



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA PROFAM PARA MEJORAR
LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LAS FAMILIAS DEL
CASERÍO SANTA ROSA DE YARINACocha DE LA PROVINCIA
DE CORONEL PORTILLO - UCAYALI, 2018.**

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Presentado por:

Marianella, Pacaya Sima

Asesora

Mg. Loyda LÓPEZ NAVARRO

PUCALLPA – PERÚ

MARZO 2019

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado con mucho amor y aprecio a mis padres, y demás familiares que me apoyaron en mis estudios de formación en la Escuela Profesional de Enfermería.

Así mismo, a las madres de familia del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, de Ucayali.

AGRADECIMIENTO

A todas las madres de familia que participaron en el desarrollo del PROFAM, por su entusiasmo y colaboración en todas las etapas del desarrollo de la presente investigación.

A la Mg. Robertina Soria Chujutalli, por brindarme las facilidades, orientación y sabios consejos para poder mejorar el trabajo de investigación en cada de sus etapas.

A la Lic. Loyda López Navarro, por apoyarme en las correcciones del trabajo de investigación.

INDICE

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Índice	
Resumen	
Abstrac	
INTRODUCCIÓN	x

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO	154
1.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	154
1.2 BASES TEÓRICAS	19
1.2.1. Programa PROFAM.....	19
1.2.1. Estilos de vida.....	23
1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	29

CAPÍTULO II HIPOTESIS Y VARIABLES

2.1 FORMULACIÓN DE HIPOTESIS	31
2.2 VARIABLES.....	31
2.3.1 Definición conceptual de las variable	31
2.3.2 Definición operacional de las variable.....	32
2.3.2 Operacionalización de la variable.....	32

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	36
3.2. DISEÑO MUESTRAL	36
3.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
3.3.1. Técnicas	36
3.3.2. Instrumento.....	36
3.4. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	37
3.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	37

CAPITULO IV.....	
RESULTADOS.....	38
CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	45
CAPÍTULO V.....	
DISCUSIÓN.....	46
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	530
ANEXOS.....	53

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1, Distribución según género de los jefes de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018.....	38
Tabla N° 2, Distribución según grupo etario de los jefes de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018.....	39
Tabla N° 3, Distribución según grado de instrucción de los jefes de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018	40
Tabla N° 4, Distribución según religión de los jefes de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018.....	41
Tabla N° 5, Distribución según estilos de vida saludable en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha – Ucayali, antes de la aplicación del programa PROFAM.	42
Tabla N° 6, Distribución según estilos de vida saludable en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha – Ucayali, después de la aplicación del programa PROFAM.	43
Tabla N° 7, Comparación entre antes y después de la aplicación del programa PROFAM en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha – Ucayali..	44

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1, Porcentaje según género de los jefes de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018.....	38
Gráfico N° 2, Porcentaje según grupo etario de los jefes de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018.....	39
Gráfico N° 3, Porcentaje según grado de instrucción de los jefes de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018	40
Gráfico N° 4, Porcentaje según religión de los jefes de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018.....	41
Gráfico N° 5, Porcentaje según estilos de vida saludable en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha – Ucayali, antes de la aplicación del programa PROFAM.	42
Gráfico N° 6, Porcentaje según estilos de vida saludable en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha – Ucayali, después de la aplicación del programa PROFAM.	43
Gráfico N° 7, Porcentaje entre antes y después de la aplicación del programa PROFAM en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha – Ucayali..	44

RESUMEN

Estudio realizado con el objetivo de determinar la efectividad del programa PROFAM para mejorar los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018. Metodología; tipo longitudinal, prospectivo, de nivel experimental, y de diseño cuasi experimental; el ámbito de estudio fue en el Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, distrito del mismo nombre de la Provincia de Coronel Portillo del Departamento de Ucayali; la población y muestra estuvo conformado por 75 familias intervenidas mediante el programa PROFAM; la técnica utilizada fue la encuesta; el instrumento que se aplicó fue la ficha de evaluación de comportamiento y entorno saludable compuesto de 40 ítems y posee 2 alternativas de respuesta. Resultados; antes de la aplicación del programa PROFAM, del total (75) de elementos estudiados, 43, (57.4%) poseen estilos de vida no saludable; 25, (33.3%) poseen estilos de vida poco saludable; y solo 07, (9.3%) poseen estilos de vida saludable. Después de la aplicación del programa PROFAM, 35, (46.7%) poseen estilos de vida saludable; 28, (37.3%) poseen estilos de vida poco saludable; y 12, (16.0%) poseen estilos de vida no saludable. Respecto a la comparación, antes de la intervención del programa el 7, (9.3%); tenían estilos de vida saludable, mientras que en el pos test alcanza el; 35, (46.7%). Sobre estilos de vida poco saludable, en el pre test el; 25, (33.3%) presentaban estilos de vida poco saludable, mientras que luego de la intervención del programa alcanza el 28, (37.3%). Así mismo, antes de la intervención del programa el; 43, (57.4%). poseen estilos de vida no saludable, mientras que luego de la intervención del programa alcanza el 12, (16.0%). Conclusiones; el estilo de vida que predomina (57.4%) antes de la aplicación del programa PROFAM es el estilo de vida no saludable. El estilo de vida que predomina (46.7%) después de la aplicación del programa PROFAM es el estilo de vida saludable. El programa PROFAM mejora los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, su efectividad se determinó mediante la prueba estadística de McNemar, donde se obtuvo el valor de $p = 0,033$, por lo que se aceptó la hipótesis de investigación planteada.

Palabras Clave: Estilos de vida saludables, PROFAM.

ABSTRACT

Study carried out with the objective of determining the effectiveness of the PROFAM program to improve healthy lifestyles in the families of the Caserío Santa Rosa de Yarinacocha - Ucayali, 2018. Methodology; longitudinal type, prospective, pre-experimental level, and experimental design; The scope of the study was in the Santa Rosa de Yarinacocha farmhouse, district of the same name of the Province of Coronel Portillo of the Department of Ucayali; the population and sample consisted of 75 families intervened through the PROFAM program; the technique used was the survey; the instrument that was applied was the behavior and healthy environment assessment form consisting of 40 items and has 2 response alternatives. Results; before the application of the PROFAM program, of the total (75) of elements studied, 43 (57.4%) have unhealthy lifestyles; 25 (33.3%) have unhealthy lifestyles; and only 07 (9.3%) have healthy lifestyles. After applying the PROFAM program, 35 (46.7%) have healthy lifestyles; 28 (37.3%) have unhealthy lifestyles; and 12 (16.0%) have unhealthy lifestyles. Regarding the comparison, before the intervention of the program 9.3% (07) had healthy lifestyles, while in the post test it reaches 46.7% (35). On unhealthy lifestyles, in the pretest 33.3% (25) presented unhealthy lifestyles, while after the program intervention reached 37.3% (28). Likewise, before the intervention of the program, 57.4% (43) have unhealthy lifestyles, while after the intervention of the program it reaches 16.0% (12). Conclusions The lifestyle that predominates (57.4%) before the application of the PROFAM program is the unhealthy lifestyle. The lifestyle that predominates (46.7%) after the application of the PROFAM program is the healthy lifestyle. The PROFAM program improves healthy lifestyles in the families of Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, its effectiveness was determined by McNemar's statistical test, where the value of $p = 0.033$ was obtained, for which the research hypothesis was accepted. .

Key words: Lifestyles, PROFAM.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades transmisibles siguen causando un número importante de enfermedades y fallecimientos, en hombres 67,4 defunciones por 100.000 habitantes y en mujeres 51.2 defunciones por 100.000 habitantes; aunque estos índices son mayores en Centroamérica y Brasil, siendo los lactantes y los niños pequeños las principales víctimas. La vacunación es una contramedida importante, pero su eficacia se circunscribe a ciertas enfermedades y pueden aminorarla aún más la insuficiencia de recursos financieros y técnicos y los problemas de distribución. El entorno doméstico es un campo de batalla decisivo para reducir la exposición a los agentes patógenos, y cuando el combate no se libra bien, perecen en el los más jóvenes y los más débiles. (1)

El sistema de salud está evolucionando en direcciones que poco contribuyen a la equidad y a la justicia social, y no obtienen los resultados sanitarios acordes con los recursos invertidos. Esta situación se produce porque los sistemas de salud están centrados en una oferta restringida de atención curativa especializada; además, los sistemas de salud, por aplicar un enfoque de mando y de control a la lucha contra las enfermedades, centran sus resultados a corto plazo, provocando una fragmentación de la prestación de servicios de salud; así mismo, los sistemas de salud basan su gobernanza en la no intervención, lo que permite que la atención de carácter comercial no regulada prospere. (2)

En los últimos 15 años en nuestro país se ha producido una desarticulación del campo de recursos humanos en salud, y como resultado, la escisión entre la necesidad, la demanda y la oferta. Este desajuste oferta-demanda es cuantitativo, pues no existe una correspondencia entre las vacantes ofrecidas y la disponibilidad requerida; y también cualitativo, porque la masificación ha traído la mediocridad y dualización de la formación universitaria, lo que se ha cuestionado la calidad del personal formado. En la actualidad, existe una gran variedad de programas de formación en salud familiar, que presentan diseños metodológicos, con algunas características comunes como la utilización de metodologías activas y participativas y que buscan construir un espacio de

articulación enseñanza-servicio, a fin de atender la necesidad generada por los cambios en el modelo de formación de los profesionales de salud, de modo permanente y en todos los niveles. (3)

A pesar que las intervenciones masivas de educación en salud, nutrición salud e higiene han tenido algún impacto en las familias, todavía encontramos muchas viviendas cuyo estilo de vida son deficientes y las nuevas opciones para el mejoramiento de vida son mínimas. (4)

Las familias cuentan con un entorno que presentan riesgos sociales para la salud, y a la vez ofrecen medios para promover y protegerla. Esos riesgos y esos medios suelen estar presentes en zonas rurales y urbanas. La población urbana se enfrenta con los problemas de hacinamiento, ruido, contaminación del aire, delincuencia, pobreza, congestión y peligros de accidentes de tránsito y aislamiento social, si bien tiene por lo común mejor acceso a servicios de todo tipo. En las zonas rurales, pueden agravar los riesgos para la salud el aislamiento físico, la pobreza y la falta de servicios sanitarios y de apoyo financieramente variables. (5)

El modelo de intervención del programa educativo, se inicia por reconocer que las madres son el centro del cambio dentro de la familia y que han acumulado su conocimiento a partir de su experiencia de vida. Esto les permite establecer una estrategia de sobrevivencia, que atenúa un conjunto de factores de riesgo de presión sobre su entorno familiar, que condicionan un conjunto de formas de vida, hábitos en salud, alimentación, crianza de sus niños y niñas, en este sentido los hábitos adquiridos pueden ser positivos o negativos y siendo los negativos los que generan un costo social para la familia, situándose la desnutrición crónica infantil como una de las primeras manifestaciones sumadas a otras necesidades, como el respeto a sus derechos a la vida, al nombre, la salud, educación, esparcimiento, juegos y actividades culturales entre otros. (6)

Los estilos de vida vienen a ser el conjunto de conductas que un individuo pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que puede

ser pertinente para el mantenimiento de su salud a que le coloca en situación de riesgo para la enfermedad. (7)

Este modelo de intervención plantea que las madres son el público objetivo y la instancia a potenciar para generar el cambio de imagen de estrategia de sobrevivencia a un desarrollo, motivando una redefinición de roles, funciones y comportamientos de los miembros del hogar. (8)

En el año 2015, USAID publicó una experiencia exitosa respecto al trabajo de promoción de la salud desarrollada en el Distrito de Sepahua, bajo la dirección y conducción de la Licenciada en Enfermería Ángela Luzquiño B. del Centro de Salud “El Rosario” de Sepahua, con el apoyo de USAID Perú, la Dirección Regional de Salud y la Municipalidad Distrital de Sepahua; actividades que permitió convertir a Sepahua en un municipio y comunidad saludable, siendo modelo a nivel de la región Ucayali, esa descripción conllevó a plantear el siguiente problema: ¿Cuál es la efectividad del programa PROFAM para mejorar los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018?; y establecer como objetivo: Determinar la efectividad del programa PROFAM para mejorar los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018. El estudio se desarrolló porque, durante las últimas décadas en nuestro País se han implementado diferentes proyectos de salud y seguridad complementaria en las comunidades rurales, los mismos que han tenido resultados importantes como mejorar los hábitos nutricionales en la población, mejorar el consumo del agua y disposición de excretas a nivel domiciliario, así como mejorar los hábitos y costumbres sanitario de las familias; además, actualmente se viene implementando a nivel nacional el programa PROFAM, cuya guía y metodología de trabajo fue reglamentado por el ministerio de salud, pero surge la necesidad de evaluar su efectividad que proporcione soporte científico, por lo que se considera importante al presente estudio; además de lo ya señalado, tiene importancia porque, se identificará las condiciones de estilo de vida saludables de las familias a través de las consideraciones estructurales como parte de una dimensión colectiva y social,

de esta manera buscar cambios integrales con la aplicación del programa PROFAM a cargo de los profesionales de enfermería. Estudio es de diseño experimental, longitudinal y prospectivo de una variable independiente y otra variable dependiente, el cual se desarrolló los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2018; donde se intervino a 75 familias del Caserío de Santa Rosa, información que se redacta en el informe final que consta de introducción, y cinco capítulos: Capítulo I marco teórico, Capítulo II hipótesis, Capítulo III metodología, Capítulo IV resultados, Capítulo V discusión, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Antecedentes de nivel Internacional

Giraldo A. y otros (Manizales – Colombia 2015), realizaron el estudio titulado: La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Cuyo objetivo fue profundizar en el tema de la promoción de salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Material y método; se realizó un análisis programático de diferentes publicaciones académicas de carácter científico derivadas de estudios respecto a la promoción de la salud y los estilos de vida saludables, tomando como fuentes aquellas publicadas en la biblioteca virtual de salud, base de datos tales como Proquest, LILACS, Dialnet, Medline y Scielo, publicados entre los años 1992-2009. Para determinar su pertinencia, los artículos y documentos fueron revisados a partir de su resumen y los libros a partir de su tabla de contenido. Resultados: se obtuvo una descripción detallada de la promoción de la salud como estrategia, sus componentes y la forma de aplicación. Sobre los estilos de vida saludables, además de las definiciones se tuvo en consideración los factores del contexto interno como del contexto externo a las personas que intervienen para su fomento. Además de lo anterior, se halló una investigadora que fundamentó en la promoción de la salud la base para proponer el “Modelo de Promoción de la Salud”, lo cual significa un aporte importante a la

profesión de enfermería, así mismo, ha sido aplicado en la práctica profesional y utilizado para el desarrollo de estudios de investigación en salud. Conclusión: la promoción de la salud claramente establece una estrategia que conduce a desarrollar actividades de tipo individual o grupal con el fin de reducir conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables. De igual manera, la promoción de la salud avizora a que los individuos y grupo humanos tengan una mejor calidad de vida, considerando que todos los seres humanos son unidades biológicas y también unidades eminentemente sociales que requieren de intervenciones por los profesionales de la salud como un todo para así lograr el desarrollo de personas y comunidades saludables. (9)

Fretes G., et al. (Chile 2013), Desarrollaron el estudio titulado: Efecto de un programa educativo basado en el consumo de pescado, verduras y frutas de las familias de niños preescolares y escolares. El estudio tuvo como objetivo valorar el efecto del programa educativo sobre el consumo de pescado, verduras y frutas de las familias de niños preescolares y escolares mediante un programa educativo desarrollado durante tres meses y una valoración antes y después de la ejecución del programa educativo, en 27 familias intervenidas y 32 controles, de colegios públicos de una comuna de Santiago de Chile. Se solicitó a cada niño y su padre que desarrolle un cuestionario sobre la frecuencia de consumo de pescado, verduras y frutas y de conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación familiar antes y después de desarrollar el programa educativo. La intervención del programa educativo consistió en desarrollar seis talleres de cocina con una duración de 90 minutos cada uno dirigido a los encargados de la preparación de alimentos en el hogar, además se utilizó otros materiales educativos como videos y retratos. Los hallazgos indicaron un incremento significativo en el consumo de pescado, verduras y frutas en el grupo de muestra seleccionado para la intervención (test de Kolmogorov-Smirnov, test de Wilcoxon) (10)

Antecedentes de nivel Nacional

Díaz J. y otros. (2015), desarrollaron el trabajo titulado “Promoviendo viviendas saludables en el sector de Monte Grande de Jaén”: El objetivo de la investigación fue: Evaluar las características del hogar para ser mejorado mediante el programa de familia saludable en el sector de Monte Grande de Jaen, con la participación activa de los miembros de la familia. Material y métodos: el estudio corresponde a una investigación de tipo experimental con un solo grupo de intervención. La población de estudio estuvo constituida de 48 hogares, los cuales fueron evaluados mediante una ficha de evaluación de riesgo, mediante el cual se seleccionó a 10 familias que calificaron como mediano riesgo. El fundamento teórico para llevar cabo el proceso de investigación se sostiene en el modelo teórico elaborado por el investigador Rodríguez T., y otros, mediante el método de análisis de redes y conjunto de acción, conformado por diversas fases como: a). diálogo – negación: que consistió en la sensibilización y compromiso de las familias participantes; b). recolección de la información, para lo cual se utilizó dos instrumentos de medición: el mapa parlante y la ficha “caritas” para el diagnóstico intradomiciliario; c). junto a la familia se analizó el porqué de la situación actual de la vivienda y como por mejor dicha situación, d). luego la etapa de ejecutar las acciones planificadas y posterior a ello la evaluación. Resultados; los hallazgos indican que el 70% de las familias que fueron parte del estudio alcanzaron mejoría sobre el saneamiento de su vivienda, desarrollando prácticas de higiene más adecuadas (ambientes de la vivienda más limpios y ordenados). Los jefes de las familias indicaron haber fortalecido la solidaridad e hicieron el compromiso de mejorar, así mismo, implantar dichos hábitos en su hogar. Conclusiones: El desarrollo de actividades de respecto a la promoción de la salud está relacionada con el compromiso que muestran. La participación activa de los jefes de las familias, son elementos claves para la aceptación y desarrollo de programas que pretende la modificación, fortalecimiento de competencias y bienestar de las personas, de las familias y comunidad en general, en beneficio de la salud y calidad de vida. (11)

Lucas L. (2014), desarrolló el estudio titulado: Efectividad del programa educativo sobre estilo de vida saludables dirigido a madres de familias inscritas en el comedor popular de la comunidad de Palo de Acero, Distrito de Monzón, 2014. El presente tuvo como objetivo promocionar estilos de vida considerados saludables en las madres que integran el comedor popular de la comunidad de Palo de Acero, para lo cual se hizo un diagnóstico, además de identificación de oportunidades y se desarrolló el proyecto educativo sobre el fomento de mejores estilos de vida. Metodología; el estudio respondió al tipo prospectivo, longitudinal y diseño cuasi experimental. La muestra del estudio fue conformada por madres que integran el comedor popular de Palo Acero. En el desarrollo del estudio se solicitó a las madres de familia que resuelvan el cuestionario antes de la intervención (pre test) y después (post test) de la intervención. El proyecto educativo considera los siete ejes temáticos que se desarrolló aplicando en un periodo de seis meses. Resultados; según la evaluación inicial sobre comportamientos y entornos saludables de las madres califican en la categoría de desfavorable en el 82%. En el pos test alcanza un 82% que presentan comportamientos y entornos saludables favorables, por lo que, $P: 0.05 = 5.99 < 76.4$ conlleva a aceptar la hipótesis que afirma el programa educativo es efectiva para mejorar los estilos de vida considerado saludable en las madres que integran el comedor popular de la comunidad de Palo Acero del distrito Monzón. (12)

Rondán N. (2015), desarrolló la investigación titulada: Efectividad del Programa Educativo “Vivamos Saludable” para modificar estilos de vida de los pacientes con diagnóstico de síndrome metabólico del hospital I del cono sur de Es salud de Nuevo Chimbote en el 2015. Tuvo como objetivo: Conocer la efectividad del programa educativo vivamos saludable en la modificación de los estilos de vida de los usuarios diagnosticados con síndrome metabólico del hospital I del cono sur de Es Salud de Nuevo Chimbote. Metodología, la presente investigación es de nivel cuasiexperimental, y se sustenta en la teoría general de sistemas de la autora Bertalanffy. La población muestral fue de 50 usuarios diagnosticados

con síndrome metabólico, desarrollaron un pre test antes de ejecutar el programa educativo y un posttest luego de desarrollar el programa educativo. Conclusiones; el estilo de vida de los pacientes diagnosticados con síndrome metabólico, en el pre test (antes de ejecutar el programa “Vida Saludable”) el 68% tenían estilos de vida adecuados y solo el 32% tenían estilos de vida inadecuados. El estilo de vida de los usuarios en el pos test (luego de la ejecución del Programa Educativo “Vida Saludable”) fue en un 100% que calificaron como estilos de vida adecuados, con lo que quedó demostrado la efectividad del programa educativo, ya que los resultados indican que el estilo de vida inadecuado se modificó en su totalidad (100%) logrando calificar como estilos de vida adecuados. (13)

Antecedente a nivel Local

Luego de hacer una revisión en las principales bibliotecas de las instituciones académicas de la ciudad de Pucallpa, se concluye que no hay trabajos de investigación publicados en los últimos 5 años.

1.2. Bases Teóricas

1.2.1. Programa PROFAM.

El Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM); está diseñado para mejorar las habilidades y destrezas de los equipos básicos de salud familiar que laboran en el primer nivel de atención. Con lo que se pretende fortalecer el conjunto de habilidades y destrezas que se requiere para cumplir con efectividad la atención integral e integrada de salud con enfoque en salud familiar dentro de la política de aseguramiento universal en salud como parte del acceso universal, así mismo, la descentralización de la atención, y finalmente como parte de la atención primaria en salud con un enfoque renovado. (14)

Creación de la estrategia sanitaria nacional de salud familiar y comunitaria.

En el mes de setiembre del transcurso del 2009, se crea la mencionada estrategia sanitaria para el trabajo en salud familiar mediante la resolución ministerial n° 587-2009/MINSA. Esta estrategia es la ejecutora para brindar la atención primaria de salud elaborada a través del equipo básico multidisciplinario, el cual está orientado al cumplimiento de la atención integral al individuo, la familia y la comunidad; con el objetivo de satisfacer las necesidades de salud de las comunidades, en un ámbito geográfico de un territorio demarcado y con un primer nivel de atención, y que se constituya en la puerta de entrada al sistema nacional de salud. Ayuda al incremento de la salud de la persona, familias y de la comunidad por intermedio de la estrategia para implementar los lineamientos de políticas del ministerio de salud enfatizando la atención integral de salud, fortaleciendo así el primer nivel de atención y la descentralización en Salud. (14)

El programa tiene como finalidad promover el acceso universal de las familias a un servicio de salud dentro del contexto de la calidad y equidad, así mismo, permite el fortalecimiento de las actividades a desarrollarse en el primer nivel de atención mediante los equipos básicos de salud que debe ser de conformado por distintos profesionales de la salud, competente, y fomentar la colaboración de todos los integrantes de la comunidad, el empoderamiento social y la acción intersectorial. Tiene como finalidad fortalecer las competencias en atención primaria a los equipos básicos de salud, para que estos trabajadores de salud se vinculen de manera más efectiva con los pobladores de la comunidad donde trabajan; desarrollen todas las etapas programadas en la planificación prevista por los estamentos desarrollados para la operatividad, y esto pueda generar un cambio que se pueda cuantificar respecto a la solución de dificultades y/o enfermedades crónicas; también mejorar la dinámica familiar y desarrollo de hábitos considerado

saludable dentro de la familia de la comunidad; así como generar entornos saludables dentro de una comunidad. (14)

Objetivos sanitarios.

a) Aseguramiento universal en salud

La Ley n° 29344, constituye uno de los acontecimientos más importantes para la salud pública en el Perú, con lo que se pretende una sociedad que alcance mayor justicia de manera equitativa. Está en proceso de implementación y pretende que se garantice el cumplimiento de los derechos a la prestación de salud de toda persona dentro del estado peruano, el cual implica una atención digna y de calidad desde el nacimiento hasta la muerte, en lo que corresponde al acceso, la oportunidad, aseguramiento de la calidad y financiamiento del mismo; proteger a los integrantes de las diferentes familias de aquellos riesgos que genere pobreza asociado como factor que provoque la enfermedad; mantener los indicadores favorables y mejorar aquellos indicadores sanitarios negativos; y además, elevar la productividad del talento humano. (14)

b) Descentralización en Salud

El día 20 de julio del año 2002 se publicó en el diario el peruano la Ley respecto a la descentralización, donde se constituye políticas claras sobre los lineamientos en el marco del desarrollo del proceso de descentralización. Dentro de este proceso, en el 2005 se dio inicio a la etapa de transferencia de responsabilidades sobre la salud, en correspondencia a lo estipulado por la ley orgánica de gobierno regional. En ese sentido, en el año 2008 se firma e inicia la ejecución de distintos acuerdos intergubernamentales entre el ministerio de salud y el gobierno regional, en los cuales uno de los acuerdos de compromiso del ministerio de salud es fortalecer las competencias de los funcionarios, técnicos y personal de la salud

que labora en la prestación de servicio de salud en el primer nivel de atención de salud, para el mejor el desempeño de las funciones y facultades transferidas. Así mismo, con ello asumieron acuerdos a efectos de brindar acompañamiento técnico en el desempeño de las funciones transferidas. (14)

c) Fortalecimiento del primer nivel de atención

Es otra estrategia que el ministerio de salud viene implementando; estipula que es necesario reformar el modelo de atención integral que considere los fundamentos del enfoque familiar y comunitario, enfatizando acciones respecto a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ya que es sabido que el 80% de la demanda respecto a la salud se puede solucionar en el primer nivel; sin embargo, de forma irónica, el mayor porcentaje de recursos con el que cuenta el estado peruano asigna al nivel de mayor complejidad. Por lo que, es necesario reformar el primer nivel de atención, debido a que es de suma importancia para el funcionamiento del sector salud, garantizando el acceso equilibrado al servicio esencial para toda la población. (14)

Formación en salud familiar y comunitaria.

El referido programa fue elaborado con el objetivo fundamental de desarrollar las habilidades y destrezas del recurso humano responsable de la prestación del servicio de salud en el primer nivel de atención, para implementar así la estrategia de atención primaria de salud renovada, a fin de resolver las necesidades respecto a la salud que tenga la comunidad. Así mismo, se señala los objetivos específicos: (14)

Desarrollar competencias del equipo básico de salud que labora en el contexto del nivel básico de atención, bajo el enfoque sobre derechos en salud, interculturalidad y equidad de género para

ofrecer así una atención de carácter integro dirigido al individuo, familia al que pertenece y comunidad donde habita. (14)

Promover la reforma de la prestación del servicio en salud que se brinda en el nivel básico de atención por intermedio de la implementación de la estrategia de atención integral de salud basado en familia y comunidad.

Desarrollo de una red docente del equipo básico en los temas relacionados a la salud familiar y comunitaria en los distintos niveles de atención que existe, enmarcado en la articulación educación-trabajo en salud. (14)

1.2.2. Estilos de vida saludable.

Desde una visión global, se considerará a los estilos de vida como parte importante del proceso colectivo y social, y que compromete tres dimensiones interrelacionadas entre sí, las cuales son: la dimensión material, la dimensión social y la dimensión ideológica. En el aspecto material, el estilo de vida está caracterizado por manifestaciones de la cultura material, vivienda, alimentación, vestido. En la dimensión social se caracteriza según las formas y estructuras organizativas, como: el tipo de familia donde vive el individuo, grupos parentesco con el que se relaciona, redes sociales con el que interactúan y son parte del sistema de soporte social. En la dimensión ideológica los estilos de vida son expresados a través de los ideales, asignación de valor y creencias que determinan las respuestas a determinadas situaciones o comportamientos frente a distintos acontecimientos. Los estilos de vida saludables son la forma de vida de la persona, el cual comprende lo material y la forma de organizarse respecto a sus comportamientos. Puede calificarse como estilo de vida saludable el vivir en un ambiente considerado saludable, llevar unas relaciones armoniosas con los demás, poseer una adecuada autoestima, buena comunicación, y demás conductas consideradas saludables. (15)

También cabe destacar, que en la sociedad existen estilos de vida que se considera no saludable, como por ejemplo el beber alcohol, conductas inadecuadas en la alimentación, el consumo de tabaco, entre otros; todo aquello que afecta o deteriora la salud física, emocional, social o espiritual. (15)

1.2.3. Dimensiones de la variable: Estilos de vida saludable.

a) Higiene.

La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano.

La higiene (del francés *hygiène*) hace referencia a la rama de la medicina que tiene como fin la prevención de enfermedades y la conservación de la salud, ya sea visto desde los aspectos personales como los ambientales.

Concretamente el término higiene se refiere a aquellas prácticas que incluyen la limpieza y aseo personal, de hogares y espacios públicos. La higiene es una práctica que debería adquirir gran importancia en la vida de los seres humanos ya que la ausencia de las mismas puede acarrear importantes consecuencias negativas para el organismo y la sociedad en su conjunto.

Si bien los orígenes de la práctica pueden ser rastreados a la antigua Grecia, sus inicios como ciencia datan en los primeros años del Siglo XX. En este contexto histórico comenzaron a ser utilizados métodos específicos para la investigación y determinadas normas para su ejecución.

Gracias a la concepción de la higiene como ciencia han sido prevenidas muchas enfermedades y en muchos casos los porcentajes han disminuido de manera notable. De todos modos,

estos cambios pueden verse con mayor facilidad en ciertos países, pero no en otros.

b) Alimentación y nutrición saludable.

Una alimentación saludable consiste en ingerir una variedad de alimentos que te brinden los nutrientes que necesitas para mantenerte sana, sentirte bien y tener energía. Estos nutrientes incluyen las proteínas, los carbohidratos, las grasas, el agua, las vitaminas y los minerales. La nutrición es importante para todos. La salud y buen funcionamiento de nuestro organismo, depende de la nutrición y alimentación que tengamos durante la vida.

Alimentación y Nutrición aun cuando parecieran significar lo mismo, son conceptos diferentes.

La Alimentación nos permite tomar del medio que nos rodea, los alimentos de la dieta (de la boca para fuera) y La Nutrición es el conjunto de procesos que permiten que nuestro organismo utilice los nutrientes que contienen los alimentos para realizar sus funciones (de la boca para adentro).

Los alimentos son todos los productos naturales o industrializados que consumimos para cubrir una necesidad fisiológica (hambre).

Los nutrientes son sustancias que se encuentran dentro de los alimentos y que el cuerpo necesita para realizar diferentes funciones y mantener la salud. Existen cinco tipos de nutrientes llamados: Proteínas o Prótidos, Grasas o Lípidos, Carbohidratos o Glúcidos, Vitaminas y Minerales.

c) Salud sexual y reproductiva.

Salud sexual

Implica el ejercicio de una sexualidad responsable basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

Salud reproductiva

Es la capacidad de disfrutar, expresar nuestra sexualidad y de hacerlo sin riesgos de enfermedades transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación.

La sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. Mientras que la sexualidad está presente y forma parte de toda la vida, la reproducción es la capacidad temporal de procrear que tienen hombres y mujeres.

d) Promoción de la salud mental.

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. La promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias intersectoriales.

Según la OMS. La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad.

e) Habilidades para la vida.

Son capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana. Son habilidades personales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que éste cambie, como la toma de decisiones y la solución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, el conocimiento de sí mismo y la empatía, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés. Son elementos constitutivos fundamentales del desarrollo de las habilidades personales para la promoción de la salud.

f) Actividad física.

La actividad física es todo movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo. Caminar, correr, bailar, nadar, practicar yoga y trabajar en la huerta o el jardín son unos pocos ejemplos.

Según la OMS, se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

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

Un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos:

- Reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas;
- Mejora la salud ósea y funcional, y
- Es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso.

Los niveles de actividad física recomendados por sus efectos beneficiosos en la salud y como prevención de enfermedades no transmisibles se pueden consultar aquí.

La "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio". Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de

transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea.

Teorías de cambio en comportamiento en salud

No es una sola teoría que aborda el tema respecto a la educación sanitaria y la promoción de la salud, debido a que las dificultades y/o problemas sanitarios son diversos y extensos; así mismo los comportamientos, como las mismas poblaciones, el contexto cultural y todo respecto a la salud pública son diferentes entre uno y otro grupo humano, más aún en nuestro país que posee una cultura milenaria y que cada comunidad es tan diferente a otro en sus usos y costumbres. Para un adecuado desarrollo de actividades relacionadas a la comunicación y educación sobre la salud, a continuación, se analiza algunas teorías. (16)

Teorías que promueve el cambio individual:

a) Teoría de etapas o estados del cambio; contempla que las personas tienden a modificar o hacia intentar cambiar los comportamientos y conductas saludables. Su fundamento básico indica que la modificación de conductas es un proceso complejo en el cual identificaron 5 etapas distintas, como son: pre contemplación, contemplación, decisión/determinación, acción y mantenimiento. Además, el autor indica que este proceso es circular y no como otros procesos de tipo lineal; por lo que, las personas no atraviesan estas etapas y las superan, sino que ingresan y abandonan en cualquier momento en este proceso, y con mucha frecuencia repiten las etapas. (17)

b) Teoría de creencias en salud; esta teoría sobre creencias en salud analiza la percepción que posee la persona sobre los problemas que afectan su salud y además sobre la evaluación de una conducta recomendado para prevenir o mejorar un problema. Esta teoría es importante al momento de analizar la carencia de accionar o el incumplimiento de algunos individuos, permitiendo identificar las razones de tal comportamiento. (18)

Teorías que promueve el cambio grupal:

a) Teoría de aprendizaje social; sustenta que la persona existe en entorno donde su pensamiento, consejo, ejemplo, referencia y ayuda de personas cercanas a este tienen la capacidad de influir en su sentimiento, conducta y comportamientos respecto a su salud; es decir, los individuos se ven influenciados por su entorno social y al mismo tiempo también influyen en las conductas de estos individuos. Esta teoría también afirma que las personas y sus entornos interactúan de manera permanente, además aborda los factores Psicosociales para así explicar la conducta respecto a su salud, por lo que, es útil para proponer estrategias que persigan la modificación del comportamiento. Esta teoría manifiesta que el comportamiento humano debe de explicarse como una teoría dinámica de tres componentes, en el cual destacan los factores personales, factores ambientales y la conducta interactúan permanentemente. (19)

b) Teoría de difusión de innovaciones; explica de qué forma las ideas, las conductas y las acciones sociales de carácter novedoso se propagan con facilidad en un entorno social o de una sociedad a otra. Además, la teoría permite entender aquellas inquietudes de las personas en relación a la utilización de nuevos productos o tecnologías que se insertan con suma facilidad y de ello derivan nuevos comportamientos que muchas veces son perjudiciales

para la salud del individuo o en muchos casos de un grupo social.
(20)

c) Teoría de mercadeo social; fundamenta que el mercadeo social es un proceso que permite desarrollar, ejecutar, y evaluar programas de conducentes a modificar los comportamientos humanos mediante el intercambio, además considera que con facilidad se puede adoptar entornos ligados al uso de tecnologías de mercadotecnia comercial para el análisis, planificación, ejecución y evaluación de programas diseñados para repercutir en conductas con el objetivo de preservar o mejorar su bienestar físico, mental o social del entorno donde constituyen como miembro. Para modificar la conducta de la persona es necesario entender aquello que promueve y conserva la conducta del momento, así como aquellos factores que impulsarían y permitiría conservar la nueva conducta. (21)

Programa de vivienda saludable.

El Programa se compone de un conjunto de acciones a desarrollar de manera holística, con el fin de promover comportamientos que propicien estilos de vida saludable entre los integrantes de la familia. Está orientada a desarrollar competencias que necesitan las familias para mejorar su salud, mejorar la vivienda y desarrollar el entorno. El Proyecto promueve el desarrollo de una cultura de salud, que tiene como base la solidaridad, el respeto, así como el desarrollo de valores y demás principios vitales para el desarrollo humano. (22)

Familia saludable.

Se considera como familia saludable a aquella familia donde los integrantes se encuentran comprometidos en la búsqueda permanente del bienestar en el aspecto físico, aspecto psíquico, y aspecto social, y además despliegan condiciones favorables para conservar y fomentar su desarrollo humano, respetando su dignidad,

la expectativa que tiene y las necesidades que tuvieran; además resuelven de manera adecuada las diferencias que originan conflictos entre los miembros y en su entorno, haciéndose responsables de aquellas decisiones de manera individual y/o de manera familiar, impulsando el desarrollo de principios, valores necesarios, así como actitudes favorables para una vida más digna.

Vivienda Saludable.

Es aquella donde geográficamente existe un espacio físico que propicia condiciones favorables para el desarrollo de las personas que conforma una familia, en el cual se reduce lo más que se pueda aquellos factores que implican un riesgo para la afectación de su salud.

Las condiciones que posee la vivienda son consideradas como uno de los principales determinantes sociales que influyen en la salud del ser humano. Las características que ofrece la vivienda puede promover la salud de sus habitantes cuando son las adecuadas, o caso contrario, pueden limitarla cuando son negativas, y repercutir en la dimensión de la salud física, mental, o social de sus miembros. La vivienda saludable se refiere a un espacio que cumple condiciones favorables a la salud, por citar como ejemplo: cuando garantiza la seguridad y protección, cuando facilita el descanso adecuado, cuando presenta condiciones adecuadas para el almacenamiento, preparación y consumo de los alimentos, condiciones adecuadas para la higiene personal, de la vivienda y el saneamiento, entre otras otras condiciones ligadas al fomento de la salud. (22)

Promoción de la Salud.

Es el proceso por el cual los individuos, las familias y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre determinadas dimensiones respecto a su salud, y de esa manera poder garantizar una mejor salud. Además, se considera

como una estrategia que vincula a las personas con sus entornos, con la finalidad de crear un ambiente con mejores condiciones para la salud. (23)

Determinantes de la salud

Son aquellos factores que determinan la salud del individuo y la comunidad, como los factores personales, factores sociales, factores económicos y factores de carácter ambiental. La actividad propuesta para promocionar la salud se centra en el conjunto de acciones para conservar o mejorar la salud, considerando aspectos como el ingreso económico, el estrato social, el sector educativo, el trabajo y sus condiciones donde el individuo se desenvuelve, el acceso a servicios básicos de calidad y los entornos favorables. Combinando aquellos elementos se genera mejores espacios para vivir y que esto pueda desarrollar un impacto favorable para la salud de los integrantes. (23)

1.3. Definición de términos.

Comportamiento:

Conjunto de respuestas que desarrolla un ser vivo en relación con su entorno o estímulo al que se somete. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, según las situaciones que lo afecten.

Entorno:

Lugar donde un individuo puede desarrollarse tanto en lo físico como en lo social y cultural. Es un espacio que se habita frecuentemente y hace parte de quien somos, pero sin ser únicamente lo que nos caracteriza.

Estilos de vida:

Comportamientos o conductas que distingue, de una manera específica, a la forma o manera en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular cosmovisión o concepción del mundo.

Estilos de vida saludables

Hacen referencia a un conjunto de comportamientos o conductas que desarrolla la persona, para mantener su estado de salud física, psicológica y social en parámetros considerado adecuado; estos se relacionan con su alimentación, consumo de tabaco, con el desarrollo o no de actividad física, consumo de alcohol, drogas y otras actividades ligadas a la salud.

Familia:

Grupo de personas formado por una pareja (normalmente unida por lazos legales o religiosos), que convive y tiene un proyecto de vida en común, y sus hijos, cuando los tienen.

Familia saludable:

Se considera a aquella familia en el cual sus miembros se encuentran en búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para conservar y promover su salud; respetando su dignidad, sus expectativas, necesidades, y viven resolviendo adecuadamente las diferencias entre sus miembros.

Salud:

Según la Organización Mundial de la Salud, indica que es un estado de completo bienestar físico, mental y social

CAPÍTULO II

HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Formulación de hipótesis.

Hipótesis de investigación:

Ha. El programa PROFAM es efectivo para mejorar los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018.

Ho Hipótesis Nula:

El programa PROFAM no es efectivo para mejorar los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018.

2.2. Variable: Programa PROFAM

Definición conceptual.

Es el programa nacional de formación en salud familiar y comunitaria, diseñado para mejorar las habilidades de los profesionales que integran el equipo básico de salud familiar en la atención básica de salud; cuya finalidad es mejorar los comportamientos y entornos de la familia.

Operacionalización de la variable:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO Y ESCALA DE MEDIDA
Programa PROFAM	Es un programa desarrollado con el fin de desarrollar habilidades en los profesionales que integran el equipo básico de salud familiar, con el fin de mejorar los comportamientos y entornos de la familia.	• Sensibilización y organización.	• Realización de reuniones para motivación y mejorar la Salud.	Categórico / Nominal
		• Planificación	• Elaboración de diagnósticos sobre la situación de Salud.	
		• Ejecución	• Implementar normas de vida saludables	
		• Evaluación	• Participación en todo el proceso de autoevaluación	

Variable: Estilos de vida saludables

Definición conceptual.

Hacen referencia a un conjunto de comportamientos o conductas que desarrollan las personas de manera continua y permanente, para conservar su aspecto físico y mental en condiciones adecuadas, los cuales están relacionados con los hábitos de consumo sobre su alimentación, consumo de tabaco, así como con la práctica o no de actividad física, consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas con la salud.

Definición operacional.

La variable será evaluada mediante la ficha de comportamientos y entornos saludables elaborado por el ministerio de salud y publicado en la guía de

familia y comunidad saludable, está constituido por 40 preguntas con dos alternativas de respuesta (Si o No)

Operacionalización de la variable:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO Y ESCALA DE MEDIDA
Estilos de vida saludables	Hacen referencia a un conjunto de comportamientos o conductas que realizan las personas, para mantener su cuerpo y mente de una manera adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lugar para el lavado de manos - Uso de agua y jabón para el lavado de manos - Almacenamiento adecuado del agua para el consumo - Uso de método de desinfección del agua. - Uso de letrina o sanitario - Convivencia con animales - Distribución adecuada de los ambientes 	Categorico / Ordinal
		<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación y nutrición saludable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de verduras - Consume de frutas - Consume de alimentos de origen animal - Consumo de leche o sus derivados - Lactancia materna exclusiva - Inició de alimentación complementaria en el periodo adecuado - Controles de crecimiento y desarrollo - La gestante consume carnes rojas - Vivienda con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Salud sexual y reproductiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de método no tradicional de planificación familiar - Examen de papanicolau - Parto institucional - Embarazo planificado - Expresión de afecto - Todos los hijos mayores de un mes cuentan con partida de nacimiento - Espacios que garanticen la privacidad y la intimidad en las expresiones sexuales de los adultos. - Espacios separados para dormir entre la pareja, los niños y adolescentes 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Información sobre educación a los hijos - Unión entre sus miembros - Resolución de conflictos - Promoción de moralidad y el comportamiento ético - Promoción de disciplina y reglas - Participación en actividades sociales y recreativas 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades para la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitud de ayuda - Establecimiento de metas y objetivos - Participación de los hijos en la solución de problemas del hogar - Participación de los varones en las labores de la casa 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Actividad física. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de actividad física diaria - Practica de deporte 	

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

Diseño experimental, porque se intervino al grupo poblacional mediante lo propuesto en el programa PROFAM, para medir antes (pre test) y después (pos test) la variable estilo de vida saludable, para luego así determinar su efectividad.

De nivel pre experimento, ya que la medición de la variable de interés se realizó en un solo grupo en el cual se intervino mediante el desarrollo del programa PROFAM.

Longitudinal, porque la recolección de datos de la variable estilos de vida saludables se realizó en dos momentos, al iniciar la intervención del programa PROFAM (pre test) y al finalizar la intervención con el programa PROFAM (pos test).

Prospectivo, porque los datos para su análisis descriptivo e inferencial se generaron luego de haber iniciado el estudio.

Respondió al siguiente esquema:

$G_1 \quad O_1 \quad X \quad O_2$

Donde:

- G₁** = Grupo 1
- O₁** = Observación 1 (Pre test).
- X** = Intervención (programa PROFAM)
- O₂** = Observación 2 (Pos test).

3.2. Diseño muestral

La población de estudio estuvo conformada por el total de familias del caserío Santa Rosa de Yarinacocha, quienes hacen un total de 75 familias, según el censo del Puesto de Salud de Santa Rosa de Yarinacocha.

3.3. Técnicas de recolección de datos

Se hizo uso de la técnica de la encuesta.

Instrumento; el instrumento utilizado para la recolección de datos, fue la ficha de comportamientos y entornos saludables, el cual estuvo constituido por 40 ítems con 2 alternativas de respuesta (sí / no). A partir de dichas respuestas se le asignó un valor para luego establecer las siguientes categorías:

- Estilos de vida saludable
- Estilos de vida poco saludable
- Estilos de vida no saludable

Validez y confiabilidad; el instrumento fue elaborado por el ministerio de salud y es aplicado a nivel nacional en los establecimientos del primer nivel de atención, por lo que no fue necesario validar ni medir la confiabilidad del instrumento de medición.

3.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Los datos recolectados en el instrumento, fueron ingresados a una base de datos generado en el programa SPSS Versión 23.

Los datos fueron analizados haciendo uso de la estadística descriptiva, mediante el cual se obtuvo tablas con número y porcentaje; y para la afirmación de la hipótesis se hizo uso de la estadística inferencial mediante el estadístico de prueba Mc Nemar, ya que la variable sujeta a prueba fue de tipo categórico y escala de medición ordinal.

3.5. Aspectos éticos

Se respetó la autonomía de las madres de familia del Caserío Santa Rosa, a quienes se les informó sobre los riesgos y beneficios del proceso de investigación. La aplicación del instrumento se realizó en absoluto anonimato, y además se conservó la confidencialidad de la información recolectada. Así mismo, prevaleció el respeto a su dignidad e integridad, también se consideró la protección de sus derechos y bienestar.

Se aplicó también los criterios éticos deontológicos como la beneficencia, la no maleficencia así como la autonomía de los participantes.

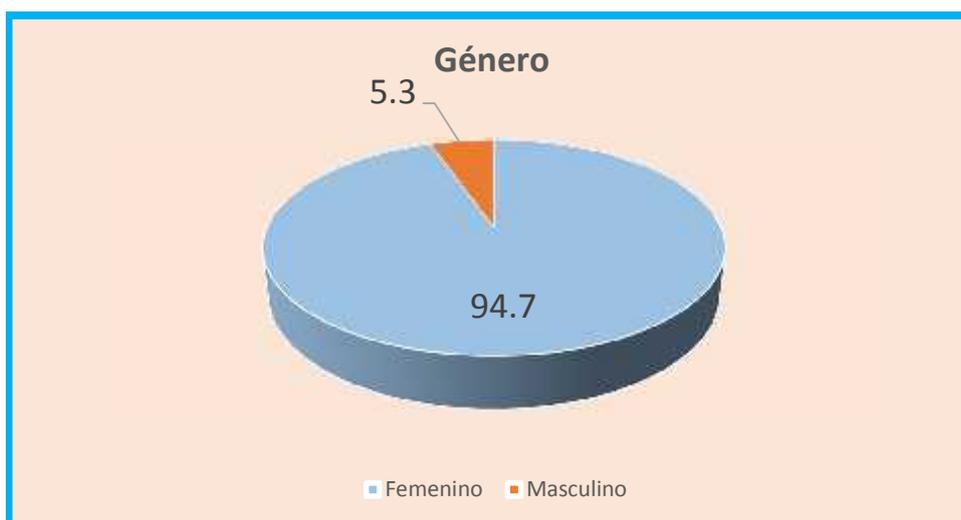
CAPITULO IV

RESULTADOS

Tabla N° 1, Distribución según género de los jefes de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018

Género	Nº	%
Femenino	71	94.7
Masculino	04	5.3
Total	75	100.0

En la tabla 1, del total (75) de elementos estudiados, 71 (94.7%) son del género femenino; y 04 (5.3%) son del género masculino.



Fuente: Encuesta aplicado de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018

Tabla N° 2, Distribución según grupo etario de los jefes de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018

Grupo etario	Nº	%
20 a 29 años	12	16.0
30 a 39 años	30	40.0
40 a 49 años	23	30.7
50 a más años	10	13.3
Total	75	100.0

En la tabla 2, del total (75) de elementos estudiados, 30 (40.0%) tienen entre 30 a 39 años; 23 (30.7%) tienen entre 40 a 49 años; 12 (16.0%) tienen entre 20 a 29 años; y 10 (13.3%) tienen de 50 años a más.

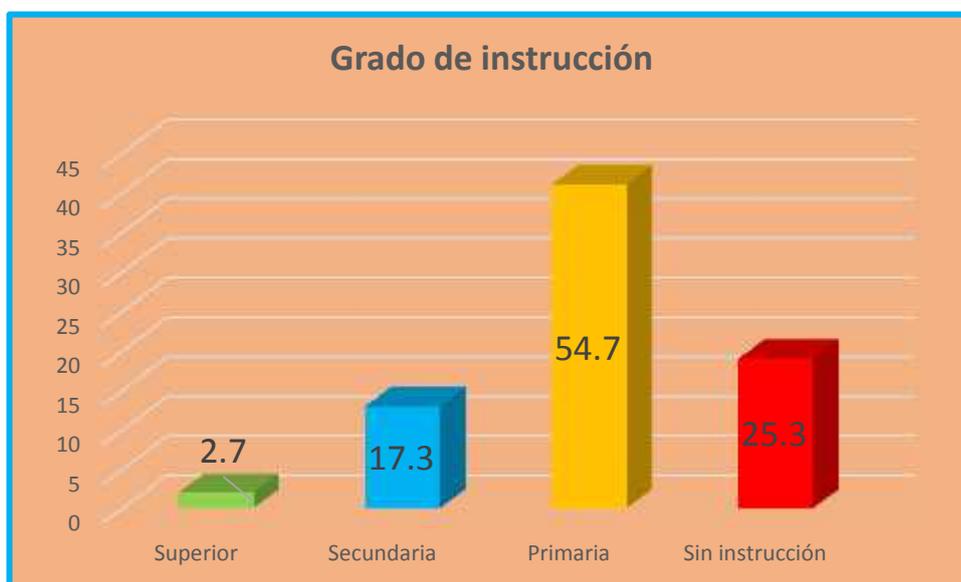


Fuente: Encuesta aplicada de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018

Tabla N° 3, Distribución según grado de instrucción de los jefes de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018

Grado de instrucción	Nº	%
Superior	02	2.7
Secundaria	13	17.3
Primaria	41	54.7
Sin instrucción	19	25.3
Total	75	100.0

En la tabla 3, del total (75) de elementos estudiados, 41 (54.7%) tienen grado de instrucción primaria; 19 (25.3) no tienen instrucción; 13 (17.3%) tienen grado de instrucción secundaria; y 02 (2.7%) tienen grado de instrucción superior.

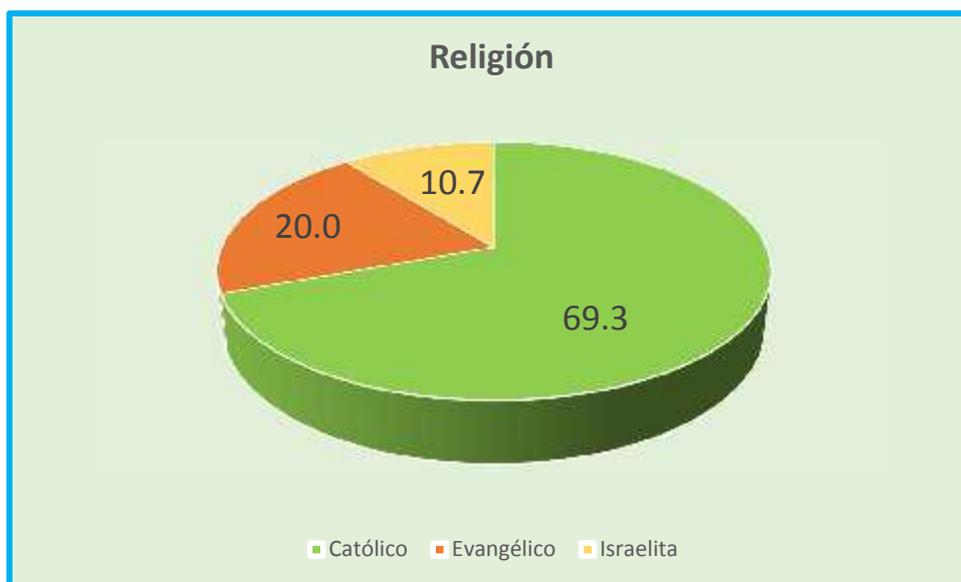


Fuente: Encuesta aplicado de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018

Tabla N° 4, Distribución según religión de los jefes de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018

Religión	Nº	%
Católico	52	69.3
Evangélico	15	20.0
Israelita	08	10.7
Total	75	100.0

En la tabla 4, del total (75) de elementos estudiados, 52 (69.3%) son católico; 15 (20.0) son evangélico; y 08 (10.7%) son israelita.

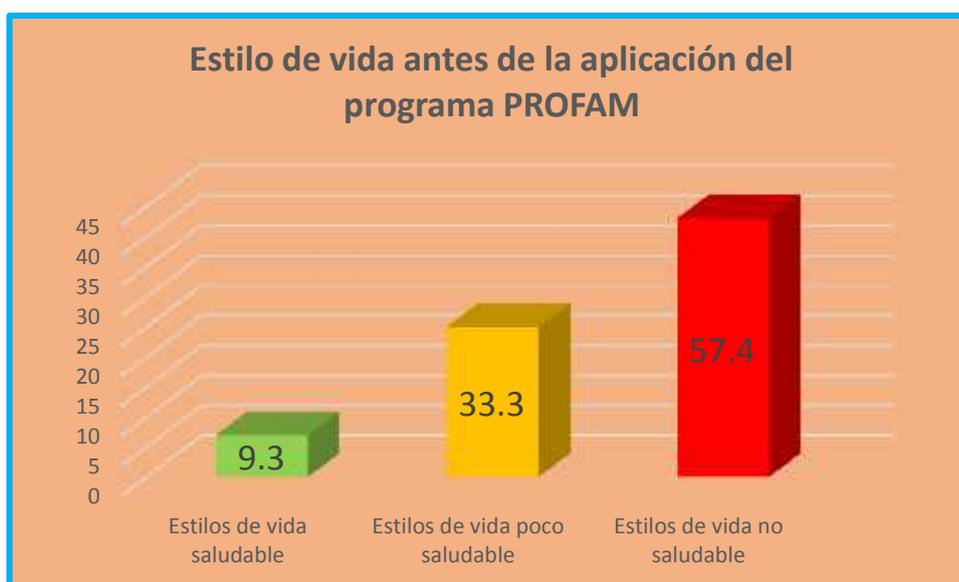


Fuente: Encuesta aplicado de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018

Tabla N° 5, Distribución según estilos de vida saludable en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha – Ucayali, antes de la aplicación del programa PROFAM

Estilo de vida antes de la aplicación del programa PROFAM	Nº	%
Estilos de vida saludable	07	9.3
Estilos de vida poco saludable	25	33.3
Estilos de vida no saludable	43	57.4
Total	75	100.0

En la tabla 5, del total (75) de elementos estudiados, 43 (57.4%) poseen estilos de vida no saludable; 25 (33.3%) poseen estilos de vida poco saludable; y solo 07 (9.3%) poseen estilos de vida saludable.

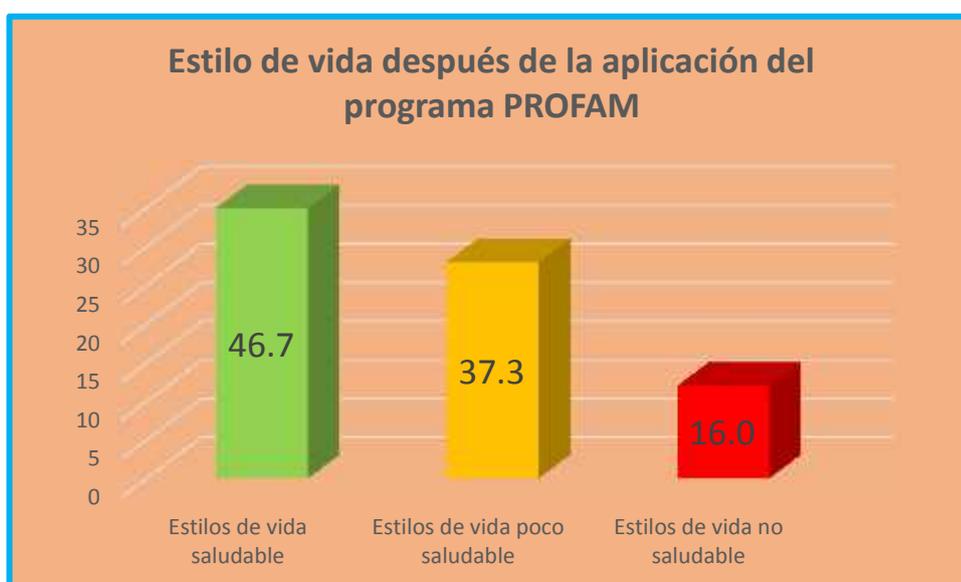


Fuente: Encuesta aplicado de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018

Tabla N° 6, Distribución según estilos de vida saludable en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha – Ucayali, después de la aplicación del programa PROFAM

Estilo de vida después de la aplicación del programa PROFAM	Nº	%
Estilos de vida saludable	35	46.7
Estilos de vida poco saludable	28	37.3
Estilos de vida no saludable	12	16.0
Total	75	100.0

En la tabla 6, del total (75) de elementos estudiados, 35 (46.7%) poseen estilos de vida saludable; 28 (37.3%) poseen estilos de vida poco saludable; y 12 (16.0%) poseen estilos de vida no saludable.

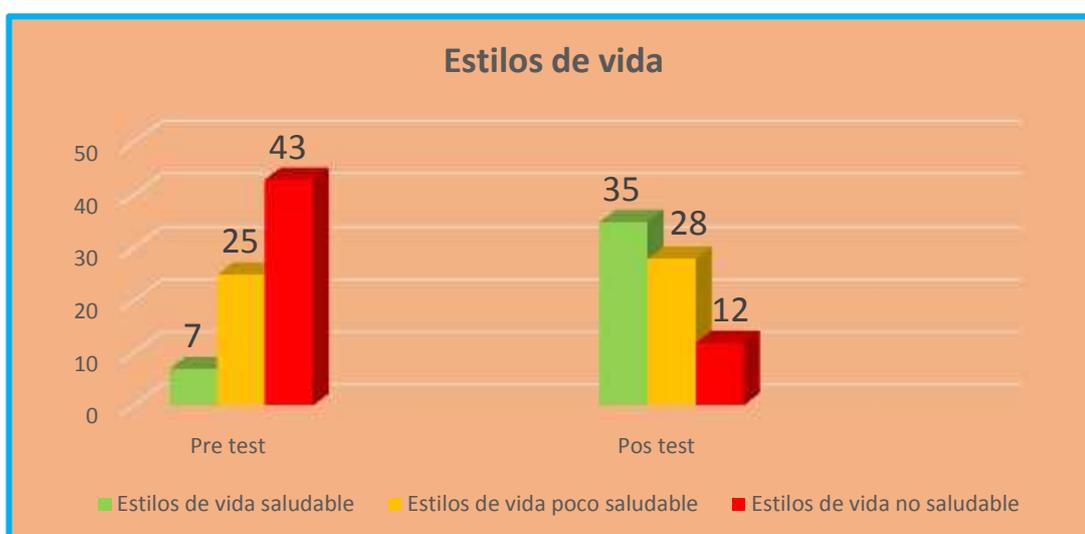


Fuente: Encuesta aplicado de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018

Tabla N° 7, Comparación entre antes y después de la aplicación del programa PROFAM en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha – Ucayali.

Estilos de vida saludable	Pre test		Pos test	
	N°	%	N°	%
Estilos de vida saludable	07	9.3	35	46.7
Estilos de vida poco saludable	25	33.3	28	37.3
Estilos de vida no saludable	43	57.4	12	16.0
Total	75	100.0	75	100.0

En la tabla 7, respecto a la comparación entre antes y después de la aplicación del programa PROFAM, del total (75) de elementos estudiados, antes de la intervención del programa el 9.3% (07) tenían estilos de vida saludable, mientras que en el pos test alcanza el 46.7% (35). Sobre estilos de vida poco saludable, en el pre test el 33.3% (25) presentaban estilos de vida poco saludable, mientras que luego de la intervención del programa alcanza el 37.3% (28). Así mismo, antes de la intervención del programa el 57.4% (43) poseen estilos de vida no saludable, mientras que luego de la intervención del programa alcanza el 16.0% (12).



Fuente: Encuesta aplicado de las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018

CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN:

Paso 1: Formulación de hipótesis de investigación

Hipótesis de investigación:

El programa PROFAM es efectivo para mejorar los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018.

Hipótesis Nula:

El programa PROFAM no es efectivo para mejorar los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018.

Paso 2: Selección del nivel de significancia

El nivel de significancia para contrastar la hipótesis de investigación planteada fue: $\alpha = 5\%$ ($\alpha = 0,05$)

Paso 3: Elección del estadístico de prueba

Prueba Mc Nemar, por ser la variable de prueba de tipo categórico y escala de medición ordinal.

Paso 4: Lectura del p- valor

Valor de $p = 0,033$

Paso 5: Toma de decisiones – Interpretación

Con un error del 0,033 (3,3%) se confirma que el programa PROFAM es efectivo para mejorar los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018.

Interpretación: El programa PROFAM es efectivo para mejorar los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha ($p=0,033$); por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En la tabla 7, respecto a la comparación entre antes y después de la aplicación del programa PROFAM, del total (75) de elementos estudiados, antes de la intervención del programa el 9.3% (07) tenían estilos de vida saludable, mientras que en el pos test alcanza el 46.7% (35). Sobre estilos de vida poco saludable, en el pre test el 33.3% (25) presentaban estilos de vida poco saludable, mientras que luego de la intervención del programa alcanza el 37.3% (28). Así mismo, antes de la intervención del programa el 57.4% (43) poseen estilos de vida no saludable, mientras que luego de la intervención del programa alcanza el 16.0% (12).

Resultado similar a lo publicado por Lucas L., quien desarrolló el estudio titulado: Efectividad del programa educativo sobre estilo de vida saludables dirigido a madres de familias inscritas en el comedor popular de la comunidad de Palo de Acero, Distrito de Monzón, 2014. El presente tuvo como objetivo la promocionar actividades consideradas saludables en las madres que integran el comedor popular de la comunidad de Palo de Acero, para lo cual se hizo un diagnóstico, además de identificación de oportunidades y se desarrolló el proyecto educativo sobre el fomento de mejores estilos de vida. Metodología; la investigación fue de tipo prospectivo, longitudinal y diseño cuasi experimental. La muestra del estudio fueron madres que integran el comedor popular de Palo Acero. En el desarrollo del estudio se solicitó a las madres de familia que resuelvan el cuestionario antes de la intervención (pre test) y después (post test) de la intervención. Resultados; según la evaluación inicial sobre comportamientos y entornos de la vivienda de las madres es desfavorable en el 82%. En el pos test alcanza un 82% que presentan comportamientos y entornos saludables favorables, por lo que, P:

0.05= 5.99 < 76.4 conlleva a aceptar la hipótesis que afirma el programa educativo es efectiva en mejorar las actividades consideradas saludables de aquellas madres de familia que integran el comedor popular de la comunidad de Palo Acero del distrito de Monzón.

El resultado también es parecido a lo encontrado por Rondán N. (2015); en su investigación sobre efectividad del programa educativo “Vida Sana” en la modificación de conductas de pacientes con síndrome metabólico. Hospital I Cono Sur Essalud - Nuevo Chimbote 2015. Tuvo como objetivo: Conocer la efectividad del programa educativo Vida Sana en la modificación de estilos de vida de los usuarios diagnosticados con síndrome metabólico del hospital I Cono Sur Essalud - Nuevo Chimbote 2015. Metodología, la presente investigación es de nivel cuasi experimental, y se sustenta en la teoría general de sistemas de la autora Bertalanffy. La población muestral fue de 50 usuarios diagnosticados con síndrome metabólico, desarrollaron un pre test antes de ejecutar el programa educativo y un posttest luego de desarrollar el programa educativo. Conclusiones; el estilo de vida de los pacientes diagnosticados con síndrome metabólico, en el pre test (antes de ejecutar el programa “Vida Saludable”) un 68% de ellos tenían estilos de vida adecuados y un 32% tenían estilos de vida inadecuados. El estilo de vida de los usuarios en el pos test (luego de la ejecución del Programa Educativo “Vida Sana”) fue en un 100% que calificaron como estilos de vida adecuados, con lo que queda demostrado que el programa educativo es efectivo, ya que los resultados indican que el estilo de vida inadecuado se modificó en su totalidad (100%) logrando calificar como estilos de vida adecuados.

Así mismo, el resultado es similar a lo publicado por Fretes G., Salinas J., Vio F., en el estudio titulado: Efectividad de un programa educativo que promueve el consumo de pescado, verduras y frutas en los integrantes de las familias de niños preescolares y escolares. El estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto de una intervención educativa sobre el consumo de pescado, verduras y frutas en familias de niños preescolares y escolares mediante una intervención de tres meses y una evaluación antes y después, en 27 familias intervenidas y 32 controles, de colegios estatales de una comuna de Santiago de Chile. Se aplicó

a cada niño y su padre una encuesta de frecuencia de consumo de pescado, verduras y frutas y de conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación familiar antes y después de la intervención educativa. La intervención consistió en seis talleres de cocina desarrollado en 90 minutos cada uno dirigido a los encargados de la preparación de alimentos en el hogar, además se utilizó otros materiales educativos como video y retratos. Los hallazgos indicaron el incremento de consumo de pescado, verduras y frutas en la muestra seleccionada para la intervención (test de Kolmogorov-Smirnov, test de Wilcoxon).

CONCLUSIONES

1. Respecto a las características sociodemográficas de los jefes de las familias del Caserío Santa Rosa, la gran mayoría (94.7%) son del género femenino y solo el 5.3% son del género masculino; y en cuanto al grupo etario, el grupo que destaca y constituye casi la mitad de los elementos estudiados (40.0%) es el grupo de 30 a 39 años.
2. El grado de instrucción que poseen la mayoría (54.7%) de los elementos analizados es el nivel primario; y la religión que más profesan es la religión católica (69.3%).
3. El estilo de vida que predomina (57.4%) antes de la aplicación del programa PROFAM es el estilo de vida no saludable.
4. El estilo de vida que predomina (46.7%) después de la aplicación del programa PROFAM es el estilo de vida saludable.
5. El programa PROFAM mejora los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, su efectividad se determinó mediante la prueba estadística de McNemar, donde se obtuvo el valor de $p = 0,033$, por lo que se aceptó la hipótesis de investigación planteada.

RECOMENDACIONES

Al MINSA promoción de la salud que motive al equipo de salud del primer y segundo nivel de atenciones salud a aplicar la plataforma del PROFAM ya que es un programa factible y aplicable y demostrado que cambia los estilos de vida a saludables.

A los funcionarios de la Dirección Regional de Salud, supervisar el cumplimiento del programa PROFAM en todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención para poder mejorar los estilos de vida respecto al cuidado de su salud en las familias de la región Ucayali.

Al Personal de salud del Puesto de salud Santa Rosa de Yarinacocha, continuar con la ejecución del programa PROFAM con sostenibilidad, dirigido a mejorar los estilos de vida saludable en las familias del Caserío a fin de prevenir diversas enfermedades y mejorar su salud en el aspecto físico, emocional y social, que comprende el programa PROFAM para el primer nivel de atención.

A las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, a seguir con la continuidad en el desarrollo de las diferentes actividades propuestas en el programa PROFAM, para el cumplimiento de la visión y misión familiar propuestos por ellos mismos.

A los profesionales multidisciplinarios y alumnos egresados de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Filial Pucallpa, desarrollar otros estudios que incluya la variable estudiada enfocada al primer y segundo nivel de atención, mediante el desarrollo de actividades preventivo promocional en la comunidad que cambie estilos de vida a saludables.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Bru P. Basagoiti M. La investigación – acción participativa como metodología de mediación e integración socio-comunitaria, 2013:25.
2. Blendon R. et al. Inequities in health care: a five-country survey. Health affairs, 2002, 21:182-191.
3. Ibáñez, V. (2010). Revisión bibliográfica de experiencias nacionales e internacionales relacionadas con el desarrollo de especialización en Salud Familiar: MINSA.
4. Cáritas Huancavelica. Vivienda rural saludable-calidad de vida de la población pobre, Lima. USAID; 2005.
5. Dirección General del Promoción de la Salud; MINSA. Programa de familia y vivienda; Lima - Perú; 2004.
6. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales; INEI – encuesta demográfica y de salud familiar; Lima; 2008
7. Lip. C. Recabado. F. Determinantes sociales en el Perú, cuadernos de Promoción de la Salud N° 17 – Lima, MINSA – 2005.
8. Ramos M. Choque R. La educación como determinante social de la salud en el Perú, cuadernos de Promoción de la Salud Nª 17; Lima; OPS; 2007
9. Giraldo A., y otros. La Promoción De La Salud Como Estrategia Para El Fomento De Estilos De Vida Saludables. Revista Hacia la Promoción de la Salud
10. Fretes, G., et al. Efecto de una intervención educativa sobre el consumo de frutas, verduras y pescado en familias de niños preescolares y escolares. Archivos Latinoamericanos de Nutrición
11. Díaz J. y otros. Promoviendo viviendas saludables en el sector de Monte Grande Jaén
12. Lucas L. Efectividad del proyecto educativo aplicado al estilo de vida saludables a madres de familia del comedor popular de la localidad de Palo de Acero, Distrito de Monzón, 2014. [Internet]. 11-dic-2017. Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

- 13.** Rondán N. Efectividad del Programa Educativo “Vida Saludable” en el Cambio de Estilos de Vida de Pacientes con Síndrome Metabólico. Hospital I Cono Sur Essalud - Nuevo Chimbote 2015. [Internet]. 19-oct-2017. Universidad Nacional del Santa.
- 14.** MINSA. Programa nacional de formación en salud familiar y comunitaria. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Dirección de Gestión de Capacidades en Salud - Lima: Ministerio de Salud; 2011. Primera edición.
- 15.** Restrepo H. Málaga H, Promoción de la Salud como construir vida saludable. 1^{ra} edic. Colombia: Edit. Médica Panamericana; 2001.
- 16.** Sánchez E. Todos con la esperanza, continuidad de la participación comunitaria, Buenos Aires: Región Educativa; 2008
- 17.** MINSA. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). 2009.
- 18.** AA. VV. (2004). Enfermería Familiar y Social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- 19.** Borrero, A. (1991). La interdisciplinariedad: Simposio Permanente sobre la Universidad. Bogotá Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN).
- 20.** Bronfenbrenner U. Teoría ecológica. [internet] Consultado Jun 23 2018.
- 21.** Colomer C. (2006). Promoción de la Salud y Cambio Social. Barcelona: Editorial Masson.
- 22.** Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar, ASOFAMECH. Diplomado en Resolutividad en Equipo para la Atención Primaria
- 23.** Eisenberg, R. (1997). Interdisciplinariedad y Niveles de Integración en la Formación Ambiental Universitaria. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala.
- 24.** Idarmis, B. (2000). “Reflexiones acerca de la salud familiar”. En: Revista Cubana de Medicina General Integral v.16, n.5, La Habana.

ANEXOS

ANEXO 1

**PROGRAMA PROFAM
FICHA DE COMPORTAMIENTOS Y ENTORNOS
SALUDABLES**

CS: Comportamientos Saludables

ES Entorno Saludable

CNS: comportamientos no saludables

ENS: entorno no saludable

Dimensión	Actividad o comportamiento	CS O ES	CNS O ENS
Higiene	¿La familia dispone de un lugar para el lavado de manos? ¿La familia utiliza agua y jabón para el lavado de manos? ¿El agua para el consumo es guardada en recipientes limpios y tapados? ¿La familia utiliza algún método de desinfección del agua, hierve o clora el agua de consumo? ¿La familia utiliza letrina o sanitario? ¿La familia convive con animales dentro de la vivienda? ¿La familia tiene espacios separados de cocina y dormitorios?	Si Si Si Si Si No Si	No No No No No Si No
Alimentación y Nutrición Saludable	¿La familia consume verduras por lo menos tres veces a la semana? ¿La familia consume frutas por lo menos tres veces a la semana? ¿La familia consume alimentos de origen animal por lo menos tres veces a la semana? ¿La familia consume leche o sus derivados por lo menos tres veces a la semana? Si en la familia hay un menor de dos años preguntar: • ¿El niño o niña, recibe o recibió lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida? • ¿El niño o niña, inició la alimentación complementaria más lactancia materna a partir de los 6 meses? • ¿El niño o niña, tiene los controles mensuales de crecimiento de acuerdo a su edad? Si en la familia hay una gestante preguntar: ¿Consumen carnes rojas por lo menos tres veces a la semana? Vivienda ¿cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos?	Si Si Si Si Si Si Si Si Si Si	No No No No No No No No No No

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

ANEXO 02

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de McNemar

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		0,033 ^a
N de casos válidos	75	

a. Utilizada la distribución binomial

Anexo 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: mayor de edad, con documento de identidad N°....., declaro que: He sido informada de los antecedentes, justificación, objetivos y metodología del proyecto de investigación para el que se solicita mi colaboración.

He comprendido la información y la solicitud de colaboración que se me hace.

Se me ha garantizado la confidencialidad de la información que yo pueda aportar, así como de mi identidad.

También conozco a la responsable del proyecto.

Por todo ello, doy mi consentimiento para participar en el proyecto de investigación: *“Efectividad del programa PROFAM para mejorar los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018.”*.

Firma:

Fecha:

Muchas gracias

ANEXO 04

Matriz de Consistencia

EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA PROFAM PARA MEJORAR LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LAS FAMILIAS DEL CASERIO SANTA ROSA DE YARINACOA, CORONEL PORTILLO – UCAYALI, 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	Hipótesis	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	Tipo y Diseño	Población y Muestra
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuál es la efectividad del programa PROFAM para mejorar los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, ¿2018?</p> <p>Problemas específicos: - ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las familias del Caserío Santa Rosa de</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la efectividad del programa PROFAM para mejorar los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018</p> <p>Objetivos específicos: - Describir las características sociodemográficas de las familias del Caserío Santa Rosa de</p>	<p>Ha: El programa PROFAM es efectivo para mejorar los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018.</p>	Programa PROFAM	Sensibilización y organización.	Realización de reuniones para motivación y mejorar la Salud.	Diseño experimental, porque se intervino al grupo poblacional propuesto mediante el programa PROFAM, para hacer la medición de la variable estilos de vida	La población de estudio estuvo constituida por el total de familias del caserío Santa Rosa de Yarinacocha, quienes hacen un total de 75 familias, según el censo del Puesto de
				Planificación	Elaboración de diagnósticos sobre la situación de Salud.		
				Ejecución	Implementar normas de vida saludables		
				Evaluación	Participación en todo el proceso de autoevaluación		
			Estilos de vida saludables	Higiene.	Lugar para el lavado de manos Uso de agua y jabón para el lavado de manos Almacenamiento adecuado del agua para el consumo Uso de método de desinfección del agua.		

<p>Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018?</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de estilos de vida saludable en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha – Ucayali, antes de la aplicación del programa PROFAM?</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de estilos de vida saludable en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha – Ucayali, después de la aplicación del programa PROFAM?</p>	<p>Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018</p> <p>- Valorar el nivel de estilos de vida saludable en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha – Ucayali, antes de la aplicación del programa PROFAM</p> <p>- Valorar el nivel de estilos de vida saludable en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha – Ucayali, después de la aplicación del programa PROFAM</p>	<p>Ho:</p> <p>El programa PROFAM es efectivo para mejorar los estilos de vida saludables en las familias del Caserío Santa Rosa de Yarinacocha, Coronel Portillo – Ucayali, 2018.</p>			<p>Uso de letrina o sanitario</p> <p>Convivencia con animales</p> <p>Distribución adecuada de los ambientes</p> <hr/> <p>Alimentación y nutrición saludable.</p> <p>Consumo de verduras</p> <p>Consumo de frutas</p> <p>Consumo de alimentos de origen animal</p> <p>Consumo de leche o sus derivados</p> <p>Lactancia materna exclusiva</p> <p>Inició de alimentación complementaria en el periodo adecuado</p> <p>Controles de crecimiento y desarrollo</p> <p>La gestante consume carnes rojas</p> <p>Vivienda con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos</p> <hr/> <p>Salud sexual y reproductiva.</p> <p>Uso de método no tradicional de planificación familiar</p>	<p>saludable antes y después.</p> <p>Pre experimento.</p> <p>Longitudinal (pre test y pos test).</p> <p>Prospectivo.</p>	<p>Salud de Santa Rosa de Yarinacocha.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

					<p>Examen de Papanicolaou</p> <p>Parto institucional</p> <p>Embarazo planificado</p> <p>Expresión de afecto</p> <p>Todos los hijos mayores de un mes cuentan con partida de nacimiento</p> <p>Espacios que garanticen la privacidad y la intimidad en las expresiones sexuales de los adultos.</p> <p>Espacios separados para dormir entre la pareja, los niños y adolescentes</p>		
				Promoción de la salud mental.	<p>Información sobre educación a los hijos</p> <p>Unión entre sus miembros</p> <p>Resolución de conflictos</p> <p>Promoción de moralidad y el comportamiento ético</p> <p>Promoción de disciplina y reglas</p> <p>Participación en actividades sociales y recreativas</p>		

				Habilidades para la vida.	Solicitud de ayuda Establecimiento de metas y objetivos Participación de los hijos en la solución de problemas del hogar Participación de los varones en las labores de la casa		
				Actividad física.	Realización de actividad física diaria Practica de deporte		



ANEXO 05

PROGRAMA PROFAM

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE PROMOCIÓN DE VIDA SANA

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

- 1.1 Antecedentes Internacionales
- 1.2 Antecedentes Nacionales
- 1.3 Situación Actual de la Familia y la Vivienda en el Perú

CAPÍTULO 2

ASPECTOS GENERALES DEL PROGRAMA

- 2.1 Base Legal
- 2.2 Marco Conceptual de Promoción de la Salud
- 2.3 El Modelo de Atención Integral de Salud
- 2.4 Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud en el Perú
- 2.5 Conceptos Básicos

CAPÍTULO 3

ASPECTOS ESPECIFICOS DEL PROGRAMA

- 3.1 El Concepto del Programa
- 3.2 Objetivos del Programa
- 3.3 Enfoques
- 3.4 Líneas de Acción
- 3.5 Estrategias
- 3.6 Actores

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- 4.1 Definición Operacional de Familia
- 4.2 Organización previa del establecimiento de salud para la implementación

del programa

4.3 Fases para la Implementación del Programa

Primera Fase. Sensibilización

Segundo Fase: Planificación

Tercera Fase: Ejecución

Cuarta Fase: Seguimiento, Monitoreo y Evaluación

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

Anexo N° 1: Contenidos de Ejes Temáticos Priorizados

Anexo N° 2: Glosario de Términos

Introducción

PROGRAMA PROFAM

La salud y el desarrollo son conceptos recíprocos e inseparables, donde la salud es una condición esencial para el desarrollo social por la repercusión que tiene en la capacidad de trabajo de las personas y en el establecimiento de los climas de estabilidad, tranquilidad y progreso social como producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, psicológicos, ecológicos, socioeconómicos, culturales y políticos que ocurren en la sociedad.

Así mismo consideramos que siendo la familia una institución natural y fundamental de la sociedad que constituye la unidad básica de salud y desarrollo, es en ella donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo, es el primer agente socializador, donde se construyen valores, cultura y relaciones interpersonales; donde se conjugan prácticas, funciones y se reconocen a las personas con sus especificidades.

Es en este contexto que el Ministerio de Salud en el marco de los Lineamientos de Política del sector que considera a la familia como la unidad básica de salud y teniendo como primer lineamiento a la promoción de la salud es que se propone el desarrollo del Programa de Familia y Vivienda Saludable acorde con el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud.

Este programa comprende un conjunto de acciones integradas orientadas a incentivar comportamientos y hábitos que generen estilos de vida saludables entre los miembros de una familia, así como mecanismos de prevención, buscando que el grupo familiar genere capacidades en la mejora de sus condiciones y que la vivienda se ajuste a estándares locales y regionales.

Por tanto, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, la Dirección Ejecutiva de Promoción de Vida Sana, desarrolla el Programa de Familia y Vivienda Saludable y presenta este documento que permitirá al personal de salud contar con un instrumento que viabilice el desarrollo de acciones en las familias y sus integrantes.

Capítulo 1

Antecedentes y Situación Actual

1.1 Antecedentes Internacionales

En 1992 se celebró la “V Conferencia Iberoamericana sobre familia”, donde se tuvo como objetivo el reflexionar sobre la valoración de la familia, sobre las funciones estratégicas que cumple y sobre las transformaciones económicas, sociales y culturales que afectan a las familias en los campos educativo, laboral, sanitario, social, hábitat y de promoción de la mujer.

La Organización de las Naciones Unidas en el año 1993, proclamó el día 15 de mayo de cada año como el Día Internacional de la Familia. El año 1994 fue declarado como el **Año Internacional de la Familia**, con el objetivo de incrementar el entendimiento de sus funciones y problemas, promover el conocimiento de los procesos económicos, sociales y demográficos que afectan a las familias y sus miembros, así como enfocar su atención sobre los derechos y responsabilidades de todos los miembros de la familia.

En Latinoamérica, diversos países han realizado intervenciones a favor de la salud de la familia y la promoción de viviendas saludables, como es el caso de Brasil, Cuba, Chile, Colombia, El Salvador, Puerto Rico, entre otros.

En **Brasil** se viene desarrollando el Programa de “Saúde da Família”¹ (Salud de la Familia), en el cual alrededor de 500 familias son visitados periódicamente por equipos de salud en los que el Agente Comunitario en Salud es una pieza clave. En este programa se observaron resultados positivos en cuanto al acceso, la calidad de la atención y la satisfacción del usuario, sin embargo, los resultados de eficacia en función de los costos, todavía no se conocen.

En **Cuba**, el Programa “Médico de Familia”, sectoriza a la población en bloques de 120-150 familias, a las cuales se les asigna un consultorio, un médico y una enfermera, encargados de planificar, ejecutar y monitorear las acciones de promoción, prevención y recuperación.

En **Chile** se desarrolla el Programa denominado “Familia Sana” dirigido a beneficiarios del sistema de salud municipal, el cual consiste en la inscripción del grupo familiar completo en el consultorio municipal para acceder de forma gratuita a los programas de salud del niño y del adolescente, programa de la mujer, programa del adulto mayor y programa de salud bucal.

En **Colombia**, desde el año 1991 existe una Política de Vivienda Social Urbana², la cual focaliza el subsidio familiar de vivienda en los estratos más pobres y vulnerables de la población, integrado a la Red de Solidaridad Social y articulado a programas complementarios de mejoramiento del espacio y de la infraestructura de servicios comunitarios, con el fin de promover un desarrollo urbano integral y ordenado.

En **El Salvador** con el asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud se

¹ *Ministerio de Salud del Brasil. Programa Familia Saludable. En: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm>*

² Departamento Nacional de Planeación de Colombia. “Política de vivienda social urbana”. Documento CONPES 2729-MINDESARROLLO-DNP:UPRU. Santafé de Bogotá, 1994.

desarrolló a partir del 2001 la aplicación del concepto de Vivienda Saludable (VIVISAL)³, la cual fue dirigida especialmente a los campesinos damnificados por los terremotos de ese mismo año a fin de reconstruir el sector rural. Donde las propias familias participaron en la construcción y mantenimiento de sus casas y en la promoción de conductas saludables.

En Puerto Rico, desde 1991 se desarrolló el proyecto PREPAS “Puerto Rico empower to raise successfull kids”⁴, que fue una iniciativa del servicio de extensión agrícola de la Universidad de Puerto Rico en cooperación con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de Norteamérica, que proveen apoyo y ayuda a las familias de escasos recursos para capacitarlos en el desarrollo de actitudes y destrezas en paternidad y maternidad responsable. El proyecto esta orientado a padres y adultos que trabajen con niños de 0 a 5 años de edad.

1.2 Antecedentes Nacionales.

En el Departamento de **La Libertad**⁵, Provincia de Trujillo, en el distrito de Moche, desde la década del 90 se iniciaron experiencias exitosas en la implementación de una vigilancia de riesgos familiares financiada por la Fundación Kellog. Esta propuesta organizó un sistema sectorizado con el apoyo de las organizaciones sociales de base, vigías comunitarios así como estudiantes de enfermería y de medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, con una metodología orientada a lograr la protección de la familia consiguiendo ligar la atención individual a la atención de la familia y comunidad, bajo una lógica de riesgos y señales de alarma.

En el Departamento de **Ayacucho**, en las provincias de Cangallo, Fajardo y Vilcas, se desarrolló una experiencia basada en la vigilancia de riesgos familiares y acreditación de familias saludables, bajo la tutela del Proyecto de Apoyo a las Comunidades Dispersas (PACD) de la cooperación Holandesa.

Ambas experiencias parten de una definición pormenorizada de los aspectos que debe cumplir una familia para ser “protegida” o “acreditada”, y se establecen una serie de contenidos que deben ser ofrecidos tanto en visitas domiciliarias como en otras actividades en salud.

³ Jorge J. Jenkins, Asesor en Salud Ambiental, OPS El Salvador. “Villa Centenario OPS: Vivienda y comunidad saludables como respuesta ante un desastre”. 2002. En: www.ops.org.sv.

⁴ Children, Youth, and Families at Risk Program (CYFAR). En: www.csrees.usda.gov/nea/family/cyfar/

⁵ UNI-Trujillo. Vigilancia Familiar. Paquete Básico de Servicios de Salud. Trujillo, Mimeo. 1999

En el Departamento de **Cajamarca**, en los distritos de Choropampa, San Juan y Magdalena, la Dirección Regional de Salud con apoyo de la cooperación de Minera Yanacocha, desarrolló el proyecto de comunidades saludables. Esta experiencia promovió la reinserción de las familias afectadas y deprimidas a una dinámica social participativa y la búsqueda activa de soluciones, promoviendo actitudes positivas para enfrentar problemas de diversas índoles⁶.

En Departamento de **Ucayali**⁷, el distrito de Aguaytía, se realizó un proyecto de mejora sanitaria denominado “Viviendas Saludables” en 15 comunidades y caseríos, con la participación de organizaciones no gubernamentales en trabajo conjunto con el gobierno regional y local. Este proyecto estuvo basado en la participación de la propia comunidad, quienes luego de priorizar sus problemas de saneamiento básico elaboran perfiles de proyectos para mejorarlas, recibiendo financiamiento de cooperantes externos.

En el año 2000, se establece la Red Peruana de Vivienda, Ambiente y Salud, que es un colectivo conformado por Ministerios, Universidades y ONGs⁸ constituyendo el referente a nivel nacional para la Iniciativa de Vivienda Saludable de la Organización Panamericana de la Salud, elaborándose así un documento denominado “Diagnóstico sobre Salud en la Vivienda en el Perú”.

En el año 2003 el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, formula el Plan Nacional de Vivienda “Vivienda para Todos” y Lineamientos de Política 2003-2007⁹, que considera dos programas destinados a grupos de ingresos diferentes. El programa MI VIVIENDA, orientado a la población de ingresos medios y el programa TECHO PROPIO, que es un plan de subsidios orientado al sector de ingresos bajos de la población. En ambos programas se establecen como condiciones básicas para la asistencia, la posesión del título de propiedad y una participación financiera.

⁶ Informe final de proyecto: “Comunidades Saludables-Dirección Regional de Salud Cajamarca”

⁷ Fuente: Oficina de Comunicaciones de PRISMA, 2004.

⁸ Red Peruana de vivienda, ambiente y salud. “Diagnóstico sobre salud en la vivienda en el Perú”. 2000.

⁹ Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. Plan Nacional Vivienda para Todos 2003-2007. Marzo, 2003. En: www.vivienda.gob.pe

1.3 Situación actual de la familia y la vivienda en el Perú

Respecto a la composición de las familias en el Perú, la ENAHO¹⁰ señala que en un 61.5% predomina el hogar nuclear, es decir los hogares conformados por el jefe de hogar y cónyuge con y sin hijos, o sólo jefe con hijos. Le sigue en un 25.3% los hogares extendidos, caracterizado por la presencia de otros parientes que conviven en el núcleo familiar. El hogar compuesto que se caracteriza por acoger a personas sin vínculos cercanos es del 3.0% El tamaño promedio de los hogares es de 4.7 miembros.

En una encuesta realizada en Lima y Callao, los tres principales problemas en las relaciones familiares son la falta de comunicación con un 34.9%, problemas económicos con 24,4% y desconfianza con un 11,6%¹¹.

La situación de la familia a inicios del siglo XXI se presenta con algunos aspectos positivos y otros negativos. Por un lado, particularmente en realidades urbanas se ha ganado conciencia de la libertad personal de ambos géneros y una mayor atención a las relaciones interpersonales en la familia, a la promoción de la dignidad de la mujer, a la procreación responsable y a la educación de los hijos por ambos padres.

Por otro lado, muchas familias sufren de enfermedades materno infantiles y transmisibles predominantemente, así como manifestaciones de violencia en todas sus formas, así por ejemplo tenemos que el ENDES¹² reporta que 8 de cada 10 casos de abuso sexual tienen como agresor a un miembro del entorno familiar de la víctima; 6 de cada 10 embarazos de niñas de 11 a 14 años de edad son productos de incesto o violación; el 41% de mujeres alguna vez unidas fueron agredidas por su esposo y el 28% por otros.

También se debe considerar los problemas de las personas adultas mayores y de las personas con discapacidad, familias en alto riesgo social, las ambigüedades acerca de la relación de autoridad entre padres e hijos, disfunciones familiares, los patrones de crianza¹³, desintegración de la familia, hechos comunes que influyen en la salud de sus integrantes con importancia para la salud pública.

¹⁰ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. 1999. Cuarto Trimestre

¹¹ Estudio 220 del Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima. Encuesta en Lima Metropolitana y Callao, el 24 y 25 de Abril del 2004

¹² Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar 2000

¹³ Dughi y Colaboradores 2000. Tomado de Lineamientos para la Acción en Salud Mental. MINSA. Dirección General de Promoción de la Salud. 2004.

En cuanto a las viviendas peruanas, en el año 2000 la Red Peruana de Vivienda, Ambiente y Salud elabora el documento de trabajo “Diagnóstico sobre salud en la vivienda en el Perú”, el cual señala que el 46% de la población peruana tiene por lo menos una necesidad básica insatisfecha, el 27.6% la privación de servicios higiénicos y el 23.5% vive en hacinamiento.

Una gran mayoría de asentamientos humanos urbano-marginales se encuentran ubicados en lecho de ríos, vías de deslizamiento (huaycos), colindantes con áreas industriales de alto riesgo donde la contaminación ambiental condiciona riesgos para la salud. Entre las conclusiones del informe destacan que en la ciudad de Lima –como otras ciudades del país– debe ser prioritaria la racionalización de los recursos. Al asumir la ejecución de programas de vivienda debe tomarse en cuenta la participación de las municipalidades y de la organización vecinal.

El método basado en las Necesidades Básicas Insatisfechas, estima que el 41,9% de la población nacional - 11'170,000 habitantes - viven en hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha: vivienda físicamente inadecuada, vivienda hacinada, vivienda sin servicio higiénico, niños que no asisten a la escuela o alta dependencia económica.

En el año 2003, el Perú recibió la visita oficial de un relator especial¹⁴ de la ONU, quién hizo una evaluación de la situación de la vivienda en el Perú, encontrando que el déficit de viviendas se estima actualmente en 1,2 millones de unidades, lo que entraña la necesidad de construir 300.000 nuevas unidades de vivienda y de modernizar 900.000 unidades. También se informó que existen problemas tales como la falta de títulos de propiedad, de servicios sanitarios básicos y de seguridad en la tenencia; viviendas construidas en zonas de alto riesgo y el hundimiento de tierras debido a actividades mineras; familias y comunidades expuestas al desahucio, la entrega de títulos sin los servicios públicos pertinentes; y la contaminación de los recursos naturales, en particular del agua y el aire.

¹⁴ ONU. Miloon Kothari. Informe del relator especial sobre una vivienda adecuada como parte integrante del derecho a un nivel de vida adecuado. Perú, 3 a 15 de marzo de 2003.

Capítulo 2

Aspectos Generales

2.1 Base legal

1. Constitución Política del Perú -1993.
2. Declaración Universal de los Derechos Humanos.
3. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
4. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
5. Decreto Supremo N° 013-2002-SA, Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
6. Decreto Supremo N° 014-2002-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
7. Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud.
8. Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
9. Ley N° 26912, Ley de Promoción del acceso de la Población a la Propiedad Privada de Vivienda y fomento del ahorro, mediante mecanismos de Financiamiento con participación del Sector Privado.
10. Decreto Supremo N° 006-2002-EF, Reglamento del Fondo Hipotecario de Promoción de la Vivienda Fondo MIVIVIENDA.
11. Ley N° 27829, Ley que crea el Bono Familiar Habitacional.
12. Resolución Suprema N° 014-2002-SA. Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002 - 2012 y los Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del quinquenio agosto 2001 – Julio 2006.
13. Resolución Ministerial N° 729-2003, del 20 de junio del 2003, que aprueba el documento “La Salud Integral: Compromiso de Todos – El Modelo de Atención Integral de Salud”.
14. Decreto Supremo N°005-2004-MIMDES que aprueba el Plan Nacional de Apoyo a la Familia 2004-2011.

2.2 Marco conceptual de promoción de la salud.

La Promoción de la Salud¹⁵, es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre la salud y mejorarla.

Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno.

En tal sentido, la promoción de la salud involucra a personas, familias y comunidades en un proceso de cambio orientado a modificar los condicionantes y determinantes de la salud: ingreso y posición social, redes de apoyo social, educación, empleo y condiciones de trabajo, entorno físico, características biológicas, dotación genética, hábitos personales, aptitudes de adaptación y servicios de salud.

La familia es componente fundamental para el desarrollo humano y comunitario, es el ámbito donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo, pues ahí se inician los hábitos y prácticas para una vida saludable, que luego son complementados en la escuela, permitiendo articular sus fortalezas en beneficio de la comunidad; es así que los paradigmas sembrados en la niñez por el padre y la madre, la información y educación en la escuela, familia y comunidad, son una sumatoria de esfuerzos que facilitan que surjan en la familia un estilos de vida saludables para el mejoramiento de la calidad de vida.

2.3 El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

El Ministerio de Salud ha señalado, como uno de sus lineamientos fundamentales para el periodo 2002-2012, la implementación de un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) basado en los principios de universalidad en el acceso, la equidad, la integralidad de la atención, la continuidad de los servicios, la calidad de la atención, la eficiencia, el respeto a los derechos de las personas, la promoción de la ciudadanía y la satisfacción de los usuarios¹⁶. Este modelo supone, en términos generales, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados”.

El documento marco, aprobado con Resolución Ministerial N° 729-2003 del 20 de junio del 2003¹⁷, plantea que "El nuevo Modelo de Atención Integral en Salud" constituye el actual marco de referencia para la atención de salud en el país, basado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, orientados a contribuir con personas, familias y comunidades saludables, proponiendo como eje de trabajo el Programa de Atención Integral de la Familia.

¹⁵ Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. Lima, febrero del 2005.

¹⁶ Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002 – 2012. Lima, 2002.

¹⁷ Ministerio de Salud. La Salud Integral: compromiso de todos: El Modelo de Atención Integral de Salud. Lima, 2003.

La Dirección General de Promoción de la Salud está a cargo de la promoción de una cultura de salud¹⁸ que contribuya al desarrollo integral de la persona, familia y sociedad, en armonía con la dignidad humana y respetando la vida humana desde su concepción hasta su término natural; por tanto, asume el desafío de desarrollar un conjunto de acciones dirigidas a la familia, formulando planes y políticas, diseñando estrategias de implementación, orientando los servicios para incorporar el enfoque de promoción de la salud así como elaborando materiales y metodologías en educación y comunicación para la salud orientados al logro de familias saludables.

De acuerdo con lo expuesto es que en el contexto del Programa de Atención Integral a la Familia y en el marco del Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, se desarrolla el Programa de Familia y Vivienda a nivel nacional.

2.4 Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud en el Perú

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción de la Salud desarrolla el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud ¹⁹ el mismo que contiene las bases teórico referenciales en promoción de la salud, para orientar los esfuerzos a nivel de los establecimientos de salud y la sociedad civil en la implementación de iniciativas que contribuyan a crear una cultura de salud y mejorar la calidad de vida en las poblaciones.

El modelo busca mejorar la calidad de vida de las poblaciones con acciones dirigidas a la persona en sus diferentes etapas de vida en otros escenarios que no son los establecimientos de salud, como la vivienda, instituciones educativas como la escuela, municipios, centros laborales y la comunidad en general, entendiéndose como escenario al espacio geo territorial y de dinámica social donde se desarrollan los procesos relacionados con las condiciones de vida y salud de las personas.

Las acciones a implementar en estos escenarios son abordados a través de ejes temáticos que son la representación teórico conceptual que fundamenta y brinda los contenidos técnicos para alcanzar salud, como la alimentación y nutrición, higiene y ambiente, actividad física, habilidades para la vida entre otros, que generen comportamientos saludables, haciendo uso de estrategias como la abogacía y políticas públicas, la comunicación y educación para la salud así como la participación comunitaria y el empoderamiento social considerando también los elementos que deben estar presentes en las intervenciones de promoción de la salud son los enfoques de equidad de género, derechos en salud e interculturalidad.

Para operatividad el contenido de este modelo se han elaborado PROGRAMAS de promoción de la salud, que son el conjunto de acciones integrales y sostenibles que se ejecutan en los diferentes escenarios para alcanzar resultados que favorezcan las condiciones de vida saludables en la población como el Programa de Familia y Vivienda

¹⁸ Ministerio de Salud. Reglamento de Organización y Funciones. Lima, MINSA, 2002.

¹⁹ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. "Modelo Abordaje de Promoción de la Salud" presentado por el Dr. Ricardo Bustamante Quiroz, Director General de Promoción de la Salud, junio del 2004.

Saludable, el Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas, el Programa de Municipios y Comunidades Saludables y el Programa de Centro Laboral Saludable.

Para la implementación del Programa de Familia y Vivienda Saludable en el marco del Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú, se consideran ejes temáticos priorizados en el nivel nacional y que de alguna manera reflejan la realidad sanitaria de las diferentes regiones del país y son: alimentación y nutrición, higiene y ambiente, habilidades para la vida, salud mental y cultura de paz así como salud sexual y reproductiva en las familias (ver anexo N° 1); sin embargo es necesario recalcar que la priorización de ejes temáticos serán de acuerdo a cada una de las necesidades locales y regionales identificadas.

MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCION DE LA SALUD EN EL PERU

ENFOQUES TRANSVERSALES	ESTRATEGIAS	POBLACION SUJETO DE INTERVENCION				ESCENARIOS (entornos saludables)	EJES TEMATICOS (comportamientos saludables)	
EQUIDAD Y DERECHOS EN SALUD	ABOGACIA Y POLITICAS PUBLICAS	FAMILIA	CICLO DE VIDA				VIVIENDA	ALIMENTACION Y NUTRICION
			COMUNIDAD	NIÑO	ADOLESCENTE	ADULTO		ADULTO MAYOR
		ACTIVIDAD FISICA						
INSTITUCION EDUCATIVA	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA							
	MUNICIPIOS	HABILIDADES PARA LA VIDA						
INTER CULTURALIDAD		PARTICIPACION COMUNITARIA Y EMPODERAMIENTO SOCIAL	COMUNIDAD	NIÑO	ADOLESCENTE	ADULTO	ADULTO MAYOR	SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRANSITO
	CENTRO LABORAL							PROMOCION DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ

2.5 Conceptos básicos

Familia

La Constitución Política del Perú²⁰, en su artículo 4°, reconoce a la Familia como una institución natural y fundamental de la sociedad, es su unidad básica²¹ primer espacio de socialización del ser humano²² en el que se generan derechos, deberes y relaciones, orientados al bienestar y desarrollo integral de las personas y donde se aprenden valores fundamentales para la convivencia social.

Familia Saludable²³

Es aquella en la que sus miembros se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar su desarrollo, respetando su dignidad, sus expectativas y sus necesidades; viven resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus miembros y en un entorno saludable, siendo además responsables de sus decisiones individuales y familiares, promoviendo principios, valores y actitudes positivas para la vida.

Entornos Saludables²⁴

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.

Vivienda Saludable²⁵

Es aquel espacio físico que propicia condiciones satisfactorias para la persona y la familia, reduciendo al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico, social y técnico.

²⁰ Constitución Política del Perú. 1993.

²¹ Decreto Legislativo 346. Art. 2, Lineamientos de Política del Sector Salud 2001-2012, aprobados por Resolución Suprema N° 014-2002-SA, Tercer Principio Básico; OPS, La Familia y la Salud CD44/10

²² Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia. Principio Rector 4°.

²³ Concepto elaborado por el Equipo Técnico de la Dirección Ejecutiva de Promoción de Vida Sana de la Dirección General de Promoción de la Salud.

²⁴ Concepto modificado por el Equipo Técnico de Promoción de Vida Sana de la DGPS – MINSA del Glosario de Promoción de la Salud, confeccionado en nombre de la Organización Mundial de la Salud, por Don Nutbeam del Centro Colaborador de Promoción de la Salud.

²⁵ Concepto modificado por el Equipo Técnico de Promoción de Vida Sana de la DGPS MINSA de la Organización Panamericana de la Salud. En: <http://www.per.ops-oms.org/cente/ceremonia-central.htm>

Conducta Saludable ²⁶ (Health behaviour)

Es la combinación de los conocimientos, prácticas y actitudes que contribuyen a comportamientos saludables. El comportamiento saludable puede ayudar a mejorar y mantener un nivel adecuado de salud.

²⁶ Wojtezak, A. Glosario de términos de educación médica. En: Educ. Med. V.6 supl.2 Barcelona jul-sep 2003.

Capítulo 3

Aspectos Específicos

3.1 Concepto del programa

El Programa de Familia y Vivienda Saludable es el conjunto de acciones integradas orientadas a promover comportamientos que contribuyan a generar estilos de vida saludables entre los miembros de una familia y mecanismos de prevención, buscando que el grupo familiar genere capacidades para mejorar sus condiciones y que la vivienda se ajuste a estándares locales y regionales. Este programa fomenta la construcción de una cultura de vida y salud, basada en la solidaridad, respeto, desarrollo de valores y principios.

3.2 Objetivos del programa:

3.2.1 Objetivo general

Contribuir que las familias peruanas se desarrollen como unidad básica social, adoptando comportamientos y generando entornos saludables en interrelación con la comunidad, municipio, instituciones educativas y el centro laboral.

3.2.2 Objetivos específicos

- Promover en los miembros de la familia comportamientos saludables en base a los ejes temáticos, según priorización nacional, regional o local.
- Propiciar en la familia el desarrollo de entornos saludables permitiéndoles ampliar sus capacidades y que los miembros tengan autonomía sobre su salud.
- Propiciar que los miembros de la familia participen activamente en los diferentes procesos que contribuyan con su desarrollo

3.3 Enfoques

3.3.1 Equidad y Derechos en Salud.- las acciones que se implementen desde el programa de Familia y Vivienda Saludable reduzcan las desigualdades sociales y las brechas generadas, ampliando las opciones que faciliten la autonomía y determinación de los miembros de la familia para decidir sobre su salud y que estas decisiones fortalezcan a la familia como núcleo social, reconociendo a la salud como derecho humano fundamental que contribuya con los condicionantes favorables para una salud familiar integral y fomente una ciudadanía enmarcada en el ejercicio de los derechos y responsabilidades en salud.

3.3.2 Equidad de Género.- busca el bienestar y equilibrio en los roles de cada miembro de la familia, procurando minimizar las diferencias de oportunidades para la salud plena de hombres y mujeres, para promover el desarrollo integral de la familia, mediante el fortalecimiento de las capacidades y habilidades de cada uno de los miembros basado en la reestructuración de las relaciones interpersonales y con la participación comprometida en la educación, fomento de valores y principios de los padres respecto a sus hijos.

3.3.3 Interculturalidad. - permite a los miembros de las familias reconocer los diferentes modos de vivir, pensar y sentir de las personas, familias y comunidades en el contexto de las diferentes realidades locales y regionales de nuestro país, identificando los diversos aspectos que facilitan y dificultan prácticas y comportamientos saludables en los grupos sociales, para que conjuntamente con ellos se contribuya con la construcción de una cultura de salud.

3.4 Líneas de Acción

3.4.1 Comportamientos saludables en la familia.

Fomentar hábitos y conductas saludables en los miembros de la familia, con énfasis en los ejes temáticos priorizados por el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud.

3.4.2 Entornos saludables para la familia

Desarrollar propuestas para generar entornos que apoyen la salud, con énfasis en la vivienda, para que esta sea el escenario propicio que otorgue las condiciones necesarias a los miembros de la familia para tener hábitos y comportamientos saludables.

3.5 Estrategias

3.5.1 Abogacía y Políticas Públicas. -Destinada a conseguir compromisos y apoyo de decisores políticos de los diferentes sectores sobre temas de importancia como la familia y vivienda, para incorporarlas en sus agendas y actuar en forma coordinada a favor de ellas.

Consideramos que desde el sector salud se puede abogar para favorecer cambios e inducir esfuerzos gubernamentales y de la sociedad civil para la generación de políticas públicas nacionales, regionales y locales que promuevan salud y desarrollo para las familias.

3.5.2 Comunicación y Educación para la Salud

La educación como un proceso sociocultural permanente permite el desarrollo de habilidades personales y valores en los miembros de la familia para tener comportamientos saludables y cuidar el ambiente.

A través de diferentes estrategias comunicacionales es que se puede empoderar a las personas y familias informando sobre comportamientos saludables a fin de que sean incorporados en su práctica cotidiana.

Esta estrategia involucra también la capacitación permanente como una actividad indispensable en el desarrollo del programa de familia y vivienda saludable, contemplándose su desarrollo en los diferentes momentos de la ejecución de este programa para facilitar la generación de estilos de vida saludables.

3.5.3 Participación Comunitaria y Empoderamiento Social

La participación comunitaria incide en la consolidación de mecanismos de control y de corresponsabilidad y se enmarca en el reconocimiento de derechos y responsabilidades para el mantenimiento de la salud.

La familia es la protagonista de las acciones que se desarrollen a favor de la salud, constituyéndose en el actor fundamental para el logro de comunidades saludables.

3.6 Actores

3.6.1 Personal de Salud. - Son todas aquellas personas que tienen un vínculo contractual con el Ministerio de Salud que desempeña principalmente el rol facilitador y promotor de las actividades del Programa, así como la ejecución de acciones del plan de salud familiar.

3.6.2 Agentes Comunitarios en Salud. - Son aquellas personas representativas de la comunidad, que, habiendo sido elegidos libremente por ella, asumen la responsabilidad de acuerdo a su disponibilidad de tiempo de velar por la salud y desarrollo de su comunidad, quien desempeñará un rol importante en la ejecución del programa.

3.6.3 Familias. - Son los actores fundamentales del programa, quienes involucrándose en todo el proceso garantizarán su sostenibilidad, contribuyendo con el desarrollo de su comunidad.

3.6.4 Municipio. - Es la demarcación territorial adscrita a la municipalidad, en el que viven las personas, familias y conforman comunidades, establecen redes sociales y relaciones entre sus miembros con igual o diversas problemáticas. Comprende además los espacios públicos, servicios públicos entre otros.

3.6.5 Comunidad. - Es el conjunto de personas que comparten una cultura, objetivos comunes y que viven en un mismo espacio geográfico. Se ubican tanto en áreas urbanas y rurales.

Capítulo 4

Metodología para la Implementación

4.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE FAMILIA ²⁷

Se considerará UNA FAMILIA, al conjunto de personas que tienen lazos afectivos y/o de consanguinidad que comen de “una misma olla”.

Exceptuando a aquellas familias que comen en comedores, ollas comunes, restaurantes, pensiones y otros parecidos, para quienes se tomará en cuenta sólo que tengan lazos afectivos y / o de consanguinidad.

4.2 ORGANIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.

Este programa en una primera etapa se desarrollará con las familias pertenecientes a la jurisdicción de los Establecimientos de Salud que tengan categoría de Centro de Salud, ampliándose posteriormente a todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

4.2.1 Condiciones previas

El Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud establece que la implementación de los Programas de Promoción de la salud debe realizarse de manera articulada, por tanto, considerando el marco en el que se desarrolla el Programa de Municipios y Comunidades Saludables, se han definido las siguientes condiciones previas que faciliten la implementación del Programa de Familia y Vivienda Saludable:

- Tener una Sectorización Definida
- Tener una Red activa de Agentes Comunitarios en Salud
- Tener Organizaciones Sociales de Base establecidas
- El establecimiento de salud deberá contar con experiencia en cogestión en salud (por ejemplo CODECOS, CLAS, entre otros)

4.2.2 Capacitación del personal

En el trabajo a realizarse con las familias puede encontrarse algunas limitaciones técnicas, por esta razón es necesario fortalecer las capacidades técnicas del personal de salud. Con este fin, se desarrollará un proceso de capacitación para la implementación del programa, así como temas de salud de la familia, metodologías participativas entre otros.

4.2.3 Funciones del personal de salud para el programa

Todo el personal del establecimiento de salud debe conocer las funciones y responsabilidades que le competen con relación a la implementación del Programa de Familia y Vivienda Saludable, resaltando el rol facilitador que debe desempeñar.

²⁷ Definición modificada por el Equipo técnico de la Dirección Ejecutiva de Promoción de Vida Sana – Dirección General de Promoción de la Salud- MINSA de la Definición Operativa de la Encuesta Nacional de Hogares.

4.2.4 Priorización de familias

El programa de familia y vivienda saludable dirigirá sus acciones a las familias de las zonas priorizadas por los establecimientos de salud de las direcciones de salud, teniendo en cuenta a los determinantes de salud y los indicadores sanitarios, teniendo como insumos, la información que procesa el Seguro Integral de Salud (SIS), la Situación de Salud a nivel de las regiones y localidades, entre otros.

4.3 FASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA:

Para la implementación del Programa de Familia y Vivienda Saludable, se han determinado las siguientes fases:

FASE I: SENSIBILIZACION

Se realizarán acciones de comunicación a las familias, agentes comunitarios de salud y otros actores involucrados (autoridades regionales, autoridades locales, líderes comunales, profesores, iglesia, Organismos No Gubernamentales, entre otros) sobre la importancia de mejorar la salud de la población desde el ámbito familiar a través de la implementación del Programa de Familia y Vivienda Saludable.

FASE II: PLANIFICACIÓN

Diagnóstico Familiar

Priorizadas las familias, se procederá con el autodiagnóstico de las mismas, para lo cual se realizará una visita familiar integral con la finalidad de aplicar la “Ficha de Autodiagnóstico Familiar” que recoja sus necesidades sentidas y la “Ficha de Comportamientos” que posteriormente permitirá evaluar a las familias.

Se realizarán reuniones participativas con las familias a las que se aplicó la ficha de autodiagnóstico familiar a fin de profundizar la información recogida, luego se procederá a llenar la “tabla de resumen de problemas y demandas recurrentes de las familias” en la que se reflejen sus principales necesidades, a fin de contar con elementos para la formulación del Plan de Promoción de la Salud de la Familias y Viviendas.

Formulación del Plan de Promoción de la Salud de las Familias y Viviendas

En función a las necesidades identificadas en el Diagnóstico Familiar se elaborará el Plan de Promoción de La Salud de las Familias y Viviendas incorporando los temas que se desarrollarán con las familias, a fin de promover comportamientos saludables y considerando la atención y prevención de riesgos familiares.

En este paso, es importante considerar que el Plan de Promoción de La Salud de las Familias y Viviendas, sea coherente y/o complementario al Plan de Desarrollo Comunal (parte del cual en algunos lugares es el Plan de Salud Local).

FASE III: EJECUCIÓN

Ejecución del Plan de Promoción de La Salud de las Familias y Viviendas

En esta fase se desarrolla el Plan de Plan de Promoción de La Salud de las Familias y Viviendas, con acciones orientadas hacia la solución de los problemas de salud priorizados en las familias y hacia el mejoramiento de la vivienda en las familias participantes.

Estas acciones se llevarán a cabo con las familias, considerando aquellas que se deben realizar desde el establecimiento de salud y desde la comunidad (otros actores). Para ello, se recurrirá a la aplicación de metodologías participativas, y otras estrategias que faciliten el trabajo de los diversos actores para la ejecución del plan.

FASE IV: SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN

El seguimiento, monitoreo y evaluación es un proceso que permite ver como se desarrolla del programa en todas sus fases de implementación, nos ofrece la información necesaria para saber si estamos logrando los resultados que nos hemos propuesto y medir si se han producido los cambios a nivel de las familias y las viviendas para considerarse como familias saludables, buscando además la participación activa de todos los actores involucrados.

Bibliografía

1. Organización mundial para las familias. V Conferencia Iberoamericana sobre familia. 2000. En: www.familis.org/v.conferencia/conclusiones.
2. OPS/OMS. División de Salud y Ambiente. Iniciativa Regional de Vivienda Saludable: documento programático de la red interamericana de vivienda saludable. 2002.
3. *Ministerio de Salud del Brasil. Programa Familia Saludable. En: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm>*
4. Loucks, E.; Aldama, A; Ibarra, A; Barceló, C; Guzmán, R; Tate, B. *Vivienda y salud en residentes en el municipio de Centro Habana. En: Revista Cubana Higiene y Epid 2004; 42(1)*
5. Departamento Nacional de Planeación de Colombia. "Política de vivienda social urbana". Documento CONPES 2729-MINDESARROLLO-DNP:UPRU. Santafé de Bogotá, 1994.
6. Jorge J. Jenkins, Asesor en Salud Ambiental, OPS El Salvador. "Villa centenario OPS: Vivienda y comunidad saludables como respuesta ante un desastre". 2002. En: www.ops.org.sv.
7. Ministerio de Salud de Chile. Programa Familia Sana. En: www.minsal.gov.cl.
8. Children, Youth, and Families at Risk Program (CYFAR). En: www.csrees.usda.gov/nea/family/cyfar/
9. Red Peruana de vivienda, ambiente y salud. "Diagnóstico sobre salud en la vivienda en el Perú". 2000.
10. Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. Plan Nacional Vivienda para Todos 2003-2007. Marzo, 2003. En: www.vivienda.gob.pe
11. *Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social del Perú. Programa de Apoyo al Repoblamiento y Desarrollo de Zonas de Emergencia-PAR. Censo por la Paz. Comunidades campesinas y nativas afectadas por la violencia política 1980-2000. Resultados Nacionales. 2da. Ed. Lima, 2003.*
12. El Peruano. Normas legales. Pg. 276395. 15 de septiembre del 2004.

Anexos

Anexo N° 1

Contenidos de Ejes Temáticos Priorizados

Eje Temático	Contenidos
Alimentación y Nutrición Saludable	<p>Acceso, disponibilidad, utilización y estabilidad de los alimentos</p> <p>Cocinas mejoradas y saludables</p> <p>Almacenamiento, conservación e higiene de los alimentos</p> <p>Promoción de Alimentación y Nutrición Saludable por etapas de Vida</p> <p>Promoción de Lactancia Materna Exclusiva y Alimentación Complementaria</p> <p>Promover los huertos familiares y crianza de animales para consumo en la alimentación familiar.</p> <p>Rescatar el rol de la Familia como institución que fomenta el compromiso de sus miembros en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades en torno a su alimentación y nutrición.</p> <p>Informar a la madre trabajadora sobre las leyes y normas legales que tiene derecho durante la gestación y el periodo de lactancia.</p>
Higiene y Ambiente	<p>Higiene personal: lavado de manos, higiene bucal, baño corporal así como el control de ácaros y piojos.</p> <p>Importancia de la higiene en los miembros de la familia</p> <p>Higiene antes, y después de la lactancia materna</p> <p>Higiene antes y después del cambio de pañal.</p> <p>Higiene antes y después de los alimentos.</p> <p>Higiene en la manipulación de los alimentos.</p> <p>Higiene y cuidado de los animales domésticos</p> <p>Higiene de la vivienda</p> <p>Saneamiento básico intradomiciliario (redes de agua, eliminación de residuos sólidos y líquidos).</p> <p>Promover la educación sanitaria en el manejo de agua segura y limpia a través de la cloración, o hervido y protección de la misma.</p> <p>Distribución adecuada de ambientes, iluminación y ventilación</p> <p>Ordenamiento de enseres</p> <p>Mejoramiento de pisos y paredes</p> <p>Ambientes libres de humo de tabaco</p> <p>Eliminación de área de fumadores</p>

<p>Habilidades para la Vida</p>	<p>Habilidades para la Vida en cada uno de sus miembros:</p> <p>Conocimiento de uno mismo (autoestima),</p> <p>Manejo de Sentimientos y Emociones</p> <p>Relaciones Interpersonales</p> <p>Solución de Problemas y Conflictos</p> <p>Manejo de Tensiones y Stress</p> <p>Toma de decisiones,</p> <p>Pensamiento Crítico,</p> <p>Pensamiento Creativo</p> <p>Comunicación Asertiva</p> <p>Empatía</p>
<p>Promoción de la Salud Mental, Buen trato y cultura de paz</p>	<p>Pautas de crianza y buen trato entre los miembros de la familia de acuerdo a etapa evolutiva de la familia.</p> <p>Manejo de conflictos</p> <p>Autoestima familiar: Relaciones y comunicación entre miembros de la familia</p> <p>Relaciones con vecinos: Organización y comunicación vecinal.</p>
<p>Salud Sexual y Reproductiva</p>	<p>Fomentar vínculos familiares caracterizados por el afecto, la orientación y protección que permitan la autonomía y crecimiento de cada uno de sus miembros, de acuerdo a sus necesidades y expectativas. Educar con equidad a los miembros de la familia en conductas asertivas en relación a la sexualidad, favoreciendo desde el ejemplo un mejor aprendizaje.</p> <p>Propiciar la generación y práctica de valores intrafamiliares: responsabilidad, solidaridad, equidad y respeto por el otro.</p> <p>Fortalecer la eliminación de barreras de información sobre salud sexual y reproductiva al interior de la familia, favoreciendo el acceso a fuentes científicas sencillas y confiables.</p> <p>Rescatar el rol de la familia como institución que fomenta el compromiso de sus miembros en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades en torno a su salud sexual y reproductiva, respetando la toma de decisiones informadas de los miembros de la familia: varones y mujeres en relación a las expresiones de su sexualidad.</p> <p>Favorecer la eliminación de todas las formas de violencia doméstica y violencia basada en género al interior de la familia</p>

Anexo 2

Glosario de términos

Ambiente

Comprende todo aquello que rodea al ser humano como el aire, flora, fauna, las otras personas, la cultura, los modos de vida.

Calidad de atención

En el área de la salud, los servicios deben responder a las necesidades de salud integral de las usuarias ofreciéndoles un trato respetuoso de su dignidad y aspectos culturales y con la mayor calidad técnica posible. El motivo de consulta debe ser resuelto oportunamente considerando costos accesibles. Un servicio de salud es de calidad cuando toma en cuenta el conocimiento que tienen las usuarias sobre sus propios procesos de salud, fomenta su autoestima y autonomía para decidir sobre su propio cuerpo, y propicia el conocimiento y ejercicio de su derecho a la salud. Asimismo, una atención con calidad y perspectiva de género promueve la participación equitativa y consciente de los varones en los procesos de salud sexual y reproductiva. (Glosario de Términos de Promoción de la Salud. OPS 1999)

Ciudadanía

El concepto de Ciudadanía sintetiza el conjunto de principios, valores, actitudes y modos de conducta a través de los cuales las personas se reconocen como pertenecientes a una comunidad, ubicada en un espacio geográfico, sujetas de derechos y obligaciones y con capacidad de influencia o de representación en el gobierno y/o en la conducción de la sociedad. 1

Comportamiento de una persona

Es la forma como ella reacciona usualmente ante una situación; existen comportamientos o hábitos que favorecen la salud (asistir a la toma de presión arterial, al control prenatal, llevar una dieta balanceada y baja en sal) y otras que perjudican la salud (fumar, no hacer ejercicio, tener relaciones sexuales indiscriminadamente, entre otros). La influencia de este factor en la salud es enorme, ya que incluso determina si se modifica o no el ambiente o si se acude o no a los servicios de salud.

Conducta.

Reacción global del sujeto frente a las diferentes situaciones

Conducta social.

Cualquier conducta en que exista interacción entre dos o más seres humanos.

Determinantes de la salud

Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. La promoción de la salud trata fundamentalmente de la acción y la abogacía destinadas a abordar el conjunto de determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud.

Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. La promoción de la salud trata fundamentalmente de la acción y la abogacía destinadas a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos.(OPS. Glosario. Promoción de la Salud). (Tomado del Programa de Municipios y Comunidades Saludables , página 20)

Educación para la Salud

La educación para la salud constituye una estrategia de enseñanza – aprendizaje que propicia cambios favorables en la salud del que aprende, ayudándolo a construir conocimientos, saber aplicarlos; asimismo le facilita las herramientas para comprender, analizar, reflexionar, evaluar y desarrollar competencias y habilidades personales y sociales que permanezcan en el tiempo *(Tomado del Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas, página 26)*

Entendemos la educación como un proceso sociocultural permanente por el cual las personas se van desarrollando para beneficio de sí mismas y de la sociedad, mediante una intervención activa e intencionada en los aprendizajes, que se logran por interacción en ámbitos de educación formal, no formal e informal (*Propuesta de diseño curricular básico. Ministerio de Educación, 2000*). Supone por tanto, el desarrollo de capacidades y habilidades sociales y personales necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la propia salud y crear posibilidades para actuar en la comunidad, logrando cambios que favorezcan la salud colectiva.

La educación para la salud es toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de la salud o de la enfermedad, es decir, en un cambio relativamente permanente de las disposiciones o de las capacidades del sujeto. Una educación para la salud, eficaz puede así producir cambios a nivel de conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores, puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos o de modos de vivir” (Tones, 1994; 28) *Tomado de Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas, página 27*

Educación Sanitaria a Familias

Promueve la construcción y práctica de comportamientos saludables para el manejo del agua y sistemas de saneamiento, servicios que contribuyen a la práctica permanente de hábitos de higiene de los miembros de la familia, así como el mejoramiento de su entorno.

Esta propuesta busca que las familias construyan una vida mejor, desde sus propias posibilidades y compromisos, generando en todo momento la decisión y participación de sus miembros a través de la educación personalizada.

Género

El género se refiere a las construcciones sociales, psicológicas, culturales e históricas que se asignan a hombres y mujeres en una sociedad y tiempo determinado. Estas características también incluyen los prejuicios y estereotipos, que se tienen de hombres y mujeres. Como el género se construye a través del tiempo y se refuerza con la cultura, también puede modificarse con el tiempo y variar de una cultura a otra.

Habilidad

Capacidad de actuar que se desarrolla gracias al aprendizaje, al ejercicio y a la experiencia.

Habilidades para la vida

Son capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana. Son habilidades personales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que éste cambie, como la toma de decisiones y la solución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, el conocimiento de sí mismo y la empatía, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés. Son elementos constitutivos fundamentales del desarrollo de las habilidades personales para la promoción de la salud.

Hábito

Tendencia a actuar de una manera mecánica, especialmente cuando se ha adquirido por ejercicio o experiencia. Se caracteriza por estar muy arraigado y porque puede ejecutarse de forma automática.

Conjunto de actividades que el individuo va adquiriendo al relacionarse con los medios, escuela, en la calle, en el hogar, etc.

Herencia

Como factor que influye en la salud se puede observar de diversas maneras; por ejemplo: debido a factores heredados cada organismo responde de manera diferente ante una misma enfermedad o una persona puede padecer de un determinado problema de salud.

Participación Ciudadana

La práctica social a través de la cual la población -de manera individual o colectiva- interviene en la toma de decisiones colectivas respecto a lo público: involucramiento en el diseño, gestión y control de las políticas públicas compartiendo el poder real de decisión para proponer, acompañar, vigilar y controlar las acciones del gobierno y del Estado, impidiendo la privatización del ámbito público y su manejo bajo prácticas paternalistas, populistas y autoritarias.

Participación

Es la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre temas que le conciernen, para que sea completa debe haber acceso a la información la oportunidad de estar en el proceso de diseño, planificación de acciones orientadas

al desarrollo (Bolaños, F., Subiría, B., 2003. Metodologías participativas: Estudio para el proyecto Derecho, Inclusión y Desarrollo). (Tomado del Programa de Municipios y Comunidades Saludables página 20)

Perspectiva de género

Es una herramienta conceptual que nos ayuda a entender que las diferencias entre hombres y mujeres se dan no sólo por su determinación de sexo (biológica), sino también por su determinación de género (valores producto de la invención humana). Mirar o analizar alguna situación bajo la perspectiva de género permite entonces entender que la vida de hombres y mujeres puede modificarse en la medida en que no está “naturalmente” determinada: “ nos ayuda a comprender más profundamente no sólo la vida de las mujeres sino también la de los hombres y las íntimas relaciones entre ambas, despojándolas de los estereotipos que reflejan pero también enmascaran su realidad, y sobre todo, su posibilidad de modificarse a partir de renovados contenidos de socialización”.

Políticas Públicas Saludables

Se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud.. La finalidad principal de una política pública saludable 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.

Promoción de la Salud

Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

Es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla.

Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno. *(Tomado de Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, página 17)*

Protección social

Se define como intervenciones públicas para ayudar a los individuos, familias y comunidades a mejorar el riesgo a los que están expuestos y para brindar el respaldo en seguridad alimentaria. La nueva visión de protección social reconoce la protección social como parte del desarrollo socioeconómico y como una inversión en la formación del capital humano y en la reducción de la pobreza. 1

Proveedoras(es) de Servicios de Salud

Son tanto las instituciones públicas o privadas que ofrecen servicios de salud, como todo el personal que labora en ellas.

Servicio de salud

Nombre que se le da a todos los servicios de salud públicos y privados. Los servicios de salud con el fin obvio de influir en la salud, tarea que cumplen dando tratamiento curativo a los enfermos y buscando prevenir la ocurrencia de las enfermedades. Este factor influye en la medida en que las personas hagan uso de el.

Salud reproductiva

Es la capacidad de disfrutar, expresar nuestra sexualidad y de hacerlo sin riesgos de enfermedades transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación.

La sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. Mientras que la sexualidad está presente y forma parte de toda la vida, la reproducción es la capacidad temporal de procrear que tienen hombres y mujeres.

Salud sexual

Implica el ejercicio de una sexualidad responsable basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.