcionamiento), que incluye lo que la familia habitualmente es y el grado de satisfacción al respecto; se determina por la medición de las dimensiones de mantenimiento, cohesión, cambio e individuación (13, 14).
4. **Riesgo:** Pilar Amaya de Peña (2000) cita a Backet, Davies y Petros Barvazain, 1984, quienes se refieren al riesgo como al incremento en la probabilidad de consecuencias adversas, por la presencia de una o más características o factores. Estos mismos autores definen el factor de riesgo como “cualquier característica o circunstancia averiguable (comprobable, confirmable) de una persona o un grupo de personas, que se conocen como asociadas con la posibilidad de desarrollar o están especialmente afectadas de manera adversa a un proceso mórbido”(14).
5. **Riesgo familiar total:** Probabilidad de consecuencias adversas individuales o familiares (enfermedad, desorganización o disfunción), debido a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración (Amaya de Peña, P., y Herrera, A. N., en prensa). Estas características incluyen aspectos de tipo biológico-demográficos (composición, morbilidad, mortalidad), físicos, ambientales, socioeconómicos, psicoafectivos, prácticas de salud y servicios de

salud. Además, incluye la trayectoria de los miembros de la familia (Pilar Amaya de Peña (1992, 1998 y 2000) cita a Clemen-Stone, Eigsti y McGuire, 1991). Desde este punto de vista, una familia con menor riesgo será aquella que mediante sus prácticas cotidianas y apoyo de los servicios de salud mantiene controlados los riesgos individuales y familiares, utilizando medidas de promoción y prevención (14).

6. **Familia:** Es una unidad con estructura y organización, que interactúa con su ambiente. La familia es un sistema con subsistemas interpersonales de parejas y unidades mayores, definidas por enlaces emocionales y responsabilidades comunes. La familia está conformada por todas las personas que llevan funciones familiares y están emocionalmente conectadas al individuo. La familia se define como todas las personas que un individuo considera su familia (15).
7. **Grado de salud familiar:** Dimensiones del proceso (comportamientos y estrategias familiares): la familia inmersa en el sistema social está transmitiendo cultura, suministra necesidades físicas de seguridad, procreación, enseña destrezas sociales a sus miembros y promueve propósitos para la vida. La familia satisface las necesidades de sus miembros mediante el control de su ambiente y guía los procesos familiares con aceptación colectiva y comportamientos y estrategias que ayudan a regular las condiciones terrenales de espacio, tiempo, energía y materia (16). E incluye a tres aspectos importantes:
 - a. Crecimiento familiar. Refleja el ajuste de la familia en el proceso de acomodación a las necesidades cambiantes de sus miembros
 - b. Estabilidad familiar. Refleja la tradición y los patrones de comportamientos comunes enraizados en los valores básicos y creencias culturales que proveen a la familia un sentido de pertenencia y seguridad.
 - c. Cohesión comportamental. Involucra los procesos de cambio requeridos por la familia en su organización y procesos de ajuste en su trayectoria de valores.
8. **Municipio Saludable:** “Un Municipio Saludable es aquel en el que todos sus ciudadanos, instituciones y organizaciones trabajan juntos a favor de la salud, el bienestar y la calidad de vida de sus habitantes.”(17).
9. **La Promoción de la salud y Desarrollo Social:** Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y su desarrollo y ejercer un mayor control sobre sus vidas (12, 18).

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Sistema de hipótesis

El programa de intervención comunitaria promueve significativamente el autocuidado individual y familiar de la Población de Bello Horizonte.

2.2. Sistema de variables

VI.- Programa de Intervención comunitaria

VD.- Autocuidado individual y familiar

2.1.1 Definición de variables

VI. Programa de Intervención comunitaria. - Son las estrategias implementadas y desarrolladas en la comunidad de Bello Horizonte, expresadas en el anexo N°1.

VD. Autocuidado individual y familiar. - Son los cuidados y estilos de vida que adoptan las familias y las personas de la comunidad para el cuidado de su salud.

2.1.2 Operacionalización de las variables:

Variab les	Definición operativa	Dimensiones	Indicador / meta	Escala de medición
Programa de Intervención comunitaria	Son las diferentes actividades que se desarrollan con el objetivo de lograr cambios que mejoren los estilos de vida de las familias.	Diseño	Un programa diseñado e implementado en la comunidad	Nominal
			Módulos de intervención definidos	Nominal
		Aplicación	Sesiones de capacitación a las familias	Proporción
			Visitas domiciliarias, entrenamientos personalizados	Proporción
			Formación de la Junta Vecinal	Nominal
		Evaluación	Seguimiento y monitoreo de las familias	Proporción

Autocuidado individual y familiar	Son las acciones que ejecutan las familias para el cuidado de su salud	Higiene	50% de madres de niños o niñas menores de 5 años se lavan las manos con jabón por lo menos en un momento crítico: <ul style="list-style-type: none"> • Antes y después de ir al baño • Antes de comer • Antes de preparar los alimentos • Antes y después de asear al niño • Antes de dar de comer al niño 	Nominal
			50% de las familias hacen una adecuada disposición final del agua para consumo.	Proporción
			Índice ácido menor de 4.0	Razón
		Capacitación	90% de las familias con hijos desnutridos, con parasitosis y/o otras enfermedades participan de los programas educativos activamente	Proporción
		Convivencia familiar	50% de familias han implementado normas de convivencia familiar	Proporción
			50% de familias manejan elementos de resolución de conflictos	Proporción

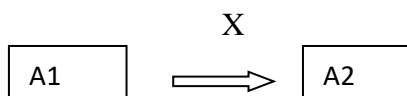
2.3. Tipo de método de la investigación

Se realizó una investigación acción participativa, experimental, con seguimiento y monitoreo longitudinal

2.4. Diseño de investigación

El diseño corresponde a una investigación pre-experimental, ya que el programa de intervención está diseñado exclusivamente para la investigación y para las

familias que participen del programa con medida pre y post y con un solo grupo (23).



Donde:

- A : Familias de la comunidad que participan en el programa voluntariamente
- 1 : Línea basal, es decir medición inicial de los indicadores al inicio del programa (junio 2014)
- 2 : Línea de salida, es decir medición de los indicadores al final de la intervención (Julio 2015)
- X : Es la aplicación del programa a través de las diferentes actividades y etapas previstas (se trabajó con 75 familias que asistieron a 4 o más talleres de capacitación)

2.5. Población y muestra

La investigación se realizó en el Caserío de Bello Horizonte, distrito de la Banda de Shilcayo. Este caserío cuenta con 178 familias y aproximadamente una población de 3500 habitantes, pero para el estudio se trabajó con 75 familias que voluntariamente decidieron participar del estudio, participaron de 4 ó más sesiones de capacitación y se comprometieron a generar cambios en sus estilos de vida.

2.6. Técnicas de recolección de datos

La presente investigación se desarrolló en cuatro Etapas.

I Etapa.- **Presentación, diagnóstico y sensibilización.** En la presentación se buscó a los líderes y autoridades de la comunidad para explicarles de nuestra intervención y solicitarlos su apoyo en las diferentes actividades; luego se realizó un diagnóstico global de los problemas y de las necesidades de capacitación del público objetivo, para ello se utilizó las encuestas. Para la Sensibilización Comunitaria.- Se realizó una

sesión de presentación del programa a toda la comunidad, 02 campañas de difusión, se elaboró spots para pasar por el autoparlante comunal

II Etapa.- **Diseño, edición e impresión de módulos de capacitación** con temas afines para lograr la sensibilización y capacitación de las familias, se diseñaron y editaron cuatro módulos de capacitación dirigido a facilitadores de los talleres.

III Etapa.- **Aplicación y Desarrollo del Programa.** Se inició con la Selección de las familias a trabajar en un primer momento se seleccionaron a 111 familias que voluntariamente decidieron participar del estudio, a quienes se aplicó la batería de análisis de Línea Basal en base a los indicadores previstos. Entrevista Estructurada, Ficha de Observación, a través de las visitas domiciliarias. Luego se realizaron 12 talleres de capacitación con una duración entre 130 - 150 minutos cada uno; usando metodología activa y dinámica. También 8 visitas a las familias capacitando de manera personalizada a cada una de las familias que participaban del estudio. Iniciamos el trabajo con 111 familias, sin embargo al final depuramos a los que asistieron cuatro o menos sesiones de capacitación; de ahí que solo se consideró a las 75 familias que cumplieron con una asistencia de cinco o más talleres.

IV Etapa.- **Seguimiento, Monitoreo y Evaluación;** para ello se utilizaron encuestas, guías de entrevista, observación de las prácticas de autocuidado y estilos de vida a través de las fichas de observación diseñadas para la investigación; las mismas que se aplicaron en las visitas domiciliarias a cada una de las familias, se contó con el apoyo de estudiantes de la asignatura de Obstetricia Comunitaria; a quienes previamente se les capacitó en la aplicación y llenado de la encuesta y de las fichas. También se utilizaron el registro de los indicadores de salud (índice de desnutrición e índice médico) recogidos de la Red de Salud de San Martín.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Tratamiento estadístico e interpretación de cuadros

Tabla 1

Diseño del programa de intervención para aplicación en las familias de Bello Horizonte, 2014-2015.

MODULOS	TALLER	SESIONES DE APRENDIZAJE
MODULO I. Higiene	1. Higiene personal y agua segura	Higiene personal y de los alimentos - definiciones básicas.
		Agua segura y saneamiento básico.
MODULO II. Alimentación saludable.	2. Mi familia creciendo unida y saludable.	Definiciones básicas
		Conociendo a los Grupos de Alimentos.
		Elaboración de Menús saludables.
MODULO III. Mi familia.	3. Fortaleciendo mi autoestima	Baile de presentación.
		Reconociendo mi cuerpo.
		¿Quién soy?
	4. Comunicémonos más y mejor.	¿Cómo nos comunicamos?
		Historias de vida.
		Fórmula Mágica para ser amigo/a de nuestros hijos
	5. Sexo y Sexualidad.	Enfrentando tabúes.
		Definiendo el amor.
		Viaje al pasado.
	6. Mitos y Creencias.	Nuestros roles o responsabilidades.
7. Violencia familiar.	Las formas de violencia.	
	El corazón.	
MODULO IV. Cuidando la salud sexual y reproductiva de mi familia.	8. Cuidando y protegiendo la salud sexual de mi familia.	Salud sexual y reproductiva.
		Derechos sexuales y reproductivos.
		Métodos anticonceptivos.

Fuente: Elaboración propia por equipo técnico investigador, agosto 2014

En la tabla mostramos la distribución de los módulos con los talleres y las sesiones educativas que componen cada uno de ellos, tal como se desarrolló en la comunidad.

Tabla 2

Diseño de los Módulos y Sesiones de Aprendizaje para aplicación en las familias de Bello Horizonte, 2014-2015.

MÓDULO I

MODULO I	NOMBRE	HIGIENE	
	SUMILLA	<p>Este módulo está orientado a lograr en la población el mejoramiento adopción y/o cambios de hábitos de higiene a nivel personal, ambiental y en relación a los alimentos.</p> <p>La promoción y educación para la higiene tiene como propósito acompañar a la población para la autoconciencia y toma de decisiones orientada a la reversión de las conductas de riesgo relacionadas a los inadecuados hábitos de higiene, mediante procesos de sensibilización, motivación, movilización para la apropiación y uso de los servicios.</p>	
CAPACIDADES		CONOCIMIENTOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Identifica en forma conjunta los problemas de higiene • Analiza posibles soluciones a los problemas de higiene personal y en la manipulación de alimentos. • Implementa alternativas de solución correspondientes para el cambio en el manejo adecuado de la salubridad familiar. 		<ul style="list-style-type: none"> • Conoce sobre la higiene y su importancia. • Manejo las normas de higiene personal y de alimentos. • Manejo adecuado del uso de la letrina, basura y aguas servidas. 	
ACTITUDES			
<ul style="list-style-type: none"> • Valora y reconoce las buenas prácticas de higiene personal, y seguridad y preparación de alimentos. • Comparte con sus pares la importancia de la higiene personal y la manipulación de alimentos. • Adopta cambios de higiene saludables. 			

Fuente: Elaboración propia por equipo técnico investigador, agosto 2014

MÓDULO II

MODULO II	NOMBRE	ALIMENTACIÓN SALUDABLE	
	SUMILLA	Este módulo Tiene como propósito de brindar a los participantes las competencias para el conocimiento, manejo y combinación de los alimentos con la finalidad de obtener una alimentación saludable suficiente, nutritiva, higiénica y armónica.	
CAPACIDADES		CONOCIMIENTOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Estimula la creatividad con la finalidad de obtener una dieta equilibrada. • Identifica los grupos de alimentos priorizando a los productos de la región. • Elabora dietas saludables para mejorar la calidad de vida de las personas. 		<ul style="list-style-type: none"> • La elaboración de dietas saludables • Manejo del grupo de alimentos priorizando los de la región • Conoce sobre las dietas saludables y sus beneficios en la calidad de vida. 	
ACTITUDES			
<ul style="list-style-type: none"> • Aprecia la importancia del valor nutritivo de los alimentos. • Rescata las preparaciones ancestrales de nuestra región. • Promueve el consumo de dietas saludables para la mejora de la calidad de vida. 			

Fuente: Elaboración propia por equipo técnico investigador, agosto 2014

MÓDULO III

MODULO III	NOMBRE	MI FAMILIA	
	SUMILLA	El presente módulo tiene como propósito incrementar conocimientos y mejorar habilidades de comunicación de los miembros de la familia para la transmisión de valores y actitudes positivas el fortalecimiento de la autoestima. Tiene conciencia sobre su sexualidad como aspecto integral del desarrollo humano y promueve las relaciones de equidad en el entorno familiar.	
CAPACIDADES		CONOCIMIENTOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Mejora las habilidades de comunicación entre los miembros de la familia para transmitir valores y actitudes que fortalezcan la autoestima. • Maneja información sobre sexualidad como un aspecto integral del desarrollo humano. • Identifica actitudes, creencias y mitos socio-culturales que limitan al desarrollo de las personas. 		<ul style="list-style-type: none"> • La autoestima y la comunicación interpersonal. • Conoce sobre la sexualidad y su función integral. • Las actitudes, creencias y mitos socio-culturales que limitan el desarrollo de las personas. 	
ACTITUDES			
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla la autoestima como reforzador de la comunicación interpersonal. • Comparte con las personas sobre la importancia de la sexualidad y su función integral. • comparte con otros sobre los mitos y creencias que limitan el desarrollo de la persona. 			

Fuente: Elaboración propia por equipo técnico investigador, agosto 2014

MÓDULO IV

DU LO IV	NOMBRE	CUIDANDO LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MI
-------------------------	---------------	--

		FAMILIA
	SUMILLA	Este módulo está orientado para facilitar el trabajo de los promotores en su labor de facilitadores en la toma de decisiones de las familias sobre el tema de salud sexual y reproductiva con un enfoque de interculturalidad. De igual manera, brindan educación pertinente sobre el uso de los métodos anticonceptivos y enseñan sobre las ventajas y desventajas a la hora de optar por el mejor método. Todo esto con la finalidad de crear conciencia saludable y mejorar la calidad de vida de las familias.
CAPACIDADES		CONOCIMIENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Practica el autocuidado de la salud sexual y reproductiva de su familia. • Discierne con la familia el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos teniendo en cuenta la diversidad cultural. • Describe las ventajas y desventajas del uso de métodos anticonceptivos para la toma de decisiones. 		<ul style="list-style-type: none"> • Conoce sobre el autocuidado de la salud sexual y reproductiva del ser humano. • Derechos sexuales y reproductivos - diversidad cultural. • El uso de los anticonceptivos: Tipos y métodos.
ACTITUDES		
<ul style="list-style-type: none"> • Promueve el autocuidado de la salud sexual y reproductiva de la familia. • Informa sobre los derechos sexuales y reproductivos teniendo en cuenta la diversidad cultural. • Enseña sobre las ventajas y desventajas del uso de anticonceptivos para la toma de decisiones. 		

Fuente: Elaboración propia por equipo técnico investigador, agosto 2014

En la tabla 2 encontramos las capacidades que va a fortalecer cada módulo, así como la sumilla de cada uno, esto ha sido elaborado con el asesoramiento de un pedagogo por el equipo investigador, bajo el enfoque de competencias y metodología de educación para adultos. Esto sirvió de marco para desarrollar cada módulo.

Tabla 3

Prácticas de Higiene para el cuidado de la salud en familias de Bello Horizonte. 2014 - 2015

Comportamientos de las familias con las que se trabajó	Línea Basal		Ev. de Salida		Pruebas estadísticas y significancia
	(n = 75)		(n = 75)		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Tratamiento del agua para beber					
Hierva	15	20.0	40	53.3	Z = -6.229 P = 0.000
Agrega lejía/limón	5	6.7	12	16.0	
Filtra	0	0	12	16.0	
Nada	55	73.3	11	14.7	
Lugar donde se deposita las excretas					
Inodoro de la vivienda	3	4.0	4	5.3	Z = -1.570 P = 0.116
Letrina	51	68.0	55	73.3	
Pozo ciego/séptico	5	6.7	16	21.3	
Aire libre/huerta	16	21.3	0	0.0	
Acumulación de basura					
Baldes con tapas	10	13.3	32	42.7	Z = -2.184 P = 0.029
Baldes sin tapas	28	37.3	7	9.3	
Sacos cerrados	25	33.3	30	40.0	
Sacos abiertos	12	16.0	6	8.0	
Eliminación de basura					
Queman en su huerta	40	53.3	13	17.3	Z = -4.016 P = 0.000
La entierra	0	0	22	29.3	
Lo arrojan a la quebrada	7	9.3	2	2.7	
Lo arroja al monte	28	37.3	17	22.7	
Ecosilo para compostera	0	0	21	28.0	

Fuente: Elaboración propia, consolidado de los instrumentos aplicados. Marzo 2016

La tabla nos muestra las prácticas de higiene para el cuidado de la salud en familias, la aplicación del programa mejoró considerablemente el comportamiento de éstas, evidenciando este incremento en los criterios de:

Tratamiento del agua para beber: Las familias que hierven el agua pasaron de 20% (15 familias) a 53% (40 familias), agrega lejía y limón de 6.7% (5 familias) a 16% (12 familias), proceso de filtración de 0% es decir ninguna familia conocía este proceso a 16% (12 familias) haciendo posible la disminución de la línea de base de 73% (55 familias) que no utilizaban ningún tratamiento, a un 14% después del desarrollo del programa. Esta práctica si muestra diferencia significativa ($P < 0.05$), es decir el programa si ha contribuido a lograr cambios en relación al ítem.

Lugar donde se depositan las excretas: Inodoro dentro de la vivienda de 4% (3 familias) a 5.3% (4 familias), considerando las condiciones socioeconómicas de la población el aumento de una familia es sustancial a la naturaleza misma del programa. Letrina de 68% (51 familias) a 73.3% (55 familias), Pozo ciego / séptico de 6.7% (5 familias) a 21.3% (16 familias) y la reducción de las familias que depositaban sus excretas al aire libre de 21.3% (16 familias) a ninguna familia (0%). A pesar de ver los cambios entre el nivel basal y la evaluación de salida, las pruebas estadísticas no muestran diferencia significativa ($P < 0.05$).

Acumulación de basura: El uso de baldes con tapa de 13% (10 familias) a 42.7% (32 familias), baldes sin tapa de 37.3% (28 familias) a 9.3% (7 familias) que representan una disminución positiva, sacos cerrados de 33.3% (25 familias) a 40% (30 familias) y de la misma forma la reducción del uso de sacos abiertos de 16% (12 familias) a 8% (6 familias). Esta práctica si muestra diferencia significativa ($P < 0.05$), es decir el programa si ha contribuido a lograr cambios en relación al ítem.

Eliminación de basura: Quemar en su huerta, se logró reducir de 53% (40 familias) a 17.3% (13 familias), la entierra, de 0% (ninguna familia) a 29% (22 familias), la arroja a la quebrada, se redujo de 9.3% (7 familias) a 2.7% (2 familias), lo arroja al monte de 37.7% (28 familias) a 22% (17 familias) finalmente, se logró la construcción de ecosilos para compostera de ninguna familia (0%) se incrementó a 28% (21 familias). Esta práctica si muestra diferencia significativa ($P < 0.05$), es decir el programa si ha contribuido a lograr cambios en relación al ítem.

Tabla 4

*Conocimientos de la Población de Bello Horizonte sobre el cuidado de su salud.
2014 – 2015*

Conocimientos de las	Línea Basal	Ev. de Salida	Pruebas
----------------------	-------------	---------------	---------

familias sobre prácticas inadecuadas	(n = 75)		(n = 75)		estadísticas y significancia
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Consecuencias consumo agua no tratada					
Diarrea	18	24.0	22	29.3	Z = -1.241 P = 0.215
Parasitosis	5	6.7	33	44.0	
Fiebre	24	32.0	1	1.3	
Nada	5	6.7	3	4.0	
Diarrea y parasitosis	9	12.0	10	13.3	
No sabe	14	18.7	6	8.0	
Consecuencia de inadecuada disposición de heces					
Diarrea	12	16.0	9	12.0	Z = -1.859 P = 0.063
Parasitosis	38	50.7	33	44.0	
Fiebre	5	6.7	3	4.0	
Dolor de barriga	6	8.0	0	0	
Todas las anteriores	0	0	25	33.3	
Nada	7	9.3	2	2.7	
No sabe	7	9.3	3	4.0	
Enfermedades que produce la basura					
Diarrea	13	17.3	6	8.0	Z = -2.184 P = 0.029
Parasitosis	14	18.7	10	13.3	
Fiebre	10	13.3	5	6.7	
Dolor de barriga	5	6.7	1	1.3	
Diarrea y parasitosis	9	12.0	11	14.7	
Todas las anteriores	1	1.3	25	33.3	
Nada	9	12.0	9	12.0	
No sabe	14	18.7	8	10.7	

Fuente: Elaboración propia, consolidado de los instrumentos aplicados. Marzo 2016

En la tabla apreciamos que los conocimientos sobre higiene y el tratamiento de algunas enfermedades y las consecuencias de no practicar una cultura saludable de las familias de bello horizonte mejoraron después de la aplicación del programa. Las familias participantes lograron aplicar lo aprendido en las capacitaciones, evidenciándose estos nuevos conocimientos en los criterios siguientes:

Consecuencias del consumo de agua no tratada: Sobre la diarrea como consecuencia, el conocimiento de algunas familias se incrementó de 24% (18 familias) a 29.3% (22 familias), sobre la parasitosis el incremento de conocimientos fue de 6% (5 familias) a 44% (33 familias), acerca de que una de la fiebre como consecuencia este disminuyó de 32% (24 familias) a 1.3% (una familia), pues se sabe que la fiebre no es una consecuencia directa, las familias que manifestaron que no existe ninguna consecuencia al tomar agua no

tratada paso de 6.7% (5 familias) a 4% (3 familias), mientras que las familias que manifestaron en la línea basal que las consecuencias eran diarrea y parasitosis pasaron de 12% (9 familias) a 13.3% (10 familias), finalmente el porcentaje de familias que no sabían sobre las consecuencias disminuyó de 18.7% (14 familias) a 8% (6 familias). A pesar de ver los datos muy halagadores entre la línea basal y la de salida, las pruebas estadísticas no muestran diferencia significativa ($P>0.05$)

Consecuencias de la contaminación por heces: con respecto a la diarrea como consecuencia, el conocimiento de las familias se revertió de 16% (12 familias) a 12% (9 familias), parasitosis de 50% (38 familias) que manifestaron que solo ese mal era la consecuencia, se redujo al 44% (33 familias), la fiebre de 6.7% (5 familias) a 4% (3 familias), siete familias (9.3) manifestaron que no existe ninguna consecuencia que se logró reducir al 2.7% (2 familias), en cuanto al conocimiento sobre las consecuencias de la contaminación con heces, se tuvo una mejora sustancial pues en la línea de salida 25 familias (33.3%) identificaron a todas las consecuencias que causa las heces. A pesar de ver los datos muy halagadores entre la línea basal y la de salida, las pruebas estadísticas no muestran diferencia significativa ($P>0.05$)

Enfermedades que produce la basura: De las alternativas que manifestaron las familias sobre enfermedades que produce la basura, tenemos: Diarrea de 17,3% (13 familias) a 8% (6 familias), la parasitosis de 18.7% (14 familias) a 13.3% (10 familias), la fiebre de 13.3% (10 familias) a 6.7 % (5 familias), dolor de barriga de 6.7% (5 familias) a 1.3% (una familia), en el caso de las familias que manifestaron que no existe enfermedades que producen la basura, el porcentaje de desconocimiento se mantuvo en 12% (9 familias) en ambos momentos de medición, en cuanto a diarrea y parasitosis los resultados variaron de 12% (9 familias) a 14.7% (11 familias), las familias que manifestaron todo los males como consecuencias incrementaron considerablemente de 1.3% (una familia) a 33.3% (25 familias), y la alternativa no sabe se redujo de 18.7% (14 familias) a 10.7% (8 familias). Esta es una de los ítems que las pruebas estadísticas aplicadas muestran una diferencia significativa ($P<0.05$), es decir que si hubo cambios en la mayoría de las familias.

Tabla 5

Práctica del lavado de manos según momentos de la Población de Bello Horizonte. 2014 - 2015

Práctica de Lavado de Manos	Línea Basal		Ev. de Salida		Pruebas estadísticas y significancia
	(n = 75)		(n = 75)		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Momentos en que se lava las manos					Z = -3.173 P = 0.002

Antes de preparar los alimentos	13	17.3	11	14.7	
Antes de comer	2	2.7	1	1.3	
Después de comer	13	17.3	0	0	
Después de ir al baño	12	16.0	0	0	
Dos momentos críticos	8	10.7	11	14.7	
Tres momentos críticos	10	13.3	22	29.3	
En todo momento	10	13.3	28	37.3	
No se lava	7	9.3	2	2.7	
Insumos que usa para el lavado de manos					Z = -0.779 P = 0.436
Sólo agua	26	34.7	10	13.3	
Agua y jabón	33	44.0	61	81.3	
Otro	9	12.0	2	2.7	
No se lava	7	9.3	2	2.7	

Fuente: Elaboración propia, consolidado de los instrumentos aplicados. Marzo 2016

La tabla nos muestra los resultados de la práctica de lavado de manos de las familias de Bello Horizonte según momentos.

Momentos en que se lava las manos: Antes de preparar los alimentos de 17% Vs 14.7%, antes de comer de 2.7% Vs. 1.3%, después de comer de 17.3% Vs (0%), de igual forma, después de ir al baño de 16% Vs (0%), las familias que eligieron dos momentos críticos de 10.7% a 14.7%, tres momentos críticos de 13.3% Vs. 29.3%; mientras que las familias que manifestaron en todo momento tuvieron un porcentaje mayor en referencia a la línea basal de 13.3% Vs, 37.3%, y no se lava en ningún momento descendió de 9.3% Vs 2.7%. Evidentemente las pruebas estadísticas muestran una diferencia significativa ($P < 0.005$) es decir el programa si contribuyó a que las familias se laven las manos en momentos críticos.

Insumos que usa para el lavado de manos: Solo agua de 34.7% a 13.3%, uso de agua y jabón de 44% a 81.3%, la alternativa para otro tipo de insumo fue de 12% a 2.7%, finalmente las familias que dijeron que no se lavan disminuyeron de 9.3% a 2.7%. A pesar de ver los datos muy halagadores entre la línea basal y la de salida, las pruebas estadísticas no muestran diferencia significativa ($P > 0.05$).

Tabla 6

Valoración del nivel de práctica de estilos de vida de la población de Bello Horizonte. 2014 – 2015

Estilos de Vida de las familias con las que se trabajó	Línea Basal		Ev. de Salida		Pruebas estadísticas y significancia
	(n = 75)		(n = 75)		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Higiene					t = 25.096

Bajo	19	25.3	1	1.3	P = 0.000
Promedio	20	26.7	0	0	
Alto	36	48.0	74	98.7	
Alimentación					
Bajo	39	52.0	0	0	t = -31.480 P = 0.000
Promedio	15	20.0	6	8.0	
Alto	21	28.0	69	92.0	
Salud sexual y reproductiva					
Bajo	16	21.3	0	0	t = -30.626 P = 0.000
Promedio	19	25.3	3	4.0	
Alto	40	53.3	72	96.0	
Salud Mental y cultura de paz					
Bajo	26	34.7	5	6.7	t = -17.626 P = 0.000
Promedio	30	40.0	10	13.3	
Alto	19	25.3	60	80.0	
Habilidades para la vida					
Bajo	31	41.3	5	6.7	t = 19.261 P = 0.000
Alto	44	58.7	70	93.3	
Ocio y tiempo libre					
Bajo	56	74.7	6	8.0	t = 18.516 P = 0.000
Alto	19	25.3	69	92.0	
Cuidado del agua					
Bajo	75	100.0	1	1.3	t = -33.967 P = 0.000
Promedio	0	0.0	6	8.0	
Alto	0	0.0	68	90.7	
Cuidado de la cocina					
Bajo	32	42.7	0	0	t = -17.256 P = 0.000
Promedio	19	25.3	10	13.3	
Alto	24	32.0	65	86.7	
Cuidado de la letrina					
Bajo	35	46.7	0	0	t = -26.277 P = 0.000
Alto	40	53.3	75	100.0	

Fuente: Elaboración propia, consolidado de los instrumentos aplicados. Marzo 2016

Para la valoración de la práctica de los estilos de vida (tabla 06) se ha usado la escala de Stanones ($X \pm 0,75 * \text{Des. Std}$), la que clasifica en bajo, promedio y alto, encontramos que las familias de Bello Horizonte mejoraron considerablemente, tal como lo demuestran las pruebas estadísticas ($P < 0.05$).

Estilos relacionados a la higiene: Según el cuadro el nivel bajo paso de 25.3% (19 familias) a 1.3 (una familia), promedio de 26.7% (20 familias) 0% (ninguna familia), alto de 48% (36 familias) a 98.7 (74 familias)

Estilos relacionados a la alimentación: Bajo, de 52% (39 familias) a ninguna familia con malas prácticas de estilos de vida (0%), Promedio, de 20% (15 familias) a 8% (6 familias) y Alto de 28% (21 familias) se logró aumentar las buenas practicas a 92% (69 familias).

Estilos relacionados a la salud sexual y reproductiva: Bajo, de 21.3% (16 familias), es decir familias con estilos erróneos de salud sexual y reproductiva o se logró eliminar estas malas prácticas en el post test 0% (ninguna familia), Promedio, de 25.3% (19 familias) a 4% (3 familias) y Alto, de 53.3% (40 familias) a 96% (72 familias) es decir se logró a través del programa que las familias mejoren sus estilos relacionados a la salud sexual y reproductiva.

Estilos relacionados con la promoción y cultura de paz: Bajo, de 34.7% (26 familias) a 6.7% (5 familias) porcentajes de negatividad de estilos se redujo significativamente, Promedio, de 40% (30 familias) a 13.3% (10 familias) y Alto, de 25.3% (19 familias) a 80% (60 familias) que mejoraron sus estilos relacionados a la promoción y cultura de paz.

Estilos relacionados con las habilidades para la vida: Bajo, de 41.3% (31 familias) a 6.7% (5 familias) y Alto, mejoró de 58.7% (44 familias) a 93.3% (70 familias).

Estilos relacionados con el manejo del tiempo libre: Bajo, de 74.7% (56 familias) a 8% (6 familias) y Alto mejoró de 25.3% (19 familias) a 92% (69 familias) que después del programa practicaban mejores estilos relacionados al manejo de tiempo libre.

Estilos relacionados con el cuidado del agua: Bajo, de 100% (75 familias), es decir, no tenían buenos estilos relacionados con el cuidado del agua según el pre-test se mejoró a 1.3% (solo una familia), Promedio, de 0% (ninguna familia) a 8% (6 familias) y Alto, de 0% (ninguna familia) a 90.7% (68 familias)

Estilos relacionados con el cuidado de la cocina: Bajo, de 42.7 (32 familias) a 0% (ninguna familia), Promedio de 25.3% (19 familias) a 13.3% (10 familias) y Alto, es decir,

la mejoría en los estilos relacionados con la cocina tuvo un incremento de 32% (24 familias) a 86.7% (65 familias)

Estilos relacionados con el cuidado de letrina: Bajo, de 46.7% (35 familias) a 0% (ninguna familia), y Alto, de 53.3% (40 familias) se obtuvo una mejoría de 100% haciendo un total de 75 familias.

Tabla 7

Resolución de conflictos y normas de convivencia de la población de Bello Horizonte. 2014 – 2015

Resolución de conflictos y Tenencia de Normas de convivencia	Línea Basal		Ev. de Salida		Pruebas estadísticas y significancia
	(n = 75)		(n = 75)		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Resolución de conflictos					Z = -8.047 P = 0.000
NO	67	89.3	18	24.0	
SI	8	10.7	57	76.0	
Tenencia de Normas de Convivencia					Z = -7.799 P = 0.000
NO	50	66.7	4	5.3	
SI	25	33.3	71	94.7	

Fuente: Elaboración propia, consolidado de los instrumentos aplicados. Marzo 2016

En la tabla podemos apreciar los resultados de la capacidad de las familias de Bello Horizonte para la resolución de conflictos y establecimiento de normas de convivencia, muestra un proceso de evolución favorable con referencia a la línea basal y a la evaluación de salida, resultados que se ven evidenciados en los siguientes criterios:

Resolución de conflictos: Las familias aprendieron a solucionar sus conflictos de esta manera el NO bajo de 89.3% (67 familias) a 24% (18 familias). Y el SI de 10.7% (08 familias) a 76% (57 familias). Así lo afirma las pruebas estadísticas ($P < 0.05$).

Tenencia de normas de convivencia: las familias que no tienen normas bajó de 66.7% (50 familias) a 5.3% en la evaluación de salida. Mientras que el porcentaje de familias que SI implementaron normas de convivencia se incrementó de 33.3% (25 familias) a 94.7% (71 familias). Las pruebas estadísticas también así lo demuestran ($P < 0.05$).

Es decir el programa si ayudó a las familias en la adquisición de habilidades para resolver sus conflictos, así como en la implementación de normas de convivencia.

Tabla 8

Indicadores de salud orientados a la investigación. Bello Horizonte 2014 – 2015

Indicadores básicos	Línea Basal (Junio 2014)	Ev. de Salida (Junio 2015)
Índice Aédico	14.7	3.8
Prevalencia de Desnutrición aguda en Niños menores de cinco años	22.2	12.4
Prevalencia de parasitosis	32.4	16.5

Fuente: Oficina de vigilancia sanitaria de la Red de Salud. San Martín, 2015

En la tabla presentamos los indicadores globales poblacionales de Bello Horizonte que tuvimos como punto de partida para la investigación en la localidad, los mismos que fueron proporcionados por la Red de Salud de San Martín en los dos momentos, así reportamos: El índice aédico descendió de 14.7% a solo 3.8% a la culminación del programa. La desnutrición aguda en niños menores de cinco años disminuyó considerablemente de 22.2% a 12.4% al término del programa. Y los casos de parasitosis se redujeron de 32.4% a 16.5% en las familias que participaron del programa.

Pues todas las capacitaciones se orientaron a concientizar a la población sobre esta problemática y a la luz de los resultados podemos decir que el Programa de intervención comunitaria contribuyó significativamente en la mejora de la salud de la población de Bello Horizonte.

3.2. Discusión de Resultados

Como lo reportamos el **Programa de intervención comunitaria para promover el autocuidado individual y familiar en Bello Horizonte**, se organizó en cuatro etapas: I etapa de diagnóstico y sensibilización, II etapa de Diseño y edición de módulos de capacitación, III etapa de ejecución o desarrollo y IV etapa de evaluación, seguimiento y

monitoreo, teniendo como eje transversal y central el involucramiento activo de las autoridades, líderes y familias de Bello Horizonte; es decir se siguió los pasos o etapas que plantea cualquier programa de participación ciudadana, tal como lo plantean Mori Sánchez (19), así como los diferentes modelos que nos han servido como referentes bibliográficos (3, 9, 19, 20).

Mori Sanchez plantea:

“Una propuesta de ocho fases secuenciales para la intervención en psicología comunitaria, con el uso continuo de la metodología cualitativa y participativa. Dichas fases parten del diagnóstico de la comunidad para seguir con la evaluación de las características del grupo con el que se trabajará el programa; el proceso continúa con la evaluación de sus necesidades, además del diseño y planificación. Una siguiente fase es la evaluación inicial previa a la implementación; para identificar cambios plantea la evaluación final ...”

Si bien es cierto la secuencia de las etapas de nuestro programa planteado no es una camisa de fuerza secuencial pero en sus cuatro etapas cumple con todas las fases secuenciales que la autora refiere.

La intervención se orientó al fortalecimiento de los conocimientos – actitudes y prácticas de la población para mejorar el cuidado de su salud individual y familiar; para ello nuestro eje transversal fue la capacitación activa y dinámica tanto en talleres comunales grupales como a cada familia a través de las visitas domiciliarias. Para ello se diseñó cuatro módulos de capacitación con temáticas extraídas del diagnóstico participativo realizado en la primera etapa, estos módulos tienen el enfoque de competencias y con metodología para adultos, los mismos que forman parte del acervo de este proyecto.

La temática de los módulos que fue seleccionado como consecuencia del diagnóstico participativo (Tabla 1), responde a las necesidades y a la luz de los resultados creemos que fue muy acertado su selección y desarrollo en módulos.

Luego de la ejecución misma del programa con 75 familias de Bello Horizonte, distrito de la Banda de Shilcayo, provincia y región San Martín se observaron mejoras en sus estilos de vida, conocimientos sobre las practicas saludables y consecuencias de una inadecuada higiene, adopción de prácticas adecuadas de higiene, adopción de medidas para generar cultura de paz y solución de sus conflictos de manera asertiva (Tablas del 3 al 7). Estos resultados son similares a otras experiencias dirigidas al fortalecimiento de las habilidades de los pobladores de las comunidades como las de **María del Pilar Mori Sánchez** (19) y el trabajo de **Roberto Ariel Avendaño** y **Ruth Fernández** (21) quienes aplican metodologías y estrategias para poder llegar al poblador rural llegando a obtener resultados

beneficiosos en la adaptación a los nuevos estilos de vida y prácticas saludables, aunque no todos trabajaron con línea base y línea de salida como en el caso puntual de este programa.

Si bien es cierto que la intervención permitió una mejora sustantiva en la salud de la población (Tabla 8), los niveles de organización, los procesos participativos las necesidades sociales existentes en la comunidad que son influenciados por características etnográficas, demográficas, la cosmovisión del poblador y de carácter idiosincrático y que repercuten en sus decisiones no fueron modificados en forma alguna durante el desarrollo del programa, pues intervenir en ello requiere de proyectos de larga data; ya que en el presente programa el tiempo es lo más complicado.

Los docentes y estudiantes del curso de obstetricia comunitaria del VII de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín, asumieron el compromiso de integrarse a la comunidad con el propósito de mejorar la calidad de vida y el conocimiento sobre prácticas saludables de las familias y sobre ello permitió el enriquecimiento de los saberes de los estudiantes en un proceso de ida y vuelta es decir, logrando que se internalice en los estudiantes un mayor compromiso social comunitario, de ahí que el programa también ha contribuido a cumplir con el rol de responsabilidad social universitaria, tal como lo expresan otros autores que realizan trabajos comunitarios y docencia (22).

Para mencionar las fortalezas del programa podemos privilegiar la enseñanza exhaustiva a los integrantes de las familias a través de los talleres de participación comunitaria y las visitas domiciliarias, la poca bibliografía y la falta de antecedentes de investigación no hicieron posible hacer comparaciones más profundas, en el caso de las experiencias y el nivel de investigaciones realizadas se tuvo que trabajar con datos obtenidos por la red de salud de la comunidad para poder tener referencias de los índices porcentuales a reducir y que aspectos de los estilos de vida mejorar.

Los resultados del estudio permitirán enriquecer e impulsar las acciones intersectoriales, la participación comunitaria y la formación de recursos humanos partiendo de los requerimientos que los objetivos de los programas de salud exigen. Todo ello contribuirá a mejorar el modo de vida de nuestra sociedad.

La limitación de la presente investigación se refleja en la ausencia de un grupo control y en el tamaño muestral que podría proyectar un resultado no significativo en el proceso estadístico frecuente en este tipo de intervenciones.

Finalmente se hace necesario seguir con la línea de investigación sobre el tema de estilos de vida saludables conocimiento sobre prácticas de higiene y manejo de la asertividad así como la práctica de la cultura de paz y la toma de decisiones para prevenir enfermedades y males en los pobladores de la comunidad de Bello Horizonte así como afianzar los conocimientos impartidos en el programa.

CONCLUSIONES

1. El Programa de intervención comunitaria para promover el autocuidado individual y familiar en Bello Horizonte, ha sido diseñado, aplicado y validado con resultados satisfactorios.
2. El programa consta de IV módulos distribuidos en 8 talleres y 18 sesiones educativas, el mismo que se ejecutó con una estrategia educativa comunicacional, basado en la estrategia de familias saludables adaptado a una metodología pedagógica de aplicación para las asignaturas relacionadas con la salud pública.
3. El programa ha permitido lograr cambios significativos en: comportamientos y estilos de vida, prácticas de higiene, nivel de conocimientos, fortalecer una cultura de paz.

Los comportamientos con diferencia significativa ($P < 0.005$) son el tratamiento del agua para beber, la acumulación y eliminación de la basura (tabla 3).

los conocimientos más logrados son: las consecuencias de la inadecuada disposición de excretas, y las enfermedades que produce una adecuada disposición de la basura (tabla 4).

La práctica de lavado de manos es la muestra una diferencia significativa ($P < 0.005$), (tabla N° 5), la mayoría aprendió a lavarse las manos en los momentos críticos.

En los estilos de vida el programa influyó significativamente ($P < 0.005$), pues todos los estudiados mejoraron considerablemente (tabla 6).

También en implementar una cultura de paz, la mayoría de las familias aprendió e implementó normas de convivencia y resolución de conflictos (tabla 7).

4. El programa a contribuido a mejorar los indicadores de salud: Índice aédico, disminución de la desnutrición aguda, disminución de la parasitosis (tabla 8).
5. El programa contribuyó eficazmente en fortalecer las habilidades y capacidades de las familias para el cuidado individual y familiar, así lo demuestra los indicadores del proyecto en la evaluación final.

RECOMENDACIONES

1. Proyectos de intervención comunitaria deben ser de más larga data (mínimo dos años), para poder fortalecer los procesos emprendidos, y por consiguiente afianzar los conocimientos, actitudes y prácticas para que se conviertan en hábitos y comportamientos permanentes de la población y así garantizar sus sostenibilidad.
2. La compra de los equipos y financiamiento deben ser oportunos, porque retrasan la aplicación y ejecución de las actividades, prolongando los estudios y generando retrasos administrativos.
3. Promover el desarrollo de investigación operativa en el distrito para ir generando mayor evidencia científica de lo que puede permitir un programa con intervención y participación de la población.
4. Continuar con la Aplicación de los módulos desarrollados así como el programa de intervención educativo comunicacional, con adaptaciones en otras localidades para continuar con su validación y enriquecimiento de los mismos.
5. El Puesto de Salud de Bello Horizonte, con el apoyo de los promotores formados y en alianza con la universidad, la facultad de Ciencias de la salud, debe de continuar con las sesiones educativas para las familias hasta enraizar los hábitos adecuados de higiene.
6. El Municipio de la Banda de Shilcayo debe de implementar un sistema de disposición final de residuos, y continuar con los procesos de selección y disposición de la basura emprendida con las familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molina C. Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Banco Interamericano de Desarrollo e Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDESINDES). 2002.
2. INDES. Diseño y Gerencia de políticas y programas sociales 2006. Available from: <http://www.risolidaria.org/canales/canal/factores>.
3. Montero M. Fortalecimiento de la ciudadanía y transformación social: Área de encuentro entre la Psicología Política y la Psicología Comunitaria. *Psykhe* (Santiago). 2010;19(2):51-63.
4. Asun D. Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile. Interamericana, editor. Chile: Elseiver; 2003.
5. Izquierdo A. Modelos de la intervención comunitaria de la salud pública. In: Universidad de Ciencias Aplicadas, editor. Cuba: Monografias.com; 2012. p. 27.
6. Gonzales B. Contenidos y metodologías de educación para la salud. In: Diplomado en promoción de la Salud Sexual y reproductiva, editor. Cuba: ENSAP; 2005. p. 14.
7. Piñón Vega J, Torres Hernández M. Impacto de la promoción y la educación para la salud en los logros de la salud pública cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2001;17:91-9.
8. Irarrázaval I. Participación ciudadana en programas de reducción de la pobreza en América Latina: Experiencias en Argentina, Chile, Perú y Paraguay. *Diálogo Regional de Política: Red de protección social y salud*. 2005.
9. Grupo Alternativa Perú. Formas de participación social comunitaria. 2009 22/03/2017; 1. Available from: <http://www.alter.org.pe>.
10. Organización Mundial de la Salud. Conferencia internacional sobre promoción de salud. Declaración de Ottawa. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 1986 23/03/2017; 16(2). Available from: <http://www.cepis.opsoms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>.
11. OMS. Declaración de Alma Ata. Salud para todos. *Boletín MINSAL*. 1978;1(1).
12. MINSAL. Guía de Familias Saludables. In: Dirección de Salud de las Personas, editor. 1 ed. Lima - Perú: MINSAL; 2009. p. 234.

13. Perez G. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes 2012; 1(1). Available from: www.ISI web of Science.
14. Amaya de Peña P. Riesgo familiar. Referentes teóricos conceptuales y análisis de la información. In: Facultad de Enfermería UNdC, editor. Santa Fé de Bogotá Colombia,: Universidad de Colombia; 2010.
15. Rodriguez C, Valiente Z, Tan C. Las familias saludables y los factores determinantes del estado de salud. Rev Cubana de Estomatología, [Internet]. 2011 17/05/2014; 38(3):[165-9 pp.]. Available from: [www. Scielo.org](http://www.Scielo.org).
16. Araya B, Atalah S. Factores que determinan la salud familia. Rev Promoción de la salud. 2012;1(1):13-5.
17. Moscoso R, Carrera P. Promoción de la Salud y Desarrollo Social. In: Pathfinder P, editor. Gestión del desarrollo social participativo a nivel de municipios. 1a ed. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú - Centro de Investigaciones y Servicios Educativos CISE-PUCP,; 2009. p. 52.
18. OMS. Carta de Ottawa. Conferencia Internacional Sobre Promoción de la Salud.1986 17/11/2014; (1):[22-4 pp.]. Available from: <http://www.cepis.opsoms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>.
19. Mori Sánchez M. Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. Liberabit. 2008;14(14):81-90.
20. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Instructivo Comunitario. Agua Segura. Boletín electrónico mensual [Internet]. 2014 12 de setiembre del 2014; 1(1):[22 p.]. Available from: <http://www.paho.org/pan/index2>.
21. Abeldaño A, Fernández R. Salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad. Ciênc saúde coletiva. 2016;21(2):431-42.
22. Del Pilar Alonso M. Responsabilidad social universitaria a través de sus estudiantes: un entramado teórico de visiones compartidas. Educare. 2012;16(1):27-55.
23. Polit , D. Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud. (6ª Ed). México: McGraw- Hill Interamericana, 2003.

ANEXOS

Universidad Nacional de San Martín

Facultad de Ciencias de la Salud

N° Encuesta:

DIAGNOSTICO DEL CASERIO DE BELLO HORIZONTE

Dirección (Av. Jr. Carretera, Calle):	N°	Int.	Mz	Lot	Km	Sector

Datos de la vivienda seleccionada: (marcar con una X y responder de ser necesario)

No inicio entrevista () ¿Por qué?

Encuesta incompleta: () ¿Por qué?

Encuesta completa: ()

Apellidos de la Familia encuestada:

Nombre del Jefe del Hogar:

A. DATOS GENERALES: (Se recomienda que la persona que responda la encuesta tenga mayoría de edad)

Nombre del que responde la encuestada:		Edad:	Sexo: M () F ()
Ocupación:	Parentesco con el/la Jefe del Hogar:		
Grado de Instrucción: (Encerrar en un círculo el grado más alto alcanzado)		Estado civil: (Encierre en un círculo)	
a. Analfabeto(a)		a. Soltero(a)	
b. Primaria incompleta		b. Conviviente	
c. Primaria completa		c. Casado(a)	
d. Secundaria incompleta		d. Viudo(a)	
e. Secundaria completa		e. Otros: (Especifique)	
f. Superior no universitaria incompleta		Religión: (Encierre en un círculo)	
g. Superior no universitaria completa		a. Católica	
h. Superior universitaria incompleta		b. Adventista	
i. Superior universitaria completa		c. Evangelista	
j. Otro: (Especifique)		d. Mormones	
		e. Otros: (Especifique)	

B. DATOS DE LOS MIEMBROS DE LA CASA (considere a las personas que viven en la casa, comparten los gastos para mantener el hogar y comen de la misma olla)

¿Cuántas personas habitan en la casa? (Anotar el número total)	
--	--

¿Todos son familiares?	Si	
	No	¿Cuántos no lo son?

¿Cuántos niños en edad escolar viven en la casa?	
--	--

¿Acuden a la escuela y/o colegio?	Si	¿Cuántos?
	No	¿Cuántos y Por qué?

Nombre de los miembros	E	S	Grado de	Ocupación	Ingreso	¿Cuanto
------------------------	---	---	----------	-----------	---------	---------

de la casa y parentesco con el jefe/a	D A D	E X O	Instrucción (coloque los códigos considerados arriba)		mensual soles	aporta para gastos de la casa?
a.						
b.						
c.						
d.						
e.						
f.						
g.						
h.						
i.						
j.						
Ingreso total de la familia:						

C. SOBRE LA VIVIENDA

Tenencia de la vivienda ¿la casa que habitan es? (encerrar en un círculo la respuesta) a. Propia b. Alquilada c. De un familiar d. Le pagan por cuidarlo (Guardianía) e. Otro: (Especifique)	Sin contar baño, pasadizos, garaje, huerta, jardines ¿Cuántos son esos ambientes? (Coloque en números lo que le mencionan) Cocina-comedor: Cocina sola: Comedor solo: Sala: Dormitorios: Otros: (Especifique)												
¿Cuántos ambientes tiene la vivienda? (Anote el número total)													
Observe la casa y anote ¿Cuál es el material predominante de? a. Ladrillo o bloque de cemento b. Cemento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Techo</th> <th>Paredes</th> <th>Piso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	Techo	Paredes	Piso
Techo	Paredes	Piso											
.....											
.....											
.....											

c. Madera .....	.....	.....	.....
d. Adobe .....	.....	.....	.....
e. Tapial (tierra apisonada).....	.....	.....	.....
f. Quincha .....	.....	.....	.....
g. Tierra o arena .....	.....	.....	.....
h. Estera .....	.....	.....	.....
i. Techo aligerado .....	.....	.....	.....
j. Calamina .....	.....	.....	.....
k. Tejas .....	.....	.....	.....
l. Palma .....	.....	.....	.....
m. Cañabrava .....	.....	.....	.....
n. Otro material (Especifique) .....	.....	.....	.....

D. ARTEFACTOS Y VEHICULOS

Le voy a mencionar algunos artefactos y vehículos, me puede decir: ¿Cuáles de ellos tiene en su vivienda? (Encierre en un círculo uno o varias respuestas)

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| a. TV a color | h. Computadora |
| b. Cocina a gas y/o eléctrica | i. Bicicleta |
| c. Equipo de sonido | j. Moto |
| d. DVD/ Bluray | k. Motocar |
| e. Horno micro ondas | l. Vehículo de trabajo |
| f. Lavadora | m. Vehículo de uso particular |
| g. Refrigeradora | |

E. ABASTECIMIENTO DE AGUA

¿Cómo se abastecen de agua para cocinar? (Encerrar en un círculo la respuesta, puede marcar más de uno)

- a. Agua potable ¿Cuántas horas al día?
- b. Agua de caño ¿Cuántas horas al día?
- c. Agua de lluvia
- d. Pozo en la casa

e. Pozo en la calle f. Pileta o chorro público g. Rio h. Quebrada h. Otros (Especifique):	
¿Conoce Ud. si el agua que utiliza es apta para el consumo humano? (Marque con una X y responda la pregunta) Si () ¿Por qué? No () ¿Por qué? No sabe ()	¿Almacenan Uds. el agua para su consumo? Si () ¿Qué utiliza para almacenarlo? (Encierre en un círculo uno o varias respuestas) a. Cilindro b. Baldes de plástico c. Tinajas d. Otros (Especifique) No ()
¿Le dan Uds. algún tratamiento al agua antes de tomarla? (coloque X en la respuesta) Si () ¿Cuál? (Encierre en un círculo uno o varias respuestas) a. Lo hierve b. Agrega gotas de lejía c. Lo filtra d. Otros: (Especifique) No () No sabe ()	¿Sabe Ud. lo que les puede ocurrir si beben agua no tratada? (coloque X en la respuesta) Si () ¿Qué? (Encierre en un círculo uno o varias respuestas) a. Diarrea b. Parasitosis o bichos c. Fiebre d. Dolor de barriga e. Nada f. Otros: (Especifique) No () No sabe ()

F. SERVICIOS HIGIÉNICOS O SANITARIOS O ELIMINACION DE EXCRETAS.

¿En qué lugar hace Ud. y los miembros del hogar las excretas? (Encierre en un círculo la respuesta)	¿Cree Ud. que las heces pueden causarles enfermedades? (coloque X en la respuesta) Si () ¿Cuáles? (Encierre en un círculo uno o
---	---

<p>Dentro de la vivienda:</p> <p>a. Inodoro exclusivo</p> <p>b. Inodoro común para toda la familia</p> <p>Fuera de la vivienda:</p> <p>c. Inodoro común fuera de la vivienda</p> <p>d. Letrina exclusiva a una familia</p> <p>e. Letrina común varias familias</p> <p>f. Pozo séptico</p> <p>g. Pozo negro o ciego</p> <p>h. Monte y/o aire libre</p> <p>i. Otros (Especifique)</p>	<p>varias respuestas)</p> <p>a. Diarrea</p> <p>b. Parasitosis o bichos</p> <p>c. Fiebre</p> <p>d. Dolor de barriga</p> <p>e. Nada</p> <p>f. Otros: (Especifique)</p> <p>No ()</p> <p>No sabe ()</p>
<p>¿Con qué frecuencia Ud. o los miembros del hogar realiza la limpieza y/o desinfección del lugar donde hacen sus excretas? (Encierre en un círculo la respuesta)</p> <p>a. Todos los días</p> <p>b. Pasando un día</p> <p>c. Cada semana</p> <p>d. Cada 15 días</p> <p>e. Más tiempo ¿Cuánto?</p> <p>f. Nunca</p>	<p>¿Qué materiales utilizan para la limpieza y/o desinfección del lugar donde hace sus excretas? (Encierre en un círculo uno o varias respuestas)</p> <p>a. Ceniza</p> <p>b. Cal</p> <p>c. Petróleo o kerosene</p> <p>d. Cáscara de plátano o cascarilla de arroz</p> <p>e. Otros: (Especifique)</p>

G. RESIDUOS SÓLIDOS

<p>¿En que acumula Ud. o los miembros del hogar la basura de su vivienda? (Encierre en un círculo la respuesta)</p> <p>a. Baldes con tapa</p> <p>b. Baldes sin tapa</p> <p>c. Bolsas o sacos cerrados</p>	<p>¿Cómo eliminan la basura de su vivienda? (Encierre en un círculo la respuesta)</p> <p>a. Lo recoge el carro recolector de basura</p> <p>b. La queman dentro o fuera de su propiedad</p> <p>c. La entierran</p> <p>d. La sacan fuera de su propiedad y la dejan en</p>
---	--

<p>d. Bolsas o sacos abiertos</p> <p>e. Otras formas (Especifique)</p>	<p>un lugar descampado</p> <p>e. La arrojan a la quebrada</p> <p>f. La arrojan al monte</p> <p>g. Otro (Especifique)</p>
<p>¿Cree Ud. que la basura puede causarles enfermedades? (coloque X en la respuesta)</p> <p>Si () ¿Cuáles? (Encierre en un círculo uno o varias respuestas)</p> <p>a. Diarrea</p> <p>b. Parasitosis o bichos</p> <p>c. Fiebre</p> <p>d. Dolor de barriga</p> <p>e. Nada</p> <p>f. Otros: (Especifique)</p> <p>No ()</p> <p>No sabe ()</p>	

H. AGUAS GRISES

<p>¿Dónde elimina Ud. o los miembros del hogar el agua que ya utilizó en su consumo diario? (Encierre en un círculo la respuesta)</p> <p>a. En la red pública de desagüe</p> <p>b. En su huerta</p> <p>c. En la calle</p> <p>d. En la Cuneta (caño)</p> <p>e. Otro (Especifique)</p>	<p>¿Sabe Ud. cuáles son las consecuencias que trae la formación de cochas con ese tipo de agua alrededor de su vivienda? (coloque X en la respuesta)</p> <p>Si () ¿Cuáles? (Encierre en un círculo uno o varias respuestas)</p> <p>a. Ninguno</p> <p>b. Criadero de Zancudos</p> <p>c. Medio de contaminación</p> <p>d. Otro (Especifique)</p> <p>No ()</p> <p>No sabe ()</p>
--	--

I. SOBRE LA HIGIENE

<p>¿Con frecuencia se lava Ud. y los miembros del hogar las manos? (Marque X en la respuesta y responda)</p> <p>Si () ¿Por qué?</p> <p>.....</p> <p>No () ¿Por qué?</p> <p>.....</p>	<p>Al lavarse las manos ¿Qué utilizan? (Encierre en un círculo la respuesta)</p> <p>a.Solo agua</p> <p>b. Agua y jabón</p> <p>Otros (Especifique).....</p>
<p>Deje que mencione libremente, no lea las respuestas ¿En qué momento del día Ud. y los miembros del hogar se lava las manos? (Encierre en un círculo una o varias respuestas)</p> <p>a. Antes de preparar los alimentos</p> <p>b. Después de preparar los alimentos</p> <p>c. Antes de comer</p> <p>d. Después de comer</p> <p>e. Antes de ir al baño</p> <p>f. Después de salir del baño</p> <p>g. Antes de dar de comer al niño</p> <p>h. Antes de cambiar los pañales al niño</p> <p>i. Después de cambiar los pañales al niño</p> <p>j. Otros(Especifique)</p>	<p>Deje que mencione libremente, no lea las respuestas ¿Qué materiales usan para lavar la tabla de picar los alimentos? (Encierre en un círculo la respuesta)</p> <p>a.- Solo agua</p> <p>b.- Agua, detergente y esponja</p> <p>c.- Agua, detergente y escobilla</p> <p>d.- Agua y raspa con cuchillo</p> <p>e.-Otros (Especifique).....</p>
<p>¿Lavan Ud. o los miembros del hogar las verduras antes de consumirlas? (Marque con X en la respuesta)</p> <p>Si () ¿Cómo? (Encierre en un círculo uno o varias respuestas)</p> <p>a.Con agua a chorro</p> <p>b.Con agua en recipiente</p> <p>No ()</p> <p>No sabe ()</p>	

J. SOBRE SU COMUNIDAD

<p>¿Conoce Ud. a sus autoridades? (Encierre en un círculo una o varias respuestas y coloque los nombres completos)</p> <p>a. Agente Municipal</p> <p>b. Teniente Gobernador</p> <p>c. Otros (Especifique)</p>	<p>¿Cuáles son las obras más saltantes que han realizado estas autoridades? (Escriba las respuestas)</p> <p>a. Agente Municipal.....</p> <p>b. Teniente Gobernador.....</p> <p>Otros (Especifique).....</p>
<p>¿Cuándo fue la última vez que Ud. o los miembros del hogar asistieron a una faena comunal? (Encierre en un círculo la respuesta)</p> <p>a. Hace un mes</p> <p>b. Hace dos meses</p> <p>c. Hace más de tres meses</p> <p>d. Mucho más tiempo ¿Cuánto?</p> <p>e. Nunca</p> <p>f. Otros (Especifique)</p>	<p>¿Qué actividades realizaron Ud. o los miembros del hogar en beneficio de su comunidad? (Escriba las respuestas)</p> <p>a.</p> <p>b.</p> <p>c.</p> <p>d.</p> <p>e.</p>
<p>¿Ud. conoce que Instituciones funcionan en su comunidad? (Encierre en un círculo una o varias respuestas)</p> <p>a. Salud</p> <p>b. Centros de Estimulación temprana</p> <p>c. Educación Inicial</p> <p>d. Educación Primaria</p> <p>e. Educación secundaria</p> <p>f. Policía</p> <p>g. ONGs</p> <p>h. Otros (Especifique)</p>	
<p>¿Conoce Ud. que organizaciones existe en su comunidad? (Encierre en un círculo una o varias respuestas)</p> <p>a. Clubes de madres</p> <p>b. Vasos de Leche</p>	<p>¿En cuál o cuáles de estas organizaciones participa Ud. o los miembros del hogar? (Encierre en un círculo una o varias respuestas)</p> <p>a. Clubes de madres</p> <p>b. Vasos de Leche</p>

c.Comités vecinales d.Clubes Deportivos e.Clubes culturales f. Iglesias g.Ronderos h.Comités de Productores i. Otros (Especifique)	c.Comités vecinales d.Clubes Deportivos e.Clubes culturales f. Iglesias g.Ronderos h.Comités de Productores i. Otros: (Especifique) <hr/> De los miembros del hogar, ¿Quienes participan normalmente en estas reuniones?
--	--

K. ASPECTOS CULTURALES

¿Qué lugares turísticos tienen en su comunidad? (Mencione los que conoce) a..... b..... c..... d..... e.....	¿Cuáles son las fiestas tradicionales de su comunidad? (Mencione los que conoce) a..... b..... c..... d..... e.....
¿Conoce Ud. algunas creencias o mitos de su comunidad? Si () ¿Cuáles?..... No () No sabe ()	

M. SOBRE MEDIOS DE COMUNICACION

¿Escucha Ud. o los miembros del hogar la radio?	No		
	Si		¿Con que frecuencia? (Encierre en un círculo la respuesta) a. Todos los días b. De vez en cuando
¿A qué hora Ud. o los miembros del hogar escuchan la radio generalmente? (Encierre en un círculo uno o varias respuestas) a. En las mañanas b. Al medio día c. En la tarde d. En las noches e. En la madrugada			¿Qué programa les gusta escuchar con frecuencia? (Encierre en un círculo la respuesta) a. Noticias b. Música c. Otros (Especifique)
¿Ve Ud. o los miembros del hogar televisión?	No		
	Si		¿Con que frecuencia? (Encierre en un círculo la respuesta) a. Todos los días b. De vez en cuando
Mencione Ud. 2 programas de televisión que sintonizan con más frecuencia: a..... b.....			

N. PROBLEMAS DE SALUD

¿En los últimos 15 días alguien de su hogar a tenido algún problema de salud? (Marque X en la respuesta) Si () ¿Qué enfermedad? (Encierre en un círculo una o más respuestas) a. IRA b. EDA	Si Ud. o algún miembro del hogar se enferma, para curarse, ¿Cuál es el primer lugar al que acuden? (Encierre en un círculo la respuesta) a. Establecimiento de salud local b. Establecimiento de salud en Tarapoto c. Consultorio particular local
---	---

<p>c. Parasitosis</p> <p>d. Cólera</p> <p>e. Dengue</p> <p>f. Malaria</p> <p>g. TBC</p> <p>h. Otros (Especifique)</p> <p>No ()</p> <p>No sabe ()</p>	<p>d. Consultorio particular en Tarapoto</p> <p>e. Farmacia</p> <p>f. Curandero</p> <p>g. Se automedica</p> <p>h. Otro (Especifique)</p>
<p>El establecimiento de salud de su comunidad es: (Encierre en un círculo la respuesta)</p> <p>a. Hospital</p> <p>b. Centro de salud</p> <p>c. Puesto de salud</p> <p>d. Otro (Especifique)</p>	<p>¿Conoce Ud. que servicios ofrece el establecimiento de salud de su comunidad? (Encierre en un círculo una o varias respuestas)</p> <p>a. Emergencia</p> <p>b. Área niño - CRED</p> <p>c. Área mujer</p> <p>d. Consultorio de Medicina General</p> <p>e. Odontología</p> <p>f. Transmisibles</p> <p>g. Otros (Especifique)</p>

O. SOBRE ACTIVIDADES ECONOMICAS

<p>¿Ud. o los miembros del hogar se dedican a cultivar la tierra? (Marque con una X la respuesta)</p> <p>Si () La tierra cultivada es: (Encierre en un círculo la respuesta)</p> <p>a. Propia</p> <p>b. Alquilada</p> <p>c. De un familiar</p> <p>d. Lo está cuidando (guardián)</p> <p>e. Otro (Especifique)</p> <p>No ()</p>	<p>¿Cuántas hectáreas tienen cultivado?</p> <hr/> <p>¿Qué productos cultivan? (Encierre en un círculo una o más respuestas)</p> <p>a. Arroz</p> <p>b. Café</p> <p>c. Plátano</p> <p>d. Yuca</p> <p>e. Fríjol</p> <p>f. Algodón</p> <p>g. Otros (Especifique)</p>
--	--

<p>Los productos cultivados sirven para: (Encierre en un círculo la respuesta)</p> <p>a. Consumo familiar b. Venderlos c. Ambos d. Otro (Especifique)</p>	<p>Quienes ayudan a cultivar la tierra: (Encierre en un círculo una o más respuestas)</p> <p>a. Esposa b. Esposo c. Hijos d. Hijas e. Peones f. Otros (Especifique)</p>
<p>¿Ud. o los miembros del hogar crían animales en la casa? (Marque con X la respuesta)</p> <p>Si () ¿Cuáles? (Encierre en un círculo uno o más respuestas)</p> <p>a. Pollos b. Gallinas c. Patos d. Pavos e. Cerdos f. Cuyes g. Otros (Especifique)</p> <p>No ()</p>	<p>¿Ud. o los miembros del hogar crían animales en su chacra? (Marque con X la respuesta)</p> <p>Si () ¿Cuáles? (Encierre en un círculo uno o más respuestas)</p> <p>a. Ganado vacuno b. Ganado porcino c. Cerdos d. Otros (Especifique)</p> <p>No ()</p> <p>Estos animales los destinan para: (Encierre en un círculo la respuesta)</p> <p>a. Consumo familiar b. Venderlos c. Ambos d. Otro (Especifique)</p>
<p>Ud. o los miembros del hogar en algún momento se van de pesca (Marque con una X la respuesta)</p> <p>Si () ¿Por qué lo realizan? (Encierre en un círculo la respuesta)</p> <p>a. Consumo familiar b. Venderlos</p> <p>No ()</p>	<p>Ud o los miembros del hogar se dedican a la producción manufacturera (Marque con una X la respuesta)</p> <p>Si () ¿Qué actividades realizan? (Encierre en un círculo la respuesta)</p> <p>a. Elaboración de productos alimenticios y bebidas</p>

	<p>b. Fabricación de productos textiles</p> <p>c. Fábrica de muebles</p> <p>d. Fabricación de cerámicas</p> <p>e. Otros (Especifique)</p> <p>No ()</p>
--	---

Fecha:

Nombre del Encuestador:Firma

Nombre del supervisor: Firma

Anexo N° 4. FICHA DE OBSERVACION DE PRACTICAS SALUDABLES EN LA FAMILIA

Familia:

Dirección:.....

Eje Temático	Practica o comportamiento	Si	No	OBSERVACIONES
Higiene	La familia dispone de un lugar para el lavado de manos?			
	¿La familia utiliza agua y jabón para el lavado de manos?			
	¿El agua para consumo es guardada en recipientes limpios y tapados			
	¿La familia utiliza algún método de desinfección del agua, hierve o clora el agua de consumo?			
	¿La familia utiliza letrina o sanitario?			
	¿La familia convive con animales dentro de la vivienda?			
	¿La familia tiene espacios separados de cocina y dormitorios?			
	Los animales domésticos tienen su espacio separado de la vivienda?			
	Las mascotas muestran un buen estado de higiene y alimentación?			
Alimentación y Nutrición saludable	¿La familia consume verduras por lo menos tres veces a la semana?			
	¿La familia consume frutas por lo menos tres veces a la semana?			
	¿La familia consume alimentos de origen animal por lo menos 3 veces a la semana?			
	¿La familia Consume leche o sus derivados por lo menos tres veces a la semana?.			

	Si en la familia hay un menor de dos años preguntar:			
	* ¿El niño o niña, recibe o recibió lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida?.			
	• ¿El niño o niña, inició la alimentación complementaria más lactancia materna a partir de los 6 meses?.			
	• ¿El niño o niña tiene los controles mensuales de crecimiento de acuerdo a su edad?			
	Si en la familia hay una gestante preguntar:			
	¿Consume carnes rojas por lo menos 3 veces a la semana?			
	La vivienda ¿cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos?.			
Salud Sexual y Reproductiva	¿La pareja utiliza algún método no tradicional de planificación familiar?			
	¿La madre realiza el papanicolau por lo menos cada tres años?			
	¿El último parto de la madre fue en un establecimiento de salud?			
	¿El último embarazo de la madre fue planificado?			
	¿En su familia los hijos varones abrazan y besan a su padre como señal de afecto?			
	¿Todos los hijos mayores de un mes cuentan con partida de nacimiento?			
	¿ Su vivienda cuenta con espacios que garanticen la privacidad y la intimidad en las expresiones sexuales de los adultos, de acuerdo a sus diferentes costumbres?			
	¿Su vivienda cuenta con espacios separados para dormir entre la pareja, los niños y adolescentes?.			

Promoción de Salud Mental, cultura de paz y buen trato	¿Usted y su pareja han recibido información sobre cómo educar adecuadamente a sus hijos?.			
	¿En su familia se promueven la unión entre sus miembros?.			
	¿En su familia se resuelven los conflictos con participación de sus miembros?.			
	¿En su familia se promueve la moralidad y el comportamiento ético entre sus miembros?.			
	¿En su familia se promueve la disciplina y el seguimiento de reglas?.			
	¿En su familia se promueve la participación en actividades sociales y recreativas?.			
	En su familia todos se tratan con respeto y afecto?			
	En su familia se promueve el dialogo democrático?			
	Dedican los padres tiempo para conversar con sus hijos todos los días?			
	En su familia se promueve la cooperación mutua?			
Habilidades para la vida	¿Su hijo y/o hija le hace preguntas o pide ayuda cuando lo necesita?.			
	¿Su hijo y/o hija tiene metas, objetivos claros y sabe cómo lograrlos?.			
	¿Se acostumbra en la familia que los hijos ayuden en la solución de los problemas del hogar o barrio?			
	¿Se acostumbra en la familia que los varones ayuden en las labores de la casa?			
	Los hijos estudiantes muestran rendimiento escolar adecuado?			
	Conocen los padres a los amigos de sus hijos			
Ocio y tiempo libre	Los adultos de la familia realizan por lo menos media hora de actividad física diariamente?			
	Los y las adolescentes en la familia practican			

algún deporte?			
Existe la costumbre en la familia de salir, todos juntos a pasear por lo menos una vez por mes			
Existe algún miembro de la familia que pasa más de 2 horas diarias en el internet			

Anexo N° 5. FICHA DE OBSERVACION DE PRACTICAS DE HIGIENE

FAMILIA: FECHA

RESPONSABLE VISITA:

DIRECCIÓN:..... REFERENCIA:

1. Evaluar el estado de las instalaciones de agua (manipular suavemente el grifo)	2. Observar en el área donde se localiza el grifo o pileta domiciliario como fluye el agua que se usa
a) Se cierra y abre sin forzar b) Gotea permanentemente c) Chorra agua d) Otros (especificar)	a) Fluye a un lavatorio con desagüe b) Fluye libremente en el piso c) El recorrido del agua está obstruido d) Forma charco en el piso
3. Observar si el agua es clara y libre de residuos	4. Observar si los envases de almacenamiento de agua están:
a) Clara Si No b) Libre de residuos Si No c) Turbia Si No	a) Limpios y tapados Si No b) Limpios y destapados Si No c) Sucio y tapados Si No d) Sucios y destapados Si No
5. ¿En qué momento del día Ud. los miembros del hogar se lava las manos? (Encierre en un círculo una o varias respuestas)	6. Observar ¿Qué materiales usan para lavarse las manos? (Encierre en un círculo la respuesta)
a. Antes de preparar los alimentos b. Después de preparar los alimentos c. Antes de comer d. Después de comer e. Antes de ir al baño f. Después de salir del baño g. Antes de dar de comer al niño h. Antes de cambiar los pañales al niño i. Después de cambiar los pañales al niño j. Otros (Especifique)	a. Solo agua b. Agua y jabón c. Agua y detergente d. Agua, jabón (detergente) y escobilla (esponja) e. Otros (Especifique)
7. Observar la iluminación del lugar donde	8. Observar el espacio del lugar donde preparan

preparan sus alimentos	sus alimentos
<ul style="list-style-type: none"> a) Mala b) Regular c) Buena d) Muy Buena 	<ul style="list-style-type: none"> a) Suficiente b) Insuficiente
9. Observar: ¿Qué tipo de piso tiene el lugar donde preparan sus alimentos?	10. Observar: ¿Qué tipo de paredes tiene el lugar donde preparan sus alimentos?
<ul style="list-style-type: none"> a) Tierra b) Cemento c) Madera (entablado) d) Otro (especificar) 	<ul style="list-style-type: none"> a) Enlucido o tarrajado b) Sin tarrajear de: <ul style="list-style-type: none"> a. Quincha o adobe b. Ladrillo c. Caña brava d. Estera e. Plástico f Libre f. Otro (especificar)
11. Observar: ¿El lugar donde prepara sus alimentos tiene cielo raso o terrado?	12. Para los que no tienen cielo raso o terrado Observar: ¿Qué tipo de techo tiene el lugar donde se preparan los alimentos?
<ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No 	<ul style="list-style-type: none"> b) Calamina c) Palma d) Tejas e) Madera f) Plástico g) Esteras h) Otro (especificar)
13. Observar: ¿Las ventanas y puertas del lugar donde preparan sus alimentos son seguras contra insectos, polvo, roedores, animales domésticos, etc.?	14. Observar si en el baño hay evidencia de uso de papel higiénico u otro material de limpieza después de defecar
<ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No c) No tiene ventana d) No tiene puerta 	<ul style="list-style-type: none"> a. Papel higiénico b. Otro material (especificar)

15. Observar la presencia de excretas (excremento u orines) alrededor de donde hacen sus necesidades	16. Observar dónde se almacena el papel higiénico u otro material
a) Hay b) No Hay Si hay, preguntar por qué ocurre eso	a) Tacho de plástico con tapa b) Tacho de plástico sin tapa c) Caja de cartón con tapa d) Caja de cartón sin tapa e) Bolsas de plástico o costales f) Otros (especificar) g) Ninguno
17. Maneja un método de selección de los desechos?	18. Observar disposición de desechos (basura), donde y como se almacena la basura
a. Si Cómo lo hace: b. No	a. Sacos cerrados y amarrados b. Sacos abiertos c. Baldes u otros depósitos tapados d. Baldes u otros depósitos destapados e. Se tira directo a la huerta d. Otro (especifique).....
19. Tratamiento que da a los desechos (basura)	20. En la huerta se puede evidenciar los zoocriaderos de vectores
a. Tiene un pozo de degradación construido (ecosilo) b. Coloca en un botadero común de la comunidad c. La tira en la huerta d. Entierra en la huerta e. Quema f. Otros (especifique).....	a. Latas y frascos sin perforar b. Latas perforadas c. Cascara de cocos d. Llantas y otros depósitos con agua e. Envases diversos con agua estancada f. Charcos y estanques g. Otros (especifique).....
21. Si existen niños menores de cinco años, observar el estado de higiene	23. Los niños menores de cinco años, usan Zapatos para protegerse
a. Bueno b. Regular c. Malo	a. Si b. No

24. Marcar según observación, las partes y el estado del servicio			
	ESTADO DE LAS PARTES		
24.1 LETRINA	Bueno	Regular	Malo
Piso de madera			
Piso de concreto			
Asiento de madera			
Asiento de concreto			
Tubo de ventilación			
Paredes de adobe / ladrillo			
Paredes madera			
Paredes de saqueta			
Techo de palma			
Techo de calamina			
Techo de plástico			
24.2 TANQUE SÉPTICO			
Inodoro			
Tanque séptico de concreto dentro del terreno			
Tanque séptico de concreto en la calle			
Zanjas de precolación			
Pozos de infiltración			
24.3 POZO CIEGO			
Inodoro			
Pozo con protección de ladrillo			
Pozo lleno de piedras			
Pozo lleno de arena			
24.4 RED PÚBLICA DE DESAGÜE			
Inodoro			
Caja de desagüe en la vereda			
Conexión a red de desagüe pública			