

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“NIVEL DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES EN LAS FAMILIAS DEL  
CASERÍO SANTA ROSA – ATALAYA, 2019”**

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

**Bach. Enf. MARGARITA ANTONIA PÉREZ RÍOS**

**PUCALLPA – PERU**

**2020**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**COMISIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS**



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

En Pucallpa, a los **catorce (14)** días del mes de **Octubre del 2020**, siendo las **16:00** horas y de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunió el Jurado Calificador, conformado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE : Mg. Rolinda Falcón Riva Agüero.  
 MIEMBRO : Dr. Jaime Alberto Pastor Segura.  
 MIEMBRO : Mg. José Nelton Romero Chuquipiondo.

Para proceder a la Sustentación Pública de la Tesis titulada:

“NIVEL DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES EN LAS FAMILIAS DEL CASERÍO SANTA ROSA, ATALAYA-2019”

Presentado por la Bachiller **en Enfermería**:

**MARGARITA ANTONIA PEREZ RIOS**

Teniendo en calidad de Asesor a: **Dr. César Emigdio Llaja Rojas**

Finalizada la Sustentación de la misma, se procedió a realizar la evaluación respectiva, llegando a la siguiente conclusión:

La Tesis ha sido: **APROBADA** por **UNANIMIDAD**

Quedando la Graduada expedita para que se le otorgue el Título Profesional de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**.

Siendo las 17: 30 horas del mismo día se dio por concluido al acto académico.

Pucallpa, **catorce (14)** de **Octubre** del **2020**.

Mg. Rolinda Falcón Riva Agüero.  
PRESIDENTE

Dr. Jaime Alberto Pastor Segura.  
MIEMBRO

Mg. José Nelton Romero Chuquipiondo.  
MIEMBRO

Esta tesis titulada: **“NIVEL DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES EN LAS FAMILIAS DEL CASERÍO SANTA ROSA - ATALAYA, 2019”**, fue aprobada por el Jurado Evaluador, conformado por:



.....  
Mg. Rolinda Falcón Riva Agüero  
Presidente



.....  
Dr. Jaime Alberto Pastor Segura  
Miembro



.....  
Mg. José Nilton Romero Chuquipiondo  
Miembro



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**  
**VICERRECTORADO DE INVESTIGACION**  
**DIRECCION GENERAL DE PRODUCCION INTELECTUAL**

# CONSTANCIA

## ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

### SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

**N° 097-2020**

La Dirección General de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el Informe Final (Tesis), titulado:

**NIVEL DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES EN LAS FAMILIAS DEL CASERÍO SANTA ROSA, ATALAYA-2019.**

Cuyo autor (es) : **PÉREZ RIOS, MARGARITA ANTONIA**  
 Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**  
 Escuela Profesional : **ENFERMERÍA**  
 Asesor : **Dr. Llaja Rojas, Cesar Emigdio**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 05%**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se FIRMA Y SELLA la presente constancia.

**Fecha: 26/02/2020**


  
 UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI  
 DIRECCION GENERAL DE PRODUCCION INTELECTUAL  
 DRA. DIMA PAEZ QUISPE  
 Direc. Gen. Prod. Intel

**REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**  
**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS**

Yo, Margarita Antonia Pérez Ríos.

Autor de la TESIS titulada:

“Comportamientos Saludables en Familias del Caserío Santa Rosa, Atalaya - 2019”

Sustentada el año: 2020

Con la asesoría de: Dr. César Emigdio Lloja Rojas.

En la Facultad de: Ciencias de la Salud.

Carrera Profesional de: Enfermería.

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguiente términos: Primero: otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en forma digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones. Segundo: declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas. Tercero: autorizo la publicación,

Total (significa que todo el contenido de la tesis en PDF será compartido en el repositorio).

Parcial (significa que solo la carátula, la dedicatoria y el resumen en PDF serán compartidos en el repositorio).

De mi TESIS de investigación en la página web del Repositorio Institucional de la UNU.

En señal de conformidad firma la presente autorización.

Fecha: 04 / 12 / 2020

Email: margaritaantoniaperez@gmail.com

Firma: [Firma manuscrita]

Teléfono: 945021583

DNI: 00165566

## **DEDICATORIA**

A Dios, por mantenerme con vida y salud, a mis padres por su apoyo incondicional para culminar mi carrera profesional, a los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, por su paciencia y darme lo mejor de su sabiduría para formarme personal y profesionalmente.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de Ucayali, por darme la oportunidad de estudiar en sus aulas.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, y en especial a la Escuela Profesional de Enfermería, por formarme profesionalmente con competencias específicas en el campo de la enfermería.

A todas las y los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Ucayali, por guiarme con mucho acierto para lograr mis metas y ser una enfermera competente.

A las madres y padres de familias del caserío Santa Rosa - Atalaya, por brindarme las facilidades proporcionándome la información que sirvió para lograr los objetivos propuestos en esta investigación.

A los miembros del Jurado Evaluador, por su orientación y paciencia para lograr que esta tesis culmine de la mejor manera.

Al asesor de esta tesis, Dr. César Emigdio Llaja Rojas, por su orientación, perseverancia, entrega y por el tiempo destinado a orientarme para culminar con éxito la elaboración de esta tesis.

## ÍNDICE DEL CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	xiv
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	20
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	25
1.2.1 Problema General.....	25
1.2.2 Problemas Específicos.....	25
1.3 OBJETIVOS.....	26
1.3.1 Objetivo General.....	26
1.3.2 Objetivos Específicos.....	26
1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	27
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	30
2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	30
2.1.1 Antecedentes a Nivel Internacional.....	30
2.1.2 Antecedentes a Nivel Nacional.....	44
2.1.3 Antecedentes a Nivel Local.....	53
2.2 PLANTEAMIENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
2.2.1 Aspectos relacionados con la variable comportamientos saludables en familia.....	54
2.2.2 Dimensiones e indicadores de comportamientos saludables....	56
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	89
2.4 HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	92
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	95
3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	95
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	96

3.2.1 Población.....	96
3.2.2 Muestra.....	96
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	97
3.3.1 Técnicas de recolección de datos.....	97
3.3.2 Instrumentos para la recolección de datos.....	98
3.4 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	99
3.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	99
3.6 PROCESAMIENTO Y TRATAMIENTO DE DATOS.....	100
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	101
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	102
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	118
5.1 CONCLUSIONES.....	118
5.2 RECOMENDACIONES.....	119
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
ANEXOS.....	131

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b>	Nivel de comportamientos saludables en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.....	102
<b>Tabla 2.</b>	Nivel de comportamiento respecto al eje temático de higiene y ambientes saludables en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.....	105
<b>Tabla 3.</b>	Nivel de comportamiento respecto al eje temático de alimentación y nutrición saludable, en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.....	108
<b>Tabla 4.</b>	Nivel de comportamiento respecto al eje temático de salud sexual y reproductiva saludable en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.....	110
<b>Tabla 5.</b>	Nivel de comportamiento respecto al eje temático de promoción de salud mental, cultura de paz y buen trato, en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.....	112
<b>Tabla 6.</b>	Nivel de comportamiento respecto al eje temático de habilidades para la vida en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.	114
<b>Tabla 7.</b>	Nivel de comportamiento respecto al eje temático de actividad física en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.....	116
<b>Tabla 8.</b>	Nivel de comportamiento según ejes temáticos de la promoción de la salud en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019....	134
<b>Tabla 9.</b>	Indicadores de valoración del eje temático higiene y ambiente, en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.....	134
<b>Tabla 10.</b>	Indicadores de valoración del eje temático alimentación y nutrición saludable, en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.....	135
<b>Tabla 11.</b>	Indicadores de valoración del eje temático de salud sexual y reproductiva, en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.....	135
<b>Tabla 12.</b>	Indicadores de valoración del eje temático de salud mental, cultura de paz y buen trato en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.....	136

<b>Tabla 13.</b>	Indicadores de valoración del eje temático de habilidades para la vida en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.....	136
<b>Tabla 14.</b>	Indicadores de valoración del eje temático de actividad física en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.....	136

## RESUMEN

Esta tesis tuvo como objetivo identificar el nivel de comportamientos saludables respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019. Investigación descriptiva, prospectiva, transversal. Método cuantitativo y diseño no experimental. Para determinar el nivel de comportamiento se utilizó la Ficha de comportamientos y entornos saludables validados por el MINSA. La muestra fueron 50 madres o padres de familia. Según los resultados el 46% de familias presentan un comportamiento medianamente saludable en el eje temático higiene y ambiente; el 40% de familias presentan un comportamiento saludable en el eje temático alimentación y nutrición; el 34% de familias presentan un comportamiento no saludable en el eje temático salud sexual y reproductiva; el 41% de familias presentan un comportamiento saludable en el eje temático salud mental, cultura de paz y buen trato; el 42% de familias presentan un comportamiento no saludable en el eje temático habilidades para la vida; el 80% de familias presentan un comportamiento medianamente saludable en el eje temático actividad física. Conclusión: La mayoría de familias del caserío Santa Rosa, presentan comportamiento saludable en el eje temático de salud mental, cultura de paz y buen trato, higiene y ambiente y alimentación y nutrición. Los ejes temáticos en los que presentan comportamientos no saludables son habilidades para la vida y salud sexual y reproductiva.

**Palabras clave:** Comportamiento saludable; ejes temáticos de promoción de la salud; caserío; familia.

## ABSTRACT

This thesis aimed to identify the level of healthy behaviors regarding the thematic axes of health promotion in the families of the Santa Rosa farmhouse – Atalaya, 2019. Descriptive, prospective, cross-sectional research. Quantitative method and non-experimental design. To determine the level of behavior, the Healthy Behavior and Environments Card validated by MINSA was used. The sample was 50 mothers or fathers. According to the results, 46% of families have moderately healthy behavior in the hygiene and environment thematic axis; 40% of families have healthy behavior in the food and nutrition thematic axis; 34% of families have unhealthy behavior in the sexual and reproductive health thematic axis; 41% of families have healthy behavior in the thematic axis mental health, culture of peace and good treatment; 42% of families have unhealthy behavior in the thematic axis life skills; 80% of families have moderately healthy behavior in the physical activity thematic axis. Conclusion: The majority of families in the Santa Rosa farm have healthy behavior in the thematic axis of mental health, culture of peace and good treatment, hygiene and environment and food and nutrition. The thematic axes in which they present unhealthy behaviors are life skills and sexual and reproductive health.

**Keywords:** Healthy behavior; thematic axes of health promotion; farmhouse; family.

## INTRODUCCIÓN

La salud como proceso implica identificación, atención, adquisición, práctica, mantenimiento, y desarrollo de comportamientos saludables. Cortés E.B., Ramírez E.M., Olvera J. y Arriaga Y.<sup>1</sup>, señalan que el comportamiento saludable como cualquier otro comportamiento se adquiere, se aprende, requiere de responsabilidad individual y tiene que ejercerse y practicarse cotidianamente, como objetivo constante de vida.

El comportamiento humano según Murphy E.<sup>2</sup>, es un factor fundamental para la salud de las personas y las comunidades. Para Rubio V.<sup>3</sup>, los comportamientos son conductas instrumentales que las personas realizan, aumentando o disminuyendo la probabilidad de contraer una enfermedad de forma directa o indirecta. Las directas ponen en contacto con el agente patógeno o factor incapacitante. Las indirectas aumentan la vulnerabilidad del organismo, aunque no lo pongan en contacto con tales factores.

Está demostrado que el deterioro del entorno ambiental, como producto del comportamiento humano produce efectos negativos directos e indirectos sobre la salud de las personas y compromete el desarrollo sostenible; mientras que un entorno protegido potencia las posibilidades del hombre de preservar su salud. El entorno está constituido por las condiciones físicas, sociales, económicas y culturales. Las físicas, hacen referencia al espacio geográfico donde las personas viven, al espacio habitable donde comparten con la familia, pero también, a los lugares de estudio, trabajo y recreo; las culturales, se refieren a la higiene, el orden, el aseo y los valores, que se proyectan sobre sí mismos, las cosas y sobre los demás; las sociales, a las relaciones que se establecen con

los otros, con el ambiente y las instituciones; y las económicas, con las formas de producción y de sostenimiento<sup>4</sup>.

Las prácticas cotidianas de comportamientos que derivan en salud no suelen provenir del conocimiento ni de estrategias dirigidas hacia ella, la mayoría de las veces son prácticas que derivan de una costumbre cotidiana que de manera azarosa puede o no resultar saludable. Para que se pueda decir que alguien está saludable por ejercer comportamientos saludables, el comportamiento tiene que aprenderse, repetirse de manera constante con tal frecuencia que en cierto momento podamos decir, que es un hábito y como tal un hábito saludable y posteriormente con el transcurso del tiempo como un estilo de vida <sup>1</sup>.

En el contexto en el que vivimos actualmente, nos damos cuenta que la conducta, los estados psicológicos y nuestra forma de vivir ejercen una fuerte influencia sobre la salud. La salud de las personas depende en gran medida de comportamientos tales como adoptar hábitos y estilos de vida saludables<sup>5</sup>.

Las investigaciones señalan que los comportamientos y entornos que condicionan la salud, en diversos países de América Latina y el Caribe se incumplen muchas de las acciones para lograr comportamientos y entornos saludables<sup>6</sup>. De ahí la importancia de conocer que sucede dentro de la persona para que decida iniciar un cambio y mantenerse en él, para esto se han desarrollado modelos teóricos que buscan explicar las razones de dichos comportamientos<sup>7</sup>, siendo uno de estos modelos teóricos la promoción de la salud.

Según Díaz G.<sup>8</sup>, las investigaciones realizadas en varios países respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud en el entorno familia, demuestran que los hábitos alimentarios, la actividad física, la abstención o consumo de alcohol, de tabaco y de drogas recreativas, el cumplimiento de las normas de tránsito, el sexo seguro y protegido, la higiene corporal y del ambiente, la vacunación, la adopción de medidas de tamizaje para la detección temprana de enfermedades, el tiempo de sueño, la recreación, entre otros comportamientos, hacen a las personas más o menos propensas a la enfermedad o a mantener sus estados de salud.

En el Perú, la adopción de comportamientos saludables relacionados con los ejes temáticos de la promoción de la salud según varios estudios nos demuestra bajas coberturas en cuanto a higiene y ambiente, alimentación y nutrición, salud sexual y reproductiva, actividad física, salud mental, habilidades para la vida, seguridad vial y cultura de tránsito, perjudicando la salud de la población en todas las etapas de vida, es decir, en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

En ese sentido, el Ministerio de Salud (MINSA)<sup>9</sup>, a través de la Dirección General de Promoción de la Salud, ha desarrollado el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, en el que considera enfoques y estrategias dirigido a la población, con la finalidad de desarrollar comportamientos saludables y lograr entornos saludables. En dicho documento se priorizan los ejes temáticos para la atención de la salud familiar y comunitaria, dichos ejes temáticos son: Promoción de alimentación y nutrición saludable. Higiene y ambiente. Actividad física. Salud

sexual y reproductiva. Habilidades para la vida. Seguridad vial y cultura de tránsito. Promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.

En la región Ucayali, en el caso concreto de las comunidades rurales e indígenas, debido a la adopción de comportamientos no saludables en el eje temático de higiene y ambiente, se presenta una alta incidencia de enfermedades infecciosas intestinales, principalmente en niños menores de 5 años, debido a causas como: a) consumo de agua de mala calidad, b) disposición de excretas a campo abierto y/o letrinas precarias y c) hábitos y prácticas inadecuadas de higiene en la familia y la comunidad. Respecto a comportamientos no saludables relacionados con alimentación y nutrición, se observa alta prevalencia de anemia (59.1%) y desnutrición crónica (19.4%)<sup>10</sup> en niños, en cambio en los adultos sobrepeso, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares, influenciadas también por un comportamiento sedentario e inactividad física. En cuanto a comportamientos sobre salud sexual y reproductiva, encontramos alta prevalencia de embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual, abortos clandestinos los mismos que ponen en grave riesgo sobre todo la salud de los adolescentes y jóvenes. Respecto a la salud mental encontramos alta prevalencia de violencia intrafamiliar y maltrato infantil, (51,1%)<sup>10</sup>, depresión y consumo de alcohol y otras drogas.

La situación antes descrita fue motivo para realizar esta investigación, cuyo propósito es identificar aquellos comportamientos saludables y no saludables respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud en las familias del caserío Santa Rosa, provincia de Atalaya, región de Ucayali. Para lo cual se consideró como fundamento teórico las líneas de acción y los ejes temáticos de

la Promoción de la Salud, propuestas por el MINSA y demás organismos internacionales de salud.

Los resultados de esta investigación son importantes porque conociendo los comportamientos que influyen negativamente en la salud familiar y comunitaria, permitirá a los profesionales del Centro de Salud de Atalaya – jurisdicción a la que pertenece dicha comunidad - contar con información actualizada y de carácter científico para el planeamiento de intervenciones de promoción de la salud para la generación de comportamientos y entornos saludables respecto a los ejes temáticos de promoción de la salud en las familias del caserío Santa Rosa - Atalaya, y de esta manera mejorar la situación de salud y calidad de vida de este sector de población.

Para una mejor comprensión, el estudio se ha estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I: Planteamiento del problema, aquí se describe y formula los problemas de investigación, se plantean los objetivos, la justificación e importancia. Capítulo II: Marco teórico, donde se describen los antecedentes del estudio en el ámbito internacional y nacional, se hace referencia al planteamiento teórico de la investigación, se definen los términos básicos y se plantean las hipótesis de investigación. Capítulo III: Metodología, aquí se hace referencia al enfoque, nivel, tipo y diseño de investigación, la población y muestra de estudio, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el procesamiento y análisis de datos. Capítulo IV: Resultados y discusión, donde se presentan los resultados, se comprueban las hipótesis de investigación y se hace la discusión

de resultados. Capítulo V: se presentan las conclusiones, recomendaciones. Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

A pesar que existe mucha información y evidencia sobre los efectos positivos de los hábitos y comportamientos saludables, la Organización Mundial de la Salud <sup>11</sup>, señala que muchas personas aún no deciden iniciar un cambio, o cuando deciden hacerlo les cuesta permanecer en éste, pues a diario nos encontramos con personas que mantienen comportamientos perjudiciales para su salud, los cuales son factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas.

Para comprender los comportamientos orientados hacia la salud es preciso señalar que todo comportamiento o actividad de un individuo tiene alguna influencia sobre la salud. En este contexto, puede ser útil distinguir entre los comportamientos que se adoptan deliberadamente con el fin de promover o proteger la salud y aquellos que puedan adoptarse con independencia de las consecuencias que puedan tener para la salud<sup>12</sup>.

Para mejorar la salud Falstaff A. y Celasen M.<sup>13</sup>, señalan que es necesario cambiar el comportamiento no sólo de la persona, sino de los

líderes de la comunidad, los funcionarios del sistema de salud las autoridades y las normativas.

En varios países de América Latina, las investigaciones que abordan el estudio de los ejes temáticos de la promoción de la salud y los comportamientos que las familias adoptan con el fin de promover o proteger su salud y aquellos que pueden desencadenar consecuencias perjudiciales para la salud familiar y comunitaria se presentan de la siguiente manera:

En el eje temático de higiene y ambiente, Ajemos R., Eirá J., Meremikwu M., Critchley J.<sup>14</sup>, en su estudio encontraron que el 44% realizan el lavado de manos con jabón, el 39% dan tratamiento al agua en el punto de consumo y 32% realizan la disposición adecuada de excretas. En Bolivia según UNICEF <sup>15</sup>, del 70% de letrinas utilizadas, sólo 21% son usadas de forma adecuada. En Colombia la Superintendencia de Servicios Sanitarios <sup>16</sup>, señala que el 75% de las aguas residuales generadas en el país se descarga sin ningún tipo de tratamiento, contaminando una parte significativa de los recursos naturales de agua. Según el Diagnóstico de la situación del manejo de residuos sólidos municipales en América Latina y el Caribe, realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>17</sup>, presentan debilidades en cuanto a su gestión.

En el eje temático promoción de la alimentación y nutrición saludable, según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la prevalencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas inadecuadas y con estilos de vida

poco sanos está creciendo en muchos países. En Ecuador, Bermeo N.I., Gómez I.P.<sup>18</sup>, encontraron que el 6% de niños nunca recibió lactancia materna a nivel nacional. Álvarez M.C., González L.<sup>19</sup>, señalan que el 49% de familias del área rural de Medellín - Colombia utilizan como métodos de preparación preferidos la fritura y la cocción. Oseguera D. y Esparza L.<sup>20</sup>, en México señalan que la disponibilidad de alimentos industrializados en las comunidades parece desempeñar un papel destacado en el cambio alimentario de las poblaciones indígenas, lo mismo que los recursos económicos familiares para comprarlos.

En cuanto al eje temático de actividad física, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), señala que en los medios urbanos ha disminuido la frecuencia del ejercicio físico y el gasto de energía, trayendo una mayor prevalencia de obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoporosis y algunos tipos de cáncer. Para el año 2016, la OMS señalaba que más de 1,900 millones de personas mayores de 18 años tenían sobrepeso de los cuales, más de 650 millones eran obesos, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, el 13% eran obesas. En 2016 había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad<sup>21</sup>.

En el eje temático de salud sexual y reproductiva, según El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) <sup>22</sup>, en todos los países de la región de América Latina y el Caribe se aprecian altas tasas de fecundidad adolescente en Nicaragua, Guatemala, Honduras, Venezuela, República

Dominicana. En Colombia está disminuyendo la edad a la primera relación sexual. El uso de métodos anticonceptivos, es cercano al 80% en Cuba, Colombia, Brasil y República Dominicana. En Haití menos de 30% de las mujeres en edades reproductivas utiliza métodos anticonceptivos. Según la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA)<sup>23</sup> en República Dominicana el embarazo de las adolescentes representa un 34.9% y la prevalencia del VIH en población adulta es de un 3,2%.

Según el Diagnóstico sobre la situación de niñas, niños y adolescentes en 21 países de América Latina<sup>24</sup>, en cuanto a maltrato y violencia; las mujeres son en más del 90% de casos. En todos los países han incrementado las denuncias relativas a violencia familiar y maltrato infantil. En ninguno de los países estudiados existe información nacional centralizada respecto a la problemática de maltrato infantil y la violencia familiar. Sólo existen fuentes parciales, sectoriales y/o locales. Por lo tanto, la percepción de la problemática en términos de su magnitud, sigue siendo limitada.

Frente a esta situación, en el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, el Ministerio de Salud (MINSAL)<sup>9</sup>, ha propuesto enfoques y estrategias de intervención, con la finalidad de desarrollar en las personas y familias comportamientos saludables y generar entornos saludables, abordando a la población en los escenarios donde ésta vive, estudia, trabaja, destacando dentro de ellas la vivienda, las instituciones educativas, los centros laborales y la comunidad en general.

En la región Ucayali, la adopción de comportamientos saludables relacionados con los ejes temáticos de la promoción de la salud nos demuestra limitaciones en cuanto a prácticas alimentarias, prácticas higiénicas, cuidado del ambiente, salud sexual y reproductiva, actividad física, salud mental, seguridad vial y cultura de tránsito, causando daños a la salud física, psicológica, social y ambiental de las personas, las familias y comunidades. En el caso concreto de las comunidades rurales e indígenas, debido a la adopción de comportamientos no saludables en cuanto a higiene y ambiente, se presenta una alta incidencia de infecciones digestivas y parasitarias, infecciones respiratorias, principalmente en niños menores de 5 años. Respecto a la alimentación y nutrición, se observa alta prevalencia de anemia (59.1%) y desnutrición crónica (19.4%)<sup>10</sup> en niños, en cambio en los adultos sobrepeso, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares, influenciadas también por un comportamiento sedentario e inactividad física. En cuanto a salud sexual y reproductiva, encontramos alta prevalencia de embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual, abortos clandestinos los mismos que ponen en grave riesgo sobre todo la salud de los adolescentes y jóvenes. Respecto a la salud mental encontramos alta prevalencia de violencia intrafamiliar y maltrato infantil, (51,1%)<sup>10</sup> depresión y consumo de alcohol y otras drogas.

Las afirmaciones antes descritas es motivo para realizar esta investigación, cuyo objetivo fue Identificar el nivel de comportamiento respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud en las familias del

caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019, para lo cual se formulan los siguientes problemas:

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema General**

- ¿Cuál es el nivel de comportamientos saludables respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuál es el nivel de comportamiento respecto al eje temático higiene y ambientes saludables en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019?
- ¿Cuál es el nivel de comportamiento respecto al eje temático alimentación y nutrición, en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019?
- ¿Cuál es el nivel de comportamiento respecto al eje temático Salud Sexual y Reproductiva en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019?
- ¿Cuál es el nivel de comportamiento respecto al eje temático Promoción de salud mental, cultura de paz y buen trato, en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019?

- ¿Cuál es el nivel de comportamiento respecto al eje temático habilidades para la vida, en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019?
- ¿Cuál es el nivel de comportamiento respecto al eje temático actividad física, de las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019?

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. Objetivo General**

- Identificar el nivel de comportamientos saludables respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar el nivel de comportamiento respecto al eje temático higiene y ambientes saludables en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.
- Determinar el nivel de comportamiento respecto al eje temático alimentación y nutrición saludable, en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.
- Identificar el nivel de comportamiento respecto al eje temático salud sexual y reproductiva saludable en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.

- Determinar el nivel de comportamiento respecto al eje temático promoción de salud mental, cultura de paz y buen trato, de las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.
- Identificar el nivel de comportamiento respecto al eje temático habilidades para la vida, de las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.
- Identificar el nivel de comportamiento respecto al eje temático actividad física, de las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

Para desarrollar comportamientos saludables y entornos promotores de salud, la organización de las personas, las familias y comunidades son pieza clave cuando se quiere que estas se involucren y participen en actividades de promoción de la higiene, la alimentación y nutrición saludable, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, cultura de paz y buen trato, de habilidades para la vida, actividad física y de seguridad vial y cultura de tránsito. Por ello es necesario identificar los comportamientos respecto a estos ejes temáticos, con la finalidad de seguir creando conciencia y propiciando ambientes sanos y favorables para el desarrollo y bienestar de las personas.

En la actualidad no se conoce cuál es la situación respecto a comportamientos de las familias de las comunidades indígenas de la Amazonía peruana respecto al cumplimiento de los ejes temáticos para la promoción de la Salud propuestos por el Ministerio de Salud del Perú

(MINSA). En ese sentido, esta investigación se justifica porque aportará con información de carácter científico al identificar con objetividad y precisión los comportamientos orientados a la salud que tienen las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, sobre estos ejes temáticos y de esta manera tomar decisiones seguras y oportunas para mejorar la situación de salud de este sector de población.

Desde el punto de vista práctico, los resultados que se obtengan en esta investigación serán de mucho valor para el personal de salud del Centro de Salud de Atalaya, para planificar, organizar, ejecutar y hacer un seguimiento adecuado a cada uno de los ejes temáticos de la promoción de la salud y de esta manera plantear mejores estrategias de intervención en el escenario vivienda y familia para lograr una mejor salud y calidad de vida.

La importancia de esta investigación radica en aportar con información válida, actualizada y confiable sobre el nivel de comportamientos saludables, respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud en las familias que viven en el caserío Santa Rosa – Atalaya, para que el personal de salud que brindan cuidados de salud a esta comunidad tengan elementos suficientes para mejorar sus intervenciones y estrategias de trabajo en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud relacionados con los ejes temáticos de la promoción de la salud para lograr una mejor salud y mejores condiciones de vida.

Además, los resultados que se obtengan servirán como insumo a otros investigadores que sigan esta línea de investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

##### **2.1.1. Antecedentes a Nivel Internacional**

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)<sup>25</sup>, realizó su investigación con el objetivo de analizar de forma cuantitativa y cualitativa los conocimientos y hábitos referidos a tres prácticas clave de higiene en comunidades rurales de tres eco-regiones de Bolivia: Andes, Amazonía y Chaco y de esta manera adecuar las intervenciones en promoción de higiene para lograr un cambio de comportamiento. Mediante encuestas, entrevistas con informantes claves de la comunidad, testimonios familiares, grupos focales y observación de aplicación de prácticas y estado de infraestructura sanitaria, se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo. Se eligieron dos o tres comunidades por piso ecológico para el componente cualitativo, haciendo un total de ocho, y para el componente cuantitativo se eligieron 93 comunidades. Según los resultados en la eco-región Amazonía, el 42% de madres y padres no se lavan las manos después de defecar; 60% de madres, padres o cuidadores de niños no practican el lavado de

manos correctamente; 28% no tienen jabón en la casa para el lavado de manos; El 21% de las familias no cuenta con una letrina o baño en su hogar; por lo que prefieren ir a defecar en lugares alejados. El 53% de madres, padres y cuidadores no llevan el agua en un recipiente limpio y tapado; el 55% de las familias no realizan un tratamiento del agua antes de consumirla. Conclusiones: Existen conocimientos limitados en relación a buenas prácticas de higiene. El lavado de manos con jabón (detergente o ceniza) no es una práctica frecuente. La cobertura de baños en las comunidades es muy baja. El mantenimiento de los baños genera problemas y determina que no se use las instalaciones sanitarias. El conocimiento sobre el tratamiento del agua en el punto de consumo es limitado y no es adoptada como una práctica regular.

Vargas L, Méndez G., Alta fin I.<sup>26</sup>, en su estudio: Proveer agua y saneamiento en la Amazonía rural: un enfoque integral. Durante el 8° Foro Mundial del Agua, realizado en Junio del 2018 en Brasil, se llevó a cabo la sesión “Acceso sustentable al saneamiento en regiones de Florestas Tropicales”, respecto al agua potable y saneamiento en la amazonia brasilera señalan que un tercio de la población utilizan fuentes de agua superficial sin tratamiento, la tercera parte de los domicilios no cuentan con conexiones intradomiciliarias de agua, el 47% de los domicilios no tiene baño, el 52% cuentan con pozo negro, el 25% vierten las aguas residuales a la calle, ríos o lagos.

Uriza N.E.<sup>27</sup>, realizó su investigación con el objetivo de caracterizar los residuos sólidos domiciliarios urbanos generados en la ciudad de Tunja,

y generar una propuesta de sensibilización para la separación adecuada de los mismos en la fuente. Estudio de tipo descriptivo aplicativo, de enfoque mixto cuantitativo y cualitativo. Como muestra se trabajó con 110 unidades de vivienda. Como instrumento se diseñó e implementó una encuesta dirigida a 305 jefes de hogar. Según los resultados, el 82% de las familias no realizan una separación adecuada en la fuente. El 40% de las familias carecen de concienciación ambiental, el 36% no cuentan con los conocimientos básicos para realizar un manejo adecuado de residuos sólidos.

Lituma R.A.<sup>28</sup>, investigó sobre: Las aguas servidas y su influencia en el buen vivir de los habitantes de las comunidades indígenas de la parroquia Madre Tierra cantón Mera provincia de Pastaza. Investigación exploratoria, explicativa. La población fue de 190 familias. La muestra fueron 167 personas. Según los resultados la disponibilidad de servicio higiénico es al aire libre 45.4%, pozo ciego 20.4%, pozo séptico 19,3%, servicios higiénicos 7,0%, letrina 5,9% y alcantarillado 2.0%. Respecto a la basura el 100% tienen servicio de aseo. Respecto al agua el 83,9% se abastecen de agua pluvial, 10,2% vertientes de agua.

Rosero O.A.<sup>29</sup>, realizó su investigación con el objetivo fue evaluar el consumo de alimentos y el estado nutricional de los integrantes de las unidades familiares de la comunidad de Fakcha Llakta. En 11 familias se evaluó el estado nutricional a través del peso, talla, IMC, porcentaje de grasa corporal y perímetro de la cintura, utilizando el indicador adecuado para cada grupo etario, y el consumo de alimentos fue evaluado a través

del recordatorio de 24 horas. Según los resultados el 61,2% de encuestada fueron mujeres, y el 72,7% de los adultos son casados. En lo referente a la evaluación nutricional se observó que los adultos presentan un 50,0% de sobrepeso y 13,6% de obesidad, los cuales muestran una relación significativa con el alto porcentaje de grasa corporal y el perímetro de cintura elevado. En lo relacionado al consumo de alimentos se encontró déficit en el consumo de proteína, calcio y vitamina A.

Garrochamba JN.<sup>30</sup>, investigó: Hábitos y prácticas alimentarias de los habitantes de la parroquia Jimbilla del cantón Loja. Enero – abril 2015. El objetivo fue conocer los hábitos y prácticas alimentarias que poseen los habitantes de la parroquia Jimbilla. Estudio descriptivo. Se aplicó una encuesta a 257 habitantes de 15 a 64 años de la parroquia. Según los resultados el 57,97% consumen carbohidratos, el 85,21% proteínas, el 77,04% y el 67,32% menos de 2 raciones de verduras y frutas en el día respectivamente; el 77,04% consume de 2 a 3 embutidos por semana. Los alimentos más consumidos son huevos, leche y queso. El número de comidas realizadas en el día es de 4 a 5. En la práctica de la preparación el 66,93% prefiere alimentos cocinados y crudos, la madre de familia es la encargada de la adquisición y preparación de alimentos. Se puede concluir que los habitantes poseen un hábito poco saludable, pese a que hay la disponibilidad de verduras no las consumen.

Toaquiza M.G., Valenzuela A.C.<sup>31</sup>, realizaron su estudio con el objetivo de determinar los conocimientos actitudes y prácticas sobre alimentación en mujeres indígenas embarazadas que acuden a la consulta

externa del hospital José María Velasco Ibarra de la provincia del Tena. Investigación descriptiva, prospectiva, cualitativa y cuantitativa. Se aplicó una encuesta a 36 mujeres indígenas embarazadas que cumplen con los requisitos de inclusión. Según los resultados el 24% de la muestra trabajan en la agricultura, el 41% tienen de 4 a 7 hijos, el 36% de la muestra son analfabetas, el 64% de la muestra creen que una alimentación saludable es comer en poca cantidad, el 47% desayuna, almuerza, merienda y consume comidas extras, al 55% de la muestra les gustaría recibir información sobre una alimentación saludable.

USAID y REDDOM<sup>32</sup>, realizaron su investigación con el objetivo de promover la adopción de comportamientos saludables de nutrición e higiene en las comunidades de intervención del proyecto. Mediante una guía de preguntas estructuradas, se realizó una consulta en mujeres embarazadas, en edad reproductiva y madres de niños y niñas menores de cinco años, para conocer percepciones acerca de las prácticas actuales de alimentación y de higiene más relevantes. Según los hallazgos, la mayoría de las mujeres consultadas no perciben riesgo a la salud asociados al tipo de alimentación que consumen diariamente. Las madres no identifican una edad adecuada para introducir alimentos sólidos a sus hijos e hijas. Uso frecuente de alimentos de baja calidad nutricional a niños y niñas a partir del tercer mes. Introducción temprana de alimentos líquidos (3 meses), para iniciar la alimentación complementaria (sopas, jugos) perciben que la lactancia no es suficiente. Uso de biberones en las comunidades. No se observan espacios para el lavado de manos. En casi todas las comunidades consumen agua sin tratar.

Pérez O., Nazar A., Pérez S.E., Castillo M.T., Mariaca R.<sup>33</sup>, investigaron: Percepciones alimentarias en personas indígenas adultas de dos comunidades mayas. El objetivo fue conocer la percepción de mujeres y hombres sobre su alimentación actual con base en la disponibilidad, seguridad y calidad de los alimentos y si consideran que ésta es mejor ahora que antes. Conocer la disponibilidad y preferencia de consumo de alimentos modernos en las localidades estudiadas, y analizar por qué este tipo de alimentos están incursionando en la dieta diaria de las personas y qué las lleva a consumirlos. Estudio transversal-cualitativo, participaron 12 personas (entre mujeres y hombres) de las comunidades de Xanláh y Mucuyché de Yucatán, se les hizo entrevistas en profundidad con el fin de conocer la percepción de la alimentación actual, sus cambios alimentarios y consideraciones de la alimentación de hoy en día. Según los resultados los alimentos son elegidos por el prestigio y el estatus que las personas les dan, sin considerar si son nutritivos y saludables; también consideran que el uso de agroquímicos no es bueno debido a que puede causar alguna enfermedad.

Celi M.G.<sup>34</sup>, investigó: Nivel de conocimientos y prácticas sobre la planificación familiar en las mujeres indígenas de Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja. El objetivo fue investigar los niveles de conocimiento y prácticas sobre planificación familiar en las mujeres indígenas en edad fértil. Estudio de diseño cuantitativo, cualitativo, de tipo descriptivo y analítico. La muestra fue de 166 mujeres, obtenida de un universo de 910 mujeres indígenas en edad fértil. Según los resultados el 62% conocen poco sobre la planificación familiar, el 20% nada y el 18%

bastante. Los métodos anticonceptivos más utilizados son el preservativo masculino con 12%, ímplate subdermico para 3 años con el 11%, inyección mensual 10%. Dentro de las causas de abandono más relevantes se encuentran: La pareja está en desacuerdo 24%, la falta de información 23%, la poca disponibilidad de tiempo 18%. Concluyéndose que surge la necesidad de información oportuna sobre el tema; para intervenir con un plan educativo sobre salud sexual y reproductiva.

Benavides C.A., Bermeo M.V.<sup>35</sup>, investigaron: Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sexuales vinculadas con el VIH/SIDA, en Sevilla Don Bosco. Cuenca. El objetivo fue analizar los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sexuales vinculadas con el VIH/SIDA. Estudio cualitativo fenomenológico pos positivista. La muestra fue de 7 adolescentes (hombres y mujeres) entre 12 y 19 años con vida sexual activa. Se realizó un grupo focal con previo asentimiento de los padres de los adolescentes involucrados. Los resultados obtenidos demostraron que, del total de participantes, con respecto a sus conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, coinciden que pueden ser vulnerables al contagio, su primera relación sexual fue a temprana edad, esta se dio por amor, aseguran mantener una sola pareja y reflexionan sobre la importancia del uso del preservativo.

García L.F., Correa B.F., García T., Espinoza A.V.<sup>36</sup>, investigaron: El embarazo adolescente desde una perspectiva contemporánea. El objetivo se centra en conocer cómo los propios adolescentes conciben el embarazo, la paternidad y maternidad en esta etapa. Se aplicó un instrumento que

evalúa la opinión, así como las actitudes hacia el embarazo adolescente a 421 jóvenes (hombres y mujeres), todos ellos estudiantes de secundaria. En los resultados se muestran diferencias en cuanto a la estructura, pero no en cuanto al significado que se tiene tanto de la paternidad como la maternidad en esta etapa. En general dicho significado compartido se asocia a aspectos positivos como son, recibir cuidados y atenciones, así como obtener estabilidad.

Calvillo C.R., Rodríguez A.<sup>37</sup>, investigó: Educación sexual para estudiantes indígenas de una comunidad rural en Guatemala. El objetivo fue exponer valoraciones sobre las vías y temáticas para el abordaje de la educación sexual de los estudiantes del Instituto Rural Básico de Santa Cruz Chinautla. Como instrumento se usó un cuestionario autoaplicado a estudiantes, entrevistas grupales y entrevistas en profundidad. Según los resultados, los estudiantes prefieren que sea en el instituto y con los maestros donde se les imparta educación sexual, también incluirían a los padres. Reconocen que en ocasiones adquieren prácticas riesgosas sobre sexualidad de los amigos, televisión, revistas, internet y teléfonos celulares. Los padres y los líderes de la comunidad reconocen la falta de conocimientos y problemas de los adolescentes respecto a su sexualidad y valoran al instituto y sus maestros como los más indicados para educarlos.

Puig C., Montalvo P.<sup>38</sup>, investigaron: Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: El objetivo fue fortalecer la capacidad de las organizaciones indígenas en la prevención del VIH y sensibilizar sobre los factores socioculturales que hacen más vulnerables al VIH a los pueblos

indígenas de las tierras bajas de Bolivia. Para tal efecto se inició con una evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) relacionados con el VIH y el Sida en cinco comunidades indígenas de Pando. Según los resultados los hombres adultos tienen una noción más clara de la protección contra ITS que ofrece el condón, incluido el VIH. Las mujeres tienen la idea de que el condón es el método que el hombre debe utilizar cuando tiene relaciones sexuales con otra mujer o con trabajadoras sexuales, pues la asocian a relaciones sexuales "ilegítimas". El condón es un método poco apreciado en las comunidades, porque produce dolor durante la penetración, puede dañar el cuerpo del hombre y de la mujer. Las mujeres adultas y las jóvenes que ya han sido madres conocen y confían más en otros métodos anticonceptivos que no protegen del VIH, como los hormonales inyectables o los naturales. Las jóvenes que no tienen hijos dicen confiar menos en la efectividad de todos los métodos anticonceptivos. Hombres y mujeres adultos no se sienten preparados para orientar a sus hijos e hijas. Casi ninguna comunidad dispone de información detallada y actualizada sobre las principales formas de transmisión de las ITS y las particularidades de la transmisión del VIH.

Ramos C.P.<sup>39</sup>, realizó su investigación con el objetivo de describir las prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el resguardo Zenú ubicado en la sabana de Córdoba. Investigación de tipo cualitativo, etnográfico, el método utilizado fue la etno enfermería propuesto por Leininger. La muestra estuvo compuesta por 10 gestantes indígenas. Según los resultados se encontró cuatro dominios culturales y un tema cultural "acciones de cuidado y protección de la embarazada Zenú". El

estudio concluyó que la mujer Zenú tiene sus propios modos de cuidar su embarazo y proteger a su hijo por nacer y confían en los cuidados y la atención que les brindan las comadronas. De igual forma, el cuidado de enfermería que se ofrece a estas mujeres debe hacerse con base al conocimiento de la enfermería transcultural propuesto por Leininger.

Guandinango A.K.<sup>40</sup>, realizó su estudio con el objetivo de determinar los tipos y severidad de violencia intrafamiliar en mujeres indígenas de la comunidad de Santa Bárbara-Cotacachi. Estudio sustentado en la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura, quien afirma que la violencia es un proceso aprendido a partir de la observación directa o indirecta de modelos agresivos. Estudio no experimental, de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo. Se utilizó una encuesta sociodemográfica y la Escala de Medición de Violencia Intrafamiliar (VIF J4), para medir los tipos y niveles de severidad. El grupo de estudio estuvo conformado por 50 mujeres indígenas que mantienen relaciones de pareja, en edades comprendidas entre 18 y 64 años de edad. Se concluye que el 60% sufre de violencia intrafamiliar leve en todos los tipos: física, psicológica, sexual, social, patrimonial y de género.

Linares V.M., Salazar L.P.<sup>41</sup>, investigaron sobre: Conflictos en el entorno familiar y escolar en el nivel medio Superior en Santa María Xalostoc, estado de México. Tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo de la dinámica familiar que pueden afectar las relaciones interpersonales en el entorno familiar y escolar. La muestra fueron 47 alumnos. El diagnóstico de ingreso revela que las familias presentan una

multiplicidad de violencias y conflictos no resueltos generando en algunos casos inmadurez orgánica y, por ende, dificultad en los alumnos para cumplir las exigencias del plan de estudios; se ven afectados en sus habilidades socio-emocionales y, en consecuencia, en sus capacidades de atención y concentración. La problemática detectada se relaciona con bajo rendimiento escolar, baja autoestima, frustración, deserción y graves problemas de conducta. Los alumnos ante sus limitaciones responden con violencia reactiva ante profesores, contestan groseramente, se burlan, hablan, juegan, se ríen, no trabajan durante la clase, tensan la relación con los docentes. Con sus pares son poco tolerantes, ofensivos, burlones, interactúan con agresiones verbales y físicas. En la relación con sus padres también se torna compleja, tienen problemas porque no colaboran en casa, no cumplen con sus trabajos escolares o solo parcialmente, tienen reportes de reprobación o bajo promedio, por lo que son etiquetados como “flojos” e “irresponsables”, situación que los mantiene en un ambiente de tensión en casa y en la escuela.

Choque M.R.<sup>42</sup>, investigó. Saberes y prácticas culturales en familias rurales y la relación con el buen trato de niños/as de los niveles inicial y primaria de la unidad educativa Cruz Loma- Coroico. La Paz – Bolivia, 2013. Investigación cualitativa, las técnicas utilizadas fueron la encuesta y entrevista a informantes claves, historias de vida de padres y madres de familia y finalmente un juego lúdico con los niños y niñas. Los resultados evidencian el rol protagónico de la madre, además devela que, si bien las manifestaciones de afecto se hacen presentes estos tienden a disminuir conforme la edad del niño/a, en la medida en que los niños/as van creciendo

se van incorporando a actividades tanto productivas como reproductivas dentro de la familia adquiriendo responsabilidades en ocasiones a cortas edades. El castigo es considerado como un medio de educación positiva que evita que los niños/as crezcan descarriados. Por otro lado, los niños/as reconocen y aprecian el cariño de sus padres y madres, asimismo se ve en ellos expresiones que resaltan alegría y esperanza por un mañana mejor.

Duarte M.A., Urrea E.L.<sup>43</sup>, realizaron su investigación con el objetivo de evaluar la situación de prevalencia, frecuencia y magnitud de los diferentes tipos de violencia que sufren las mujeres de 15 y más años en los ámbitos del hogar, escolar, laboral y social, así como las consecuencias físicas y emocionales que padecen las mujeres violentadas en la sindicatura Lic. Benito Juárez de Navolato, Sinaloa. Se aplicó el método mixto, cualitativo y cuantitativo. La muestra fueron 35 mujeres indígenas mayores de 15 años. Se realizaron entrevistas no estructuradas. Según los resultados, el 69.4% manifestó tener una relación de pareja y que viven juntos; El 40,2% manifestó haber sufrido violencia en los últimos 12 meses. En el 14.3% las relaciones sexuales son de carácter consensual, el 8.6% manifestó que en más de una ocasión en los últimos 12 meses fue tocada sin su consentimiento; el 5.7% dijo que ha sido agredida físicamente para tener relaciones sexuales y el 3.8% mencionó que fue obligada a tener relaciones sexuales sin su consentimiento. El 33.3% ejerce un tipo de violencia moderada, el 15.2% le grita, la ignora o le deja de hablar; un 9.1% inicia con un esquema de violencia más agresiva y la amenaza con golpearla y/o abandonarla; pero hay un 6.1% que es agredida físicamente, otro porcentaje igual, la empuja, la jalonea, la golpea y le avienta cosas. El

30% manifestaron que han ido a presentar una denuncia. El 42.8% dijeron que varios de los problemas que surgían en casa con ellas o con sus hijos es porque su pareja tomaba o se emborrachaba seguido.

Secretaría Distrital de Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) <sup>44</sup>, realizó un estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C. 2016. El propósito fue actualizar la información sobre la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en el Distrito Capital, La muestra fue de 6.398 personas de 12 a 65 años de edad. Para ello se utilizó el protocolo de la encuesta sobre drogas en hogares contenido en la metodología SIDUC (Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo). Según los resultados el 89.5% declara haber consumido alcohol al menos alguna vez en su vida, (hombres 91,6% y mujeres 87,5%). En términos de edad, el 50.7% se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años, el 45,9% por los jóvenes de 25 a 34 años. El 20,6% estarían en condiciones de requerir algún tipo de asistencia para disminuir o dejar el consumo de bebidas alcohólicas. Los mayores patrones de uso perjudicial de alcohol, se encuentran en el estrato 1 con el 12.8%, y el estrato 2 con el 10.4%. El 16% de las personas refieren haber usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida. El grupo de edad con mayor prevalencia de uso de sustancias ilícitas es el de 18 a 24 años, con el 9%, el grupo de 12 a 17 años con el 7.4%, y el de 25 a 34 años con el 5.5%.

López G.F., Ahmed D., Borrego F.J., López L., Díaz A.<sup>45</sup>, investigaron: Nivel de actividad física habitual en escolares de 8-9 años de

España e India. El objetivo fue analizar y comparar el nivel de actividad física habitual de escolares de 8-9 años de la región de Murcia, España y el Distrito de Karbi Anglong, Assam en India. Para ello, se administró el cuestionario PACE (Physician-based Assessment and Counseling for Exercise) que valora con dos preguntas cuántos días en la última semana (PACE 1) y en una semana habitual (PACE 2) el sujeto realiza al menos 60 minutos de actividad física. La muestra fueron 85 escolares (44 de España y 41 de India). Los resultados evidenciaron que la muestra estudiada no realiza suficiente actividad física, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, ya que realizan al menos 60 minutos de actividad física; una media de 3.13 días/semana (DE=1.91). Los escolares de 8 años son ligeramente más activos que los de 9 años en ambos países; los niños realizan más actividad física que las niñas en ambos países; los escolares de India realizan más actividad física que los de España. Por tanto, se concluye que el nivel de actividad física es insuficiente, disminuye ligeramente con la edad y es mayor en India.

Llerena M.G.<sup>46</sup>, investigó. Prevalencia del sedentarismo en niños y adolescentes en el Ecuador: En esta revisión bibliográfica se analizan los niveles de sedentarismo y actividad física en la población infantil y adolescente en el Ecuador, América y Europa. Se presentan además los resultados de las diferentes acciones que los países han implementado para tratar el problema del sedentarismo. Los resultados analizados señalan que en el Ecuador y en la gran mayoría de países hay una elevada prevalencia de sedentarismo especialmente en las niñas y en la población rural. Algunos de los programas creados como Agita Sao Paulo y Muévete

Bogotá, muestran resultados favorables en cuanto a la promoción y práctica de actividad física, sin embargo, falta mayor difusión de los programas para conseguir un mayor alcance del mensaje en la población.

### **2.1.2. Antecedentes a Nivel Nacional**

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2018<sup>10</sup>, respecto al eje temático alimentación y nutrición, reporta que la anemia en niños menores de tres años alcanza al 46,6% a nivel nacional (51,9% en el área rural y 44,7% en el área urbana). La desnutrición crónica con 12,2% nacional (en el área rural 25,6%). En cuanto a higiene y ambiente, debido a bajas coberturas en saneamiento como el consumo de agua de mala calidad, disposición de excretas a campo abierto, la prevalencia de enfermedades infecciosas intestinales es alta. Respecto a la salud mental, la violencia contra la mujer fue de 65,9% a nivel nacional. En el área urbana 66,2%, en el área rural 64,6. Según regiones, en la Sierra 77,5%, en la Costa 63,0% y en la Selva 56,5%. En cuanto a salud sexual y reproductiva, principalmente en adolescentes y jóvenes se destaca el inicio de la actividad sexual durante la adolescencia temprana, alta prevalencia de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, violencia de género y discriminación<sup>47</sup>.

Ríos L.<sup>48</sup>, investigó: Nivel de conocimiento de hábitos de higiene en madres con niños menores de 4 años de la institución educativa inicial Carlos Showing Ferrari Huánuco, 2016. Estudio observacional, prospectivo,

transversal y descriptivo. La muestra fueron 93 madres. Como instrumento se aplicó una guía de entrevista sociodemográfica y cuestionario de conocimientos sobre hábitos de higiene. Según los resultados el 65,6% de madres presentan un nivel de conocimiento bueno. Según dimensiones el 60,2% tiene conocimiento bueno sobre higiene del cabello. En higiene de los ojos el 68,8% tiene conocimiento regular. En higiene de la nariz el 57,0% tiene conocimiento regular. En higiene del oído el 34,4% tiene conocimiento bueno y regular. En higiene de la boca el 50,5% tiene conocimiento regular. En higiene del cuerpo el 69,9% tiene conocimiento bueno. En higiene de las manos el 49,5% tiene conocimiento regular. En higiene de los pies el 71,4% tiene conocimiento bueno. En higiene del vestido el 68,8% tiene conocimiento bueno. Conclusiones: según la prueba de hipótesis se obtuvo el resultado:  $P > 0.05$  lo que permitió rechazar las variables de comparación, es decir no existe diferencia entre el nivel de conocimiento de hábitos de higiene según edad, ocupación y procedencia.

Pizango Y.E., Grandez L.<sup>49</sup>, investigaron: Índice de higiene oral en escolares y conocimiento sobre higiene oral en las madres en la I.E.P.M, N° 601458 Punchana 2016. Estudio no experimental, corte transversal, descriptivo y correlacional. La población estuvo constituida por 278 escolares entre 6 y 12 años con sus respectivas madres. Se utilizaron los Índices de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) de Greene y Vermillion. Entre los hallazgos se encontró que solo el 40,7% tuvieron un conocimiento regular. Además, el 50.0% tuvieron índice de higiene oral regular. Los resultados de estas pruebas fueron analizados mediante la prueba no

paramétrica de Tau-b de Kendall, demostrando así que el conocimiento sobre Salud Oral de las madres está relacionado significativamente con el estado de salud bucal de escolares de 6 a 12 años.

Ruiz S.J., Panduro A.S., Pinedo L.P.<sup>50</sup>, realizaron su investigación con el objetivo de determinar la asociación entre el conocimiento y las prácticas higiénicas en la manipulación de alimentos en madres con niños menores de 5 años atendidos en el área niño/niña del Centro de Salud San Juan de la ciudad de Iquitos. El método fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo correlacional y transversal. La población fueron 300 madres. La muestra 168 madres. Las técnicas fueron la entrevista, la observación directa y la visita domiciliaria, los instrumentos: Cuestionario y guía de observación. Según los resultados el 70,2% de madres tienen conocimiento adecuados sobre higiene en la manipulación de alimentos, el 83,3% tienen prácticas higiénicas inadecuadas. Valores de  $p > 0.05$   $p = 0.880$  permitió rechazar la hipótesis planteada: Madres con conocimiento sobre manipulación de alimentos correcto realizaran prácticas higiénicas de manipulación de alimentos adecuadas, mientras que madres con conocimiento sobre manipulación de alimentos incorrectos realizaran prácticas higiénicas de manipulación de alimentos inadecuadas.

Sibina E.J.<sup>51</sup>, investigó: Caracterización de los residuos sólidos domiciliarios del centro poblado de Santo Tomas, bases para una gestión adecuada, San Juan Bautista, Loreto, 2016. Investigación descriptiva, diseño no experimental. La población fue 1188 habitantes del centro poblado de Santa Tomás de Nanay, con aproximadamente 238 viviendas.

Según los resultados el 56% de residuos son sobras de alimentos, el 27% papeles, el 17% plásticos. El 53% de familias mantienen su tacho de basura en el área de cocina mientras que el 45% en su huerta y un 2% en el patio. El 41% no mantiene tapado el tacho de basura. El 55% de familias afirman que el camión recolector pasa todos los días brindando el servicio, el 31% reciben el servicio interdiario, el 13% reciben el servicio 2 o 3 veces por semana y el 1% dicen que muy pocas veces. El 41% de las familias acuden al botadero más cercano a arrojar sus residuos sólidos, el 28% lo entierra, el 23% quema su basura, el 5% tiene otro método y el 2% lo deja en la calle. El 54% acumula su basura por negligencia, el 30% lo hace debido a que no hay horario establecido, el 12% porque no pasa el carro recolector, el 3% no tiene ese problema. El 75% no ha recibido ninguna charla sobre residuos sólidos, mientras el 25% si porque trabajan para alguna empresa.

Zarzosa N.<sup>52</sup>, realizó su investigación sobre. Buenas prácticas de lavado de manos en el Callejón de Huaylas y Conchucos. Ancash. El Proyecto lavado de manos estuvo dirigido a mejorar la práctica de lavado de manos en madres de familia con niños menores de tres años. Se implementó en nueve provincias, 10 distritos y 59 comunidades de las provincias de Antonio Raimondi y Huari en la Región Ancash. Se contó con la participación de 1,620 madres. Según los resultados sólo el 13% informó lavarse las manos en los tres momentos críticos, antes de preparar los alimentos con 70%, antes de dar de comer al niño con 54% y después de ir al baño con un 29%. Las madres no asociaban el lavado de manos con la salud o enfermedad, por el contrario, se atribuía como causa de las

diarreas, a los alimentos consumidos y no las condiciones higiénicas. Después de la implementación del programa el 78.9% de madres se lava las manos antes de cocinar, el 73.1% antes de comer, el 34,2% después de cambiar pañales y 46.3% después de ir al baño. Sólo el 20% de las madres se lavó las manos en los cuatro momentos críticos.

Pesantes M.A.<sup>53</sup>, en su investigación: El concepto de la limpieza en la familia campesina en el área rural de Andahuaylas, en cuanto a clasificación de los hábitos de higiene en familias del área rural de Andahuaylas, señala que los adultos y escolares defecan en campo abierto. Las letrinas en uso están sucias. Los utensilios de cocina sucios, platos de comida destapados (al alcance de las moscas). Mala higiene de la comida (no se lavan bien las verduras). Consumo de agua contaminada por heces. Transporte y almacenamiento inadecuado del agua (en recipientes sin tapas y sucios). Introducen vaso en el recipiente de almacenamiento. No se lavan las manos después de defecar o manipular heces de los niños. No se lavan las manos antes de comer o cocinar. Los niños menores de 5 años defecan cerca de la casa. Higiene corporal inadecuada de los niños. Acumulación de aguas grises en la entrada de las casas o cerca de las piletas públicas No se cocina suficiente la carne. Usan hojas o piedras en lugar de papel higiénico contaminándose las manos Mala higiene corporal de los adultos.

Gutiérrez W.<sup>54</sup>, realizó una Línea de Base del Programa de Agua Potable y Saneamiento para la Amazonía Rural. Junio de 2014. Estudio realizado en las Regiones de Amazonas, Loreto y San Martín. Participaron

155 localidades (80 fueron grupo de control y 75 grupo de tratamiento). La muestra estuvo compuesta por 3,100 hogares (1600 grupo control y 1500 de tratamiento). Se aplicaron encuestas a hogares, autoridades municipales, establecimientos de salud, instituciones educativas. Según los resultados el 42% de familias tiene acceso a agua conectada a red pública, sólo el 1.6% tiene conexión de desagüe. El 20% de familias no tiene ningún sistema de eliminación de excretas. El sistema de eliminación de excretas es malo en un 94%. El 19.1% de niños menores de 5 años tuvo diarrea. Sólo el 30% de madres dijeron haberse lavado las manos en momentos críticos el día anterior a la encuesta. En cuanto a manipulación del agua, el 85% almacena correctamente, sólo el 56% manipula de manera apropiada. El 47% manifestaron hervir o clorar el agua que beben, el resto la toma directamente sin ningún tratamiento. Sólo un 3% de hogares tuvo niveles adecuados de cloro en los hogares con agua potable, llegando estas cifras al 7% y 4% si el agua provenía de pozo o río respectivamente. El 88% manifiestan que promueven el lavado de manos antes de comer y 85% después de ir al baño.

Dávila D.R.<sup>55</sup>, realizó su investigación con el objetivo ejecutar un estudio del tipo de residuos sólidos domiciliarios de la ciudad de Tamshiyacu, derivados como consecuencias de actividades domésticas. Investigación de diseño cuasi experimental. Se realizó entrevistas no estructuradas y visitas a 91 familias. Como instrumento se utilizó una ficha de entrevista. Según los resultados el 88.1% posee sus viviendas de material rustico. El 48.35% de viviendas posee 2 habitaciones. El 81.32% manifiesta tener algún tipo de servicios básicos. El 73% de familias

recolectan sus residuos sólidos todos los días, el 18% lo hace interdiario, y el 9% una vez a la semana. Al 69% de familias no le interesa reciclar sus desperdicios, el 31% da importancia al reciclado de botellas plásticas. La generación per cápita (GPC) promedio de residuos sólidos de la ciudad de Tamshiyacu, es de 0.888 kg/hab./Día. Conclusión: Existe la predisposición de la población a participar en el proceso de segregación de sus residuos sólidos domiciliarios, ya que son conscientes del problema que está ocasionando para su ciudad.

López G.R.<sup>56</sup>, realizó su investigación con el objetivo de caracterizar el uso de letrinas en las comunidades rurales de la provincia de Cajamarca. Se visitaron 72 letrinas pertenecientes a 72 familias de 6 comunidades, según características el 65,3% son letrinas VIP, 34,7% son letrinas de hoyo seco; 77,8% están construidas de adobe y 22,2% de otros materiales; el 73,6% tienen tapa, 55,6% tiene tubo de ventilación. El 68,1% de letrinas están construidas a menos de 10 metros de la casa. En el 68% de letrinas de hoyo seco no se percibe mal olor, en el 66,0% de letrinas VIP no se percibe olor. El 90,3% da mantenimiento semanal, el 9,3% lo hace mensual; la persona encargada del mantenimiento de la letrina es la madre en el 58,3%; el 31,0% utiliza ceniza para mitigar los olores, el 25,7% utiliza productos químicos (cal, kreso, legía) y el 5,3% utiliza Chamcca (muña). Conclusiones: En las comunidades se continúan construyendo las letrinas con las medidas recomendadas. Para mitigar el olor de las letrinas utilizan diferentes productos de naturaleza orgánica o química. El periodo de vida útil que tienen las letrinas en Cajamarca está comprendido en 3.5 y 7 años.

La aceptación cultural de las letrinas es un factor importante en la sostenibilidad del uso de la letrina.

Ochoa N.<sup>57</sup>, realizó su investigación con el objetivo de determinar la relación que existe entre la alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 meses a 2 años, atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Jorge Chávez, Puerto Maldonado. Investigación descriptiva correlacional, cuantitativa. La muestra fueron 25 niños con sus madres obtenidas de una población de 180 niños de 6 meses a 2 años. Las técnicas fueron análisis documental (revisión de la historia clínica para obtener el estado nutricional de los niños), la entrevista a las madres para valorar la alimentación complementaria de los niños. Según los resultados, el 56% de madres brindaron alimento complementario por primera vez antes de los 6 meses, el 44% brindo por primera vez a los 6 meses. El 96% de madres señalan que en la alimentación del niño predominan carbohidratos, proteínas, vitaminas, grasas y minerales. El 80% de madres agregan aceite, mantequilla en la alimentación. El 64% no han tomado suplemento de hierro. El 80% recibe el multimicronutriente (chispita) el 20% no consume. El 80% brindan alimentos de consistencia picado un 16% triturada o papilla. El 76% brinda alimentación 4 veces al día, el 16% 3 veces y el 8% 5 veces a más.

Baldeón R.M.<sup>58</sup>, realizó su investigación con el objetivo de determinar la relación entre los estilos de crianza y conductas agresivas en niños y niñas de 5 años. Estudio descriptivo correlacional con diseño no experimental, la población estuvo constituida por 110 niños y niñas de 5

años de la I.E.I N° 628, ubicado en la urbanización Pachacamac, distrito de Villa El Salvador. Los instrumentos para recolectar los datos fueron: la escala de Estilos de crianza adaptada a la realidad y edad de la población, constituida por 30 ítems y Ficha de observación de conductas agresivas, constituidas por 20 ítems. Según los resultados el 54,5% de padres utilizan el estilo de crianza autoritario, 24,6% estilo permisivo. Respecto a conductas agresivas en los niños y niñas de 5 años un 46,4% se ubican en el nivel alto, 33,6% en el nivel moderado y 20% en el nivel bajo. Según el coeficiente de correlación  $X^2$  existe correlación entre el estilo de crianza autoritaria y las conductas agresivas (p valor= 0.026), no existe correlación entre el estilo de crianza democrática y las conductas agresivas (p valor= 0.837) y no existe correlación entre el estilo de crianza permisiva y las conductas agresivas (p-valor= 0.630). Con ello se concluye que hay relación entre el estilo de crianza autoritaria y las conductas agresivas.

Castillo K.M., Hilario D.N.<sup>59</sup>, realizaron su investigación con objetivo de determinar la relación que existe entre la comunicación entre padres e hijos y el nivel de conocimiento sobre sexualidad en adolescentes. Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal, Participaron 146 adolescentes, se aplicaron dos instrumentos, el primero diseñado para medir la comunicación entre padres e hijos y el segundo determinó el conocimiento sobre sexualidad en los adolescentes. Según los resultados, en la comunicación entre ambos padres e hijos predomina una comunicación regular en 67.8%, deficiente en 29,5% y buena en 2.7%. En cuanto a conocimiento sobre sexualidad predomina un nivel medio en el

62,3%, bajo en el 35% y alto en el 2,7%. La comunicación entre padres e hijos presenta una relación altamente significativa ( $p= 0.0000$ ), lo que indica que a mayor comunicación de los padres con sus hijos, los adolescentes presentan mejor conocimientos sobre sexualidad, obteniéndose una relación positiva considerable entre ambas variables ( $r=0.74$ ).

### **2.1.3. Antecedentes a Nivel Local**

Sánchez C.L.<sup>60</sup>, realizó su investigación con el objetivo de identificar los elementos interculturales característicos de las comunidades indígenas amazónicas y su relevancia en la generación de condiciones favorables para el desarrollo e inclusión de la región. Para esto se realizó un análisis etnográfico de la comunidad shipibo conibo Limongema ubicada en la provincia de Ucayali como una muestra representativa de las comunidades indígenas amazónicas. Entre los principales hallazgos se encuentran la pérdida de los elementos culturales propios de las comunidades indígenas por la invasión de lo occidental, los limitados canales de comunicación y participación con el Estado, y el aporte de los elementos propios de los shipibo conibo shetebo. La investigación concluye con el desarrollo de seis lineamientos basados en la comunicación intercultural y comunitaria que la investigadora considera importantes para el proceso de inclusión social de la región Amazónica.

## **2.2. PLANTEAMIENTO TEÓRICO DEL PROBLEMA**

### **2.2.1. Aspectos relacionados con la variable comportamientos saludables en la familia**

#### **2.2.1.1. Definiciones de comportamiento saludable**

Un comportamiento saludable, según la OMS es cualquier actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin <sup>61</sup>.

El comportamiento saludable es un recurso humano compuesto por múltiples factores y hace referencia a diferentes comportamientos específicos que se dan en diferentes momentos, contextos y circunstancias que permite especificar y definir sus correlatos biológicos saludables en muchos aspectos de la vida de las personas que tengan que ver con la posibilidad de originar, promover, mantener, desarrollar comportamientos efectivos.

El comportamiento saludable debe definirse como un comportamiento específico de salud, que se adquiere, se aprende y debe ejercerse y practicarse cotidianamente como un ejercicio sobre actos concretos y que tiene en contraparte con la enfermedad diferentes momentos y manifestaciones. Para Weinman, los comportamientos se aprenden y como tal están sometidos a un conjunto de experiencias que derivan paulatinamente en hábitos y estilos de vida.

Para afirmar que alguien está saludable por ejercer comportamientos saludables, el comportamiento tiene que aprenderse, repetirse de manera constante con tal frecuencia que en cierto momento debido a la evidencia concreta de sus virtudes podamos decir, que es un hábito y como tal un hábito saludable y posteriormente con el transcurso del tiempo como un estilo de vida que marca la continuidad del proceso, de otro modo no podemos otorgar el concepto tan gratuitamente a alguien que practica el comportamiento por una o dos ocasiones<sup>61</sup>.

#### **2.2.1.2. Definición de familia**

La familia es considerada la unidad social básica y el medio en el que se desarrollan las bases de la generación de saberes, conductas y hábitos alrededor de la salud. La familia es la unidad básica de la sociedad que ejerce una influencia importante en la adquisición de comportamientos, hábitos y estilos de vida favorables para su salud y bienestar. La familia es el entorno más apropiado para construir valores, conductas, modos de vida, percepciones favorables para protegerse ante los factores de riesgo y otros desafíos de la vida diaria considerados de importancia en el proceso de salud y bienestar.

Familias saludables. Una “familia saludable” es aquella en la que sus integrantes se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar el desarrollo adecuado inherente a cada etapa de la vida de cada uno de sus miembros, respetando su dignidad, expectativas y necesidades, viven en armonía, paz, resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus

miembros y en un entorno que apoye a la salud; son responsables de sus decisiones individuales y familiares, promoviendo principios, valores así como actitudes positivas para la vida<sup>62</sup>.

## **2.2.2. Dimensiones e indicadores de comportamientos saludables**

### **2.2.2.1. Comportamientos saludables en la dimensión higiene y ambiente**

Los comportamientos saludables relacionados con la higiene son útiles para preservar y mejorar la calidad de vida. Las prácticas de higiene permiten a las personas reducir la exposición a factores de riesgo perjudiciales para su salud y bienestar. En consecuencia, es importante que las familias adopten comportamientos saludables como lavarse las manos con agua y jabón en momentos clave, cuidado de la higiene personal, manipulación adecuada del agua, de los alimentos y utensilios de cocina, limpieza y mantenimiento de la vivienda y su entorno, limpieza y mantenimiento de las instalaciones sanitarias, baños o letrinas<sup>62</sup>.

- **El lavado de las manos**

El lavado de las manos como una medida higiénica capaz de eliminar los microorganismos presentes en las manos ocurrió en la primera mitad del siglo XIX y su historia está llena de controversias, injusticias, olvidos y negaciones. El lavado de manos ayuda a evitar la transmisión y el contagio de enfermedades transmisibles para los seres humanos como el cólera, fiebre tifoidea, enfermedades respiratorias agudas y otras enfermedades de

transmisión digestiva. Realizar una práctica del lavado de las manos con una forma y frecuencia adecuadas, sigue siendo un problema pendiente tanto en los ambientes domésticos como en los servicios de salud a nivel mundial <sup>63</sup>.

El lavado de manos con agua y jabón es una de las prácticas más importantes para contribuir a cuidar la salud de las personas y prevenir enfermedades. Esta práctica debe realizarse en momentos críticos y claves durante todo el día y todos los días, después de ir al baño, antes de cocinar o preparar alimentos, antes de comer, antes de atender a los bebés y después de limpiarlos. El lavarse las manos solo con agua no garantiza que los gérmenes que originan las enfermedades hayan sido eliminados. El jabón es necesario para asegurar que las bacterias no ingresen a la boca y al organismo de las personas.

- **Limpieza y mantenimiento de las instalaciones sanitarias**

Para evitar la transmisión de enfermedades es indispensable que todas las personas defequen y orinen en baños adecuados. Asimismo, es importante que las familias conozcan la forma adecuada de mantener limpio sus baños o instalaciones sanitarias, eliminando correctamente el material fecal que allí se deposita. Sin embargo, algunas personas no están acostumbradas a utilizar baños dentro de sus hogares para defecar y orinar, recurriendo a letrinas y campo abierto. Es importante que toda persona, de manera individual, aprenda, adopte y practique estas recomendaciones, como comportamiento o una costumbre en los hogares y en la comunidad. De esta manera las prácticas higiénicas podrán mantenerse como una

norma social y transmitirse de generación en generación, contribuyendo de manera sostenible con la comunidad y el desarrollo humano.

- **Higiene personal integral**

La higiene personal integral es un conjunto de comportamientos y acciones que permiten mantener limpio el cuerpo y proteger las partes más expuestas a la transmisión de enfermedades por agua no segura, la suciedad, la contaminación y ambientes no saludables en general. Entre ellas están la higiene bucal y dental, el lavado del cuerpo o baño y el lavado de ropa. De esta manera, las personas tienen una barrera integral contra las enfermedades.

- **Limpieza de la vivienda y su entorno**

Es el grupo de prácticas recomendadas para reforzar los comportamientos saludables, la higiene personal y familiar. Estas prácticas pueden ser múltiples, pero la prioridad son aquellas relacionadas con los servicios de agua y saneamiento, para contribuir a mantener una vivienda y entorno saludable.

- **Acciones a desarrollar según etapas de vida**

Las acciones que se deben desarrollar en cada etapa de vida estarán destinadas a: preservar la higiene personal, cuidado para garantizar la calidad del agua, eliminar de manera segura las excretas, prácticas de higiene en la preparación y consumo de alimentos, mantener limpios y ordenados los espacios internos y externos de la vivienda.

## **Promoción de la Higiene y Ambiente en la Familia**

- Practicar el lavado de manos en los momentos clave, utilizando jabón y agua a chorro.
- Fortalecer los conocimientos y fomentar en los integrantes de la familia prácticas positivas de higiene personal, orden y limpieza, garantizando para ello con los insumos de aseo necesarios.
- Limpiar diariamente los espacios internos y externos de la vivienda, para evitar la acumulación de polvo en los muebles, estantes y otros enseres, asimismo, realizar la limpieza y desinfección de los servicios higiénicos y entornos circundantes a la vivienda.
- Realizar la conexión domiciliar de las instalaciones al servicio público de agua potable si dispone de ella, uso de recipientes con tapa para el transporte del agua, así como la limpieza periódica de los mismos, almacenar el agua utilizando recipientes con tapa, limpios y no corrosibles, consumir agua potable o hervida en los integrantes de la familia.
- Importancia de la existencia y uso del baño, letrina para defecar y orinar de acuerdo a la realidad y cultura local, materiales y productos de limpieza para el baño o letrina, evitando así la contaminación cruzada, mantenimiento periódico del baño o letrina, eliminar las aguas residuales.
- Detección de contaminación de los alimentos en la compra, transporte, almacenamiento y manipulación. Garantizar un ambiente adecuado y limpio para el almacenamiento de los alimentos y mantener la limpieza, ventilación e iluminación del espacio o cocina,

constante lavado de manos, especialmente antes de preparar, servir y comer los alimentos, limpieza prolija de los utensilios para preparar y servir los alimentos, mantener cubiertos con tela limpia o protectores, los alimentos para evitar que tengan contacto con moscas y otros insectos <sup>64</sup>.

#### **2.2.2.2. Comportamientos saludables en la dimensión alimentación y nutrición saludable**

Promocionar la alimentación y nutrición saludable, significa buscar que las personas como integrantes de la familia, adquieran prácticas de alimentación adecuadas para favorecer su bienestar físico, mental y social y de esta manera mejorar su calidad de vida y desarrollo humano; incidiendo para ello en la promoción el acceso, la disponibilidad y la utilización de los alimentos.

El alimento es definido como aquellas sustancias o productos de origen natural o elaborado, con características que lo hacen apto y agradable para el consumo humano satisfaciendo los requerimientos en cuanto a calorías, proteínas, vitaminas y minerales para garantizar el crecimiento y desarrollo. Los alimentos son sustancias que aportan con energía y nutrientes indispensables para que el organismo humano realice sus diferentes funciones y mantenga la salud.

La nutrición es un proceso, a través del cual el organismo humano ingiere, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para producir la energía necesaria permitiendo el normal funcionamiento de los tejidos, órganos y

sistemas, así como el crecimiento y el mantenimiento de la salud y de la vida.

La alimentación saludable, se refiere a aquella alimentación que proporciona todos los nutrientes esenciales y la energía que todo ser humano, según su etapa de vida, necesita para mantenerse sano y disfrutar de una mejor calidad de vida. Mediante la práctica de una alimentación saludable se previenen enfermedades como la anemia, desnutrición, sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y algunos tipos de cáncer.

### **Higiene, manipulación y conservación de los alimentos**

La higiene, manipulación y conservación de los alimentos debe ser una práctica que todas las personas deben tener en cuenta, por los graves efectos que pueden ocasionar sobre la salud, llegando incluso a causar la muerte en determinados casos. Los elementos causantes de la contaminación de los alimentos pueden ser: físicos, químicos, y biológicos.

Para evitar que esto ocurra es importante tomar las medidas adecuadas en cada uno de los procesos de la cadena alimentaria, tales como:

- **En la selección y compra de los alimentos**, en este proceso es importante tener en cuenta el estado de conservación de los alimentos, principalmente en las carnes, pescado, mariscos, productos lácteos y huevos. En caso de alimentos envasados verificar que la fecha de vencimiento no haya vencido.

- **En la conservación**, los alimentos de más rápida descomposición como carnes, productos derivados de lácteos y alimentos preparados, deben ser guardados en refrigeración, otros alimentos como menestras y otros deben guardarse en envases apropiados y tapados, las verduras, frutas y tubérculos deben mantenerse en ambientes limpios, cubiertos para protegerlos del polvo, los insectos y roedores y con buena circulación de aire.
- **En la preparación, limpieza y orden del lugar de preparación de alimentos** durante este proceso, antes de manipular los alimentos, practicar el lavado de manos con agua a chorro y jabón; los utensilios y recipientes de cocina deben estar limpios; las verduras y frutas deben lavarse con agua limpia a chorro; si la persona encargada de preparar los alimentos tiene alguna enfermedad infectocontagiosa o alguna herida en las manos debe evitar hacerlo. En caso de no tener agua de red pública, ésta debe ser almacenada en recipientes limpios y bien tapados y destinar un recipiente limpio sólo para sacar agua.
- **En el consumo**, al servir los alimentos debe usar utensilios limpios, antes de comer cualquier tipo de alimento, lavarse las manos con agua a chorro y jabón.

### **Acciones a desarrollar según etapas de vida**

#### **Alimentación y Nutrición Saludable en el niño(a) de 0 a 9 años**

- **Alimentación durante el primer año de vida**, en esta etapa el

lactante experimenta un rápido crecimiento, llegando a triplicar su peso. Este rápido crecimiento y desarrollo requiere de necesidades nutricionales óptimas. También es importante tener en cuenta el rápido crecimiento del cerebro, logrando alcanzar el 70% del peso del cerebro de un adulto. En ese sentido, el elemento esencial para el desarrollo de las neuronas la constituyen las proteínas de origen animal.

- **Alimentación de la niña(o) durante los 6 primeros meses de vida:** Durante esta etapa es fundamental promocionar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Además, hay que fomentar el vínculo afectivo entre la madre y la niña(o). Brindar Información y educación a la madre y sus familiares sobre la importancia de la leche materna en la alimentación de la niña(o), educar y enseñar a la madre que da de lactar sobre la necesidad e importancia de la alimentación balanceada, enseñar sobre las técnicas correctas de amamantamiento, hábitos y técnicas correctas del lavado de manos con agua y jabón, antes de dar de lactar y después de cambiar los pañales a la niña(o), así como informar sobre los derechos de las niñas y niños a una alimentación adecuada.
- **Alimentación de la niña(o) de 6 meses a 2 años:** A partir de los 6 meses de edad de la niña(o), proporcionarle una alimentación complementaria adecuada y prolongar la lactancia materna hasta los 2 años o más, promocionar sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria con alimentos semisólidos como: papillas,

mazamorras y purés; aumentando la cantidad y modificando la consistencia a medida que la niña(o) crece, proporcionar tres comidas diarias más dos refrigerios entre comidas conforme crece y desarrolla. Proporcionar principalmente alimentos de origen animal como: carnes, hígado, pescado, sangrecita, huevos, leche, queso; incentivar el consumo de frutas y verduras, promocionar las prácticas de higiene y cuidados en la preparación, manipulación, conservación, almacenamiento y consumo de alimentos.

- **Alimentación de la niña(o) de 3 a 5 años (pre-escolar):** En esta etapa de vida el ritmo de crecimiento disminuye en comparación con el primer año de vida. Aquí es importante brindar las comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y dos refrigerios (media mañana y media tarde), promover la importancia de una alimentación variada, de preferencia con alimentos naturales, producidos en la zona y de estación. Incentivar el consumo de carnes, hígado, pescado, sangrecita, huevos, leche y queso. Promover el consumo de 2 a 3 tazas de leche o sus derivados para cubrir las necesidades de calcio. Promover el consumo de frutas y verduras en la alimentación diaria.
- **Alimentación de la niña(o) de 6 a 9 años (escolar):** En esta etapa de vida, el crecimiento y la ganancia de peso se tornan lentos pero uniformes. El peso se incrementa a un ritmo de 2.5 a 3.5 kg. /año y la talla aumenta entre 5 a 8 cm/año. Promocionar la alimentación balanceada y variada de la misma olla familiar. Promover prácticas

de higiene en la preparación y consumo de los alimentos y el lavado de manos con agua y jabón antes de comer los alimentos, el cepillado dental después de las comidas. Promover el juego como actividad física según la edad y a los intereses de la niña(o).

### **Alimentación y nutrición saludable en la etapa de vida adolescente (10 a 19 años)**

La alimentación y nutrición en los adolescentes debe estar relacionadas con la maduración biológica y los cambios en la evolución de la personalidad, la búsqueda de nuevos patrones de socialización y la preocupación por mantener la figura corporal. Los adolescentes al poner especial atención por la imagen corporal, en algunas ocasiones los condiciona a llevar dietas restrictivas pudiendo ocasionar serios trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y vigorexia).

Las acciones a tener en cuenta en esta etapa de vida son: fomentar el consumo de una alimentación balanceada y variada considerando su edad, sexo y actividad física que realiza, la importancia de un desayuno consistente que cubra las necesidades energéticas para desarrollar sus actividades intelectuales y físicas, promocionar el consumo de frutas y verduras, así como de alimentos ricos en hierro. En caso de la madre adolescente es importante identificar el riesgo nutricional tanto en la gestación como en la lactancia. Motivar para que la hora de comer se convierta en un espacio agradable de comunicación y aprendizaje sobre normas de alimentación. Fortalecer las habilidades para la toma de

decisiones adecuadas en relación a la alimentación y nutrición saludable.  
Promover el ejercicio y el deporte.

### **Alimentación y nutrición saludable en la etapa de vida adulto (20 a 59 años)**

En esta etapa de vida las demandas nutricionales y energéticas, ya no son muy elevadas, y están relacionadas con el peso corporal, la edad, el sexo, la actividad que realiza, su complejidad, el metabolismo y el grado de actividad física. En las mujeres, son mayores las necesidades de hierro y ácido fólico durante el embarazo y la lactancia, para cubrir las necesidades de crecimiento y desarrollo del feto, del lactante, y los cambios experimentados en la estructura y el metabolismo de la madre. Las acciones que se debe desarrollar en esta etapa son:

Promocionar el consumo de alimentos en cantidades adecuadas a las necesidades del organismo, consumir alimentos ricos en calcio especialmente cuando las mujeres alcanzan los 45 años debido a que la absorción de calcio disminuye a esa edad y de esta manera prevenir la osteoporosis. Promover el consumo diario de frutas y verduras, así como el consumo de carnes con bajo contenido de colesterol, ricos en hierro tanto de origen animal y de origen vegetal, consumir diariamente pequeñas cantidades de aceites y grasas de origen vegetal, consumir moderadamente azúcar y sal, consumir agua segura y en cantidades de 2 a 3 litros diarios. Realizar actividad física mediante la práctica de algún ejercicio, deporte o realizar caminatas de 30 minutos tres veces por semana. Evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

## **Alimentación de la mujer gestante y mujer que da de lactar**

En esta etapa de vida de la mujer, los requerimientos de energía tales como proteínas, grasas, carbohidratos, micronutrientes, vitaminas y minerales, se incrementan, porque el organismo de la mujer necesita satisfacer las demandas tanto de la madre como del bebé. La madre que da de lactar debe producir un promedio de 800 ml de leche al día, la energía para producir esta leche proviene de la grasa acumulada durante el embarazo y de una cantidad extra de 500 kcal al día que la madre debe consumir a fin de no afectar su estado nutricional.

Las acciones que se debe realizar en esta etapa son: Promocionar el consumo de macro y micro nutrientes según las necesidades de la madre, consumir diariamente alimentos de origen animal, ricos en hierro, ácido fólico, calcio vitamina A y zinc, consumir frutas y verduras que sean fuentes de vitamina A, vitamina C y fibra, consumir tres comidas principales al día más una ración adicional en caso de la mujer gestante y tres comidas principales al día más dos raciones adicionales en el caso de la mujer que da de lactar.

## **Alimentación y nutrición saludable en la etapa de vida adulto mayor (60 a más años)**

En esta etapa de vida, el proceso de envejecimiento afecta de diferentes maneras a las personas: unas se mantienen sanas siempre que su estado de alimentación y nutrición sea adecuado; por el contrario, otras personas se tornan frágiles. Algunos factores como la menor actividad física, problemas bucodentales, trastornos digestivos, disminución de la

sensación de sed y cambios en el estado de ánimo, pueden disminuir el apetito y la ingesta de agua y en consecuencia reducir la ingesta de nutrientes esenciales. De igual manera, los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores suelen ser inadecuados porque se adquirieron en épocas de la vida en que las demandas de energía eran muy superiores a las que tienen en la actualidad. Además, con el paso de los años el metabolismo se torna más lento ocasionando que los requerimientos de energía sean menores y al mismo tiempo se incrementen las necesidades de algunas vitaminas y minerales.

Las acciones que se deben realizar en esta etapa son: Promocionar el consumo de frutas principalmente cítricos, verduras y cereales combinados con leche y sus derivados, consumo de menestras por lo menos dos veces a la semana, alimentos bajos en grasa, tomar agua segura entre 6 a 8 vasos diarios, consumir alimentos ricos en fibra como frutos secos, para favorecer el tránsito intestinal y prevenir las enfermedades digestivas entre ellas el cáncer. Fomentar un ambiente familiar agradable a la hora de comer. Restringir el consumo de azúcar, sal, así como alcohol y tabaco. De acuerdo a la edad y capacidad física promover la actividad física diaria. Evitar la depresión, el aburrimiento y el aislamiento social, que son frecuentes en esta edad <sup>65</sup>.

### **2.2.2.3. Comportamientos saludables en la dimensión salud sexual y reproductiva**

Se entiende por salud sexual y reproductiva al estado general de bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia de dolencias o

enfermedades, relacionados con el aparato reproductor, sus funciones y procesos. La salud sexual es la capacidad que tiene la persona para expresar y disfrutar su sexualidad, previniendo los riesgos de adquirir infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados, así como evitando la coerción, la violencia y la discriminación. La salud sexual y reproductiva es la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria sin correr riesgos de enfermedades o de procrear, también es la capacidad para elegir libremente cuando hacerlo y cuando no hacerlo, con qué frecuencia, sin estar sujetos a ninguna forma de violencia ni discriminación. Mediante la promoción de la salud sexual y reproductiva se brindará información oportuna, sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva, para la toma de decisiones responsables y voluntarias<sup>62</sup>.

### **Acciones a desarrollar según etapas de vida**

#### **Sexualidad saludable en la etapa de vida niño(o) (0 a 9 años)**

Según la teoría psicoanalítica de Alexander F. y Ross H <sup>66</sup>, La sexualidad infantil y el desarrollo afectivo atraviesan una serie de etapas en las cuales se experimenta placer en diferentes zonas del cuerpo. Las actitudes y mensajes que la niña o niño reciban frente a sus diversas expresiones sexuales, irán cargado de diferentes significados a las mismas. En esta etapa, los aspectos que se deben desarrollar:

- Promover en los niños y niñas hasta los 5 años, actividades de estimulación temprana que fortalezcan su autoestima como persona sexuada, desarrollen habilidades psicosociales como la

comunicación asertiva, la toma de decisiones y la negociación, como base para adquirir conductas sexuales responsables.

- Facilitar con información y comunicación clara, abierta que potencien actitudes de confianza para la búsqueda de apoyo en fuentes responsables e informadas.
- Favorecer el desarrollo socio-afectivo promoviendo la formación en valores y actitudes positivas en torno a su sexualidad.
- Brindar información sencilla, clara y oportuna sobre las necesidades de aprendizaje respecto a su cuerpo y sexualidad, de acuerdo con su edad y etapas de su desarrollo psicosexual.
- Fomentar la valoración y aprecio de la vida en familia como espacio primario y fundamental para la formación de la personalidad y el desarrollo psicosexual
- Fomentar en las y los adultos la aceptación de diferentes conductas sexuales tales como: estimulación de zonas erógenas, autoerotismo, juegos sexuales, curiosidad sexual, como parte normal y saludable del desarrollo psicosexual de las niñas y niños.
- Favorecer conductas de protección en niñas y niños frente a la violencia, el abuso sexual y la prostitución infantil.

### **Salud sexual y reproductiva en la etapa de vida adolescente (10 a 19 años)**

En la etapa de la adolescencia las vivencias y expresiones sexuales cobran vital importancia, esto debido a los cambios físicos y psicológicos producto de su desarrollo, así como por las percepciones que tienen sobre

las expresiones y represiones de su sexualidad. Las principales manifestaciones que presenta la sexualidad adolescente son la curiosidad sexual la cual está asociada a los cambios que experimentan en su cuerpo, las fantasías sexuales, el autoerotismo o masturbación, la atracción sexual y el enamoramiento. Las acciones que se debe tener en cuenta en esta etapa son:

- Ayudar a reconocer sus capacidades y limitaciones, fomentando el desarrollo de la autoestima como persona sexuada, promoviendo las habilidades para la vida como la comunicación asertiva, la toma de decisiones, la negociación, como base de conductas sexuales responsables.
- Fomentar y poner en práctica los valores de respeto, tolerancia, equidad, responsabilidad y solidaridad, brindando información clara, oportuna y actualizada sobre los cambios y vivencias de la sexualidad en esta etapa de vida.
- Desarrollar la capacidad crítica para enfrentar los mensajes negativos de los medios de comunicación relacionados con los contenidos, valores, modelos que estos transmiten respecto a la sexualidad.
- Aceptación por parte de los adultos las expresiones sexuales como: autoerotismo, fantasías sexuales, atracción física, deseo sexual, enamoramiento como parte normal del desarrollo psicosexual de las y los adolescentes.
- Fomentar conductas de protección frente a la violencia, al abuso sexual y a la prostitución adolescente, brindando amplia información

respecto a los síntomas medidas de prevención de las ITS/ VIH-SIDA, promoviendo la postergación del inicio sexual, la abstinencia, la fidelidad mutua en la pareja y la necesidad de información adecuada para el uso del condón.

### **Salud sexual y reproductiva en la etapa de vida adulto (20 a 59 años)**

En la etapa de vida adulto la sexualidad se caracteriza por la madurez sexual. La sexualidad está expresada en la maternidad y paternidad y formalizada por el matrimonio o convivencia de la pareja. Las acciones que se debe tener en cuenta en esta etapa son:

- Reconocer el rol que deben cumplir las personas, las familias y las comunidades en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, propiciando que asuman la responsabilidad en el cuidado y la preservación de la misma.
- Promocionar el conocimiento de los derechos humanos y de los derechos sexuales y reproductivos, como garantía para alcanzar un adecuado nivel de salud sexual y reproductiva posible.
- Tomar decisiones voluntarias y responsables para la procreación, así como asegurar el acceso a educación e información sobre los métodos de planificación familiar que decidan adoptar.
- Proporcionar educación, información y orientación oportuna respecto a una conducta sexual responsable para prevenir las infecciones de transmisión sexual incluida el VIH, mediante el uso apropiado del condón y practicando la fidelidad mutua entre la pareja.

- Brindar información enfatizando en la importancia y necesidad de chequeos periódicos para prevenir el cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata, entre otros.

### **Salud sexual y reproductiva en la etapa de vida adulto mayor (60 a más años)**

Según Lagos G.<sup>67</sup>, en esta etapa se producen una serie de cambios fisiológicos, producto del proceso de envejecimiento que va a afectar la vivencia de la sexualidad. En la mujer la excitación es más lenta, disminuye la lubricación, se produce un debilitamiento de la musculatura vaginal y por lo tanto las contracciones vaginales son débiles; asimismo el factor estimulante es de mayor importancia para incrementar la tensión sexual. En el hombre las erecciones son menos firmes, se reduce la cantidad de semen, disminuye la intensidad de la eyaculación, existe menor necesidad de eyacular y se prolonga el periodo refractario, es decir, el espacio de tiempo para lograr una nueva erección y emisión de semen.

Como parte de este proceso se produce agotamiento físico y psíquico, enfermedades físicas y mentales, pérdida de atractivos físicos, preocupación por el trabajo o economía y en ocasiones pérdida de la pareja. Las acciones que se debe tener en cuenta en esta etapa son:

- Reconocer los derechos sexuales y reproductivos, que garantice el logro de un adecuado nivel de salud sexual y reproductiva.
- Fomentar la autonomía de las/os adultas/os mayores a fin de que puedan valerse por sí mismas/os.

- Informar sobre los cambios físicos y emocionales relacionados con la menopausia y la andropausia, así como brindar información sobre la importancia del autocuidado para prevenir el cáncer de cuello uterino, el cáncer de mama, en las mujeres y el cáncer de próstata en los varones y abordando los estereotipos y cuestionamiento respecto a la virilidad asociados al tacto anal como parte del examen médico.
- Fortalecer la autoestima, la identificación de sus potencialidades y promover la participación en actividades recreativas y culturales<sup>68</sup>.

#### **2.2.2.4. Comportamientos saludables en la dimensión salud mental, cultura de paz y buen trato**

La salud mental representa para la sociedad un recurso de cohesión social, mejora el bienestar social y económico, siendo de mucha importancia para las personas, para las familias y para la comunidad. La salud mental permite que las personas desarrollen sus potencialidades intelectuales y emocionales durante el desempeño de sus funciones en la vida social, académica y profesional.

La UNESCO, expone que una cultura de paz está basada en los principios enunciados en el respeto de los derechos humanos, la democracia y la tolerancia, la promoción del desarrollo, la educación para la paz, la libre circulación de información y la mayor participación de la mujer como enfoque integral para prevenir la violencia y los conflictos, y que se realicen actividades encaminadas a crear condiciones propicias para el establecimiento de la paz y su consolidación.

## **Acciones a desarrollar según etapas de vida**

En el transcurrir de las diferentes etapas de vida (Niño, adolescente, adulto y adulto mayor) las personas atraviesan por diferentes situaciones, acontecimientos y actividades que les pueden producir sentimientos positivos como satisfacción y bienestar, así como también situaciones negativas como tensión, estrés y malestar.

### **Salud mental, buen trato y cultura de paz en la etapa de vida niño (0 a 9 años)**

En sus primeros años de vida, la evolución biológica, psicológica y social, hace que las niñas y niños desarrollen un complejo proceso dinámico, que se configuran en sus habilidades de percepción, motoras, cognitivas, lingüísticas y sociales las cuales le ayudarán a interactuar con su entorno.

- **Durante la gestación:** Proporcionar a la madre gestante ambientes tranquilos en diversos escenarios, donde pueda escuchar música relajante, capacitarla en técnicas para manejar el estrés, además se debe promover en la familia y en la comunidad intervenciones que favorezcan una gestación sana, así como el vínculo afectivo entre la pareja.
- **En la niña y niño de 0 a 2 años:** Identificar las necesidades de la niña o niño para brindarle una protección adecuada, durante la lactancia y alimentación, demostrar expresiones de afecto y cariño, promover en las familias una actitud observadora permanente

respecto a los cambios que se presentan en el desarrollo, además educar tanto a la madre como al padre sobre la importancia de la estimulación temprana.

- **En la niña y niño de 3 a 5 años:** Promover el buen trato al interior de la familia, basadas en la crianza democrática, adoptar criterios compartidos para el cumplimiento de normas morales, reglas y ejercicio de la disciplina, promover acciones que ayuden a fortalecer la autoestima, fomentar actividades lúdicas que estimulen la creatividad y la inteligencia.
- **En la niña y niño de 6 a 9 años:** Establecer reglas y normas de convivencia, así como pautas de crianza que estimulen el desarrollo de capacidades, promover relaciones de buen trato con los pares, con los profesores y demás estudiantes, enseñarles la importancia de hacer respetar sus derechos.

### **Salud mental, buen trato y cultura de paz en la etapa de vida adolescente (10 a 19 años)**

En esta etapa ocurren cambios en las características sexuales secundarias que se prolongan hasta alcanzar la madurez sexual, al mismo tiempo se producen procesos psicológicos que evolucionan hasta lograr estabilizarse.

- **Adolescente de 10 a 14 años:** Enseñar a los padres sobre la importancia de establecer relaciones con sus hijas e hijos, brindando su apoyo y aceptación, practicando la comunicación asertiva y la escucha activa, respetando su intimidad, cumpliendo las normas de

convivencia, utilizando de manera sana el tiempo libre, controlando sus emociones y trabajando con sus pares sobre temas de sexualidad.

- **Adolescente de 15 a 19 años:** Motivar a los adolescentes para que intervengan en espacios de participación ciudadana a nivel de su localidad, brindar una adecuada orientación vocacional, educar sobre la importancia de solucionar de manera pacífica los conflictos, tomar decisiones participativas, promocionar estilos de vida saludables, el buen uso del tiempo libre, actitudes críticas respecto a patrones culturales que no contribuyen con el buen trato ni la cultura de paz.

### **Salud mental, buen trato y cultura de paz en la etapa de vida adulto (20 a 59 años)**

Durante esta etapa la persona ya se ha incorporado a la actividad laboral, también está en condiciones de formar una familia y así como participar en los asuntos de interés colectivo o comunitario. Por tanto, es necesario desarrollar acciones para contar con personas adultas con capacidades para establecer relaciones de respeto y solidaridad.

- **Mujer y hombre de 20 a 39 años:** Fomentar la importancia de expresar sentimientos de afecto hacia la pareja y familiares, promover prácticas del buen trato en el ámbito laboral, educar sobre el manejo de las emociones y control del estrés, promover actitudes críticas respecto a patrones culturales que no contribuyen al buen

trato y cultura de paz, y el involucramiento en asuntos públicos y participación.

- **Mujer y hombre de 40 a 59 años:** Promover acciones orientadas a buscar la satisfacción laboral, prevenir el agotamiento físico e intelectual por motivo de trabajo, prevenir problemas de salud mental relacionados con el desempleo y subempleo, fortalecer en la pareja una convivencia respetuosa y solidaria, participar en la construcción de espacios que faciliten la convivencia pacífica y respetuosa en la comunidad.

### **Salud mental, buen trato y cultura de paz en la etapa de vida adulto mayor (60 a más años)**

Durante esta etapa de vida, promocionar la salud mental, buen trato y cultura de paz, estará dirigida a mantener y mejorar su calidad de vida, poniendo en práctica hábitos y estilos de vida saludables, buscando su integración en el escenario familiar y comunitario, previniendo la violencia en todas sus formas, fomentando en la familia y comunidad actitudes favorables en el trato al adulto mayor, promoviendo en los jóvenes relaciones de respeto y ayuda hacia el adulto mayor.

#### **2.2.2.5. Comportamientos saludables en la dimensión habilidades para la vida**

Promover habilidades para la vida, hace que las personas adquieran competencias necesarias para hacer frente a los grandes retos, así, por ejemplo, contar con un proyecto de vida, ayuda a desarrollar

comportamientos de vida saludables en las diferentes etapas de vida del ser humano. Las intervenciones educativas basadas en el enfoque de "Habilidades para la Vida" son muy efectivos en la promoción de conductas deseables, tales como la mejora de la comunicación, la toma de decisiones participativas, la solución pacífica de conflictos, la socialización y la prevención de conductas negativas o de alto riesgo, tales como el uso de tabaco, alcohol u otras drogas, sexo inseguro y violencia<sup>62</sup>.

El enfoque de habilidades para la vida según la OPS, desarrolla destrezas permitiendo que los adolescentes adquieran aptitudes necesarias para su desarrollo humano y para hacer frente de manera más efectiva a los retos que se presentan en la vida. Estas habilidades son: 1) habilidades sociales e interpersonales (incluyendo comunicación, habilidades de rechazo, agresividad y empatía), 2) habilidades cognitivas (incluyendo toma de decisiones, pensamiento crítico y auto evaluación), y 3) habilidades para manejar emociones (incluyendo el estrés y aumento interno de un centro de control)<sup>69</sup>.

### **Habilidades para la Vida**

Se entiende como tal a las aptitudes y destrezas que se necesita para lograr un comportamiento adecuado y positivo para enfrentar con eficacia los retos y desafíos que a diario nos da la vida (OPS, 2001). Es decir, son los medios que contribuyen a lograr el empoderamiento y el fortalecimiento de las competencias individuales. Entre estas tenemos:

- **Habilidades sociales**, son un conjunto específico de comportamientos aprendidos y adquiridos y que son requeridos para

desempeñar de manera competente una tarea de índole interpersonal.

- **Habilidades cognitivas**, son habilidades de carácter intrapsíquicas que nos permiten procesar de manera consciente el pensamiento e imágenes. Es la capacidad para mirarse internamente (introspección), así como para analizar los significados atribuidos a las cosas (representación mental), y tomar decisiones.
- **Habilidades para el control de emociones**, estas habilidades nos permiten administrar los sentimientos y las emociones, soportar fuertes tensiones sociales y ambientales como acusaciones, quejas, presiones de grupo, ambigüedades, etc.

### **La autoestima**

Es definida como la capacidad de sentir amor y respeto por uno mismo. También es el resultado de la auto aceptación, del auto conocimiento y del sentimiento de valía personal.

### **Empatía**

Es la capacidad de ponerse en los zapatos del otro e imaginar cómo es la vida para esa persona, incluso en situaciones con las que no estamos familiarizados. La empatía nos ayuda a aceptar a las personas diferentes a nosotros y mejorar nuestras interacciones sociales. Nos ayuda a fomentar comportamientos solidarios y de apoyo hacia quienes necesitan cuidados, asistencia o aceptación.

### **Comunicación efectiva o asertiva**

Es la capacidad para expresarnos, tanto verbal como no verbal de manera apropiada según la cultura y la situación. En una comunicación asertiva y efectiva se expresa lo que uno quiere, siente y piensa en un determinado momento. Implica un conjunto de pensamientos, sentimientos y acciones que ayudan a las personas a alcanzar sus objetivos personales de forma socialmente aceptable. La comunicación efectiva es la capacidad que nos permite pedir consejo o ayuda en los momentos que lo necesitamos y de esta manera salir airoso de una situación de riesgo.

### **Relaciones Interpersonales**

Esta habilidad ayuda a la persona a relacionarse de manera positiva con las personas con quienes interactúa, ayuda también a iniciar y mantener relaciones amistosas que favorecen el bienestar mental y social, a mantener buenas relaciones entre los miembros de la familia, así como a ser capaces de terminar relaciones sentimentales y laborales de manera constructiva.

### **Toma de decisiones**

Es una habilidad que conduce a una persona a elegir ante una determinada situación o problema, luego de un proceso cognitivo, racional y reflexivo. Facilita el manejo constructivo de las decisiones que se adopten respecto a nuestras vidas. El bienestar, la salud, el logro de objetivos, metas, realización personal y grupal depende de la toma de decisiones.

## **Solución de problemas y conflictos**

Nos permite enfrentar de forma constructiva los problemas en la vida. Los problemas importantes que no se resuelven pueden convertirse en una fuente de malestar físico (trastornos psicosomáticos) y mental (ansiedad y depresión), o transformarse en problemas psicosociales adicionales (alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas). Se relaciona con la capacidad de solución de pequeños y grandes conflictos de forma constructiva, creativa y pacífica, como expresión de una cultura de paz.

## **Pensamiento creativo**

Es aquel que utiliza los procesos básicos del pensamiento para inventar ideas, productos innovadores, estéticos, o constructivos, relacionados con preceptos y conceptos, pone énfasis en aspectos del pensamiento que tienen que ver con la iniciativa y la razón. Permite explorar las alternativas disponibles para tomar decisiones y para la solución de problemas, teniendo en cuenta las diferentes consecuencias de nuestras acciones u omisiones, sin embargo, aun cuando no exista un problema o se haya tomado una mala decisión, el pensamiento creativo nos ayuda a enfrentar de manera positiva las situaciones que se presentan en la vida cotidiana.

## **Pensamiento crítico**

Es aquella habilidad que permite analizar la información y las experiencias de manera objetiva. Permite a la persona ser crítica, hacer preguntas y no aceptar las cosas sin un análisis cuidadoso en cuanto a evidencias, razones y suposiciones. El pensamiento crítico, reconoce y

evalúa los factores que tienen influencia en las actitudes y comportamientos, así como analizar la injusticia, la violencia y la falta de equidad social.

### **Manejo de emociones y sentimientos**

Ayuda a la persona a reconocer sus propios sentimientos y emociones, así como de los demás, a ser conscientes de su influencia en el comportamiento ante la sociedad y a responder por ellos de manera apropiada.

### **Manejo de tensiones y estrés**

Permite a la persona reconocer las causas que originan estrés y los efectos que ocasiona en nuestra vida y salud, también ayuda a desarrollar mayor capacidad para hacer frente y controlar situaciones estresantes, así como a realizar acciones para reducir las fuentes de estrés.

### **Habilidades para la vida en la etapa de vida niño (0 a 9 años)**

El desarrollo de habilidades para la vida en la niñez, es la base principal para las intervenciones en promoción de la salud, puesto que tienen el propósito de proteger el potencial cognitivo, emocional, social y físico, así como los derechos de los niños, para asegurar mejores resultados en las siguientes etapas de la vida. Asimismo, se incidirá en la promoción de habilidades para la vida en la etapa escolar, para facilitar que los niños y niñas expresen su personalidad de manera espontánea, establezcan relaciones afectivas adecuadas y hagan buen uso de sus recursos internos y externos, ante situaciones de riesgo.

**Habilidades para la vida en la etapa de vida adolescente (10 a 19 años)**

Esta etapa se constituye en uno de los periodos más intensos en cuanto a cambios físicos, psicológicos y sociales en la vida de toda persona. Entre estos cambios destacan la madurez del sistema reproductivo, el desarrollo de la autonomía y la capacidad para el pensamiento abstracto. En la adolescencia surgen nuevas relaciones y posibilidades de desarrollo, dando origen a nuevos comportamientos. La influencia de los medios de comunicación y de los amigos adquiere importancia. Las relaciones que establezcan, así como las decisiones que adopten influirán de manera positiva o negativa en su salud y en su desarrollo físico psicológico y social pudiendo afectar durante toda su vida. Desarrollar y adquirir habilidades para la vida en la etapa adolescente ayudará en la construcción de su identidad, en el desarrollo del proyecto de vida, el establecimiento de relaciones positivas al interior de la familia, con sus amigos de barrio, en la escuela, resolviendo de manera no violenta los conflictos y las dificultades de la vida cotidiana.

**Habilidades para la vida en la etapa de vida adulto (20 a 59 años)**

En la etapa de vida adulto, la educación en habilidades para la vida, busca contribuir con la salud y el bienestar de las personas, haciendo que estas alcancen un mayor ajuste y adaptación en el plano familiar, laboral y social. Las habilidades para la vida hacen que mujeres y hombres sean más afectivos, autónomos, respetuosos, tolerantes, críticos, solidarios y conscientes de su realidad.

## **Habilidades para la vida en la etapa de vida adulto mayor (60 a más años)**

Las intervenciones sobre habilidades para la vida en la etapa adulto mayor contribuirán para que las personas comprendidas en esta etapa realicen un balance de su pasado, valoren su experiencia, fortalezcan la integración familiar y social, y de esta manera vivir con mayor satisfacción el resto de su vida.

## **Habilidades para la vida en el programa de familias y viviendas saludables**

La práctica de habilidades para la vida en una familia la convierte en una familia saludable y democrática que promueve, valora y respeta el aporte individual de cada uno de sus miembros; cumple roles y tareas sin distinción de género; sus miembros desarrollan un fuerte sentimiento de pertenencia y lazos afectivos positivos; que a medida que la familia evoluciona se van ajustando y adaptando favorablemente; sabe enfrentar los momentos de tensión y estrés a los que están sujetos; tienen objetivos de bienestar común y son progresistas<sup>70</sup>.

### **2.2.2.6. Comportamientos saludables en la dimensión actividad física**

Llamamos actividad física a cualquier movimiento voluntario del cuerpo que consuma energía. Está demostrado que la actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo II, hipertensión, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión. Además, la actividad física es un factor

determinante en el consumo de energía, por lo que es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso <sup>71</sup>.

Según la intensidad con la que se practique, se clasifica en:

- **Actividad Física Moderada:** Aumentan las pulsaciones, la sensación de calor y el ritmo de la respiración. Puedo hablar, pero no cantar.
- **Actividad Física Intensa:** Causa sudoración y respiración agitada y no puedo mantener una conversación durante la actividad.

### **Promoción de la actividad física en la infancia**

La práctica de la actividad física en esta etapa ayuda a: desarrollar un aparato locomotor (huesos, músculos y articulaciones) sano; desarrollar un sistema cardiovascular (corazón y pulmones) sano; aprender a controlar el sistema neuromuscular (coordinación y control de los movimientos); mantener un peso corporal saludable; fomentar la autoconfianza, integración e interacción social; tener mejor rendimiento escolar. En esta etapa, la actividad física consiste en jugar, realizar algún deporte y desplazarse de forma activa en el entorno familiar, la escuela o en las actividades comunitarias<sup>71</sup>.

### **Promoción de la actividad física en la juventud (6 a 17 años)**

La práctica de la actividad física en esta etapa ayuda a: desarrollar un aparato locomotor (huesos, músculos y articulaciones) sano; desarrollar un sistema cardiovascular (corazón y pulmones) sano; aprender a controlar el sistema neuromuscular (coordinación y control de los movimientos); mantener un peso corporal saludable; fomentar la autoconfianza,

integración e interacción social, tener mejor rendimiento escolar. En esta etapa, la actividad física consiste en jugar, realizar algún deporte o afición y desplazarse de forma activa en el entorno familiar, la escuela o en las actividades comunitarias<sup>71</sup>.

### **Promoción de la actividad física en las personas adultas (18-64 años)**

En esta etapa de vida, practicar actividad física ayuda a la persona a disminuir el riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares como accidentes cerebrovasculares, cardiopatía coronaria, hipertensión arterial, diabetes mellitus de tipo II, cáncer de colon, cáncer de próstata en hombres y cáncer de mama en mujeres, evita la depresión; tienen menor riesgo de sufrir fracturas de cadera o columna; presentan un mejor funcionamiento del sistema cardiorrespiratorio y muscular; mantener el peso adecuado, y tener una mejor masa y composición corporal<sup>71</sup>.

### **Promoción de la actividad física en las personas adultas mayores de 65 años**

Durante esta etapa de vida, la práctica de la actividad física ayuda a disminuir las tasas de morbilidad por problemas cardiovasculares como cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes tipo II, cáncer de colon y mama, evitan la depresión; facilita para que el sistema cardiorrespiratorio y muscular funcionen mejor; previene el sobrepeso y la obesidad; mejora la salud musculoesquelética; ayuda a tener menor riesgo de caídas; mejora la salud mental<sup>71</sup>.

### **2.2.2.7. Comportamientos y entornos saludables en la dimensión seguridad vial y cultura de tránsito**

Desarrollar en la población una cultura de tránsito y seguridad vial es promocionar comportamientos para la adopción de normas, valores y consideraciones que favorezcan actitudes positivas tendientes a respetar la legislación vigente para disminuir las lesiones causadas por accidentes de tránsito.

Para lograr la seguridad vial y cultura de tránsito las intervenciones de promoción de la salud, deben estar orientadas a desarrollar capacidades de convivencia entre las personas, el involucramiento de los gobiernos locales y la implementación de políticas públicas locales de manera concertada, coherente y viable para favorecer comportamientos y entornos seguros de tránsito<sup>62</sup>.

Para promover la seguridad vial y la cultura de tránsito se necesita contar con la participación responsable de los ciudadanos, practicando comportamientos seguros; requiriendo la coordinación intersectorial y una legislación coherente con el propósito de favorecer su cumplimiento en diversos escenarios y condiciones<sup>72</sup>.

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Acción comunitaria para la salud:** Se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para mejorar la salud ejerciendo control sobre los determinantes sociales y sus consecuencias en la salud<sup>73</sup>.
- **Alimentación:** La alimentación es un acto voluntario y consciente que consiste en la ingestión de una serie de sustancias que forman parte de nuestra dieta, y que son necesarias para cumplir las funciones que el organismo requiere.
- **Alimentación saludable:** Alimentación variada que aporta la energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse sana permitiéndole una mejor calidad de vida en todas las edades.
- **Convivencia:** Entendida como el desarrollo y sostenimiento de relaciones interpersonales basadas en el respeto, la equidad, la solidaridad, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de la diferencia, la participación para la construcción de acuerdos y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común, el desarrollo humano y social.
- **Conductas saludables:** Son distintas actitudes orientadas hacia la salud que adoptan las personas y que están influidas por el entorno social, político y económico en el que viven. Para ser una persona sana, además de tener buena salud física, necesitamos sentirnos

bien emocionalmente y disponer de un entorno social favorable, lo que nos permitirá afrontar mejor las situaciones de estrés y ansiedad que se presenten.

- **Determinantes de la salud:** Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones<sup>73</sup>.
- **Educación para la salud:** Es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente para mejorar los conocimientos de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad<sup>73</sup>.
- **Empoderamiento en salud:** Proceso que permite a las personas adquirir un mejor control en las decisiones y acciones que afecten su salud.
- **Equidad en salud:** Significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar.
- **Entorno saludable:** Comprende los espacios físicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos en los que la persona desarrolla su vida diaria, donde se establecen condiciones no sólo para proteger la salud sino para potenciarla al máximo e incrementar el nivel de calidad de vida

- **Hábito alimentario:** Conjunto de costumbres que condicionan la forma como los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos influidas por la disponibilidad de estos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos.
- **Nutrición:** Es el proceso mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para producir la energía que el organismo necesita para el funcionamiento normal de tejidos y órganos.
- **Prácticas alimentarias:** Abarcan complejas interacciones o relaciones de orden bioquímico, termodinámico, metabólico, pero también psicológico y, sobre todo, social y cultural.
- **Política pública saludable:** Se caracteriza por una preocupación explícita por la salud, consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud<sup>75</sup>.
- **Promoción de la Salud:** Es el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios y herramientas necesarias para que mejoren su salud y ejerzan un mayor control sobre la misma.
- **Salud mental:** Es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus

recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad.

- **Salud Reproductiva:** Es un estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no solo la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.
- **Salud Sexual:** Es la capacidad para disfrutar y expresar la sexualidad sin exposición a riesgos de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación.

## **2.4. HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

### **2.4.1. Hipótesis**

En esta investigación por tratarse de un estudio de nivel descriptivo no amerita el planteamiento de hipótesis. Al respecto, Hernández R., Fernández C. y Baptista P.<sup>75</sup>, en su texto “Metodología de la investigación científica” señalan que los estudios descriptivos no llevan hipótesis.

### **2.4.2. Variable**

Comportamientos saludables.

**Definición conceptual:** Los comportamientos son prácticas personales, familiares o comunitarias que derivan de una costumbre cotidiana, tanto en lo físico, social y cultural, que puede o no resultar saludable y que son desarrollados en los espacios o entornos que habitan frecuentemente.

### 2.4.3. Operacionalización de las variables

La operacionalización de las variables se describe en el siguiente cuadro:

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final	
Nivel de comportamientos saludables en familias	Son prácticas personales, familiares o comunitarias que derivan de una costumbre cotidiana, tanto en lo físico, social y cultural, que puede o no resultar saludable y que son desarrollados en los espacios o entornos que habitan frecuentemente.	1 Higiene y ambiente	Lavado de manos en momentos claves y uso de jabón	Saludable (29 a 36)	
			Higiene corporal		
			Cuidado del agua		
			Desinfección del agua de consumo		
			Limpieza y mantenimiento de letrina		
			Cuidado de los residuos sólidos domiciliarios		Medianamente saludable (19 a 29)
			Limpieza de la vivienda y entorno		
			Cuidado de las aguas residuales		No saludable (menor a 18)
			Convivencia con animales		
			Espacios separados de cocina y dormitorios		
		2 Alimentación y nutrición saludable	Lactancia materna exclusiva		
			Inicio alimentación complementaria		
			Cantidad, tipo y frecuencia de alimentación complementaria.		
			Tipo de alimentación en niños		
			Tipo de alimentación en adultos		
			Alimentación del adulto mayor		
			Alimentación de la gestante		
			Frecuencia de consumo de frutas y verduras		
			Frecuencia de consumo de alimentos de origen animal		
			Conservación de los alimentos		

		3 Salud Sexual y Reproductiva	Edad de inicio de relaciones sexuales	
			Embarazo en adolescentes	
			Periodo intergenésico	
			Uso de método no tradicional de planificación familiar	
			Control de embarazo y parto institucional	
			Espacios que garanticen la privacidad en la intimidad	
			Espacios separados para dormir	
			Control de Papanicolaou	
			Infecciones de transmisión sexual incluido VIH/SIDA	
			Aborto en embarazos no deseados	
			4 Promoción de Salud Mental, Cultura de paz y buen trato	
		Resolución de conflictos con participación de sus miembros		
		Promoción de la moralidad y el comportamiento ético		
		Promoción de disciplina y reglas		
		Participación en actividades sociales y recreativas		
		Violencia intrafamiliar		
		5 Habilidades para la vida	Prácticas de comunicación asertiva	
			Establecimiento de proyecto de vida	
			Ayuda mutua entre los miembros de la familia	
			Participación de los hijos en la toma de decisiones	
			Participación de los hijos en la solución de problemas	
			Equidad de género entre los integrantes de la familia	
		6 Actividad Física	Adultos realizan media hora de actividad física diaria	
			Adolescentes practican algún deporte	

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación se ubicó en el nivel exploratorio. Los estudios exploratorios según Supo J.<sup>76</sup>, se plantean cuando el fenómeno aún no ha sido estudiado y las condiciones existentes no son aún determinantes; su función es el reconocimiento e identificación del problema. En el caso de esta investigación se describieron los comportamientos saludables respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud en familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.

Según tipo de investigación, de acuerdo a la clasificación de Hernández R., Fernández C. y Baptista P.<sup>75</sup> por la naturaleza del problema, es una investigación descriptiva puesto que describe la variable comportamientos saludables. Tipo prospectivo porque la información se registró en el momento que ocurrieron los hechos; respecto al número de ocasiones en que se midió la variable el tipo de estudio fue transversal, porque las variables fueron estudiadas en un solo momento.

Respecto al diseño, esta investigación corresponde al diseño no experimental porque la variable comportamientos saludables fue estudiada en su forma original sin ninguna modificación por parte de la investigadora.

Su diseño es el siguiente:



**Donde:**

O = Observación de comportamientos saludables.

M = Muestra de estudio. Madres/padres de familia del caserío Santa Rosa – Atalaya.

## **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **3.2.1. Población**

La población estuvo conformada por 52 familias representadas por las madres y/o jefes de familia que viven en el caserío Santa Rosa – Atalaya durante el año 2019 distribuidas en 238 personas.

### **3.2.2. Muestra**

La muestra estuvo constituida por 50 familias, representadas por madres/padres de familia del caserío Santa Rosa – Atalaya que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### **Criterios de inclusión**

- Madres/padres de familia con una permanencia mayor a 5 meses.
- Madres/padres de familia con más de dos hijo/as
- Madres/padres de familia que firmaron el consentimiento informado.

- Madres/padres de familia que completaron el llenado del instrumento.

#### **Criterios de exclusión**

- Madres/padres de familia que no estuvieron presentes en su casa el día de la encuesta.
- Madres/padres de familia que no hablen el idioma castellano.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.3.1. Técnica de recolección de datos**

Las técnicas para recolectar datos fueron la entrevista y la observación.

**Técnica de Entrevista:** En esta investigación se utilizó la técnica de la entrevista estructurada, mediante la cual se obtuvo información sobre los comportamientos saludables respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud en familias del caserío Santa Rosa – Atalaya. Según Sabino C.<sup>77</sup> la entrevista es una forma de interacción social cuyo objetivo es recolectar información, en la que el investigador formula preguntas sobre conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas del entrevistado que es fuente de información.

**Técnica de observación:** Es una técnica de investigación mediante la cual se observa atentamente al fenómeno, hecho o caso, para obtener el mayor número de datos y registrarlo para su posterior análisis. Según Hernández R., Fernández C. y Baptista P.<sup>75</sup> la técnica de observación es el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones

observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías. En la investigación, mediante la observación se recolectó información respecto a prácticas de higiene personal, de la vivienda y entorno, los mismos que fueron registrados en la ficha de recolección de datos.

### **3.3.2. Instrumentos de recolección de datos**

Para recolectar los datos en esta investigación se utilizó la Ficha de comportamientos y entornos saludables propuesto por el Ministerio de Salud del Perú para el abordaje de la promoción de la Salud en el año 2005<sup>78</sup> y que a la fecha se encuentra vigente. Dicha ficha fue adecuada a las características socioculturales de la población en estudio y consta de las siguientes partes: información general de la madre/padre de familia con 4 ítems de respuesta múltiple. Práctica o comportamientos de la familia con 36 ítems de respuesta dicotómica (No = 0, Si = 1), distribuidos de la siguiente manera: eje temático higiene y ambiente con 7 ítems, eje temático alimentación y nutrición saludable con 9 ítems, eje temático salud sexual y reproductiva con 8 ítems, eje temático salud mental, cultura de paz y buen trato con 6 ítems, eje temático habilidades para la vida con 4 ítems, eje temático actividad física con 2 ítems.

Para valorar el nivel de comportamiento saludable de las familias, se tuvo en cuenta el máximo y mínimo puntaje alcanzado en la calificación de la ficha, tanto para la calificación global, así como para cada uno de los ejes temáticos, de la siguiente manera:

<b>Comportamiento saludable global</b>	<b>Puntuaciones</b>
Saludable	De 29 a 36 puntos
Medianamente saludable	De 19 a 29 puntos
No saludable	Menos de 18 puntos

### **3.4. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Considerando que la Ficha de comportamientos y entornos saludables es un instrumento validado por el Ministerio de Salud del Perú MINSA para trabajar los ejes temáticos de la promoción de la salud. En tal sentido no fue necesario realizar la prueba de validez ni la prueba de confiabilidad.

### **3.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Durante la recolección de los datos se siguió el siguiente procedimiento:

- Antes de recolectar los datos, mediante documento se convocó al presidente del caserío Santa Rosa, con la finalidad de informarle sobre los objetivos del proyecto de investigación, así como solicitar su autorización y coordinar las fechas para la aplicación del instrumento de recolección de datos mediante visita domiciliaria a las madres/padres de familia.

- Contando con la autorización del jefe de la comunidad, la investigadora elaboró un cronograma de visitas domiciliarias a las familias para aplicar la ficha de recolección de datos.
- Los datos fueron recolectados durante el mes de septiembre del 2019, para lo cual, los días y horas programados para la recolección de datos, la investigadora visitó en su vivienda a la madre/padre de familia, solicitándole su autorización para la aplicación del instrumento, debiendo para ello firmar el consentimiento informado.
- Se aplicó la ficha de comportamientos saludables a la madre y/o padre de familia que estuvo presente empleándose un tiempo promedio de 20 minutos.
- Concluida la entrevista se agradeció a la madre y/o padre por su participación, se brindó algunas indicaciones sobre aspectos básicos de salud relacionados con su comportamiento y se procedió a retirar de la vivienda.

### **3.6. PROCESAMIENTO Y TRATAMIENTO DE DATOS**

La información obtenida en la ficha para identificar comportamientos saludables en madres y/o padre de familia del caserío de Santa Rosa, Atalaya fueron registrados en una base de datos, de donde se procedió a sistematizar los resultados haciendo uso del programa estadístico SPSS v.23.

Para el procesamiento y análisis de datos, se procedió a realizar la codificación y tabulación. Según Hernández R., Fernández C. y Baptista P.<sup>75</sup>, los datos recolectados a través de ítems o preguntas requieren

codificarse en números, pues de lo contrario no se podría efectuar ningún análisis.

Los resultados se presentan en tablas y gráficos estadísticos.

### **3.7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Durante el proceso del estudio se tuvo en cuenta las dimensiones éticas aplicadas a la investigación científica propuestas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), además se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada por las madres. De igual manera se tuvo en cuenta los preceptos éticos establecidos en el Código de ética y deontología del Colegio de Enfermeros del Perú, en el cual se estipula la aplicación de seis principios bioéticos: beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía, fidelidad y veracidad.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En esta sección se presentan los resultados respecto al nivel de comportamientos saludables en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.

**Tabla 1. Nivel de comportamientos saludables en familias del caserío Rosa – Atalaya, 2019.**

Comportamiento	Frecuencia	Porcentaje
Saludable	17	34,0
Medianamente saludable	25	50,0
No saludable	08	16,0
Total	50	100,0

Fuente: Ficha de comportamientos saludables aplicados a madres de Santa Rosa – Atalaya, 2019.

En la tabla 1, se presentan los resultados respecto los comportamientos saludables en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019, en donde podemos observar que el 50% presentan un comportamiento medianamente saludable, el 34% presentan un comportamiento saludable y el 16% tienen un comportamiento no saludable con respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud, propuestos por el Ministerio de Salud del Perú.

Según estos resultados, podemos decir que la mitad de familias del caserío Santa Rosa presentan comportamientos medianamente saludables respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud.

Cuando hacemos referencia a comportamientos respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud, en este estudio se encontró que en el eje temático de higiene y ambiente el 46% de familias presentan un comportamiento medianamente saludable, el 40% tiene un comportamiento saludable y el 14% presentan un comportamiento no saludable. En relación al eje temático alimentación y nutrición saludable, el 40% de familias presentan un comportamiento saludable, el 36% tiene un comportamiento medianamente saludable y el 24% presentan un comportamiento no saludable. En cuanto al eje temático salud sexual y reproductiva, el 34% de familias presentan un comportamiento saludable, el 32% tiene un comportamiento medianamente saludable y el 34% presentan un comportamiento no saludable. Respecto a la dimensión salud mental, cultura de paz y buen trato, el 41% de familias presentan un comportamiento saludable, el 12% tiene un comportamiento medianamente saludable y el 6% presentan un comportamiento no saludable. En relación a la dimensión actividad física, el 80% de familias presentan un comportamiento medianamente saludable y el 20% presentan un comportamiento no saludable. (Ver anexo tabla 8).

Según Díaz G.<sup>8</sup>, las investigaciones realizadas en varios países respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud en el entorno familia, demuestran que los hábitos alimentarios, la actividad física, la abstención o consumo de alcohol, de tabaco y de drogas recreativas, el cumplimiento de las normas de

tránsito, el sexo seguro y protegido, la higiene corporal y del ambiente, la vacunación, la adopción de medidas de tamizaje para la detección temprana de enfermedades, el tiempo de sueño, la recreación, entre otros comportamientos, hacen a las personas más o menos propensas a la enfermedad o a mantener sus estados de salud. Cortés E.B., Ramírez E.M., Olvera J. y Arriaga Y.<sup>1</sup>, señalan que el comportamiento saludable como cualquier otro comportamiento se adquiere, se aprende, requiere de responsabilidad individual y tiene que ejercerse y practicarse cotidianamente, como objetivo constante de vida.

**Tabla 2. Nivel de comportamiento respecto al eje temático de higiene y ambientes saludables en familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.**

<b>Comportamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Saludable	20	40,0
Medianamente saludable	23	46,0
No saludable	07	14,0
Total	50	100,0

Fuente: Ficha de comportamientos saludables aplicados a madres de Santa Rosa-Atalaya, 2019.

En la tabla 2, se presentan los resultados sobre el nivel de comportamiento respecto al eje temático de higiene y ambientes saludables en las familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019, en donde observamos que: el 46% presentan un comportamiento medianamente saludable, el 40% tienen un comportamiento saludable y el 14% presentan un comportamiento no saludable.

Estos resultados nos indican que casi la mitad de las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya tienen comportamientos medianamente saludables con respecto al eje temático de higiene y ambiente.

Cuando hacemos referencia a comportamientos respecto al eje temático de higiene y ambiente, se encontró que el 48,0% de familias disponen de un lugar para el lavado de manos, el 68,0% utilizan agua y jabón para lavarse las manos, el 65,0% guardan el agua en recipientes limpios y tapados, el 86,0% utiliza algún método de desinfección del agua, el 96,0% utilizan letrina o sanitario para defecar, el 74,0% conviven con animales dentro de la vivienda, el 94,0% tienen espacios separados de cocina y dormitorios. (Ver anexo tabla 9)

Al hacer una comparación de nuestros resultados con los reportados por otros investigadores encontramos que UNICEF <sup>25</sup>, en su estudio las tres prácticas de higiene en comunidades y escuelas rurales de Bolivia, encontraron que el 60% de madres, padres o cuidadores de niños no practican el lavado de manos correctamente; 28% no tienen jabón para el lavado de manos; el 21% de las familias no cuenta con una letrina o baño en su hogar; el 53% de madres, padres y cuidadores no tienen un recipiente de agua limpio y tapado; el 55% de las familias no dan tratamiento al agua antes de consumirla. Vargas L., Méndez G., Altafin I.<sup>26</sup>, en su estudio: Proveer agua y saneamiento en la Amazonía rural, 2018, encontraron que el 47% de los domicilios no tiene baño, el 52% cuentan con pozo negro, el 25% vierten las aguas residuales a la calle, ríos o lagos. Uriza N.E.<sup>27</sup>, en su estudio: Caracterización de los residuos sólidos domiciliarios en el sector urbano de la ciudad de Tunja, 2016, en sus resultados señala que el 82% de las familias no realizan una separación adecuada de residuos sólidos en la fuente, el 40% de las familias carecen de concienciación ambiental, el 36% no tienen conocimientos básicos para realizar un manejo adecuado de residuos sólidos. Lituma R.A.<sup>28</sup>, en su estudio: Las aguas servidas y su influencia en el buen vivir de los habitantes de las comunidades de la provincia de Pastaza. 2014, encontraron que el 45.4% eliminan sus excretas al aire libre; el 20.4% en pozo ciego, el 19,3% en pozo séptico, el 7,0% en servicios higiénicos, el 5,9% en letrina y 2.0% en alcantarillado. Respecto a la basura el 100% tienen servicio de aseo. Respecto al agua el 83,9% se abastecen de agua pluvial, 10,2% vertientes de agua. Sibina E.J.<sup>51</sup>, en su estudio: Caracterización de los residuos sólidos domiciliarios del centro poblado de Santo Tomas, Loreto, 2016, encontró que el 56% de residuos son sobras de alimentos, el 53% de familias mantienen

su tacho de basura en el área de cocina mientras que el 45% en su huerta, el 41% no mantiene tapado el tacho de basura, el 41% de las familias acuden al botadero más cercano para arrojar sus residuos sólidos. Zarzosa N.<sup>52</sup>, en su investigación: Buenas prácticas de lavado de manos en el Callejón de Huaylas y Conchucos, Ancash, encontró que sólo el 13% informó lavarse las manos en los tres momentos críticos, las madres no asociaban el lavado de manos con la salud o enfermedad. Gutiérrez W.<sup>54</sup>, en su investigación: Línea de base del programa de agua potable y saneamiento para la Amazonía Rural. 2014, realizado en las regiones de Amazonas, Loreto y San Martín, encontró que el sistema de eliminación de excretas es malo en un 94%. Sólo el 30% de madres dijeron haberse lavado las manos en momentos críticos, sólo el 56% manipula de manera apropiada el agua. El 47% manifestaron hervir o clorar el agua que beben.

**Tabla 3. Nivel de comportamiento respecto al eje temático de alimentación y nutrición saludable, en familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.**

<b>Comportamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Saludable	20	40,0
Medianamente saludable	18	36,0
No saludable	12	24,0
Total	50	100,0

Fuente: Ficha de comportamientos saludables aplicados a madres de Santa Rosa, Atalaya – 2019.

En la tabla 3, se presentan los resultados sobre el nivel de comportamiento respecto al eje temático de alimentación y nutrición saludable en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019, en donde observamos que: el 40% presentan un comportamiento saludable, el 36% tienen un comportamiento medianamente saludable y el 24% presentan un comportamiento no saludable.

Según estos resultados cerca de la mitad de familias del caserío Santa Rosa, tienen comportamientos saludables con respecto al eje temático de alimentación y nutrición.

Los comportamientos relacionados con el eje temático de alimentación y nutrición saludable, presentan los siguientes resultados el 76,0% de familias consumen verduras y 72,0% consumen frutas por lo menos tres veces a la semana, 82,0% consumen alimentos de origen animal y 46,0% toman leche o sus derivados por lo menos tres veces a la semana, el 90,0% de madres dan lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, el 88,0% de madres brindan alimentación complementaria más lactancia materna a partir de los 6 meses, el 84,0% de niños reciben controles mensuales de crecimiento de acuerdo a su edad, el 64,0% de gestantes consumen carnes rojas por lo menos tres veces a la semana. (Ver anexo tabla 10)

Al comparar de nuestros resultados con los reportados por otros investigadores encontramos que Garrochamba JN.<sup>30</sup>, en su estudio: Hábitos y prácticas alimentarias de los habitantes de la parroquia Jimbilla, Loja, 2015 encontró que el 77,0% y 67,3% consume menos de 2 raciones de verduras y frutas en el día respectivamente; el 85,2% consumen proteínas, en la práctica de la preparación el 66,9% prefiere alimentos cocinados y crudos. Toaquiza M.G., Valenzuela A.C.<sup>31</sup>, en su estudio: Conocimientos actitudes y prácticas sobre alimentación en mujeres indígenas embarazadas de la provincia de Napo, 2016, encontraron que el 64% creen que una alimentación saludable es comer en poca cantidad, el 47% desayuna, almuerza, merienda y consume comidas extras, al 55% de la muestra les gustaría recibir información sobre una alimentación saludable. USAID y REDDOM<sup>32</sup>, en su estudio: Seguridad alimentaria y saneamiento en la región El Valle 2014, encontraron que la mayoría de mujeres no perciben riesgo a la salud asociados al tipo de alimentación que consumen diariamente. Las madres no identifican una edad adecuada para introducir alimentos sólidos a sus hijos e hijas. Uso frecuente de alimentos de baja calidad nutricional a niños y niñas a partir del tercer mes. Perciben que la lactancia no es suficiente. Ochoa N.<sup>57</sup>, en su investigación: Alimentación complementaria y estado nutricional de los niños de 6 meses a 2 años de Puerto Maldonado, encontró que el 56% de madres brindaron alimento complementario por primera vez antes de los 6 meses, el 80% agregan aceite, mantequilla en la alimentación, El 76% brinda alimentación 4 veces al día.

**Tabla 4. Nivel de comportamiento respecto al eje temático de salud sexual y reproductiva saludable en familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.**

<b>Comportamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Saludable	17	34,0
Medianamente saludable	16	32,0
No saludable	17	34,0
Total	50	100,0

Fuente: Ficha de comportamientos saludables aplicados a madres de Santa Rosa-Atalaya, 2019.

En la tabla 4, se presentan los resultados sobre el nivel de comportamiento respecto al eje temático de salud sexual y reproductiva en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019, en donde observamos que: el 34% presentan un comportamiento saludable, el 34% tienen un comportamiento no saludable y el 32% presentan un comportamiento medianamente saludable.

Según estos resultados una tercera parte de familias del caserío Santa Rosa, tienen comportamientos no saludables con respecto al eje temático de salud sexual y reproductiva.

Cuando nos referimos a comportamientos respecto al eje temático de salud sexual y reproductiva, el 72,0% de familias utilizan algún método no tradicional de planificación familiar y de barrera contra ITS, el 20,0% de mujeres realizan el Papanicolaou por lo menos cada tres años, el 72,0% de partos fue en un establecimiento de salud, en el 74,0% el último embarazo de la madre fue planificado, el 48,0% de viviendas cuentan con espacios separados que garantizan la privacidad e intimidad en las expresiones sexuales de los adultos, el 48,0% de viviendas cuentan con espacios separados para dormir. (Ver anexo tabla 11)

Al comparar nuestros resultados con los reportados por otros investigadores encontramos que Castillo K.M., Hilario D.N.<sup>59</sup>, en su investigación: Comunicación entre padres e hijos y su relación con el nivel de conocimiento sobre sexualidad en adolescentes en Trujillo, 2013, encontraron que en el 67.8% la comunicación entre ambos padres e hijos es regular y en el 29,5% es deficiente. En cuanto a conocimiento sobre sexualidad predomina un nivel medio en el 62,3%, bajo en el 35%. Celi M.G.<sup>34</sup>, en su estudio: Nivel de conocimientos y prácticas sobre la planificación familiar en las mujeres indígenas de la provincia de Loja, 2018, encontró que el 62% conocen poco sobre la planificación familiar, los métodos anticonceptivos más utilizados son el preservativo masculino con 12%, ímplate subdermico para 3 años con el 11%, inyección mensual 10%. Benavides C.A., Bermeo M.V.<sup>35</sup>, en su investigaron: Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sexuales vinculadas con el VIH/SIDA, en Cuenca 2017, encontraron que su primera relación sexual fue a temprana edad, esta se dio por amor, aseguran mantener una sola pareja y reflexionan sobre la importancia del uso del preservativo. Puig C., Montalvo P.<sup>38</sup>, en su investigación: Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida en pueblos indígenas de las tierras bajas de Bolivia, encontraron que los hombres adultos tienen una noción más clara de la protección contra ITS que ofrece el condón, incluido el VIH. Las mujeres tienen la idea de que el condón es el método que el hombre debe utilizar cuando tiene relaciones sexuales con otra mujer o con trabajadoras sexuales, pues la asocian a relaciones sexuales "ilegítimas".

**Tabla 5. Nivel de comportamiento respecto al eje temático de promoción de salud mental, cultura de paz y buen trato, en familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.**

<b>Comportamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Saludable	41	82,0
Medianamente saludable	06	12,0
No saludable	03	6,0
Total	50	100,0

Fuente: Ficha de comportamientos saludables aplicados a madres de Santa Rosa-Atalaya, 2019.

En la tabla 5, se presentan los resultados sobre el nivel de comportamiento respecto al eje temático de salud mental, cultura de paz y buen trato en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019, en donde observamos que: el 82% presentan un comportamiento saludable, el 12% tienen un comportamiento medianamente saludable y el 6% presentan un comportamiento no saludable.

Según estos resultados podemos decir que la gran mayoría de familias del caserío Santa Rosa, tienen comportamientos saludables en relación con eje temático de salud mental, cultura de paz y buen trato.

Los comportamientos relacionados con el eje temático de salud mental, cultura de paz y buen trato, que se tuvo en cuenta en este estudio, se presentan de la siguiente manera el 86,0% de familias han recibido información como educar a sus hijos, en el 94,0% de familias se promueve la unión entre sus miembros, en el 78,0% de familias se resuelven los conflictos con participación de sus miembros, en el 84,0% de familias se promueve la moralidad y comportamiento ético, en el 90,0% de familia se promueve la disciplina y seguimiento de reglas, en el 94,0% de familias se promueve la participación en actividades sociales y deportivas. (Ver anexo tabla 12)

Al comparar de nuestros resultados con los reportados por otros investigadores encontramos que Guandinango A.K.<sup>40</sup>, en su estudio: Tipo y severidad de violencia intrafamiliar en mujeres indígenas de la comunidad de Santa Bárbara, 2018, encontró que el 60% sufre de violencia intrafamiliar leve en todos los tipos: física, psicológica, sexual, social, patrimonial y de género. Linares V.M., Salazar L.P.<sup>41</sup>, en su investigación: Conflictos en el entorno familiar y escolar en el nivel medio Superior en Santa María, 2016, encontraron que los adolescentes con sus pares son poco tolerantes, ofensivos, burlones, interactúan con agresiones verbales y físicas. En la relación con sus padres tienen problemas porque no colaboran en casa, no cumplen con sus trabajos escolares o solo parcialmente, tienen reportes de reprobación o bajo promedio. Baldeón R.M.<sup>58</sup>, en su investigación: Estilos de crianza y conductas agresivas en niños y niñas de 5 años de Villa El Salvador, 2017, encontró que el 54,5% de padres utilizan el estilo de crianza autoritario, 24,6% estilo permisivo. Respecto a conductas agresivas en los niños y niñas el 46,4% se ubican en el nivel alto, 33,6% en el nivel moderado y 20% en el nivel bajo. Choque M.R.<sup>42</sup>, en su estudio: Saberes y prácticas culturales en familias rurales y la relación con el buen trato de niños/as de La Paz – Bolivia, 2013. Encontró que el castigo es considerado como un medio de educación positiva que evita que los niños/as crezcan descarriados, las manifestaciones de afecto presentes tienden a disminuir en la medida en que los niños/as van creciendo. Duarte M.A., Urrea E.L.<sup>43</sup>, en su investigación: Diagnóstico de causas y manifestaciones de la violencia de género contra las mujeres indígenas en Villa Juárez, 2012, encontraron que el 40,2% manifestó haber sufrido violencia en los últimos 12 meses, el 33,3% ejerce un tipo de violencia moderada, el 15,2% le grita, la ignora o le deja de hablar.

**Tabla 6. Nivel de comportamiento respecto al eje temático de habilidades para la vida en familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.**

<b>Comportamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Saludable	19	38,0
Medianamente saludable	10	20,0
No saludable	21	42,0
Total	50	100,0

Fuente: Ficha de comportamientos saludables aplicados a madres de Santa Rosa-Atalaya, 2019.

En la tabla 6, se presentan los resultados sobre el nivel de comportamiento respecto al eje temático de habilidades para la vida en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019, en donde observamos que: el 42% presentan un comportamiento no saludable el 38% tienen un comportamiento saludable y el 20% presentan un comportamiento medianamente saludable.

Según estos resultados podemos decir que un gran porcentaje de familias del caserío Santa Rosa, tienen comportamientos no saludables con respecto al eje temático de habilidades para la vida.

Los comportamientos relacionados con el eje temático de habilidades para la vida, que se tuvo en cuenta en este estudio, se encuentra de la siguiente manera, el 86,0% de familias el hijo o hija hace preguntas o pide ayuda cuando lo necesita, en el 42,0% de familias el hijo o hija tiene metas claras y sabe cómo lograrlas, en el 70,0% de familias los hijos ayudan en la solución de los problemas del hogar o barrio, en el 72,0% de familias se acostumbra que los varones ayuden en las labores de la casa. (Ver anexo tabla 13)

Al comparar de nuestros resultados con los reportados por otros investigadores

encontramos que Alfonso C., Valladares AM., Rodríguez L., Selín M.<sup>79</sup>, en su investigación: Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de Cienfuegos 2014, encontraron una comunicación positiva entre padres y adolescentes de edad media, mientras que en la comunicación entre ambos padres y adolescentes tardíos se percibe límites, y se sienten poco satisfechos con sus familias.

**Tabla 7. Nivel de comportamiento respecto al eje temático de actividad física en familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019.**

<b>Comportamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Saludable	00	00,0
Medianamente saludable	40	80,0
No saludable	10	20,0
Total	50	100,0

Fuente: Ficha de comportamientos saludables aplicados a madres de Santa Rosa-Atalaya, 2019.

En la tabla 7, se presentan los resultados sobre el nivel de comportamiento respecto al eje temático de actividad física en las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya, 2019, en donde observamos que: el 80% presentan un comportamiento medianamente saludable, y el 20% presentan un comportamiento no saludable. No se logra identificar ninguna familia con comportamiento saludable.

Según estos resultados la gran mayoría de las familias del caserío Santa Rosa – Atalaya tienen comportamientos medianamente saludables en relación al eje temático de actividad física.

Cuando nos referimos a comportamientos respecto al eje temático de actividad física, según los resultados se encontró que solo el 4,0% de adultos realizan por lo menos media hora de actividad física diaria, el 80,0% de adolescentes practican algún deporte. (Ver anexo tabla 14)

Al hacer una comparación de nuestros resultados con los reportados por otros investigadores encontramos que López G.F., Ahmed D., Borrego F.J., López L., Díaz A.<sup>80</sup>, en su investigación: Nivel de actividad física habitual en escolares de 8-9 años de España e India encontraron que los escolares de 8

años son ligeramente más activos que los de 9 años en ambos países; los niños realizan más actividad física que las niñas en ambos países; los escolares de India realizan más actividad física que los de España, concluyendo que el nivel de actividad física es insuficiente, disminuye ligeramente con la edad y es mayor en India.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

1. La mayoría de familias del caserío Santa Rosa, presentan comportamientos adecuados en el eje temático de salud mental, cultura de paz y buen trato, comportamientos medianamente saludables en el eje temático de higiene y ambiente y alimentación y nutrición saludable. Sin embargo, en los ejes temáticos habilidades para la vida y salud sexual y reproductiva resaltan más los comportamientos no saludables.
2. En el eje temático de higiene y ambiente orientados a la salud los resultados nos indican que casi la mitad de las familias del caserío Santa Rosa, tienen comportamientos medianamente saludables.
3. En cuanto al eje temático de alimentación y nutrición saludable, la tercera parte de familias del caserío Santa Rosa, presentan comportamientos saludables y comportamientos medianamente saludables.

4. Respecto al eje temático de salud sexual y reproductiva, un tercio de las familias del caserío Santa Rosa, tienen comportamientos no saludables.
5. En el eje temático de salud mental, cultura de paz y buen trato la gran mayoría de familias del caserío Santa Rosa, tienen comportamientos saludables.
6. En relación al eje temático de habilidades para la vida, un gran porcentaje de familias del caserío Santa Rosa, presentan comportamientos no saludables.
7. Respecto al eje temático de actividad física, la gran mayoría de las familias del caserío Santa Rosa, presentan comportamientos medianamente saludables.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

Los resultados obtenidos en esta investigación nos permiten hacer las siguientes recomendaciones:

1. La información recopilada en esta investigación debe servir de insumo para insertar los ejes temáticos de la promoción de la salud propuestos por el MINSA en el plan de acción del Centro de Salud de Atalaya durante la implementación del programa de comunidades saludables.
2. A los responsables del área de promoción de la salud del Centro de Salud de Atalaya en base a los resultados de esta investigación

planificar y desarrollar talleres de capacitación y otras relacionadas con los ejes temáticos de la promoción de la salud dirigido a las familias del caserío Santa Rosa, Atalaya y otras de su jurisdicción.

3. A las familias que poseen comportamientos poco saludables, involucrarse en las actividades educativas y otras relacionadas a salud, para mejorar sus conocimientos, modificar sus conductas y adquirir buenas prácticas en todos los ejes temáticos de la promoción de la salud.
4. A los profesionales de enfermería que laboran en los establecimientos de salud del I nivel, orientar sus intervenciones en prácticas saludables, enfatizando en los ejes temáticos de la promoción de la salud, hacer seguimiento y evaluar su impacto con el fin de lograr la sostenibilidad.
5. A la Escuela Profesional de Enfermería, enfatizar en la formación de nuevos profesionales de enfermería con competencias que respondan a las necesidades de atención que demandan los ejes temáticos de la promoción de la salud

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cortés E.B., Ramírez E.M., Olvera J. & Arriaga Y. El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 78-88. 2009. Recuperado de:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-39X2009000100009&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-39X2009000100009&lng=pt&tlng=es)
2. Murphy E. La promoción de comportamientos saludables. Washington, D.C.: Population Reference Boreau; 2005 p. 1-36.
3. Rubio V. Modelos psicológicos del comportamiento saludable. México: Universidad Autónoma de México; 2003.
4. Módulo de entornos saludables 2018.  
<http://www.saludarequipa.gob.pe/moduloatencionciudadano/promocion/MODULO%20ENTORNOS%20SALUDABLES.pdf>
5. Desarrollo Humano Integral. Conductas y estilos de vida Influyen en la salud. México 2013.  
<https://www.desarrollohumanointegral.org/resources/Conductas-y-estilos-de-vida.pdf>
6. Coronel J., Marzo N. La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América Latina y el Caribe. *MEDISAN*. 2017; 21( 12 ): 3415-3423. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017001200016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001200016&lng=es).
7. Li F. La escala de motivación del ejercicio: su estructura multifacética y validez de constructo. *J Appl Sport Psychol*. 1999; 11 (1): 97-115.

8. Díaz G. El comportamiento en psicología de la salud. En: Hernández E, Grau J, Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones. México: Universidad de Guadalajara; 2005. p 179-99.
9. Ministerio de Salud del Perú. Documento técnico modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú acciones a desarrollar en el eje temático de alimentación y nutrición saludable. 2005.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2013-2018 – Primer Semestre.
11. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota Descriptiva N° 311: Ginebra: OMS; 2016. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
12. Escuela Cántabra de Salud. Conductas saludables 2015.  
<http://www.escuelacantabradesalud.es/>
13. Wagstaff A. y Claeson M, Los Objetivos de Desarrollo del Milenio para la salud: afrontar los desafíos. Washington, DC: Banco Mundial, 2004: ix-xiv.
14. Ejemot R., Ehiri J., Meremikwu M., Critchley J. Hand washing for preventing Diarrhea, 2009.
15. UNICEF. Estudio antropológico del uso de letrinas ecológicas en el área rural andina de Bolivia, Percepción comunitaria sobre la tecnología de saneamiento ecológico y perspectivas para su aprobación, 2006.
16. Superintendencia de Servicios Sanitarios. Informe anual de los servicios sanitarios en Colombia, 2006.
17. Diagnóstico de la situación del manejo de residuos sólidos municipales en América Latina y el Caribe. 2ª. Edición. BID y OPS, 1998.

18. Bermeo N.I., Gómez I.P. Diseño y ejecución de un programa de madres promotoras en nutrición y alimentación para niños menores de 2 años aplicable a la cooperativa Rumiñahui de la ciudad de Santo Domingo. Junio 2012.
19. Álvarez M.C., González L. Prácticas alimentarias en las familias del área rural de Medellín-Colombia. Bvs. Biblioteca virtual en Saúde. ID: 333987. Español. =lnk&exprSearch=333987&indexSearch=ID.
20. Oseguera D, Esparza L. Significados de la seguridad y el riesgo alimentarios entre indígena Purépechas de México. Desacatos 2009; 31:115-36.
21. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
22. UNFPA. Reformas del Sector Salud y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe. 2005.
23. ENDESA Análisis Situacional de Salud y Nutrición Escolar. 2013. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR303/FR303.pdf>
24. Diagnóstico sobre la situación de niñas, niños y adolescentes en 21 países de América Latina Informe de Noticias Aliadas para Save the Children - Suecia Lima, febrero 2003.
25. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Las tres prácticas de higiene en comunidades y escuelas rurales de Bolivia. La Paz, Bolivia. 2012.
26. Vargas L, Méndez G., Altafin I. Proveer agua y saneamiento en la Amazonía rural: un enfoque integral. Junio 2018.

27. Uriza N.E. Caracterización de los residuos sólidos domiciliarios en el sector urbano de la ciudad de Tunja y propuesta de sensibilización para su separación en la fuente. Tesis. Universidad de Manizales. Manizales – caldas, 2016.
28. Lituma R.A. Las aguas servidas y su influencia en el buen vivir de los habitantes de las comunidades indígenas de la parroquia Madre Tierra cantón Mera provincia de Pastaza. Tesis. Universidad Técnica de Ambato. Ambato-Ecuador, 2014.
29. Rosero O.A. Evaluación del consumo de alimentos y estado nutricional de las unidades familiares de la comunidad de Fakcha Llakta para proponer cultivos en la chacra que satisfagan sus necesidades nutricionales. Tesis. Universidad Técnica del Norte Ibarra, Febrero 2017.
30. Garrochamba J.N. Hábitos y prácticas alimentarias de los habitantes de la parroquia Jimbilla del cantón Loja. Enero – abril 2015. Tesis. Universidad Nacional de Loja. Loja–Ecuador, 2016.
31. Toaquiza M.G., Valenzuela A.C. Conocimientos actitudes y prácticas sobre alimentación en mujeres indígenas embarazadas que acuden a la consulta externa del hospital José María Velasco Ibarra de la provincia de Napo en el período marzo - agosto del 2016. Tesis Universidad Central del Ecuador. Quito, 2016.
32. USAID y REDDOM. Seguridad Alimentaria y Saneamiento en la Región El Valle (SO) Campaña de Promoción de Mejores Prácticas de Nutrición e Higiene Mujeres en Desarrollo Dominicana, Octubre, 2014.

33. Pérez O., Nazar A., Pérez S.E., Castillo M.T., Mariaca R. Percepciones alimentarias en personas indígenas adultas de dos comunidades mayas. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. México. 2012;18(2):103-114.
34. Celi M.G. Nivel de conocimientos y prácticas sobre la planificación familiar en las mujeres indígenas de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja. Tesis. Universidad Nacional de Loja. Loja – Ecuador, 2018.
35. Benavides C.A., Bermeo M.V. Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sexuales vinculadas con el VIH/SIDA, en Sevilla Don Bosco. Morona Santiago 2017. Tesis. Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador, 2018.
36. García L.F., Correa B.F., García T., Espinoza A.V. El embarazo adolescente desde una perspectiva contemporánea. *Revista Interamericana de Psicología. Interamerican Journal of Psychology (IJP)* 2017, Vol., 51, No. 1, pp.111-121.
37. Calvillo C.R., Rodríguez A. Educación sexual para estudiantes indígenas de una comunidad rural en Guatemala. *Rev. Nov. Pob.* Vol.10 N° 20 La Habana jul.- dic. 2014.
38. Puig C., Montalvo P. Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia. *Desacatos* N°.35 México ene./abr. 2011.
39. Ramos C.P. Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba. Tesis. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 2011.

40. Guandinango A.K. Tipo y severidad de violencia intrafamiliar en mujeres indígenas de la comunidad de Santa Bárbara-Cotacachi. Tesis. Universidad Central del Ecuador. Quito-2018.
41. Linares V.M., Salazar L.P. Conflictos en los entornos familiar y escolar en el nivel medio Superior. México, 2016. Ra Ximhai, vol. 12, núm. 3, pp. 181-194.
42. Choque M.R. Saberes y prácticas culturales en familias rurales y la relación con el buen trato de niños/as de los niveles inicial y primaria de la unidad educativa Cruz Loma- Coroico. Tesis. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz- Bolivia-2013.
43. Duarte M.A., Urrea E.L. Diagnóstico de causas y manifestaciones de la violencia de género contra las mujeres indígenas en Villa Juárez, Navolato 2012.
44. Secretaría Distrital de Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C. 2016.
45. López G.F., Ahmed D., Borrego F.J., López L., Díaz A. Nivel de actividad física habitual en escolares de 8-9 años de España e India. MHSalud, vol. 12, núm. 2, febrero-agosto, 2016, pp. 1-10.
46. Llerena M.G. Prevalencia del sedentarismo en niños y adolescentes en el Ecuador: Actividades, acciones y programas para la promoción de la actividad física. Tesis. Universidad San Francisco de Quito. Quito, 2015.
47. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 2017 / - 1a ed.- Lima: 2017.

48. Ríos L. Nivel de conocimiento de hábitos de higiene en madres con niños menores de 4 años de la institución educativa inicial Carlos Showing Ferrari Huánuco, 2016. Tesis. Universidad de Huánuco. Huánuco, Perú, 2016.
49. Pizango Y.E., Grandez L. Índice de higiene oral en escolares y conocimiento sobre higiene oral en las madres en la I.E.P.M, N° 601458 Punchana 2016. Tesis Universidad Peruana del Oriente. San Juan Bautista, mayo 2017.
50. Ruiz S.J., Panduro A.S., Pinedo L.P. Conocimiento y prácticas higiénicas en manipulación de alimentos en binomios atendidos en área niño/niña. Centro de Salud San Juan. Tasis. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos – Perú, 2017.
51. Sibina E.J. Caracterización de los residuos sólidos domiciliarios del centro poblado de Santo Tomas, bases para una gestión adecuada, San Juan Bautista, Loreto, 2016. Tesis. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Iquitos – Perú, 2016.
52. Zarzosa N. Buenas Prácticas de Lavado de Manos. En el Callejón de Huaylas y Conchucos 2003-2004. Ancash CARE Perú. 2006.
53. Pesantes M.A. El concepto de la limpieza en la familia campesina pp. 6-7 en: Boletín «Agua», Nª 8, Lima, Marzo 2001.
54. Gutiérrez W. Línea de Base del Programa de Agua Potable y Saneamiento para la Amazonía Rural. Junio de 2014.
55. Dávila D.R. Estudio del tipo de residuos sólidos domiciliarios generados en la ciudad de Tamshiyacu – distrito de Fernando Lores - Región Loreto. Tesis. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Iquitos – Perú, 2014.

56. López G.R. Características de uso y vida útil de las letrinas en Cajamarca. Noviembre del 2001.
57. Ochoa N. Alimentación complementaria y estado nutricional en niños de 6 meses a 2 años, atendidos en el centro de salud Jorge Chávez, Puerto Maldonado – 2016. Tesis. Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios. Puerto Maldonado-2016.
58. Baldeón R.M. Estilos de crianza y conductas agresivas de los niños y niñas de 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 628. Distrito de Villa El Salvador, 2017. Tesis. Universidad César Vallejo. Lima-Perú, 2017.
59. Castillo K.M., Hilario D.N. Comunicación entre padres e hijos y su relación con el nivel de conocimiento sobre sexualidad en adolescentes. Institución Educativa N°80010 Ricardo Palma. Trujillo, 2013. Tesis. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo – Perú, 2013.
60. Sánchez C.L. Aspectos comunicacionales en procesos de desarrollo e inclusión social en comunidades amazónicas. Caso: comunidad shipibo conibo shetebo de Limongema (Ucayali). Tesis. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, 2015.
61. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud, 1986.
62. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Documento técnico/ Modelo de abordaje de la promoción de la salud en el Perú. 2003.
63. Correa I, Manuel IM. Higienización de las manos. El cotidiano del profesional de la salud en una unidad de internación pediátrica. Rev Invest Educ. Enferm. 2011;29(1):54-60.

64. MINSA. Dirección General de Promoción de la salud. Documento técnico. Modelo de abordaje de promoción de la salud, acciones a desarrollar en el eje temático higiene y ambiente saludable.
65. MINSA. Dirección General de Promoción de la salud. Documento técnico. Modelo de abordaje de promoción de la salud, acciones a desarrollar en el eje temático alimentación y nutrición saludable.
66. Alexander F. y Ross H. Psiquiatría dinámica. Buenos Aires, Paidós, 1978.
67. Lagos, G. Simposium. Mitos y realidades de la sexualidad del adulto mayor. VII Congreso Peruano y V Congreso Latinoamericano de salud sexual y reproductiva. “De los silencios privados a las soluciones públicas”, Noviembre 2004.
68. MINSA. Dirección General de Promoción de la salud. Documento técnico. Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú, acciones a desarrollar en el eje temático salud sexual y reproductiva.
69. Organización Panamericana de la Salud. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Septiembre 2001.
70. MINSA. Documento Técnico Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú Acciones a desarrollar en el eje temático de Promoción de habilidades para la vida.
71. Vida saludable. 2017. <http://www.euskadi.eus/informacion/la-actividad-fisica-en-las-personas-adultas-mayores-de-65-anos/web01-a3actfi/es/>
72. MINSA. Documento técnico. Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú, acciones a desarrollar en el eje temático seguridad vial y cultura de tránsito.

73. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud: Sección II: Lista de términos básicos. Ginebra 1998.
74. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la Conferencia de Adelaida sobre Política Pública Saludable, Ginebra, 1988.
75. Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta. Edición. México, México D.F.: Editorial McGraw Hill. 2010.
76. Supo J. Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la investigación científica para las ciencias de la salud. Primera edición 2012.
77. Sabino C. El proceso de la investigación. Caracas, Venezuela. 1992. Editorial Panapo.
78. Ministerio de Salud del Perú. Ficha de comportamientos y entornos saludables para el abordaje de la promoción de la Salud. Lima, Perú. 2005.
79. Alfonso C., Valladares A.M., González, Rodríguez L. Selín M. Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. Cienfuegos 2014. Medisur. 2017. 24; 15(3): Disponible en:  
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3613>
80. López G.F., Ahmed D., Borrego F.J., López L., Díaz A. Nivel de actividad física habitual en escolares de 8-9 años de España e India. MHSalud, vol. 12, núm. 2, febrero-agosto, 2016, pp. 1-10.

## **ANEXOS**

## ANEXO 01

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FICHA PARA IDENTIFICAR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES EN MADRES Y/O JEFES DE FAMILIA DEL CASERÍO SANTA ROSA, ATALAYA-2019 (Ministerio de Salud del Perú, 2005)**

**INFORMACIÓN GENERAL DE LA MADRE Y/O JEFE DE FAMILIA**

1. **Edad:** De 19 a 25 (1) 26 a 35 (2) 36 a 45 (3) 46 a 59 más (4) 60 a más años (5)
2. **Ocupación:** Ama de casa (1) Comerciante (2) Empleada Privada (3) Empleada Publica (4) Labores agrícolas (5)
3. **Estado civil:** Soltera (1) Casada (2) Conviviente (3) Divorciada (4) Viuda (5)
4. **Grado de instrucción:** Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior (4)

Marque con una X la alternativa no o si, según los integrantes de la familia realicen los comportamientos que a continuación se detallan.

<b>Eje temático</b>	<b>Práctica o comportamiento de la familia</b>	<b>No (0)</b>	<b>Si (1)</b>
Higiene y ambiente	1.1 ¿La familia dispone de un lugar para el lavado de manos?		
	1.2 ¿La familia utiliza agua y jabón para el lavado de manos?		
	1.3.¿El agua para el consumo es guardada en recipientes limpios y tapados?		
	1.4¿La familia utiliza algún método de desinfección del agua, hierve o clora el agua de consumo?		
	1.5 ¿La familia utiliza letrina o sanitario?		
	1.6 ¿La familia convive con animales dentro de la vivienda?		
	1.7 ¿La familia tiene espacios separados de cocina y dormitorios?		
Alimentación y nutrición saludable	2.1 ¿La familia consume verduras por lo menos tres veces a la semana?		
	2.2 ¿La familia consume frutas por lo menos tres veces a la semana?		
	2.3 ¿La familia consume alimentos de origen animal por lo menos tres veces a la semana?		
	2.4 ¿La familia consume leche o sus derivados por lo menos tres veces a la semana?		
	¿El niño o niña, recibe o recibió lactancia materna exclusiva los 2.5primeros seis meses de vida?		
	2.6 ¿El niño o niña, inició la alimentación complementaria más lactancia materna a partir de los 6 meses?		
	2.7 ¿El niño o niña, tiene los controles mensuales de crecimiento de acuerdo a su edad?		
	2.8 ¿la gestante consume carnes rojas por lo menos tres veces a la semana?		
	2.9 ¿La vivienda cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación de alimentos?		

Salud sexual y reproductiva	3.1 ¿La pareja utiliza algún método no tradicional de planificación familiar?		
	3.2 ¿La madre realiza el papanicolau por lo menos cada tres años?		
	3.3 ¿El último parto de la madre fue en un establecimiento de salud?		
	3.4 ¿El último embarazo de la madre fue planificado?		
	3.5 ¿En su familia los hijos varones abrazan y besan a su padre como señal de afecto?		
	3.6 ¿Todos los hijos mayores de un mes cuentan con partida de nacimiento?		
	3.7 ¿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?		
	3.8 ¿Su vivienda cuenta con espacios separados para dormir entre la pareja, los niños y adolescentes?		
Salud mental, cultura de paz y buen trato	4.1 ¿Usted y su pareja ha recibido información sobre cómo educar adecuadamente a sus hijos?		
	4.2 ¿En su familia se promueven la unión entre sus miembros?		
	4.3 ¿En su familia se resuelven los conflictos con participación de sus miembros?		
	4.4 ¿En su familia se promueve la moralidad y el comportamiento ético entre sus miembros?		
	4.5 ¿En su familia se promueve la disciplina y el seguimiento de reglas?		
	4.6 ¿En su familia se promueve la participación y actividades sociales y recreativas?		
Habilidades para la vida	5.1 ¿Su hijo y/o hija le hace preguntas o pide ayuda cuando lo necesita?		
	5.2 ¿Su hijo y/o hija tiene metas, objetivos claros y sabe cómo lograrlos?		
	5.3 ¿Se acostumbra en la familia que los hijos ayuden en la solución en los problemas del hogar o barrio?		
	5.4 ¿Se acostumbra en la familia que los varones ayuden en las labores de la casa?		
Actividad física	6.1 ¿Los adultos de la familia realizan por lo menos media hora de actividad física diaria?		
	6.2 ¿Los y las adolescentes en la familia practican algún deporte?		

## ANEXO 02

## TABLAS

**Tabla 8. Nivel de comportamiento según ejes temáticos de la promoción de la salud en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.**

Eje temático	Nivel de comportamiento							
	Adecuado		Medianamente adecuado		inadecuado		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Higiene y ambiente	20	40,0	23	46,0	7	14,0	50	100,0
Alimentación y nutrición	20	40,0	18	36,0	12	24,0	50	100,0
Salud Sexual y Reproductiva	17	34,0	16	32,0	17	34,0	50	100,0
Salud mental, cultura de paz y buen trato	41	82,0	6	12,0	3	6,0	50	100,0
Habilidades para la vida,	19	38,0	10	20,0	21	42,0	50	100,0
Actividad física	00	00	40	80,0	10	20,0	50	100,0

Fuente: Ficha de comportamientos saludables aplicados a madres de Santa Rosa, Atalaya – 2019.

**Tabla 9. Indicadores de valoración del eje temático higiene y ambiente, en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.**

Indicadores	Valoración			
	Si		No	
	F	%	F	%
Dispone de un lugar para el lavado de manos	24	48,0	26	52,0
Utiliza agua y jabón para el lavado de manos	34	68,0	16	32,0
El agua para el consumo es guardada en recipientes limpios y tapados	31	62,0	19	38,0
Utiliza algún método de desinfección del agua	43	86,0	7	14,0
Utiliza letrina o sanitario	48	96,0	2	4,0
Convive con animales dentro de la vivienda	37	74,0	13	26,0
Tiene espacios separados de cocina y dormitorios	47	94,0	3	6,0

Fuente: Ficha de comportamientos saludables aplicados a madres de Santa Rosa, Atalaya – 2019.

**Tabla 10. Indicadores de valoración del eje temático alimentación y nutrición saludable, en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.**

Indicadores	Valoración			
	Si		No	
	F	%	F	%
Consume verduras por lo menos tres veces a la semana	38	76,0	12	24,0
Consume frutas por lo menos tres veces a la semana	36	72,0	14	28,0
Consume alimentos de origen animal por lo menos tres veces a la semana	41	82,0	9	18,0
Consume leche o sus derivados por lo menos tres veces a la semana	23	46,0	27	54,0
Lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida	45	90,0	5	10,0
Alimentación complementaria más lactancia materna a partir de los 6 meses	44	88,0	6	12,0
Recibe controles mensuales de crecimiento de acuerdo a su edad	42	84,0	8	16,0
La gestante consume carnes rojas por lo menos tres veces a la semana	32	64,0	18	36,0

Fuente: Ficha de comportamientos saludables aplicados a madres de Santa Rosa, Atalaya – 2019.

**Tabla 11. Indicadores de valoración del eje temático de salud sexual y reproductiva, en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.**

Indicadores	Valoración			
	Si		No	
	F	%	F	%
La vivienda cuenta con espacios suficientes	22	44,0	28	56,0
Utiliza algún método no tradicional de planificación familiar	36	72,0	14	28,0
Realiza el Papanicolaou por lo menos cada tres años	10	20,0	40	80,0
El último parto de la madre fue en un establecimiento de salud	36	72,0	14	28,0
El último embarazo de la madre fue planificado	37	74,0	13	26,0
Los hijos varones abrazan y besan a su padre como señal de afecto	30	60,0	20	40,0
Todos los hijos mayores de un mes cuentan con partida de nacimiento	45	90,0	5	10,0
Cuenta con espacios que garanticen privacidad e intimidad	34	68,0	16	32,0
Cuenta con espacios separados para dormir	24	48,0	26	52,0

Fuente: Ficha de comportamientos saludables aplicados a madres de Santa Rosa, Atalaya – 2019.

**Tabla 12. Indicadores de valoración del eje temático de salud mental, cultura de paz y buen trato en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.**

Indicadores	Valoración			
	Si		No	
	F	%	F	%
Ha recibido información como educar a sus hijos	43	86,0	7	14,0
En su familia se promueve la unión entre sus miembros	47	94,0	3	6,0
En su familia se resuelven los conflictos con participación de sus miembros	39	78,0	11	22,0
En su familia se promueve la moralidad y comportamiento ético	42	84,0	8	16,0
En su familia se promueve la disciplina y seguimiento de reglas	45	90,0	5	10,0
En su familia se promueve la participación en actividades sociales y deportivas	47	94,0	3	6,0

Fuente: Ficha de comportamientos saludables aplicados a madres de Santa Rosa, Atalaya – 2019.

**Tabla 13. Indicadores de valoración del eje temático de habilidades para la vida en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.**

Indicadores	Valoración			
	Si		No	
	F	%	F	%
Su hijo o hija le hace preguntas o pide ayuda cuando lo necesita	43	86,0	7	14,0
Su hijo o hija tiene metas claras y sabe cómo lograrlas	21	42,0	29	58,0
Los hijos ayudan en la solución de los problemas del hogar o barrio	35	70,0	15	30,0
Se acostumbra que los varones ayuden en las labores de la casa	36	72,0	14	28,0

Fuente: Ficha de comportamientos saludables aplicados a madres de Santa Rosa, Atalaya – 2019.

**Tabla 14. Indicadores de valoración del eje temático de actividad física, en familias del caserío Santa Rosa, Atalaya – 2019.**

Indicadores	Valoración			
	Si		No	
	F	%	F	%
Los adultos realizan por lo menos media hora de actividad física	2	4,0	48	96,0
Los adolescentes practican algún deporte	40	80,0	10	20,0

Fuente: Ficha de comportamientos saludables aplicados a madres de Santa Rosa, Atalaya – 2019.

## ANEXO 03

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

## TÍTULO: “Nivel de comportamientos y entornos saludables de las familias del caserío Santa Rosa, Atalaya-2019”

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología	Población y muestra
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de los comportamientos saludables respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud en las familias del caserío Santa Rosa, Atalaya-2019?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de comportamientos en la dimensión higiene y ambiente, en las familias del caserío Santa Rosa, Atalaya - 2019?</p> <p>¿Cuál es el nivel de comportamientos, en la dimensión alimentación y nutrición saludable, en las familias del caserío Santa Rosa, Atalaya - 2019?</p> <p>¿Cuál es el nivel de comportamientos en la dimensión Salud Sexual y Reproductiva, en las familias del caserío</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Identificar el nivel de los comportamientos saludables respecto a los ejes temáticos de la promoción de la salud en las familias del caserío Santa Rosa, Atalaya-2019.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Identificar el nivel de comportamientos, en la dimensión higiene y ambiente, en las familias del caserío de Santa Rosa, Atalaya-2019.</p> <p>Determinar es el nivel de comportamientos, en la dimensión alimentación y nutrición saludable, en las familias del caserío Santa Rosa, Atalaya-2019.</p> <p>Identificar el nivel de comportamientos, en la dimensión salud sexual y reproductiva, en las familias del</p>	<p>En esta investigación por tratarse de un estudio de nivel exploratorio y tipo descriptivo no amerita el planteamiento de hipótesis.</p>	<p>Comportamientos y entornos saludables</p>	<p>Comportamientos sobre Higiene y ambiente</p> <p>Comportamientos sobre Alimentación y Nutrición Saludable</p> <p>Comportamientos sobre Salud Sexual y Reproductiva</p>	<p>Lavado de manos con jabón</p> <p>Higiene corporal</p> <p>Cuidado del agua de consumo</p> <p>Cuidado de la letrina</p> <p>Cuidado de los residuos sólidos</p> <p>Limpieza y orden de la vivienda</p> <p>Limpieza del entorno de la vivienda</p> <p>Cuidado de las aguas residuales</p> <p>Espacios para cocina y dormitorios</p> <p>Convivencia con animales</p> <p>Higiene de los alimentos</p> <p>Lactancia materna exclusiva</p> <p>Inicio alimentación complementaria</p> <p>Cantidad, tipo y frecuencia de alimentación complementaria.</p> <p>Tipo de alimentación en niños</p> <p>Tipo de alimentación en adultos</p> <p>Alimentación del adulto mayor</p> <p>Alimentación de la gestante</p> <p>Frecuencia de consumo de frutas y verduras</p> <p>Frecuencia de consumo de alimentos de origen animal</p> <p>Conservación de los alimentos</p> <p>Edad de inicio de relaciones sexuales</p> <p>Embarazo en adolescentes</p> <p>Periodo intergenésico</p> <p>Uso de método no tradicional de planificación familiar</p> <p>Control de embarazo y parto institucional</p>	<p><b>Nivel de investigación</b> Exploratorio</p> <p><b>Tipo de investigación:</b> Descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.</p> <p><b>Diseño de investigación:</b> No experimental O → M</p> <p><b>Técnicas:</b> Encuesta, entrevista observación</p> <p><b>Instrumento de recolección de datos</b> Ficha de comportamiento s y saludables propuesto por el Ministerio de Salud del Perú.</p>	<p>La población estuvo conformada por 52 familias del caserío Santa Rosa, Atalaya</p> <p>La muestra fue el 100% de la población que cumplieron con los criterios de inclusión.</p>

<p>Santa Rosa, Atalaya - 2019?</p> <p>¿Cuál es el nivel de comportamientos, en la dimensión Promoción de salud mental, cultura de paz y buen trato, de las familias del caserío Santa Rosa, Atalaya - 2018?</p> <p>¿Cuál es el nivel de comportamientos, en la dimensión habilidades para la vida, de las familias del caserío Santa Rosa, Atalaya - 2019?</p> <p>¿Cuál es el nivel de comportamientos, en la dimensión actividad física, de las familias del caserío Santa Rosa, Atalaya - 2019?</p>	<p>caserío Santa Rosa, Atalaya-2019.</p> <p>Determinar el nivel de comportamientos, en la dimensión promoción de salud mental, cultura de paz y buen trato, de las familias del caserío Santa Rosa, Atalaya-2019.</p> <p>Identificar el nivel de comportamientos, en la dimensión habilidades para la vida, de las familias del caserío Santa Rosa, Atalaya-2019.</p> <p>Identificar es el nivel de comportamientos en la dimensión actividad física, de las familias del caserío Santa Rosa, Atalaya-2019</p>			<p>Embarazo planificado</p> <p>Espacios que garanticen la privacidad en la intimidad</p> <p>Espacios separados para dormir</p> <p>Aborto en embarazos no deseados</p> <p>Infecciones de transmisión sexual incluido VIH/SIDA</p> <p>Control de Papanicolau</p> <p>Comportamientos sobre Salud Mental, Cultura de paz y bien trato</p> <p>Comportamientos sobre Habilidades para la vida</p> <p>Comportamientos sobre Actividad Física</p>	<p>Embarazo planificado</p> <p>Espacios que garanticen la privacidad en la intimidad</p> <p>Espacios separados para dormir</p> <p>Aborto en embarazos no deseados</p> <p>Infecciones de transmisión sexual incluido VIH/SIDA</p> <p>Control de Papanicolau</p> <p>Comunicación entre padres e hijos</p> <p>Resolución de conflictos con participación de sus miembros</p> <p>Promoción de la moralidad y el comportamiento ético</p> <p>Promoción de disciplina y reglas</p> <p>Promueve de participación en actividades sociales y recreativas</p> <p>Violencia intrafamiliar</p> <p>Prácticas de comunicación asertiva</p> <p>Elaboran proyecto de vida</p> <p>Ayuda mutua</p> <p>Participación de los hijos en la toma de decisiones</p> <p>Participación de los hijos en la solución de problemas</p> <p>Equidad de género entre los integrantes de la familia</p> <p>Realización por lo menos media hora de actividad física diaria</p> <p>Practica de algún deporte</p>		
---	--	--	--	---	---	--	--