

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO**



**LIDERAZGO QUE EJERCE LA ENFERMERÍA EN EL FOMENTO
DE LA SALUD FAMILIAR PARA EL DESARROLLO
COMUNITARIO. VALLE HERMOSO - MONSEFÚ, 2010**

AUTOR: Julia María Nureña Montenegro

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

**Chiclayo, Perú
2012**

**LIDERAZGO QUE EJERCE LA ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DE
LA SALUD FAMILIAR PARA EL DESARROLLO COMUNITARIO.
VALLE HERMOSO – MONSEFÚ. 2010**


POR:

Julia María Nureña Montenegro

Presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado de

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

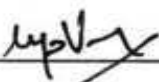
APROBADO POR:



Dra. Rosa Jeuna Díaz Manchay
Presidenta de Jurado



Mgtr. Zarela Avellaneda Aguinaga
Secretaria de Jurado



Mgtr. Maribel Díaz Vásquez
Vocal/Asesora de Jurado

CHICLAYO. 2012

*A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir
y regalarme una familia maravillosa.
Y a ti Virgen Santísima por acompañarme
en mi duro caminar y cuidarme en todo
el proceso de mi vida.*

*A mi esposo Lucio por su apoyo incondicional
y brindarme todo su amor.
A mis hijos Jessica , César y Fabrizio
por darme la fortaleza de seguir adelante y
motivarme en todo momento y no dejarme
vencer.*

*A mis padres, César y Olga,
a quienes admiro con inmensa
gratitud por su amor incondicional,
abnegación y por estar siempre conmigo
en todo momento de mi vida.*

*A un gran amigo: Javier Ruíz Gutiérrez,
Presidente del Centro de Investigación
y Promoción del Desarrollo Sostenible –
CIPDES, a los compañeros de trabajo
por su cordialidad y su valioso apoyo
durante todo este tiempo de formación
personal y profesional.*

*A mi asesora, Mgtr. Maribel Díaz Vásquez,
por su paciencia y apoyo incondicional
evidenciado en todo el proceso de la
investigación y por haber confiado en mí.
A mis jurados, Dra. Rosa Díaz Manchay y
Mgtr. Zarela Avellaneda Aguinaga; y a
todas las personas que de alguna manera
han contribuido con sus aportes en la
presente investigación, desde su inicio
hasta el informe final.*

*A las familias de la comunidad de
Valle Hermoso y en especial a
Eusebia Sánchez Farro por su
apoyo constante y dedicada labor
para el logro de los objetivos.*

ÍNDICE

| | Pg. |
|-----------------------------------------------|-------------|
| INTRODUCCIÓN | xiii |
| CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL | 19 |
| 1.1. Antecedentes | 19 |
| 1.2. Bases teórico- conceptuales | 21 |
| CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO | 37 |
| 2.1. Tipo de investigación | 37 |
| 2.2. Abordaje metodológico | 38 |
| 2.3. Sujetos de la investigación | 49 |
| 2.4. Escenario | 49 |
| 2.5. Instrumentos de recolección de los datos | 50 |
| 2.6. Procedimiento | 50 |
| 2.7. Análisis de los datos | 52 |
| 2.8. Criterios éticos | 53 |
| 2.9. Criterios de rigor científico | 56 |
| CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN | 59 |
| CONSIDERACIONES FINALES | 93 |
| RECOMENDACIONES | 95 |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

97

ANEXOS

| | |
|----------------------------------------|-----|
| Anexo 01: Consentimiento informado | 103 |
| Anexo 02: Guía de entrevista | 105 |
| Anexo 03: Cronograma de actividades | 107 |
| Anexo 04: Talleres de capacitación. | 113 |
| Anexo 05: Campaña de limpieza comunal. | 115 |
| Anexo 06: Acta de entrega | 117 |
| Anexo 06: Anexo fotográfico | 119 |

RESUMEN

La presente investigación inmersa en el paradigma sociocrítico, con enfoque cualitativo y abordaje metodológico de investigación acción participación, tuvo como objetivos analizar, discutir el liderazgo que ejerce la enfermería en el fomento de la salud familiar para el desarrollo comunitario en Valle Hermoso – Monsefú, como parte del plan de desarrollo territorial del Centro de Investigación y Promoción del Desarrollo Sostenible (CIPDES), financiado por Ayuda en Acción (AeA). El referencial teórico estuvo sustentado por Jaime Aviña Zepeda (2004), para sustentar la importancia de la salud familiar, María Cristina Garita Vargas (2011) fundamenta el liderazgo de enfermería, María Consuelo Castrillón (1997) respalda el trabajo multidisciplinario y Mireya Zárate (2007) fundamenta el desarrollo comunitario. La investigación tuvo como sujetos de investigación a 10 familias, obtenidas por método de saturación. Se realizó una entrevista semi estructurada a profundidad, antes y después de la intervención. Se consideraron principios éticos de Elio Sgreccia (2007) y criterios de rigor científico de Lincon y Guba (1994). Emergiendo tres categorías: 1) Enfermería liderando la salud familiar en el trabajo multidisciplinario para el desarrollo comunitario. 2) Modificando los estilos de vida saludable de las familias. 3) Transformando las condiciones de la vivienda para la salud familiar. La capacidad de liderazgo de la enfermera en el trabajo multidisciplinario para el desarrollo comunitario, se ha convertido en el pilar fundamental de la salud familiar permitiendo desarrollar estilos de vida saludables a partir de propuestas innovadoras contribuyendo de esta manera a la adopción de una cultura preventiva de autocuidado y buenas prácticas para lograr el derecho a una vida digna.

Palabras Clave: Liderazgo en Enfermería, Salud Familiar, Trabajo Multidisciplinario y Desarrollo Comunitario.

ABSTRACT

The present investigation immersed in the Paradigm Sociocritico, with qualitative approach and methodological approach of Action Research participation, had as objective to analyze, discuss the Leadership by the nurses in the promotion of family health for the community development in Valle Hermoso - Monsefú, as part of the territorial development plan of the Center for Research and Promotion of Sustainable Development (CIPDES), funded by Action Aid (AeA). The theoretical framework was supported by Jaime Avina Zepeda (2004) and Bustamante (2004), to support the importance of health Family, Maria Cristina Vargas Garita (2011) based nursing leadership, Maria Consuelo Castrillon (1997) supports the multidisciplinary and Mireya Zárate (2007) based community development. Research as research subjects had 10 families obtained by saturation method. It made an in-depth semi-structured interview before and after the intervention. We considered Sgreccia Ethical Principles (2007) and Scientific Rigor criteria of Lincoln and Guba (1994). Emerging three categories: 1) Nursing leading family health through multidisciplinary work. 2) Modifying the healthy lifestyles of families. 3) Transforming the housing conditions for family health. The leadership capacity of the nurse in the multidisciplinary work to community-based development, has become the mainstay of the family health allowing them to develop healthy lifestyles from innovative proposals in this way contribute to the adoption of a culture of preventive self-care and good practices to achieve the right to a dignified life.

Key words: Leadership in Nursing, Familiar Health, Multidisciplinary Work and community development.

INTRODUCCIÓN

Las causas de la pobreza rural son complejas y multidimensionales, y comprenden, entre otras cosas, aspectos relacionados con la cultura, la asistencia sanitaria, el clima, el sexo, los mercados y las políticas públicas. También puede ser el resultado de procesos de exclusión social, segregación social o marginación. En muchos países del tercer mundo, se dice que uno está en situación de pobreza cuando su salario (en caso de contar con él), no alcanza para cubrir las necesidades que incluye la canasta básica de alimento.¹

La pobreza rural representa casi el 63% de la pobreza de todo el mundo.¹ A nivel nacional en el año 2010 la pobreza afectó al 54.2% de la población rural, acrecentándose en la sierra rural en un 62.1%, siendo los más afectados los niños menores de 5 años.²

A pesar del vertiginoso desarrollo del mundo contemporáneo y de las transformaciones ocurridas por el avance de la ciencia y la técnica, traducidas en una nueva forma de vivir, la familia sigue manteniendo el lugar cimero en el universo en que está inmerso el hombre en busca de su desarrollo armónico, bienestar y felicidad dentro de la sociedad.³ Así mismo la Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce a la familia como el elemento natural y fundamental de la sociedad. La familia es la pieza 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.⁴

La situación de la salud familiar en que viven millones de familias en el mundo, se relaciona directamente con condiciones insatisfactorias de vivienda, saneamiento y hacinamiento que afectan considerablemente la salud de las familias.⁵

Así mismo en nuestro país aproximadamente hay 11 millones de peruanos que se encuentran en situación de pobreza y 4 millones en pobreza extrema, desde el 2007; la cual suele estar acompañada de desempleo, desnutrición, analfabetismo, falta de oportunidades para la mujer, exposición a riesgos ambientales y limitado acceso a los servicios sociales y sanitarios.⁶

Ante este panorama nacional, la Gerencia Regional de Salud, Lambayeque (GERESA), en el año 2009, manifestó ser uno de los departamentos con esta problemática de salud, en donde la situación de pobreza en que viven muchas familias, se ve reflejada por un conjunto de problemas que afectan su integridad, originándoles un grave deterioro de la salud y una degradación de los derechos humanos, observándose como perfil predominante, a las enfermedades respiratorias en un 41.88%, en segundo lugar a las enfermedades del sistema digestivo con el 17.9%, y en tercer lugar a las enfermedades infecciosas y parasitarias con 9.83%. Además se tiene que el 50.04% no tiene servicio de agua potable y si tienen es mediante piletas públicas; la mayoría se abastece directamente de los canales de irrigación y pozos de tajo abierto existentes. En cuanto al acceso al servicio de desagüe en los caseríos rurales, el 27.87% de familias cuentan con este servicio, (generalmente de caseríos muy cercanos a las ciudades), mientras que el 72.13% no acceden a este servicio, teniendo que usar pozo ciego, letrinas o a campo libre; referente a la eliminación de residuos sólidos, el 75.1% la quema, el 12% bota al río o acequia más cercana y el 13% lo realiza al aire libre, de igual manera solo (43.98%) cuenta con alumbrado eléctrico.⁷

Así mismo el 85% de las viviendas y hogares de las comunidades rurales presenta hacinamiento. Estas viviendas carecen de orden y limpieza; muchas veces una misma habitación sirve de cocina, comedor, dormitorio y ambiente de crianza de animales domésticos. Estas condiciones

predisponen a la ocurrencia de enfermedades diarreicas y parasitarias, especialmente en la población infantil. Además, la presencia de humo dentro de las cocinas tradicionales, donde la ventilación e iluminación son escasas, ocasiona una mayor predisposición de infecciones respiratorias, especialmente neumonías, en los niños menores de cinco años.⁸

Dentro de esas condiciones de vulnerabilidad, se encuentra las familias de la comunidad rural de Valle Hermoso del distrito de Monsefú, quienes se han visto limitados en sus derechos al bienestar físico mental, social y están sometidos a una marginalidad en el acceso a servicios básicos necesarios para una vida digna, a ello se suma una deficiente educación sanitaria por lo que muchas de sus prácticas se reflejan en la realización de hábitos poco saludables, un deficiente saneamiento, y la precariedad de las viviendas. Dicha problemática ha sido observada por la investigadora, en donde la situación de pobreza por las que atraviesan estas familias de la comunidad rural de Valle Hermoso trae como consecuencia la presencia de enfermedades infectocontagiosas sobre todo en los niños. Cabe resaltar que en 2008 esta comunidad de Valle Hermoso presentó la enfermedad del Ántrax en donde falleció 01 persona.

Por otro lado la enfermera viene cumpliendo un rol protagónico en los proyectos de desarrollo comunitario, ya que gracias a la amplia visión, está capacitada para dar respuesta a las necesidades de salud de la población tanto sana como con alteración de salud, mediante un cuidado (desde una perspectiva holística: fisiológica, psicológica, social, cultural y espiritual) integral y directa a las personas, familias y comunidades, con el objetivo de promover, mantener o mejorar su salud a través del fomento de la capacidad de autocuidado y de la capacidad para cuidar a personas.⁹

Asimismo, la investigadora, trabaja directamente en coordinación con los promotores de salud de la comunidad de Valle Hermoso, quienes

refieren: “Aquí las familias viven en toda la pobreza, nunca se ha tenido la oportunidad de contar con el apoyo o asesoramiento por parte de salud y de otras instituciones, siempre hemos estado excluidos y la salud familiar se ha visto afectada debido a una práctica de hábitos pocos saludables”, “La verdad es que siempre hemos estado olvidados, siempre hemos pedido el apoyo a las autoridades, pero nunca han llegado al caserío”.

En cambio con la intervención de la ONG CIPDES*, “hemos podido mejorar las condiciones de vida de las familias”, además contamos con un equipo multidisciplinario que está conformado por 03 Educadores, 01 Ing. Agrícola, 01 Ing. Agrónomo, 01 Ing. Zootecnista, 01 Enfermera y 01 Administrador, comprometidos en el mejoramiento de la Educación Rural, desarrollo agropecuario, fortalecimiento organizacional y la promoción de la salud comunitaria, permitiendo obtener de manera conjunta el cumplimiento de los objetivos y en donde la enfermera cumplió un rol fundamental, en liderar y dinamizar los procesos de desarrollo comunitario, el cual giró fundamentalmente en torno a la familia, desde un punto de vista biosicosocial, logrando promover, proteger, prevenir, mantener y restaurar la salud familiar, comprometiendo a todos al trabajo multidisciplinario; asimismo en este proceso participaron los profesionales de salud de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque, el Gobierno Local y los actores sociales de la comunidad, quienes se involucraron en todo el proceso de la ejecución del proyecto de investigación.

Esta situación, ha motivado a realizar la presente investigación, que contribuirá significativamente a poner en relieve el liderazgo que ejerce la enfermería en el fomento de la salud familiar, para el desarrollo

*Centro de Investigación y Promoción del Desarrollo Sostenible: ONG que promueve el fortalecimiento de la identidad local y oportunidades de desarrollo entre los sectores más necesitados de la población de Lambayeque.

comunitario, basados en una cultura preventiva de autocuidado y buenas prácticas, para lograr el derecho a una vida saludable y digna.

Es así que la investigadora frente a la problemática expuesta se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se mejora la salud familiar mediante el liderazgo de enfermería, para el desarrollo comunitario de Valle Hermoso. Monsefú – Perú. 2012?, siendo el objeto de investigación: La mejora de la salud familiar. Con base a esta premisa los objetivos que guiaron la investigación fueron: Mejorar la salud familiar mediante el liderazgo de enfermería para el desarrollo comunitario, analizar y discutir la mejora de la salud familiar mediante el liderazgo de enfermería para el desarrollo comunitario.

La presente investigación se justifica porque la salud familiar constituye una estrategia de la atención primaria de salud, basada en el desarrollo de comportamientos y estilos de vida saludables, en donde las personas desarrollan afectos, conocimientos, habilidades, actitudes y valores. A partir de la familia se edifica toda estructura y debe ser protegida como factor de desarrollo social y económico.

Por esta razón, la salud familiar no puede ser abordada por un solo profesional, sino por un equipo multidisciplinario, donde el profesional de enfermería es quien lidera el proceso de desarrollo de la comunidad rural; así mismo el equipo multidisciplinario colabora entre sí, están en contacto y comprometidos en una acción coordinada, respondiendo responsable al logro del objetivo; de ahí la importancia de trabajar en forma conjunta para compartir conocimiento, discutir sobre las múltiples causas que pueden alterar los procesos de desarrollo y buscar alternativas de solución.

En tal sentido, la relevancia que adquiere la presente investigación para la escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de

Mogrovejo (USAT), está dirigido a demostrar que el liderazgo que ejerce la enfermería en el trabajo multidisciplinario, para el desarrollo comunitario, constituye una piedra angular para abordar problemas que requieren de una dinámica especial, caracterizada por la acción combinada de un grupo de profesionales de distintas disciplinas, articulados en un proceso de trabajo para alcanzar una meta u objetivo común, como es el desarrollo comunitario. Así mismo es una pieza clave para mejorar la calidad del cuidado en las familias, permitiendo fortalecer sus capacidades en la generación de estilos de vida saludable, orientados a prevenir la presencia de enfermedades más prevalentes de la zona.

Por otro lado, la riqueza que adopta esta investigación, es el tipo de Investigación Acción Participación (IAP), siendo su fin la búsqueda de cambios, a través de la participación de las familias e involucramiento de las instituciones públicas y privadas, para mejorar sus condiciones de vida, además de formular nuevas propuestas de trabajo para enfermería con las familias de las comunidades rurales.

Además la participación de las familias habilita y pone en acción a las personas como actores y supervisores de su propio desarrollo. Cuando las familias pobres y marginadas participan en los procesos de cambio adquieren habilidades y desarrollan actitudes que permitan mejorar la salud familiar.

Actualmente la salud familiar se viene constituyendo en una estrategia de reforma del sistema de salud, constituyéndose en un instrumento de cambio del modelo asistencial, al evidenciar las fragilidades y limitaciones del modelo tradicional, teniendo en cuenta los impactos de los programas innovadores sobre la salud de la población.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes

Considerando el objeto de estudio, se realizó inicialmente la búsqueda de antecedentes para guiar el avance de la investigación en esta temática. De los pocos trabajos de investigación que versan sobre el tema tenemos:

Arenas y otros, realizaron la investigación sobre "El modelo de intervención multidisciplinario en la atención primaria de la salud". Fue un estudio de tipo intervención acción con enfoque cualitativo. Tuvo como objetivo contribuir en la resolución de problemas de salud en comunidades marginadas, a través de intervenciones de atención primaria, mediante la participación de equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios de salud.

Se evaluó la problemática de salud de la población y se elaboró un programa de intervención denominado: Programa de Educación Continua que consistió en realizar actividades de promoción, fomento y protección específica de la salud; así como un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Como resultado se obtuvo que 16 118 reflejaron el mejoramiento de la salud en relación con la modificación de los estilos de vida, así como las prácticas de autocuidado. Como conclusión, los programas de intervención acción en comunidades marginales favorecieron el cuidado de la salud de estas poblaciones que no tienen acceso a los servicios de atención primaria.¹⁰

Gaiva M, y Correa A. en su investigación “El trabajo en equipo del Programa Salud de la Familia”, realizado en 03 municipios del estado de Mato Grosso, fue un estudio de abordaje cualitativa, utilizó como técnica la recolección de datos a través de los grupos focales, la observación y la entrevista. Los cuales fueron analizados a través de la técnica del análisis temático. El objetivo de dicha investigación fue conocer la participación de los trabajadores en equipos, para la construcción de procesos y su ejecución en la comunidad. Como resultados obtuvieron que los profesionales entrevistados conciben el trabajo en equipo, como una postura de relaciones democráticas con ejercicio flexible de liderazgo, que crea espacios de toma de información y permite la participación de los profesionales en la toma de decisiones.¹¹

Díaz M. en su investigación Acción Participativa “Modificando las condiciones de vida de las familias Campesinas de Íllimo a través de la Atención Primaria Ambiental”, tuvo como objetivo modificar las condiciones de vida de las familias campesinas de Íllimo a través de la atención primaria ambiental, así como analizar y discutir sus contribuciones para mejorar las condiciones de vida en zonas rurales. El referencial teórico estuvo sustentado en los conceptos de condiciones de vida y el referencial

metodológico estuvo sustentado en el paradigma socio crítico. La población fue de 211 familias de los caseríos intervenidos, del distrito de Íllimo; la muestra estuvo compuesta por 81 familias participantes en el proyecto, donde se utilizó como instrumentos de recolección de datos, una encuesta de línea de base y de resultado después de tres años de ejecutado el proyecto, los que fueron tabulados y graficados dando como resultado la mejora en las condiciones de vida de las familias. Se aplicó la metodología participativa en todos los componentes de la Atención Primaria Ambiental, lográndose evidenciar el desarrollo económico local, manejo silvopecuario del bosque seco y promoción de la salud a través del programa de vivienda saludable, teniendo sostenibilidad la propuesta por la formación de promotores que fortalecen la participación y organización de sus comunidades campesinas en los tres pilares del desarrollo sostenible.¹²

Díaz M. en la investigación sobre “Reflejando el trabajo de la Enfermera del Deficiente Saneamiento Básico a la Vivienda Rural Saludable, aspectos básicos en la Promoción de la Salud en el caserío Puerto Rico – Jayanca 2002”, es una investigación de acción participación, buscó modificar las prácticas del saneamiento en las familias; la muestra se obtuvo por saturación. En los resultados de la fase inicial las familias se ubicaron en mayor porcentaje en el nivel deficiente. Después de la acción se obtuvo que el mayor porcentaje se ubicaron de regular a bueno. Fue un estudio de abordaje cualitativo emergiendo 4 categorías, lo que llevó a la investigadora junto con las familias a planificar la modificación de la situación con la acción participativa, optando por una vivienda saludable y expresando satisfacción ante los cambios para una vivienda saludable.¹³

1.2 Base teórico conceptual.

El presente trabajo de investigación fue respaldado en estudiosos como Aviña (2004) para salud familiar; Garita (2003) para liderazgo de

enfermería; Castrillón (1997), Mitchell (1992) para trabajo multidisciplinario y Zárate (2007) para el Desarrollo Comunitario.

La salud familiar adquiere una dimensión social insustituible, pues ella aporta los primeros conocimientos y compromisos de sociabilidad y participación a la persona, las deficiencias y disfuncionalidad en la vida familiar impactan profundamente al desarrollo, pues se traduce en problemas de salud, educación y participación en el trabajo. La salud se cuida primariamente en la familia, que previene las enfermedades evitables, creando hábitos y formas de participación que previenen riesgos mayores.¹⁴

La investigadora de acuerdo con la concepción anterior, sugiere que la salud familiar no es la suma de la salud individual, es un proceso dinámico, sometido a un proceso de transformación, donde juegan un papel fundamental las potencialidades con que cuenta la familia. En ese sentido las intervenciones lideradas por la enfermera con el aporte del trabajo multidisciplinario, estuvieron encaminadas a implementar procesos participativos y sostenibles que han permitido el mejoramiento de la salud familiar, partiendo desde la dignidad de las personas.

Así mismo nos explica que la salud familiar se configura en una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales que se definen a escala microsocial en el contexto del hogar y que se expresan en el modo particular en que la familia provee experiencias potencializadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa de desarrollo biosicosocial de sus integrantes y de la vida social.¹⁵

Cabe mencionar que la intervención en salud gira fundamentalmente en torno a la familia como espacio social primario donde se adquieren

hábitos, costumbres y estilos de vida que influyen en el estado de salud de sus integrantes y durante todo el proceso de salud y enfermedad de los mismos. Así mismo el accionar del profesional de enfermería está dirigido a fortalecer la autoestima y las relaciones familiares, además de promover la libertad y responsabilidad para el autocuidado e incorporación de hábitos y estilos de vida saludables al interior de la misma.¹⁶

Para la investigadora, la salud familiar gira fundamentalmente en torno a la familia como espacio social primario donde se adquieren hábitos, costumbres, estilos de vida y abrazan los valores que los conducirán hacia una vida plena, comprometiendo a todos sus integrantes. Siendo un componente muy importante en el trabajo multidisciplinario para contribuir a su desarrollo humano pleno de las familias.

También el Ministerio de Salud, en el marco de los Lineamientos de Política del sector, considera a la familia como la unidad básica de salud y teniendo como primer lineamiento a la promoción de la salud, proponiendo 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.¹⁷

A partir del modelo que viene proponiendo el Ministerio de Salud (MINSA), ha permitido a la enfermera liderar el trabajo multidisciplinario, asumiendo el desafío de desarrollar un conjunto de acciones dirigidas a la salud familiar, involucrando a las instituciones públicas como: la Institución

educativa de la comunidad de Valle Hermoso, Municipalidad de Monsefú y la Gerencia Regional de Salud.

Actualmente la familia es revalorizada a nivel internacional y nacional como una unidad social, en donde el niño desarrolla la inteligencia emocional, capacidades creativas y forma hábitos saludables. Teniendo en cuenta nuestra realidad es necesario trabajarlo en varios niveles, como la creación de entornos saludables y fortalecimiento de sus capacidades para el desarrollo integral de la familia.

Así mismo el autor, considera a la familia como una célula fundamental de la sociedad, construyendo una comunidad unitaria y total para los individuos que lo integran. Focaliza a la familia como objeto de cuidado en salud, porque es el lugar donde se forman y aprenden hábitos y costumbres que influyen en el proceso salud - enfermedad. Es un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla. Según el autor en mención, la familia es el organismo vivo complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo – espacio y territorio dado, al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente.¹⁸

Para la investigadora, la familia es el componente fundamental para el desarrollo humano y comunitario, es allí donde se inician los hábitos y prácticas de una vida saludable; por lo tanto a través del trabajo multidisciplinario liderado por la enfermera, se ha proporcionado los medios necesarios para mejorar la salud familiar y para que las personas ejerzan control sobre los determinantes de salud.

La familia se basa en algunos principios: Protección a cada uno de sus miembros, priorizando a la niñez, adolescencia, maternidad y ancianidad, promoción del matrimonio e igualdad de los hijos frente a sus padres.¹⁹ Cumple a su vez diferentes funciones; las principales son: Reproductora, Económica, educadora (establece normas y roles), religiosa y socializadora.²⁰

Para la autora de la presente investigación, la familia constituye la base fundamental para el desarrollo humano y es ahí donde se inician los hábitos y prácticas para una vida saludable, las que adquirimos desde niños y nos ayudan a consolidar nuestra personalidad. La familia no es sólo la unión de dos personas, sino la conjunción de dos familias. Es por ello que la enfermería, como disciplina que se interesa por el bienestar integral de las personas, también centra su accionar en la familia, a través de la promoción de salud, la educación, el fomento del autocuidado, e intervenciones específicas según las necesidades individuales, considerando su ambiente, y los factores que pueden influir positivamente como también en forma negativa.

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido: La familia nuclear o elemental, la familia extensa o consanguínea, la familia monoparental, la familia de madre soltera.²¹

Con respecto a la composición de las familias en el Perú, la investigadora, según su experiencia en trabajo comunitario, señala que predominan las familias nucleares, es decir los hogares conformados por el jefe de hogar y cónyuge con y sin hijos, o sólo jefe con hijos; seguidas de las familias extendidas, caracterizadas por la presencia de otros parientes que conviven en el núcleo familiar.

Por otro lado, el modelo de abordaje de la Promoción de la Salud que desarrolla el Ministerio de Salud de Perú, considera a la familia como la integralidad del ser humano, colocando a la persona y su familia como el centro del objetivo.¹⁷

Así mismo la salud familiar expresa el funcionamiento de la familia como grupo social primario, en el momento de fomentar la salud y el bienestar de sus miembros mediante el cumplimiento de sus funciones, el desarrollo de una óptima cohesión interna en las relaciones de poder que se establecen entre sus miembros y el logro de una adecuada adaptación a la sociedad en que tiene lugar su existencia. Puede expresarse en términos de su funcionamiento efectivo, en la dinámica relacional interna, en el cumplimiento de sus funciones para el desarrollo de sus integrantes, en la capacidad de interactuar y enfrentar los cambios del medio social y del grupo para propiciar el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida.²²

Para la investigadora es importante comprender mejor, la función de la familia en un mundo donde se necesitan bases sólidas, para promover las relaciones interpersonales, la comprensión, para que las familias puedan vencer los obstáculos que se presentan cada vez más; además una familia saludable toma decisiones prudentes con el fin de mejorar las condiciones referidas a su salud y su vida, ejerciendo sus principales funciones, y buscando cubrir sus necesidades básicas, como las personales.

Desde que la persona nace hasta que muere requiere del apoyo de este grupo primario. Es en el seno de la familia que enfrenta problemas de salud, y de éste depende una evolución mejor y más rápida en tanto se valora la enfermedad, se toman decisiones y se coopera en el tratamiento.²³

Por otro lado la estrategia de planificación participativa, permite incentivar desde el inicio del proyecto la participación comunitaria y la creación de espacios que la faciliten. La investigación acción participativa es hoy un nuevo paradigma de la promoción de la salud, en teoría se menciona mucho, pero en la práctica se implanta menos. Al respecto Ashton Jhon, nos dice que se requiere de una conciencia sobre la necesidad de crear alianzas estratégicas con diferentes instituciones públicas y privadas para abordar proyectos concretos y con la participación de equipos multidisciplinarios de diferentes profesiones, y no sólo un especialista.²⁴

Para la investigadora la importancia de establecer alianzas estratégicas permite integrar y fortalecer las acciones con los diferentes sectores como: Instituciones Educativas, Establecimientos de Salud, Gobierno Local y ONG; así mismo a través de la participación comunitaria se ha asumido responsabilidades específicas y se ha fomentado la creación de nuevos vínculos de colaboración en favor de la comunidad de Valle Hermoso.

Asimismo, la investigación se identifica con el modelo de Nola Pender, quien refiere que la salud familiar comienza desde la promoción de la salud, donde no solamente reúne todo el conocimiento sobre las conductas que favorecen la salud, sino que trabaja con el entorno, higiene, educación sanitaria, dando lugar a la prevención, disminuyendo o eliminando los factores de riesgo y previniendo el curso de diversas enfermedades. Además manifiesta que las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales pueden expresar su propio potencial de la salud humana. Sin embargo esta teoría sirve como guía para la exploración de los procesos biosociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a elevar el nivel de salud.²⁵

Para la autora del presente trabajo de investigación, la salud familiar, se ha constituido en el principal objetivo del profesional de enfermería y del

equipo multidisciplinario; a través de esta, se ha venido buscando la satisfacción de necesidades básicas con enfoque de oportunidad de vida, focalizando la intervención en las familias beneficiarias, desarrollando un conjunto de acciones orientadas al cuidado de las familias con miras a fortalecer y desarrollar sus capacidades para la generación de hábitos y comportamientos saludables. De igual manera se ha fomentado la participación de las instituciones públicas, garantizando la puesta en marcha del proyecto de Desarrollo Local, fortaleciendo la responsabilidad familiar y comunal.

El liderazgo que ejerce la enfermería en el trabajo multidisciplinario es un proceso que promueve la mejora de las condiciones de salud y vida de la persona, familia y comunidad. Dada la importancia del liderazgo como un elemento promotor de desarrollo, se hace necesario que cada vez más profesionales de enfermería tengan las competencias para ejercer con calidad este proceso en el ámbito donde se desempeñen.²⁶

Por otro lado, dentro del nuevo paradigma, el liderazgo que ejerce la enfermería cambia de un modelo centralizado a uno descentralizado en donde las decisiones son compartidas dentro de una administración participativa en donde ofrece una acción democrática; propiciando una actuación responsable. La Dra. Anne Baker en su artículo (1991) "Emergiendo un nuevo paradigma de liderazgo", afirma: "Liderazgo transformador significa un cambio en donde propósitos del líder y del seguidor son los mismos, creando unidad de criterios y propósitos colectivo. En este tipo de liderazgo, el líder y el seguidor crecen y se desarrollan conjuntamente".

Afirma también que existen cuatro estrategias para concretar en la realidad este concepto de liderazgo. Estas son definición de una visión, creación de una arquitectura social, confianza organizacional y autoestima.

Refiriéndose a la visión, se relaciona con la meta de la organización que debe ser clara, realista, optimista y compartida por todos. La arquitectura social se refiere a los modos de relación en la institución que deben ser contruidos de tal forma que al mismo tiempo que permitan trabajo en equipo también provean la oportunidad para el desarrollo individual. La necesidad de una confianza institucional tanto del líder como del seguidor es indispensable en este tipo de liderazgo para que las relaciones individuales y grupales florezcan y conduzcan a la creatividad, innovación, poder para la toma de decisiones, seguridad y autoestima.²⁷

El trabajo multisectorial es una estrategia que CIPDES viene desarrollando en la ejecución de proyectos articulados al desarrollo sostenible a partir de una visión holística, aprovechando las potencialidades de la comunidad de Valle Hermoso, tales como: Construcción de un sistema de agua potable, permitiendo mejorar la calidad de agua para consumo humano, la implementación de módulos de crianza de cuyes como parte de la seguridad alimentaria, implementación del círculo de alfabetización, basado en un enfoque de desarrollo de capacidades para el desarrollo comunal, fortalecimiento de las habilidades artesanales a través de talleres de capacitación.

Por otro lado existen algunas teorías que explican el liderazgo, entre ellas: Teoría de los rasgos de la personalidad, la cual plantea que las características o rasgos del liderazgo en las personas, pueden ser obtenidas a través del aprendizaje y de la experiencia, afirma que no siempre son hereditarios y coloca en tela de juicio el mito acerca de que el líder nace y no se hace. La teoría del camino hacia la meta, en la que el líder facilita el cumplimiento de la tarea, minimizando las obstrucciones hacia el objetivo ya establecido y recompensando a sus seguidores por la buena terminación de sus actividades. La teoría del liderazgo transaccional, que se encuentra más a menudo, y se enfoca en los seguidores, quienes ven una postura de

intercambio con el propósito de hacer un canje entre una cosa y otra. Finalmente la teoría del liderazgo transformador, la cual se aplica cuando las personas se relacionan con los demás, de forma que líderes y seguidores alcanzan niveles más altos de motivación y toma de decisiones éticas, en lugar de enfatizar diferencias entre el líder y los seguidores, el liderazgo transformador enfatiza el propósito colectivo y el crecimiento y desarrollo mutuo.²⁸

La investigadora ha liderado los procesos de desarrollo comunitario a través de la implementación del proyecto y plan de acción dirigidos a resolver los problemas más urgentes en las familias, constituyéndose en el pilar fundamental del trabajo multidisciplinario y de la transformación de su medio; ella viene dinamizando la estrategia de intervención de manera concertada, permitiendo la participación de todas las personas e instituciones involucradas en el mejoramiento de la salud familiar. Teniendo en cuenta que su liderazgo tendrá cada vez más trascendencia entre la población y su salud en un futuro inmediato dentro del contexto de la atención sanitaria.

Garita-Vargas refiere que hablar de liderazgo implica que cada profesional debe tener los objetivos claramente definidos y en el proceso de saber, saber hacer, y querer hacer, tener la capacidad de conducir a la consecución de las metas propuestas; por otro lado la profesión de enfermería tiene la responsabilidad de liderar el camino al cambio, considerando los grandes problemas e identificando las estrategias que permitan establecer las acciones para ofrecer soluciones a los problemas.²⁹

Para la investigadora, el liderazgo que ejerce la enfermería se encuentra en la práctica, lo cual se justifica en la necesidad de cambiar nuestra manera de pensar, asumiendo retos, promoviendo cambios a través del desarrollo y fortalecimiento de las capacidades del capital social

comunitario para una vida digna, en donde la población acceda a servicios básicos de calidad y construya comunidades saludables aprovechando sus recursos de manera sostenida.

Así mismo cabe resaltar que la presente investigación está dirigida a demostrar que, el liderazgo que ejerce la enfermería en el trabajo multidisciplinario constituye una pieza clave para mejorar la calidad de vida de las familias, permitiendo fortalecer y desarrollar sus capacidades en la generación de estilos de vida saludables en proyectos de desarrollo comunal.

Por otro lado permitirá orientar a los centros de formación del profesional de enfermería a poner énfasis en los modelos y teorías de enfermería que involucren el trabajo multidisciplinario como una piedra angular en el cuidado de la salud familiar y comunal.

Además, durante su trayectoria profesional, la investigadora ha podido observar que a nivel del MINSA se ha implementado un programa piloto de Familia y Viviendas Saludables, el cual no ha tenido una buena sustentación en la práctica, siendo necesario ser abordado a través del trabajo multidisciplinario, que tendrá un papel importante dentro de la salud familiar a través de las intervenciones de atención integral, basados en una cultura preventiva y de autocuidado, en donde las familias desarrollan un rol protagónico para el acceso de la salud con calidad, asegurando la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a la población desarrollar al máximo su salud potencial.

Para lograr todo esto, se necesita de un trabajo en equipo multidisciplinario, en donde participen todos los profesionales, de tal manera que permita abordar la problemática familiar desde un punto de

vista holístico e intercambiar sus experiencias, respetando sus roles y funciones para el logro de objetivos comunes.

La composición de un equipo multidisciplinaria debe ajustarse a las características concretas de la comunidad a la que atiende, por lo que no existen modelos universales que nos permitan definir una composición que sea válida para todos los equipos y circunstancias, el trabajar en equipo multidisciplinario, implica ampliar la visión, unir esfuerzos y hacer un trabajo compartido permitiendo crear una nueva disciplina que favorece la participación comunitaria y el trabajo intersectorial. La participación activa y armónica del equipo multidisciplinario constituye una garantía frente a eventualidades y riesgos que puedan provenir de otros factores de riesgo no contemplados.³⁰

Este equipo multidisciplinario, que ha sido liderada por la enfermera ha permitido ampliar la visión hacia un desarrollo integral de la comunidad, considerando que esta comunidad ha sido vulnerable a la presencia de enfermedades endémicas como el Ántrax. Así mismo han fortalecido las capacidades cognitivas, creativas de la promotora de salud que se ha convertido en la asesora del comité de agua potable de Valle Hermoso, quien viene solicitando, en los presupuestos participativos, la construcción de obras de alcantarillado con lo cual se estaría cerrando el circuito de salubridad sanitaria en dicha comunidad.

Según María Consuelo Castrillón, el trabajo multidisciplinario constituye una práctica de integración social participativa y democrática, un trabajo colectivo donde se comparten objetivos, conocimientos y experiencias para ofrecer una solución integral a problemas de salud de individuos y colectivos. Para lograrlo se necesita que cada actor tenga claridad sobre su campo de intervención, sus posibilidades y limitaciones, así como la de los demás.³¹

La investigación ha permitido el desarrollo del trabajo multidisciplinario donde hemos elaborado el plan de acción formulándose los objetivos, estrategias, metas y se compartió una visión conjunta, permitiendo en todo el proceso acompañar a la familia a mejorar la salud familiar.

Por otro lado Mitchell, considera a la enfermería como un pilar fundamental en el trabajo multidisciplinario. Siendo el objetivo de la práctica la calidad de vida tal como la persona y su familia la definen, la enfermera no intenta arreglar los problemas que ha detectado, sino que acompaña a la persona para ayudarla a lograr sus propios objetivos de actualización. Durante los cambios de información con sus compañeros, la enfermera traza el perfil de la persona que participa activamente en la creación de su salud, describe a la persona como un ser humano único consciente de que su forma de vida refleja su elección de valores.³²

La investigadora de la presente investigación, considera que el trabajo multidisciplinario, que cada día se entrega en el quehacer cotidiano, exige un clima de confianza y de respeto entre los profesionales de las diferentes disciplinas, la ONG CIPDES centra su apuesta en el impulso de políticas orientadas a la atención prioritaria de grupos sociales vulnerables como infancia y niñez, juventud y mujer, ligadas a responder la atención de las necesidades básicas, vulnerabilidad y prevención de riesgos. Por otro lado este equipo multidisciplinario es consciente de sus funciones, trabaja en conjunto bajo la dirección de un coordinador, y el equipo técnico, quienes están comprometidos en la mejora de la salud y la calidad de vida de las familias, permitiendo obtener de manera conjunta el cumplimiento de los objetivos.

La visión de la investigación está encaminada a promover y ejecutar propuestas para mejorar la calidad de vida de la población más deprimida de la sociedad lambayecana, impulsando el involucramiento de la comunidad organizada para gestionar su propio futuro en libertad, autonomía e iniciativa, a través del desarrollo de sus capacidades y el manejo sostenible de sus recursos locales. Así mismo nuestra misión es promover el desarrollo de las capacidades humanas y materiales especialmente entre las poblaciones de sectores urbanos marginales y rurales más deprimidos de la sociedad lambayecana, priorizando el fortalecimiento de la identidad cultural y el empoderamiento comunitario, el aprovechamiento sostenible de los recursos y la conservación del ambiente.

Finalmente, la investigadora está convencida que la interacción entre el equipo de trabajo multidisciplinario, es un punto que ya no admite discusión y que debe, imperiosamente, ser incorporada como una práctica normal en las instituciones que trabajamos por el desarrollo de las comunidades rurales. Esta práctica mejorará indudablemente la salud y calidad de vida de la persona. Asimismo, consideramos que el profesional de enfermería tiene la oportunidad de potenciar y fortalecer el liderazgo de la profesión, dentro del equipo multidisciplinario.

Zarate, cita una definición dada por la ONU en donde dice que el Desarrollo Comunitario “Es un proceso destinado a crear condiciones de progreso económico y social, para toda la comunidad, con la participación activa de ésta y la mayor confianza posible en su iniciativa”.³³

Así mismo el desarrollo comunitario debe percibir al sujeto como un recurso social estratégico de desarrollo y la comunidad como el escenario donde ello ocurre. Visto así, el desarrollo comunitario debe concebirse bajo un enfoque de innovación y creatividad donde se facilite la consolidación

de nuevos modelos de desarrollo comunitario. Esta idea más actual del proceso supone visualizar al sujeto como un sujeto social, activo y congruente, con capacidades y recursos personales suficientes para superar las condiciones adversas en las que se encuentra. De aquí se desprende pensar en la posibilidad de concebir al desarrollo comunitario como una estrategia de cambio, lo que obliga a reflexionar y precisar sobre el tipo de cambio que se espera. El desarrollo comunitario actual aspira a generar procesos que resuelvan necesidades dentro de un marco de desarrollo humanista que favorezca en los sujetos con crecimiento equilibrado, integral y armónico.³⁵

La investigadora refiere que cuando hablamos de desarrollo comunitario nos estamos refiriendo a la participación activa de la población, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de las familias y que se construye a partir del protagonismo real de las personas, familias, desde la identificación de sus necesidades y/o problemas, capacidad de valoración de los problemas, fijar sus propios objetivos y metas.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2. 1. Tipo de investigación

La presente investigación estuvo inmersa en el Paradigma Sociocrítico, definido como una actividad participativa en donde el investigador como los sujetos investigados comparten responsabilidades en la toma de decisiones, así como en la expresión de sus sentimientos, pensamientos y reflexiones, y no como el investigador lo describe.⁵⁴ Dicho paradigma, ha permitido enfatizar los aspectos dinámicos, holísticos y personales del trabajo multidisciplinario para la salud integral de las familias en la comunidad rural de Valle Hermoso – Monsefú y por ende comprender estos aspectos de forma amplia y profunda en dicho contexto.

2.2. Abordaje metodológico

Para el desarrollo de la presente investigación se consideró importante utilizar como abordaje metodológico a la Investigación Acción Participación, por vincularse más con el objeto de estudio y en donde el investigador como los sujetos investigados comparten responsabilidades en la toma de decisiones.⁵⁵

Vargas dice que la IAP es un enfoque diferente del método tradicional de hacer investigación científica, ya que conceptúa a las personas como sujetos partícipes en interacción con los investigadores. Aquí se rompe la dicotomía sujeto - objeto de investigación, y se genera así una unidad o equipo de investigación integral: Por un lado, los investigadores, quienes cumplen el rol de facilitadores o agentes de cambio; por otro, lado la comunidad o grupo, donde se realiza la investigación, quienes serán los propios gestores del proyecto investigativo y, por ende, protagonistas de la

transformación de su propia realidad y constructores de su proyecto de vida.³⁶

La IAP considera al sujeto de la investigación con capacidad de acción y poder transformador. Este enfoque se plantea como un modo de investigar con la comunidad y para la comunidad, en función de la generación de procesos para la transformación de la realidad de dicha comunidad.³⁷

Consecuentemente para la investigadora, en la IAP, la acción se entiende no como un simple actuar, es una acción resultado de una reflexión e investigación continua sobre la realidad; pero no sólo para conocerla, sino para transformarla. En cambio, la participación se considera un proceso de comunicación y retroalimentación entre los integrantes del proceso de investigación, donde la planificación, la toma de decisiones y la ejecución, constituyen un compromiso compartido por todo el equipo.

La OPS define a la IAP como una metodología que permite investigar la realidad con los distintos problemas que en ella se presentan, planificar y ejecutar las acciones necesarias para mejorarla, en forma participativa. Además, facilita a los actores sociales un mayor conocimiento de su propia situación, para que en base a sus necesidades puedan participar activamente en la planificación de intervenciones, bajo el precepto que para conocer la realidad hay que actuar sobre ella. Bajo estas consideraciones, constituye una metodología de acción comunitaria, de carácter participativo que integra dos dimensiones: la Investigación y la Acción.³⁸

Es investigación porque estudia la realidad o aspectos determinados de ella, con rigor científico, además se contraponen a la investigación tradicional porque no sólo describe, explica o interpreta los problemas, sino que también contribuye a solucionarlos con la participación activa de las

personas. Es acción porque determina programas o proyectos concretos que pueden ser llevados a cabo a través de un trabajo colaborativo entre la comunidad y los equipos de carácter técnico.

La aplicación de la metodología investigación – acción - participación en las familias de la comunidad de Valle Hermoso, nos ha permitido conocer e interpretar los problemas y dificultades más importantes, así mismo en conjunto, planificar las alternativas de solución, teniendo en cuenta los recursos y potencialidades, las que se aprovecharon en la solución de los mismos.

La IAP además es un proceso permanente de observación, análisis y acción en el cual los participantes avanzan constantemente hacia niveles cada vez más superiores de precisión y por lo tanto, de conciencia. Con estas características, esta metodología reviste gran valor para el desarrollo de un trabajo orientado a la promoción de la salud, pues se articula a los procesos de salud y enfermedad en el marco de la nueva manera de concebir la salud, planteándose la necesidad de la participación de la población en su conjunto, en la determinación de sus demandas, en el cambio de los factores condicionantes de su salud, así como en la evaluación de su eficacia y eficiencia de los servicios que recibe.

El diseño se caracteriza por ser “Participativo”, porque las decisiones de qué, cómo y cuándo en relación a la investigación, se han tomado en forma colectiva por las personas interesadas y “Emergente”, porque los planes y procedimientos de investigación deben surgir de las investigaciones específicas del medio, e irse acomodando a las necesidades y recursos de la comunidad en la medida que estos vayan siendo identificados.

Esta metodología de investigación ha requerido de una planificación con la participación de las familias y su desarrollo dinámico se ha adaptado a la realidad.

Asimismo, la IAP no responde a etapas preestablecidas, el tópico de investigación y su programación son determinados por el ritmo de vida diaria de las personas, sus intereses concretos y la importancia que ellos le atribuyen a tomar la iniciativa para cambiar sus condiciones de vida.⁵⁸

Cabe resaltar que la necesidad de mejorar las condiciones de vida de la comunidad de Valle Hermoso, han motivado en la familia la participación activa en la planificación y ejecución del proyecto resaltando la importancia de hacer un trabajo en conjunto que va en beneficio de la comunidad.

Partiendo de la premisa anterior y de la revisión de algunas experiencias en que ha sido utilizada, se determinó la existencia de seis fases básicas propuestas por la OPS. Estas fases se adecuaron a las necesidades de la investigación.

Fase 1: Organización de experiencias y conocimientos previos en el área de estudio: esta fase tiene una gran importancia, al iniciar el proceso de investigación se invitó y preparó al equipo multidisciplinario del CIPDES mediante una capacitación, en donde se compartió la información, la metodología y los conocimientos existentes en torno a la salud familiar, temática de investigación.

La investigación se inició con la búsqueda de información relacionada a la temática a investigar. Posterior a ello, se realizó la visita de reconocimiento a la comunidad rural de Valle Hermoso – Monsefú, estableciendo contacto con los dirigentes a quienes se les dio a conocer el tipo de investigación y los objetivos que se esperaban alcanzar. En esta fase

se analizaron los datos existentes, y para la recopilación de la información se contó con la participación de las promotoras de salud y los actores sociales claves de la comunidad, quienes facilitaron todo tipo de información acerca de su comunidad. Es necesario considerar además las diversas fuentes de información comunitaria que fueron consultadas y como resultado de esta fase, se obtuvieron las definiciones básicas, acerca del contexto y los conceptos que guiaron la investigación.

Durante el diálogo los líderes de la comunidad intercambiaron información e ideas que sustentaron el objetivo de la investigación con pensamiento crítico y reflexivo. Luego se realizaron algunas visitas domiciliarias en compañía de los líderes, dando muestra de compromiso, responsabilidad y respeto. Las familias expresaron sus necesidades más sentidas y el agradecimiento por preocuparnos por ellos. Al final de la visita se solicitó su apoyo para la formación del grupo de estudio y contar con un lugar de reuniones. Cabe resaltar que la intervención del equipo multidisciplinario del CIPDES en la comunidad y el liderazgo ejercido por la enfermera, ha permitido el involucramiento y la participación activa de las familias beneficiarias durante el desarrollo de todo el proceso de la investigación.

Fase 2: Definición de la problemática general de investigación: En esta fase no solo se hizo la identificación de problemas, sino que se motivó a las familias a participar en todo el proceso de la investigación participativa.

En esta fase se tuvo mayor acercamiento a la población en estudio, a través del sondeo participativo, en donde permitió crear un espacio y compartir sus inquietudes; se observó la problemática que presentan muchas de las familias de Valle Hermoso y se analizó con ellos los problemas encontrados. Por otra parte se realizó las visitas domiciliarias permitiendo la sensibilización, de las familias de la comunidad rural de Valle

Hermoso – Monsefú, acerca del tema a investigar, obteniéndose información precisa acerca del contexto como un inadecuado hábito de higiene, arrojo de residuos sólidos en las afueras de la comunidad, viviendas con iluminación y ventilación inadecuadas, posta médica cerrada, falta de apoyo de las autoridades e instituciones, entre otros, motivo del presente estudio. etc.

Para la elaboración de la entrevista se realizó talleres de capacitación con los líderes y promotores de salud con la finalidad de obtener información primaria sobre la comunidad, se establecieron las preguntas para la entrevista de línea base. Con la información obtenida de manera participativa, se formuló 4 preguntas, las que fueron validadas posteriormente.

Así mismo, para la ejecución de la entrevista se contó con la participación del equipo multidisciplinario del CIPDES, capacitado, permitiéndoles de esta manera involucrarse desde el inicio de la investigación.

Fase 3: Objetivación y problematización: En esta tercera fase la investigadora y el equipo multidisciplinario, previa cita con las familias, llevó a cabo 03 reuniones; las dos primeras para realizar el sondeo y recolectar información sobre las necesidades de la población y la 3ra reunión en donde se realizó el taller de Diagnóstico Participativo, con la asistencia de 16 familias, en donde expresaron los problemas relacionados a estilos de vida inadecuadas, condiciones de la vivienda que afectan la salud familiar y sintiendo la ausencia del cuidado de sector salud, esta fase es comparable a la tarea de priorización que se realiza con el diagnóstico participativo con todas las familias beneficiarias del proyecto. Este taller fue para la presentación de los resultados de la entrevista a los líderes de la comunidad. Para abordar la problemática de la comunidad se trabajó con la

técnica de multigrama a través de lluvia de ideas, las que se transcriben en la cartulina.

Se brindará a las familias el consentimiento informado, solicitando su participación, con el objetivo de mejorar la salud familiar a través del liderazgo de enfermería para el desarrollo comunitario de Valle Hermoso, etc.; la utilización de herramientas participativas permitió priorizar los problemas según el orden de importancia. Es aquí donde la investigadora y el equipo multidisciplinario motivaron a los participantes a descubrir que los problemas pueden ser solucionados con su participación activa, quedando priorizado el problema a atender y recalando la importancia que tiene para la familia el saber cuidarse.

Fase 4: Investigación de la realidad social y análisis de la información recolectada: La primera tarea de esta fase es definir el tema y las preguntas o hipótesis de investigación. Luego, de acuerdo a las necesidades metodológicas, se determinan las técnicas específicas que se utilizarán para recabar información. Finalmente se abordará la tarea de recolección de información, orden y procesamiento de ésta, en forma colectiva. El producto de esta nueva fase es el nuevo conocimiento y explicación de la realidad.

En esta fase se recogieron los datos para la investigación, utilizando instrumentos como la entrevista semiestructurada a profundidad (Ver Anexo N° 02) en las familias, en donde la investigadora formulaba las preguntas a las familias y escribía sus respuestas. Dicha entrevista fue validada por la misma investigadora, con otras familias. El tiempo de duración de cada entrevista fue de 30 minutos.

Durante las visitas domiciliarias a las familias participantes, se aplicó la entrevista semi estructurada a profundidad grabando la conversación en

una grabadora digital MP3. Dichas entrevistas fueron transcritas en un tiempo aproximado de 1 hora y 15 minutos cada una, logrando valorar el grado de conocimientos de este grupo de familias con respecto a la salud familiar, no olvidando además la validación del instrumento mediante la aplicación de la prueba piloto.

Una vez identificados los problemas, se formularon los objetivos y las posibles soluciones a la problemática encontrada, trabajando en todo momento en conjunto (investigadora, equipo multidisciplinario y las familias).

Fase 5: Definición de proyectos de acción: A partir del conocimiento, se toman decisiones colectivas, acerca de la futura acción transformadora, orientada al mejoramiento de las situaciones y problemas estudiados y priorizados para abordar. Se realizó el programa de trabajo, los que fueron ejecutados y evaluados participativamente. Luego se estableció las alianzas estratégicas con la finalidad de concretizar con las metas propuestas y asegurar la sostenibilidad del proyecto.

Después de haber analizado la información obtenida, en la planificación participativa a través de las diversas técnicas e instrumentos utilizados, la investigadora y el equipo multidisciplinario presentaron un plan de acción a las familias participantes, en donde se propuso brindar educación sanitaria para la adopción de estilos de vida saludables mediante los talleres de capacitación y las visitas de intervención, permitiendo sensibilizar a las familias sobre la modificación de hábitos saludables, así mismo se planteó campañas de limpieza comunal, desinfección solar del agua para consumo humano (SODIS), mejoramiento de la vivienda, construcción de cocinas mejoradas, mejoramiento de la ventilación e iluminación, así como, mejoramiento de la crianza del ganado vacuno y crianza de cuyes para mejorar la dieta familiar; instalación de huertos

familiares, construcción de un sistema de agua potable, etc. Finalizando con el reconocimiento de la familia saludable. Cabe recalcar que la presencia de la investigadora y el equipo multidisciplinario, como agentes dinamizadores de los procesos, ha permitido la ejecución de las acciones que ellos mismos decidieron realizar.

Durante todo el proceso que duró la investigación, se ha realizado el seguimiento, monitoreo y la evaluación participativa, reflexionando y modificando el plan de acciones, priorizando las necesidades más sentidas. Se realizaron reuniones mensuales con los líderes de la zona para la planificación de las acciones del siguiente mes y buscar alternativas de solución a las situaciones encontradas, por otro lado, la escasez de agua en el biohuerto escolar permitió implementar un sistema de riego por goteo para cultivar hortalizas, así mismo se implementó con 01 módulo de cuyes a la promotora de salud, quien a través de un sistema rotatorio entregará a otra familia.

La investigadora observó además que las familias tenían mucha disposición por cambiar, mejorar sus hábitos y comportamientos saludables y de contribuir al mejoramiento de su ambiente. Asimismo, de ellos partió la idea de colocar un nombre al Programa Educativo, que por consenso se denominó Programa “Mejorando nuestra salud familiar con estilos de vida saludables” y cuyo lema es “Trabajando unidos por una comunidad sana”, Posteriormente, se realizó la presentación del Programa (VER ANEXO N°3) y la ejecución de actividades educativas y recreativas. Los sujetos en estudio además fueron entes activos, contando sus problemas e inquietudes, lo cual permitió a la investigadora seguir motivándolos, así como lograr la confianza de los mismos.

Se han realizado talleres de capacitación, con metodologías participativas y lúdicas sobre “Conociendo hábitos de higiene”, “Teniendo

mis manos limpias”, “Cuidando nuestra agua para consumo humano”, “Importancia de una alimentación balanceada”, “Mejorando nuestra vivienda”, y “Respirando sanamente con mi cocina mejorada”.

Así mismo se coordinó con la persona especializada en la construcción de cocinas mejoradas, replicando los modelos usados por Ayuda en Acción, construyendo un total de 10 cocinas mejoradas con la intervención de las familias, en donde los varones estuvieron atentos y serán los que posteriormente construirán las cocinas para las nuevas familias tanto en el caserío de Valle Hermoso como en los caseríos aledaños, permitiendo la sostenibilidad de la propuesta.

Como parte del mejoramiento de la salud familiar se entregó a las familias calaminas transparentes con la finalidad de brindar luz natural e iluminando sus viviendas, ya que estas siempre están oscuras y limita el buen desarrollo en el niño, también se instalaron ventanas para brindar una mejor ventilación en la vivienda.

A través del trabajo multidisciplinario se reubicó a los animales menores en un lugar adecuado y se trabajó sobre el manejo de los animales. Las familias vienen limpiando semanalmente sus corrales y han coordinado, con la institución de Servicio Nacional de Sanidad Agraria (SENASA) para la vacunación de sus animales.

En la parte productiva, a partir de los colegios, se ha promovido los biohuertos escolares como una forma de mejorar la dieta alimentaria y la optimización de los recursos escasos, tales como agua, utilizando tecnologías ahorradoras como sistema de riego por goteo y aspersión, iniciativa que se inició en el colegio de Pómape comunidad aledaña a Valle Hermoso y en donde vienen participando los alumnos.

También se implementó con 03 módulos de cuyes a líderes comunales para contribuir al mejoramiento de las condiciones de nutrición y seguridad alimentaria de sus familias. El excedente fue utilizado para su comercialización, mejorando su economía familiar, esta actividad tiene la característica del fondo rotatorio.

Se ha fortalecido las capacidades de 10 líderes comunales, quienes vienen jugando un rol protagónico en la ejecución de las acciones de promoción de la salud, así mismo vienen impulsando el desarrollo de la artesanía.

Se desarrolló una campaña permanente para el consumo de agua segura con el método SODIS, beneficiándose un total de 80 familias y 98 niños y niñas de la Institución Educativa de Valle Hermoso.

Cabe resaltar que el liderazgo que ejerce la enfermera dentro de la comunidad y el trabajo realizado con el equipo multidisciplinario del CIPDES ha jugado un rol muy importante en el desarrollo de los procesos de cambio, así mismo ha permitido articularnos con los Promotores de Salud, líderes comunales y representantes de espacios de gestión local, pues ellos han acompañado en el proceso de adopción de nuevos hábitos saludables por parte de las familias, resolviendo sus dudas e inquietudes.

En líneas generales podemos decir que la finalización de la investigación "Liderazgo que ejerce la Enfermería en el Fomento de la Salud Familiar para el Desarrollo Comunitario de Valle Hermoso", después de 2 años, ha contribuido decisivamente en el mejoramiento de las condiciones de vida de las familias rurales basadas en una cultura preventiva, de autocuidado, para lograr el derecho a una vida saludable y digna.

Fase 6: Recuperación y sistematización de la experiencia: Una vez que se llevaron a cabo y evaluado los programas de acción, se recogieron los distintos elementos de la experiencia desarrollada: procesos, resultados, impactos. Para poder cumplir la tarea de esta fase, desde el diseño del proceso se establecieron las formas de registro, permitiendo conservar los elementos relevantes del proceso.

Asimismo la sistematización de la experiencia se realizó a través de un proceso de reflexión participativa, que integra elementos de la teoría, la cual sirvió de patrón de la práctica realizada, reordenándolos y dándoles coherencia, de manera que puedan servir de marco de referencia o guía a otros procesos similares.

El producto de la sistematización de una experiencia, es un documento que contiene la descripción y análisis subrayando conclusiones y recomendaciones. Este documento debe ser difundido, especialmente hacia los actores que puedan ser los motores o dinamizadores de los procesos de desarrollo.

Después de haber ejecutado el proyecto "Liderazgo que ejerce la Enfermería en el Fomento de la Salud Familiar para el Desarrollo Comunitario.", se redactó el presente informe final de la investigación, que contiene la descripción de los resultados de la entrevista realizada antes y después de la ejecución del programa de acción.

2.3. Sujetos de investigación

Para el desarrollo de la presente investigación los sujetos de intervención fueron seleccionados por el método de saturación; se obtuvieron 10 familias entrevistadas antes y después de la intervención, quienes participaron voluntariamente en todo el proceso de la investigación

con los siguientes criterios de inclusión: nucleares, con niños menores de 5 años y de escasos recursos económicos.

2.4. Escenario

Fue en la comunidad rural de Valle Hermoso del distrito de Monsefú ubicada a 15 km al Sur Este de la ciudad de Chiclayo, a 11 msnm. Está situada a 6° 50' 39" de latitud sur y a 79° 53' 56" de longitud del Meridiano de Greenwich, cuenta con una población de 350 habitantes, desde el año 2010 cuentan con servicio de agua potable y luz eléctrica, por otro lado no cuentan con servicio de desagüe, por lo que el 72.13% de ellos tiene pozo ciegos, letrinas y el 27.87% realiza las excretas a campo libre; referente a la eliminación de basuras, el 75.1% quema la basura, el 12% bota la basura a la acequia más cercana y el 13% lo realiza al aire libre, en esta comunidad, a pesar de haber sido tocado por el manto de la pobreza, las familias han estado dispuestas a mejorar sus condiciones de vida, siendo los niños los principales afectados y que a diario son testigos de su propia realidad; en muchos hogares se lucha contra la miseria a través del trabajo duro y esforzado de los padres donde las mujeres asumen las labores propias del varón y los niños realizan actividades de apoyo que los priva de asistir a una escuela, así mismo los moradores levantan sus pequeñas viviendas a base de carrizo, esteras y barro, los niños nacen en un ambiente de pobreza, pero el calor familiar supera toda esta situación.

2.5 Instrumentos de recolección de datos

Para la obtención de datos se utilizó la entrevista semiestructurada antes y después de la aplicación del programa, que ayudaron a mejorar la

salud familiar y la validación de los instrumentos, estuvo dada por la prueba piloto aplicada a 2 familias de la comunidad rural de Valle Hermoso.

Hernández Sampieri menciona que la entrevista semiestructurada consta de un conjunto de reactivos en los que se ha determinado la sintaxis de la pregunta y respuestas alternativas. El papel del investigador consiste en motivar a los participantes a expresarse con libertad alrededor de todos los temas de la lista y en registrar las respuestas, además debe ser aceptado como “una buena persona”, franca, honesta, inofensiva y digna de confianza.³⁴

Se aplicó la entrevista semiestructurada, (Anexo 2), en donde la investigadora utilizó cuatro preguntas abiertas (guía temática) abordándolas con cada una de las familias, con la finalidad de contar con datos basales sobre las condiciones en las cuales viven las familias y al finalizar la investigación conocer qué tanto los beneficiarios mejoraron la salud familiar; la conversación fue amena, mostrando confianza e interés, y conocer las reacciones de las familias frente al cambio de prácticas saludables. Una vez culminada las técnicas e instrumentos de recolección de los datos la investigadora procedió al análisis de datos.

2.6 Procedimiento

La presente investigación se realizó en la comunidad de Valle Hermoso, en donde se coordinó primero con las autoridades de la comunidad, presentándose de manera formal, trazándose lo que se tenía planeado, informando sobre el trabajo de investigación; posterior a ello se tuvo una conversación empática con las familias, con el objetivo de conocer las condiciones de vida de cada una de ellas e ir identificando las necesidades primordiales, las que se plantearon en la hora de la elaboración del plan de trabajo.

Una vez seleccionadas las familias de la comunidad de Valle Hermoso, se procedió a la firma del consentimiento informado (Anexo 1). Posteriormente se aplicó la entrevista semiestructurada.

Por otro lado permitió conocer sobre el rol que ejerce la enfermera dentro de la comunidad. Antes de la intervención el rol de la enfermera no era percibido por las familias, ya que ellas estaban acostumbradas a vivir su propia vida, con una deficiencia de cultura sanitaria. Después de la intervención, las familias han tomado conciencia y valoran el rol del liderazgo que cumple la enfermera dentro de la comunidad y del trabajo multidisciplinario, siendo un referente para el desarrollo de otras experiencias e investigaciones.

Cabe mencionar que la validación del instrumento estuvo dada por la prueba piloto aplicada a 2 familias de la comunidad de Valle Hermoso, los que no fueron considerados como sujetos de investigación y que permitió verificar la comprensión de las preguntas, su viabilidad y modificarlas con palabras más sencillas y entendibles de acuerdo a su nivel cultural.

Después de dos años de intervención, mediante las visitas domiciliarias se entrevistó nuevamente a las familias, permitiéndonos conocer los cambios logrados y el rol que ejerce la enfermera dentro de la comunidad.

2.7 Análisis de datos

Para el análisis de datos de la presente investigación, se aplicó los pasos del análisis de contenido temático, esta parte de datos textuales, en el que se trata de descomponer el corpus en unidades, para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía, es decir, considerando las similitudes o semejanzas que existan entre ésta, en función de criterios preestablecidos.³⁹

El Análisis de Contenido Temático realizado en la investigación comprendió tres etapas:

El Pre-análisis, es la etapa de organización del material a analizar, se diseñaron y definieron los ejes del plan que permitieron estudiar los datos y realizar el análisis temático; luego de realizada las entrevistas se procedió a la transcripción fidedigna de cada uno de los discursos asignándoles el seudónimo respectivo, y se procedió a la lectura y relectura de los mismos, permitiendo la familiarización de la investigadora con el contenido y la diferente información vertida según las declaraciones de los entrevistados, buscando obtener unidades de significado en relación al objeto de estudio.

En la segunda etapa de codificación, se realizó una transformación de los datos iniciales a datos útiles. Las operaciones implicadas en esta etapa fueron la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento de unidades de registro y la catalogación de elementos. En esta etapa, una vez determinada las unidades de significado, se procedió a la agrupación de las mismas según similitud de los contenidos.

En la tercera y última etapa de Categorización, se organizaron y clasificaron las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización en un análisis de contenido temático fue semántico, es decir, se agruparon en categorías bien definidas, estableciendo conexiones entre las mismas, contrastando la realidad con otras realidades, con la literatura, y con el punto de vista de la investigadora. Surgieron tres grandes categorías, que se relacionaron con el liderazgo de enfermería en la salud familiar a través del trabajo multidisciplinario; modificación de los estilos de vida saludables de las familias y transformación de las condiciones de la vivienda para la salud familiar.

2.8. Criterios éticos

En la presente investigación se consideró los tres principios básicos de la bioética personalista, mencionados por Elio Sgreccia; son principios que operan como ayuda y guías de la acción a tomar en consideración en cada decisión relativa a la relación con el paciente y en la investigación con seres humanos, en este caso familias de la comunidad de Valle Hermoso.⁴⁰

Por tanto, la concepción ontológica personalista en el ámbito de la meta-bioética es relevante por cuanto permite, en el plano práctico-aplicativo en referencia a las cuestiones de bioética, defender el respeto y la tutela de la vida humana en toda su manifestación. Sobre la base del concepto ontológico de persona se justifican los principios fundamentales de la bioética personalista: 1. el valor fundamental de la vida humana; 2. el principio de libertad y responsabilidad; y, 3. el principio de socialidad y de subsidiariedad.

En la investigación, la autora escogió la bioética personalista, porque ha permitido desarrollar una ética de virtudes envuelta en valores, permitiendo en las familias asumirlas, con la consecuente responsabilidad; además han tenido la libertad de elegir siempre el bien común. Por otra parte se tomó en cuenta el valor fundamental de cada familia, conceptualizando su unitotalidad, no reduciéndola a un objeto, sino considerándola como un ser pensante e inteligente con capacidad de razonar y reflexionar, así como potenciar su creatividad y habilidades para su desarrollo humano.

El valor fundamental de la vida humana: Como explica Sgreccia la vida corpórea y física del hombre no es nada extrínseco a la persona, sino que representa el valor fundamental de la persona, que no se agota en su cuerpo, éste es esencial a la misma, en cuanto se constituye en el fundamento único en donde la persona se fortalece y entra en el tiempo y

en el espacio. A través de él expresa otros valores como la libertad, la sociabilidad y el mismo proyecto de futuro. Por tanto, el respeto de la vida humana, su defensa y promoción, tanto de la ajena como de la propia, representa el primer imperativo ético. Al ser una persona una totalidad de valor nunca puede ser utilizado como medio sino como fin en sí mismo.

En la presente investigación acción participación, la investigadora ha escogido la bioética personalista, reconociendo que todos los seres humanos son personas y que tienen derecho a mejorar las condiciones de vida, cuidando la vida humana, a través del fortalecimiento de una cultura preventiva y de auto cuidado, respetando a las familias de la comunidad rural.

El principio de la libertad y la responsabilidad: Deriva inmediatamente del valor fundamental de la vida. La libertad no coincide con la autonomía y la autodeterminación: ser libre no significa ejercitar de modo absoluto el libre arbitrio. Así, el ejercicio absoluto de la libertad coincide con la imposición de la fuerza, que inevitablemente desencadena el conflicto y la violencia. Todo acto de libertad es realizable concretamente sólo en el horizonte de la responsabilidad, entendida como "res-pondere" o responder del propio obrar ante sí y ante los demás.⁴⁰

La investigadora aplicó este principio con la finalidad de dar a las personas en estudio, la libertad y la responsabilidad de cuidar su salud, respetando sus buenas prácticas para obtener una vida digna. Así mismo este principio se presentó desde el primer momento que la familia aceptó a participar de la ejecución del proyecto a través del consentimiento informado (Anexo 1), permitiendo de esta manera potenciar la intervención.

Finalmente, **el principio de sociabilidad y subsidiariedad.**: Consiste en la promoción de la vida y de la salud de la sociedad a través de la

promoción de la vida y de la salud de la persona singular: al margen de toda forma de individualismo o colectivismo, la sociabilidad está finalizada por la consecución del "bien común a través de la consideración de los bienes individuales.

Este principio mueve a toda persona singular a realizarse a sí misma en la participación de la realización de sus semejantes. En el caso de la salud se considera la propia vida y la de los demás como un bien que no es sólo personal sino también social y se exige a la comunidad a promover el bien común promoviendo el bien de cada uno, sin discriminación de edad, sexo, religión, situación social, económica o cultural. Permite que las personas se organicen libremente y resuelvan sus problemas con autonomía e independencia, la comunidad por una parte debe ayudar más allí donde mayor es la necesidad, debe cuidar más a quien está más necesitado de cuidados y gastar más con quien está enfermo y por otra, no debe suplantar o sustituir la libre iniciativa de los particulares o de grupos, sino garantizar su funcionamiento.⁴¹

En este caso, la socialidad tiene su fin en la consecución del bien común, la propia vida y la de los demás; no es sólo personal sino también social; por tanto, se promueve el bien común promoviendo el bien de los demás. Este concepto se combina con el de subsidiariedad, que prescribe el cuidado de los más necesitados. La autoridad pública debe actuar subsidiariamente con respecto a los grupos sociales, pero tiene el deber de respetar el ámbito de autonomía de éstos, reconocer la dignidad de los demás en cuanto son personas, fuente y fin de la sociedad.⁴²

Este principio aplicado en la investigación con las familias ha permitido el acceso a una vida digna, mediante el fortalecimiento de una cultura preventiva y de autocuidado de la salud familiar y su protagonismo, revalorizando la importancia de su participación al interior de su familia y

comunidad. Así mismo el posicionamiento del liderazgo de enfermería a través del trabajo multidisciplinario, ha permitido realizar un trabajo articulado y permanente con la Institución Educativa N° 10036 de Valle Hermoso, el Gobierno Local de Monsefú y con la Gerencia de Salud Lambayeque, garantizando de esta manera la sostenibilidad del proyecto de investigación.

2.9. Criterios de rigor científico

Los criterios de rigor científico son de suma importancia para la investigación, los cuales han sido tomados en cuenta desde el tipo de investigación cualitativa en que está enfocado nuestro trabajo de investigación, en ese sentido se ha tenido en cuenta los criterios propuestos por Lincon y Guba citado por Plack, los cuales permiten evaluar el rigor y la calidad de la investigación científica del estudio, estos son: la credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad.⁴³

La credibilidad se logra cuando los resultados del estudio son reconocidos como “verdaderos” por los investigadores que realizan y participan en el estudio y también por las personas que han experimentado o estado en contacto con el sujeto investigado; se procede a través de las observaciones y conversaciones ampliadas con los sujetos de investigación en el estudio, recolectando información que produzca hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten.

Este criterio fue utilizado por la investigadora, en la investigación y se logró a través de la confianza impartida hacia el entrevistado, sintiéndose seguro de lo piensa y dice, sin temor de sentirse coaccionado a responder inadecuadamente, utilizándose también estrategias como la repregunta, parafraseo, confrontación, para obtener la mayor información posible y veracidad en los discursos.

La Confirmabilidad se entiende como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo realizado por el investigador original. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares.

Aplicándolo a nuestro trabajo de investigación este criterio permitirá que otro investigador pueda utilizarlo, examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares.

La Transferibilidad este criterio se refiere a la posibilidad de ampliar los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. En la investigación cualitativa los lectores del informe son quienes determinan si se pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente. Para ello se necesita hacer una descripción densa del lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado.

En la investigación se plasmará adecuadamente los resultados gracias a los datos verídicos que se pudieron recoger de las familias participantes, para finalmente publicar dicha investigación y permitir el acceso a otros investigadores de esta información.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Para demostrar la relevancia de la intervención en la salud comunal se trabajó con la Investigación Acción Participación ya que garantiza el impacto del trabajo y comprometidos con la responsabilidad de ir progresivamente mejorando la salud familiar, se implementaron acciones orientadas al fomento de la salud familiar de la comunidad de Valle Hermoso, basados en una cultura preventiva de autocuidado, buenas prácticas y seguridad alimentaria, para lograr el derecho a una vida

saludable y digna, siendo la participación de cada familia un elemento esencial.

Así mismo, señalar el liderazgo de enfermería como componente muy importante en la dinamización de los procesos de desarrollo de las comunidades rurales; constituye un recurso humano muy importante en la mejora de la salud de las familias de la comunidad de Valle Hermoso. Cabe resaltar que las intervenciones estuvieron guiadas por principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la dignidad y la vida humana.

Por otro lado el equipo multidisciplinario del CIPDES, está formado por 08 profesionales técnicos comprometidos con la promoción del desarrollo, que tienen gran experiencia en llevar a cabo el manejo de propuestas innovadoras para mejorar las condiciones de vida de las familias, estuvieron en todo momento apoyando y garantizando la sostenibilidad de las acciones ejecutadas en el proyecto de investigación.

Los resultados que se detallan a continuación esbozan la situación de la salud familiar de la comunidad de Valle Hermoso del distrito de Monsefú, antes y después de la intervención y señala la importancia del liderazgo de enfermería a través del trabajo multidisciplinario; emergiendo tres grandes categorías que a continuación se detallan:

1. ENFERMERÍA, LIDERANDO LA SALUD FAMILIAR EN EL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO PARA EL DESARROLLO COMUNITARIO.
2. MODIFICANDO LOS ESTILOS DE VIDA DE LAS FAMILIAS.

3. TRANSFORMANDO LAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA PARA LA SALUD FAMILIAR.

1. ENFERMERÍA, LIDERANDO LA SALUD FAMILIAR EN EL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO PARA EL DESARROLLO COMUNITARIO

Para abordar el tema de la salud familiar como parte del desarrollo de las comunidades, se ha contado con el trabajo multidisciplinario del CIPDES y con las alianzas estratégicas a nivel local, en donde el liderazgo de enfermería ha jugado un rol importante permitiendo la conjunción de esfuerzos y el cumplimiento de las metas propuestas, minimizando de esta manera las dificultades presentadas.

Así mismo el trabajo en conjunto ha permitido realizar las acciones integradas, orientado a la salud familiar, generando cambios en el comportamiento y hábitos entre los miembros de la familia como mecanismos de prevención; de igual manera se ha fomentado la participación comunitaria y el desarrollo de las habilidades personales para alcanzar el bienestar y la vida digna.

Al inicio de la investigación, las familias de la comunidad de Valle Hermoso han sentido la falta de cuidado de la familia por parte del sector salud.

Así mismo para la investigadora, a pesar de los avances realizados en los últimos años por mejorar la cobertura de los servicios de salud, una parte muy importante de la población que vive en condiciones de exclusión, todavía no tiene acceso regular a los servicios de salud y permanece como presa fácil de enfermedades técnicamente evitables y por lo tanto socialmente inaceptables, la cual se evidencia en las siguientes expresiones:

“... tenemos problemas con la posta, esta para cerrada, y tenemos que ir al pueblo para que puedan medicarnos, ni siquiera cuando vienen nos dan una charla, nada hacen por el caserío...” (Algarrobo) *

“... en la posta no se trabaja como la comunidad quería, porque en la posta no había personal, una posta que estaba prácticamente como decir abandonada, cuando había paciente no hay en donde sentarse tampoco hay una mesa en donde el médico tuviera en que atender...”(Laurel).

“... en la comunidad no hemos tenido atención médica, a veces se enfermaban mis niños, y tenía que llevarlos hasta el centro de salud, a veces se empeoraban...” (Carrizo).

Ante esto podemos afirmar que las familias beneficiarias manifiestan su disconformidad con respecto al funcionamiento de la posta de salud y esto se debe, a que dicho establecimiento sigue siendo administrada por el centro de Salud del distrito, trayendo consigo la desatención en cuanto a recursos humanos y material, argumentando que no hay presupuesto o que no cuentan con recursos humanos exclusivos para la atención en dicho caserío. Otro de los problemas que manifiestan las familias beneficiarias es la existencia de un cronograma de atención especializada 1 vez a la semana (martes), y el resto de días sólo se cuenta con un personal técnico; no satisfaciendo las expectativas de atención, prefiriendo ser atendido en el distrito. A pesar de la distancia para trasladarse, el gasto que puede generar y el tiempo que utilizan; corriendo el riesgo que el paciente empeore. También podemos afirmar a partir de lo observado, que los profesionales siempre aspiran estar en la ciudad, sin tener en cuenta que la salud de la

* Algarrobo, Laurel, Vichayo etc.: Nombre de un árbol propio de la zona, la cual ha sido utilizado como seudónimo por la persona durante este proceso de investigación.

población rural es muy importante y justifica una atención prioritaria y especializada, por ser poblaciones vulnerables.

La situación en el sector salud es muy deficiente, el principal problema que tienen los establecimientos de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada. Esta situación, unida a la reducción muy importante de los recursos asignados al sector salud, ha repercutido en la calidad de atención, niveles de coberturas de servicios que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de poblaciones, especialmente en aquellas zonas más deprimidas.⁴⁴

Arriagada refiere que la salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, a la vez, un requisito para el desarrollo con equidad. Más aún, las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido del acceso a los servicios de salud y que estos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios.⁴⁵

Para mitigar la falta del sector salud en la comunidad de Valle Hermoso, se coordinó con la Gerencia Regional de Salud Lambayeque, y el equipo de profesionales especializados, permitiendo acercar el servicio de salud a través de las campañas itinerantes de salud integral, realizada en los policlínicos móviles, beneficiando a un total de 120 personas, en las diferentes especialidades: pediatría, ginecología, odontología, psicología, nutrición y medicina general, contribuyendo decisivamente a brindar atención, con especial énfasis en la salud materna – infantil.

Frente a ello y teniendo en cuenta que el objetivo de la investigación es mejorar la salud familiar mediante el liderazgo de enfermería en el trabajo multidisciplinario, la Investigación Acción Participación ha centrado su atención respondiendo a una de las necesidades de mejorar las

condiciones de la salud familiar para acceder a una vida digna, permitiendo que las familias de la comunidad rural de Valle Hermoso, sean protagonistas de su propio desarrollo, generando comportamientos saludables. También se ha constituido en un elemento dinamizador de las familias, visualizadas en su participación activa, quienes se involucraron y trabajaron en forma organizada en sus comunidades.

Por otra parte el trabajo multidisciplinario ha sido el soporte de las acciones de la salud familiar, ha jugado un papel muy importante en la comunidad, han organizado y ejecutado las acciones en coordinación con los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA), con las asociaciones de base, así como la participación activa de las autoridades locales, padres y madres de familia, docentes, niños y niñas, fomentando en las familias la toma de conciencia de su responsabilidad en el autocuidado de su salud adoptando prácticas, hábitos y comportamientos saludables en relación a la higiene a nivel personal y familiar, así mismo el fortalecimiento de sus capacidades y desarrollo de actividades productivas a través de la crianza de animales menores, apoyo a la infraestructura productiva y de servicios para un mejor aprovechamiento de los recursos naturales y productivos, formación de promotores comunales, perforación y equipamiento de pozos tubulares, producción artesanal, capacitación para la participación comunitaria en el desarrollo local, implementación de policlínicos móviles, programa de suplementación nutricional, además del mejoramiento y/o construcción de la vivienda saludable, etc.

“... la promotora de salud y la enfermera de la ONG, nos reúne y nos dan charlas sobre la importancia de la vivienda, se van de casa en casa dando charlas sobre cómo debe de vivir cada familia y cómo debemos ubicar a nuestros animales, es muy importante que hayan venido haciendo estas cositas para nosotros y poder mejorar nuestra salud...” (Vichayo).

“... los que más se preocupan por nuestra salud familiar es la enfermera y los ingenieros de la ONG CIPDES, ellos son los que más se preocupan por nuestro caserío, vienen a beneficiarnos y nos enseñan para tener todo limpio en nuestra casa y tener nuestra cocina sin humo porque es lo que más nos afecta...”(Zapote).

“...porque la enfermera y los ingenieros siempre vienen a la comunidad para realizar trabajos en conjunto, ellos nos dan buenas charlas para el lavado de las manos, lavado de las verduras, tener limpia la comunidad y asear la casa y estamos mejorando la salud poco a poco...” (Algarrobo).

La enfermera en comunidad, no solo busca la atención inmediata del daño, sino, disminuir los factores de riesgo que predisponen a enfermar e ir creando una visión de desarrollo para el futuro, así mismo ha fortalecido las alianzas estratégicas con la Gerencia Regional de Salud Lambayeque, Gobierno Local, Instituciones Educativas; estableciendo objetivos, metas comunes, estrategias y principios orientados a promover el respeto a los derechos de las personas, así como la transparencia y la responsabilidad mutua, asumiendo compromisos para mejorar la salud familiar y por ende el desarrollo comunitario.

2. MODIFICANDO LOS ESTILOS DE VIDA DE LAS FAMILIAS

La entrevista realizada antes de la intervención nos muestra que las familias investigadas viven con inadecuados estilos de vida, los cuales están relacionados con el desconocimiento sobre la importancia de la higiene de la vivienda, inadecuada prácticas del lavado de manos, descuido en el tratamiento del agua y presencia de animales en la vivienda.

La investigadora considera además que las familias año tras año han vivido en la pobreza, con escaso acceso a condiciones habitacionales, a los

servicios de salud, educación, a servicios básicos necesarios para una vida digna, el acceso a la información y a las oportunidades, por lo que muchas de sus prácticas reflejan inadecuados hábitos saludables, predisponiéndoles a la presencia de enfermedades, como se evidencia en los testimonios enunciados por las familias de la comunidad de Valle Hermoso.

“... los problemas de salud se presentan porque no sabemos vivir bien y las enfermedades que nos puede pasar es por el descuido, o porque tenemos que trabajar en la chacra todo el día para poder mantener a la familia, y de ahí los hijos se quedan solos y se enferman del estómago, la gripe y a veces les picaba algún animalito...”(Palmera).

“... muchas veces las enfermedades se producen por medio de un mal manejo de las formas de vivir, o falta de lavado de manos, no sabemos cómo cuidar los alimentos, por medio de la mosca que es la que más produce enfermedad, dando lugar a las enfermedades como las diarreas...” (Vichayo).

“... por la suciedad que hay, no hacemos limpieza en nuestra casa y también por la mosca que abunda, cuando hay calor, acá en el caserío botan la basura que viene de Monsefú y por eso también será que las moscas han aparecido y de tiempo en tiempo hay bastante...”(Laurel).

Además, en la actualidad hay evidencia considerable que las causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas, sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables.⁴⁶

Según UNICEF, el saneamiento inadecuado, el agua contaminada y la falta de higiene, hacen que millones de niños y niñas de los países en desarrollo sufran enfermedades que se podrían evitar. A pesar de ser prevenibles, los trastornos relacionados con los estilos de vida constituyen uno de los problemas de salud más importantes del mundo.⁴⁷

“... muchas veces no tenemos tiempo para limpiar la casa porque tenemos que salir temprano llevando el desayuno, luego venir y dar de comer a mis animalitos, rápido se pasa el día, además acá también por la mosca que abunda, cuando hay calor ...” (Vichayo).

“... es porque a veces no tenemos la limpieza y por medio de la limpieza a veces no se presentan las enfermedades...”(Algarrobo).

“... mi casita lo estoy arreglando por eso se encuentra desordenada, a veces me gana el tiempo para limpiar, tengo que salir a recoger el pasto para mis animalitos, además mucha tierra entra en la casa y todo se hace de polvo ...”(Palo santo).

Por otro lado la investigadora sostiene que el desconocimiento de la importancia de la higiene de la vivienda tiene enormes repercusiones sobre el bienestar físico, mental y social. Las viviendas deficientes y mal utilizadas no brindan defensa adecuada contra las enfermedades y los accidentes e incluso aumentan la vulnerabilidad ante ellos.

A través de las investigaciones se ha visto que las tasas de morbilidad y mortalidad son más altas entre la gente que vive en viviendas insalubres que las que viven en casas higiénicas. Se culpa de esta situación a ciertos factores de la vivienda: falta de agua potable, eliminación inadecuada de excretas, hacinamiento, mala ventilación, zoonosis, etc. Según la Asociación Americana de Salud Pública, la vivienda, para considerarse higiénica, no solo debe reunir requisitos de orden arquitectónico o estructural, sino también ciertas condiciones para prevenir enfermedades y accidentes y para satisfacer necesidades de orden moral y mental, dando a sus moradores oportunidad para desarrollar una vida familiar y social al mismo tiempo que proporcionarle cierto recogimiento.

De esta manera, la adecuada higiene de la vivienda es necesaria para el desarrollo del individuo y de la familia. En la vivienda se dan actividades y momentos importantes que estrechan relaciones afectivas y fortalecen el núcleo familiar.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo ideal sería que la vivienda fomentara la salud física y mental y proporcionara a sus ocupantes seguridad psíquica, vínculos físicos con su comunidad y su cultura y un medio para expresar su individualidad. Lamentablemente, la mayor parte de la población mundial vive en viviendas que no permiten gozar plenamente de esas ventajas. Un gran número de ellas, cada vez más considerable, no sólo no protege la salud de sus moradores, sino que los expone más a riesgos ambientales que a menudo podrían evitarse.⁴⁸

La investigadora concuerda con lo manifestado por la OMS, en donde la situación de precariedad e insalubridad de la vivienda, afecta la salud física, mental y social de las personas, especialmente de los niños y ancianos, que constituyen la población más vulnerable. No obstante, en el ámbito del hogar, se pueden controlar y evitar muchos riesgos si los miembros de la familia asumen conductas saludables.

Así mismo, después de la intervención se ha logrado modificar los estilos de vida saludables de las familias, entendiéndose como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones para lograr mejor calidad de vida y alcanzar mantener la dignidad de la persona humana en la sociedad.⁴⁹ Esta transformación exige la participación de la población, tal como lo reflejan las siguientes declaraciones:

“... ahora me levanto temprano y comienzo a barrer mi casa y mi corralón, después que se levantan mis hijos les

hago tender su cama y veo que mi casa se ve más bonita y arreglada...” (Junco).

“... mi hija me ayuda a hacer la limpieza de la casa, ya no están tiradas las cosas y mi cocina se ve bien limpia y ya no hay moscas, nos han enseñado a limpiar las mesas con detergente y colocar una bolsa con agua en el techo y de esta manera asustamos a las moscas...” (Concuno).

“... todos los días barremos y limpiamos en la casa, sacudimos las camas y guardamos la basura en una bolsa para sacarlo cuando pasa el basurero...” (Palo santo).

Estos cambios de comportamientos en las familias se han logrado a partir del trabajo multidisciplinario liderado por la enfermera, desarrollando sesiones educativas, visitas domiciliarias, sesiones demostrativas (lavado de manos, higiene bucal, desinfección del agua con SODIS, pediculosis, preparación de dietas nutritivas, campañas de limpieza comunal), permitiendo crear conciencia sobre las necesidades de mejorar las condiciones de salud para acceder a una vida digna entre los miembros de la familia.

Perea, refiere que las formas de vida son un conjunto de comportamientos, actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud.⁵⁰

Por otra parte la OPS, define que los estilos de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamientos identificable, determinados por la interacción entre las características personales, individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vidas socioeconómicas y ambientales.⁵¹

Según Maya, define las formas de vida saludable, como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los

individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.⁵²

“... ahora me lavo las manos con agua y jabón antes de preparar mis alimentos o comer, y también estoy pendiente que mis hijos se laven las manos a la hora de comer...” (Carrizo).

“...yo estoy haciendo SODIS para tomar y lavar las lechugas, tomate, porque de esta manera mi familia se enferma menos...” (Laurel).

“... mi esposo ha pintado las paredes de color blanco y la casa se ve más clara y da más luz, aparte que la señorita de la ONG, nos han dado calaminas transparentes para el techo...” (Concuno).

Es importante resaltar la responsabilidad de las familias en el autocuidado de su salud, quienes adoptaron prácticas, hábitos y comportamientos saludables en relación a la higiene a nivel personal, familiar y comunal.

Por otro lado también, podemos señalar que la inadecuada práctica del lavado de manos, puede ocasionar las enfermedades diarreicas, que son una de las tres primeras causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años en el Perú, siendo éste problema más prevalente en las áreas rurales y urbano-marginales del país.⁵³ Verificando con los siguientes discursos.

“... no se lavan las manos y debe ser por ese motivo la aparición de la enfermedad... niños se enferman a lejos y les da infección al estomago...” (Palmera).

“... hay veces que algunos de mi familia se enferman con diarrea, le da la gripe, a veces estamos apurados para hacer el almuerzo y no nos lavamos las manos para cocinar o para comer y a los niños les damos los alimentos así nomás...”(Algarrobo).

“... mis niños salen del colegio y de frente vienen a almorzar, también juegan con el perro que tenemos en la casa y de eso será que siempre están con dolor de estómago y a veces se enferman con la diarrea...” (Zapote).

Para la investigadora, la inadecuada práctica del lavado de manos son un foco de propagación de las enfermedades diarreicas en los niños de la comunidad de Valle Hermoso, dado a que existe un desconocimiento sobre la importancia que tiene el lavado de manos, especialmente en los 5 momentos críticos.

Así mismo el lavado de manos con agua y jabón es un comportamiento saludable que juega un rol crucial en la reducción de la morbi – mortalidad vinculada a infecciones, es una de las maneras más efectivas y menos costosa de prevenir enfermedades diarreicas y la neumonía, que juntas son responsables de la mayoría de muertes infantiles.⁵⁴

El Programa de Enfermedades Diarreicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere centrarse en cuatro grupos de prácticas de higiene en lugar de incluir todas las posibles rutas de transmisión, como: el adecuado manejo del agua, la adecuada disposición sanitaria de excretas y residuos sólidos y el lavado de manos en momentos críticos. Así mismo debemos convertir el lavado de manos con agua y jabón antes de comer y después de usar el baño, en un hábito arraigado, pudiendo salvar más vidas que cualquier vacuna o intervención médica, reduciendo las muertes por

diarrea a casi la mitad, y las muertes por infecciones respiratorias en una cuarta parte.⁵³

Ante esta premisa la investigadora conjuntamente con las promotoras de salud de la comunidad, realizaron talleres de capacitación sobre la importancia del lavado de manos, con su adecuada demostración, la cual fue verificada in situ, durante las visitas de intervención casa por casa permitiendo de esta manera hacer los correctivos necesarios. Por otro lado se realizó el concurso del lavado de manos, permitiendo de esta manera incentivar a las familias la técnica correcta del lavado de manos y la utilización del jabón en los cinco “momentos críticos” en la vida familiar, evidenciándose en las siguientes expresiones:

“... antes de frente comíamos, desde que nos enseñaron como debemos lavarnos las manos utilizando el jabón yo voy poniendo en práctica a la hora de preparar y comer los alimentos...” (Matico).

“... no ha habido costumbre de lavarse las manos a cada rato, pero ahora ya lo hacemos porque de esta manera mis hijos no se van a enfermar de diarreas...” (Carrizo).

“...ahora ya nos lavamos las manos y mis hijos ya se enferman menos, ya no sufren de diarreas como antes, que tenían a cada rato...”(Junco).

Asimismo, para Florencia Nightingale entre sus principales medidas de prevención y control está el lavado de manos con agua y con jabón como un instrumento importante para la reducción de las enfermedades.⁵⁴

Por otro lado la investigadora pudo observar al inicio de la intervención que hay un descuido en el tratamiento del agua, exponiéndola a una contaminación secundaria durante la recolección, el transporte o el

almacenamiento a través de prácticas de manipulación inadecuadas. La falta de acceso a agua potable de buena calidad es una fuente directa de enfermedades tales como: diarrea, cólera, fiebre tifoidea, hepatitis A, disentería amébrica o bacteriana y otras enfermedades diarreicas, verificándose con los siguientes discursos:

“... tomábamos agua contaminada del pozo y nos enfermábamos, el agua estaba contaminada porque caía papeles, y tomaban agua las vacas...” (Algarrobo).

“... porque mayormente nosotros cuando no había agua, teníamos que cargar agua en baldes de los pozos que venían con animalitos como las guzarapas* y les daba dolor de barriga o diarreas...” (Vichayo).

“... mayormente mis niños toman el agua fría sin hervir, mi hermana la última, se ha enfermado, por el agua de pozo o de acequias ya que esa agua venía contaminada porque ahí botaban pañales, así botaban a la acequia y uno mismo se enfermaba...” (Matico).

Podemos observar que las enfermedades diarreicas que se presentaron en las familias, se debió al consumo de agua contaminada y al desconocimiento sobre las consecuencias de éste, poniendo en peligro la salud familiar; se implementó un comité de vigilancia que permite asegurar una buena calidad del agua para el consumo humano, siendo uno de los factores indispensables para el desarrollo sustentable de la humanidad.

La OMS manifiesta que las enfermedades diarreicas que son las más frecuentes de las transmitidas por el agua, tienen una incidencia anual calculada en 4.600 millones de episodios de diarrea y causan casi 1.8

* Terminología que usan las familias de las comunidades rurales para designar a las larvas y otro tipo de organismos vivos, que a simple vista son observables en el agua de sus pozos y/o acequias.

millones de defunciones cada año, mayormente entre niños menores de cinco años. Así mismo refiere, todas las personas, cualquiera que sea su grado de desarrollo y sus condiciones socioeconómicas, por derecho, deben tener acceso a un suministro de agua que sea segura para el consumo humano. El agua no sólo es parte esencial de nuestra propia naturaleza física y de los demás seres vivos, sino que contribuye al bienestar general de todas las actividades humanas; debido a que la salud humana no sólo depende de la cantidad sino la calidad de agua que utiliza.⁵⁵

Para la investigadora, el agua segura, un recurso muy importante y merece mucha atención, a través de ella se transporta una gran variedad de microorganismos como los protozoarios (*Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*), bacterias gran positivas y negativas (*Shigella*, *Salmonela*, *Echericha coli*, *Aerobacter aerogénes*), hongos, algas y virus; los profesionales del CIPDES comprometidos por mejorar la salud familiar, implementaron un sistema de agua potable para el consumo humano, así mismo se realizó visitas de intervención para educar a las familias en la forma correcta de cómo transportar, almacenar y tratar el agua para su consumo, evidenciándose en las siguientes declaraciones:

“... ahora que CIPDES, nos han construido un tanque elevado tenemos agua potable y nuestros hijos ya no se enferman, la población está muy agradecida...” (Laurel).

“... las familias ahora tienen agua potable, gracias a CIPDES que siempre está preocupándose por nosotros, tenemos agua hasta nuestras casas...” (Gualtaco).

Las familias realizaron la desinfección del agua a través de la desinfección solar (SODIS), se trata de una tecnología sencilla de tratamiento para mejorar la calidad microbiológica del agua para beber.

que consiste en exponer el agua usando envases transparentes de plástico (botellas) a los rayos del sol en las horas de mayor exposición y sobre superficies que permitan capturar la energía solar. La radiación solar destruye los elementos patógenos existentes en el agua. La tecnología SODIS científicamente está comprobada y su eficiencia a nivel de campo alcanza el 99,9%.

“... desde que empecé hacer SODIS hemos tenido buenos resultados, el agua se pone cristalita y está apta para tomarla y hasta la actualidad no nos hemos enfermado ninguno en mi familia...” (Zapote).

“... nosotros recogemos el agua en depósitos limpios y lo tapamos para evitar que se ensucie, y cuando lo necesitamos lo hacemos hervir o hacemos SODIS así como nos han enseñado...” (Palo santo).

El agua tratada para beber y cocinar se debe mantener en recipientes tapados y elevados del piso. Si se utilizan depósitos de plástico, estos deben ser de color claro o transparente con tapa y ubicados sobre una mesa o plataforma a 60 cm del suelo; debe evitarse el uso de depósitos de color y principalmente aquellos que fueron utilizados para guardar sustancias químicas ya que pueden desprender sustancias químicas que contaminen el agua y dañen nuestra salud.⁵⁶

Se capacitó a las familias sobre la importancia del almacenamiento del agua en los recipientes, las cuales deben estar debidamente limpias, desinfectadas y los depósitos deben contar con una tapa.

La OMS nos refiere que debemos mantener limpios los recipientes para almacenar agua, no introducir recipientes sucios, las manos o

cualquier otra cosa en el agua purificada y almacenada. Para usar el agua hay que verterla en tazas limpias.

El comportamiento higiénico de los usuarios, basado en información correcta, es esencial para proteger el agua contra la contaminación durante su transporte a las casas y su almacenamiento en éstas. La utilización de recipientes limpios y que puedan cerrarse para acarrear y almacenar el agua y de vasijas limpias para beber podría mejorar en todo el mundo la protección de unos mil millones de personas contra las enfermedades transmitidas por el agua.

Está demostrado que si se protege adecuadamente el agua de la contaminación fecal, se reduce la diarrea. Asimismo, ayudará si la familia bebe y utiliza en el hogar agua de una fuente protegida; si los vasos y utensilios se mantienen limpios y fuera del alcance de los niños y animales domésticos; si se hierva el agua o se realiza otro tipo de tratamiento. Una adecuada desinfección del agua disminuye en gran medida los riesgos microbiológicos del consumo de agua de pozo. Es necesaria la participación de autoridades correspondientes en el adecuado control de la calidad del agua en las comunidades rurales.⁴⁷

Por otro lado también hemos podido observar que las familias tienen a sus animales como mascotas (perros, gatos), por lo tanto conviven con ellos, siendo muy riesgoso para su salud, ya que en las heces y la orina de los animales albergan agentes patógenos y dificultan la limpieza, aumentando así, la exposición a insectos y animales vectores de enfermedades. Además los establos deben estar distanciados de las viviendas y se debe de desinfectar a los animales domésticos a fin de reducir la transmisión de enfermedades especialmente a los niños, verificándose en los siguientes discursos:

“... tengo mi gato y mi perro que duermen dentro de mi casa, de allí que nos pasan las pulgas y los perros tienen garrapatas...” (Palmera).

“... porque criamos animalitos, se acercan a la cocina, y también cerca de la cocina ahí está el corralón, crio ovejitas y de eso también llega la mosca, cantidad de insectos y de eso será la enfermedad de los niños...” (Carrizo).

“...en mi casa tengo mi corralón que se encuentra ubicada cerca de mi cocina en donde crio mis animalitos...” (Laurel).

El principal riesgo de convivir con animales es la transmisión de enfermedades, una de las más conocidas es la toxoplasmosis, el gato puede albergar el parásito que la produce, en general, es benigna para las personas y si acaso se manifiesta como un ligero catarro; el peligro es cuando afecta a una mujer embarazada, pues se pueden producir daños neurológicos en el feto, también puede producir la ceguera y esterilidad en las niñas.

Así mismo la leishmaniosis es una enfermedad de los perros, que tiene tratamiento pero no cura. Produce lesiones en la piel y en las patas, las personas pueden contagiarse a través de la picadura de un mosquito infectado por un perro.

La tiña es una enfermedad de la piel producida por hongos, habitual en perros y gatos callejeros. Produce alopecias y se transmite por contacto directo de la piel.

También la OMS, manifiesta que el contacto con el animal en las viviendas es un acto frecuente, que las personas acaricien y consientan sus mascotas (perros, gatos, roedores o incluso a animales exóticos), y en donde

el pelo es portador de sustancias que pueden ser muy alérgicas para la piel y la piel del animal puede tener parásitos. También es habitual que los perros y los gatos laman las manos de las personas, en muchas ocasiones, lamen la boca de los niños y hasta comparten sus alimentos, lo cual favorece la transmisión de agentes patógenos (cuyo número es especialmente elevado en la saliva). Las mordeduras y los arañazos facilitan la transmisión de enfermedades al hombre, ya que los agentes patógenos pueden pasar a la sangre. Una mordedura, por ejemplo, puede transmitir el virus de la rabia si éste se encuentra presente en la saliva del animal.⁵⁷

Por otro lado la investigadora manifiesta que después de la intervención del equipo multidisciplinario del CIPDES, se ha podido evidenciar que las familias han modificado los corrales en lugares adecuados y las mascotas están más aseadas y cuentan con un lugar adecuado para dormir, verificándose en los siguientes enunciados:

“... con el asesoramiento de los ingenieros de cómo cuidar nuestros animales, hemos podido mejorar mi corral y de esta manera mis animales están más seguros y también se van a espantar las moscas...” (Zapote).

“... nosotros estamos contentos por la charla que, nos ha brindado la enfermera de la ONG, y conocer que enfermedades nos puede dar cuando vivimos con los animales, ahora mi perrito ya no duerme junto con nosotros...” (Matico).

“... ahora hemos coordinado con los ingenieros y la enfermera de la ONG, para traer un veterinario y pueda vacunar a los perritos y también desparasitarlos y de esta manera no nos traigan enfermedades...” (Junco).

Es importante mencionar la aceptación de las familias en la reubicación de sus animales y las prácticas de higiene en los corrales, eliminando de esta manera focos infecciosos por la acumulación de las excretas del ganado que atraen a las moscas. Por otro lado el tener un perro o un gato como mascotas ha significado aceptar la responsabilidad de la higiene permanente y adecuada de las mascotas para evitar la proliferación de parásitos (pulga, garrapata, nigua) que con facilidad atacan a las personas. Por otro lado dentro de la lógica campesina los perros y gatos son indispensables, porque se encargan del cuidado de las viviendas cuando ellos salen y los gatos se encargan de eliminar los roedores, que también son transmisores de enfermedades como la peste bubónica.

Para la OMS, al tener un animal como mascota, se debe tener en cuenta parámetros de seguridad que permitan proteger la salud familiar y evitar riesgos de enfermedad. Así mismo considera a la higiene como un elemento fundamental cuando hay convivencia con animales, debe separarse la comida de animales y personas y también hay que separar los utensilios de limpieza, es bueno establecer unas normas de convivencia; hay lugares permitidos para los animales y otros no y en la calle hay que recoger los excrementos de los perros y evitar que hagan sus necesidades cerca de las zonas de juego de los niños.⁵⁷

3. TRANSFORMANDO LAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA PARA LA SALUD FAMILIAR

En concordancia con los lineamientos de la política de salud, se ha desarrollado el programa de familias y viviendas saludables, el cual tiene como objetivo contribuir a que las familias, se desarrollen como estructura social, adopten comportamientos y hábitos que generen estilos de vida saludable entre los miembros de una familia y comunidad.⁵⁸

Antes de la intervención la investigadora refiere que las familias vivían en condiciones inadecuadas de su vivienda, oscuras y poco ventiladas, sus ambientes para dormir no eran los adecuados, estaba desaseada su vivienda, usaban la cocina tradicional, en el piso con tres piedras, y sus animales no contaban con un lugar adecuado, ocasionando la presencia de enfermedades infectocontagiosas entre los niños, como las infecciones respiratorias, enfermedades de piel, pediculosis, etc; evidenciado por los siguientes discursos:

“... mi vivienda solamente tiene un ambiente que sirve para todo y he hecho una ramadita adelante que está construida con caña y como todavía mis hijos son pequeños, ya tal vez más adelante pueda hacer un cuartito más para mis hijitos, será de eso que mucho se enferman porque todos estamos juntos...” (Concuno).

“... tengo un dormitorio que está dividido por un plástico ahí dormimos todos juntos, somos 5 personas, no tenemos plata para levantar otro cuarto...” (Palo santo).

“... nosotros dormimos todos juntos, en un cuarto, somos 5 en total, mis hijitos están todavía chiquitos, ya cuando sean grandes tal vez podamos hacer otro cuarto, además para hacer otro cuarto se gasta y ahora que no hay agua ya no se puede ni sembrar y también el trabajo está escaso ...” (Zapote).

Podemos decir que la falta de espacios en la vivienda influye negativamente en las relaciones familiares, los padres deben dormir en un espacio diferente al de los hijos, así mismo los ambientes destinados para dormir son deficientes, siendo un problema para la salud familiar, ya que como espacios cerrados y no ventilados favorece la transmisión de enfermedades como las infecciones respiratorias e infecciones gastrointestinales.

Las condiciones de insalubridad en las viviendas producen enfermedades transmisibles, no transmisibles y psicosociales. Ante ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), expresan que la mayor parte de la población mundial habita en alojamientos que no cumplen los requisitos básicos o son inadecuadas para ser habitadas. En estas viviendas deficientes se localiza la población de mayor riesgo de afectación por enfermedades relacionadas con la vivienda y el entorno. Por ello podría adjudicarse a la vivienda el papel de determinante de salud.⁵⁷

También Díaz, nos dice que en lugares pobres, en donde usualmente hay una habitación, ella sirve de cocina, comedor, dormitorio y ambiente de crianza de animales domésticos. Estas condiciones predisponen a la ocurrencia de enfermedades diarreicas y parasitarias, especialmente en la población infantil.⁵⁹

Según Chelala, menciona que los niños son especialmente susceptibles a las enfermedades cuando nacen y se desarrollan en un ambiente inadecuado, con hacinamiento, falta de higiene, ruido excesivo y carencia de espacio para jugar y estudiar. Ellos sufren, no sólo por vivir en un ambiente físico estrecho, sino porque viven en un constante estrés y otros factores psicosociales (tales como la violencia) que son promovidos tanto por ellos como por sus padres o las personas que los cuidan.⁶⁰

Así mismo se ha demostrado que la vivienda precaria y el hacinamiento, cuando va unido a la pobreza y a una insuficiencia de servicios, aumenta las tasas de transmisión de enfermedades como la tuberculosis, la neumonía, la bronquitis y las infecciones gastrointestinales.

“... ahora mi esposo ha construido un cuarto para mis hijos, para que se sientan más cómodos...” (Laurel).

“... ya tenemos un cuarto para mis hijos y otro para nosotros, es que en la sierra siempre hemos dormido todos en una tarima...” (Matico).

“... hemos construido un cuarto para la cocina y no se encuentre dentro de la casa...” (Algarrobo).

La investigadora y el equipo multidisciplinario del CIPDES ha promovido en las familias el mejoramiento de las vivienda a través de la implementación de materiales para el pintado de paredes, ventanas, calaminas transparentes, materiales para la construcción de la cocina mejorada, con la finalidad de reducir los riesgos que generan los problemas de salud, como se evidencia en los siguientes testimonios:

“... tiene cuartos para dormir pero están oscuros no les hemos puesto ventanas, ni tiene puertas, el piso es de tierra por eso hace mucho polvo dentro de la casa...” (Vichayo).

“... mis hijitos siempre se han enfermado porque se contagiaban el uno con el otro, también porque no entra aire y nuestro cuarto está oscuro...” (Palmera).

“... ahora mi esposo está levantando las paredes para dividir los cuartos para dormir, uno para mis hijos y otro para nosotros y evitar las enfermedades...” (Matico).

Por otro lado Vos Rob refiere que el hacinamiento es uno de los principales problemas que acarrea a los países subdesarrollados, especialmente en zonas más alejadas, pudiendo provocar problemas de salud, falta de privacidad y tensiones entre sus miembros. Se considera que

un hogar está hacinado si cada uno de los dormitorios con los que cuenta sirve en promedio a un número de miembros mayor de tres.⁶¹

Las familias construyeron sus habitaciones usando adobes, otros separaron sus ambientes utilizando recursos de la zona como carrizo, superando de esta manera el hacinamiento y generando entornos saludables.

Desde el marco de la salud familiar, la estrategia de la vivienda propicia la generación de ambientes saludables a partir de las habilidades, estilos y condiciones de vida de los seres humanos. También es considerado como el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones básicas para el individuo y /o la familia: proteger de las inclemencias del clima, garantizar la seguridad y protección, facilitar el descanso, permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las manifestaciones culturales, implementar el almacenamiento, procesamiento y consumo de los alimentos, suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento, favorecer la convalecencia de los enfermos, la atención de los ancianos y personas con discapacidad, el desenvolvimiento de la vida del niño y promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar.⁶²

Para Díaz la vivienda saludable es el espacio físico donde seres humanos transcurren la mayor parte de su vida; este espacio, por sus características y especificaciones, brinda condiciones para prácticas saludables de sus moradores, previniendo o reduciendo los riesgos que generan problemas de salud.⁵⁹

Con la entrega de los materiales principales (cemento, acero 3/8", yeso, calamina, pintura, ventana) las familias aportaron con los agregados restantes (arena fina, arena gruesa, hormigón, adobes) y son quienes se encargaron de la construcción y/o mejoramiento de su vivienda, contando

con el asesoramiento técnico de la enfermera y del equipo multidisciplinario del CIPDES.

Otras de las condiciones de la vivienda que afectan a la salud familiar es la contaminación del aire interior, particularmente por el humo de las cocinas tradicionales o 3 piedras, que contribuye a la severidad de las infecciones respiratorias como bronquitis y neumonía, particularmente en población infantil, incrementando el riesgo de cáncer.

Además, la investigadora ha podido observar que las cocinas tradicionales, son antihigiénicas porque acumulan hollín en el techo, en las paredes interiores de la vivienda y en las ollas. Por otro lado contamina también los alimentos que consumen la familia, los enseres y hacen de la vivienda un ambiente insalubre, dificultando la buena relación familiar, el adecuado compartir de los alimentos y la cotidiana visita de los vecinos, evidenciado además en los testimonios que se detallan a continuación:

“ ... mi cocina es de leña y hace bastante humo, nos hace llorar mucho y mi hijo siempre está enfermo de tos, tuese mucho...” (Laurel).

“ ... yo cocino con mi leñita que siempre tenemos que recoger del campo, ahora la leña para comprar está caro, lo malo es que hace mucho humo y lloramos todos los días acá, y a veces nos duele la cintura...” (Zapote).

“... mi cocina está atrás de la casa, pero de todas maneras hace mucho humo y mis hijitos tienen que salir de la casa, hasta que yo termine de cocinar o a veces lloramos todos juntos o nos hace toser, ya uno de mis hijos se enfermó el año pasado, lagrimeaba muchos sus ojos, el doctor me dijo que era del humo de la cocina. Pero señorita que voy hacer es lo único que tengo para cocinar...” (Palo santo).

Hemos podido observar que las cocinas tradicionales que las familias utilizaban, generaban contaminación del aire al interior de las viviendas y esto porque la leña arde a fuego abierto produciendo abundante CO₂ y otros gases, y queda encerrado en la casa, afectando así, el sistema respiratorio y la vista de los miembros de la familia, también los niños han sido afectados por quemaduras serias, poniendo en peligro la salud familiar.

Muñoz Zegarra manifiesta que en las áreas rurales del país, la leña o biomasa son las principales fuentes de energía que utilizan las familias campesinas para cocinar diariamente sus alimentos, para calentarse y abrigarse del frío, es el combustible más barato en donde las familias en situación de pobreza tienen acceso, tanto que su modesta economía no les permite adquirir otro tipo de combustible como el kerosene, gas.⁶³

Las cocinas tradicionales que usan las familias rurales, por lo general son ineficientes, debido a su diseño rústico, no controla el fuego ni puede regular la expulsión del humo. Según cálculos referidos por Accinelli, apenas aprovechan del 10 a 15% del potencial energético de la leña, el resto es pérdida de calor, emanación considerable de partículas y gases contaminantes. Su funcionamiento en ambientes cerrados de escasa ventilación, genera una polución intra domiciliar poniendo en serio riesgo la salud de toda la familia; pero principalmente de la mujer y las/os niñas/os menores, quienes permanecen más horas del día en el ambiente donde funciona la cocina, constituyéndose así en un serio problema de salud pública.⁶³

La investigadora coincide con los autores, las familias de las comunidades rurales usan sus cocinas tradicionales, generando un consumo excesivo de leña. Esta práctica afecta severamente la salud de las familias, exponiéndolos a altos niveles de contaminación dentro de la

vivienda, por la falta de ventilación, así mismo afecta al ambiente, por los gases emitidos. A través del trabajo multidisciplinario y la participación de las organizaciones locales, se ha mejorado la salud de las familias y del medio, mediante la construcción de cocinas mejoradas.

Según las cifras de la Organización Mundial de la Salud – OMS y algunos estudios realizados en países latinoamericanos como Guatemala, El Salvador, México, la relación entre la presencia de elevadas concentraciones de contaminantes del aire dentro de la vivienda provenientes de la quema de leña y los efectos adversos en la salud de la población más vulnerable (mujeres y niñas/os menores de 5 años), es altísima: 10 o 20 veces superior al límite permitido por dicha organización; en consecuencia, la población no solo está expuesta a la presencia de infecciones respiratorias y oftalmológicas, enfermedades bronco pulmonares, reumáticas, bajo peso al nacer, sino también a un lento envenenamiento y muerte.⁶⁵

Una investigación más cercana, realizada por el Dr. Roberto Accinelli en el 2004, en las comunidades de Ayamachay y Uyshahuasi en el departamento de Lambayeque, arrojó que más del 89% de la población evaluada y expuesta a combustibles de biomasa, presentaba síntomas de males respiratorios, siendo las mujeres la población más afectada. El 16.5% presentaba bronquitis crónica y arrojaban mayor número de leucocitos que glóbulos rojos en su sangre, lo cual fue atribuido a su mayor permanencia en la cocina y su prolongado tiempo de exposición al humo de leña. Este último señalado a su vez, como el factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad pulmonar de obstrucción crónica (EPOC), cáncer, asma y alteraciones gestacionales; por tanto, su incidencia en la salud es enorme y el “daño causado es irreparable, aunque se cambiara de ambiente no tendría solución en adultos mayores de 30 años continuamente expuestas”.⁶⁵

Por otra parte, en la investigación se ha observado que las mujeres en las zonas rurales, preparan los alimentos en condiciones precarias, en cocinas rústicas a ras del suelo, siendo una posición incómoda para ellas, afectando su salud. Motivo por el que frecuentemente se queja de dolor de espalda, molestias de las vías urinarias, molestia en la vista, dolor de garganta y se encuentran expuestas a sufrir quemaduras, tanto ellas como sus hijos.

Una alternativa de solución a esta problemática es la implementación de la cocina mejorada, ya que tiene beneficios en nuestra salud, en disminuir la emisión de humo por la combustión de la biomasa y las infecciones respiratorias del niño y problemas respiratorios de la madre. Además concentra y produce mayor calor dentro de la vivienda y previene accidentes, es decir la construcción de la cocina mejorada aumenta la calidad e higiene de alimentos y del ambiente. Sin embargo también cumple un papel importante en la adopción de estilos de vida saludables, pues esto se compone de acciones o comportamientos personales y sociales, en alcanzar la mejora de calidad de vida sustentadas en principios y valores que fortalecen el capital social, como lo podemos apreciar en los siguientes discursos.⁶⁴

“... mi familia está muy contenta porque con el apoyo que hemos recibido de la ONG CIPDES, nos han construido nuestra cocinas mejoradas y ya no tenemos problemas con el humo que tanto nos hacía llorar y toser...” (Palo santo).

“... siempre hemos sufrido con el humo de la cocina, entraba a todas partes de la casa, ahora ya no, porque ya tenemos una cocina mejorada que la ONG nos ha apoyado y el trabajo que viene realizando la promotora de salud del caserío...” (Carrizo).

“... estamos muy contentos ahora de tener una cocina mejorada porque va a haber menos enfermedades en mi familia...” (Palmera).

También al inicio de la intervención encontramos condiciones inadecuadas de ventilación e iluminación que afectan a la salud familiar, en donde las personas que duermen muy cerca unas de otras, en cuartos mal ventilados, están más expuestas al contagio de infecciones transmitidas por el aire como la meningitis meningocócica, la fiebre reumática, la gripe y el resfriado común, el sarampión, la rubéola y la tos ferina.⁶⁵

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), se encuentran entre las enfermedades que más morbilidad y mortalidad provocan en poblaciones que se encuentran en situación de extrema pobreza en los países en vías de desarrollo. Según estadísticas del Ministerio de Salud del Perú hasta fines de octubre del presente año se registraron aproximadamente 65,000 casos de IRAS en niños menores de 5 años.

Las familias están acostumbradas a construir sus viviendas sin ventanas por lo tanto carecen de iluminación y ventilación, alterando el proceso de la respiración, la disminución del oxígeno y la carga de gas carbónico, segundo por la transpiración y las emanaciones que se desprenden del cuerpo y tercero por el humo y polvos levantados, todo esto predispone a una inadecuada ventilación y por ende a enfermedades respiratorias.⁶⁵ Tal como podemos apreciar en los siguientes discursos:

“... en mi casa los cuartos para dormir están oscuros no les hemos puesto ventanas, ni tiene puertas, el piso es de tierra por eso hace mucho polvo dentro de la casa...” (Gualtaco).

“... mi casa no tiene ventana, mi esposo la construyó así para que no entren los animales, y mis hijos salen a la puerta para hacer su tarea, es que mi casa es oscura y a ellos no les gusta escribir ahí, se esfuerzan mucho y les lagrimea las vista...” (Laurel).

“... mi vivienda no está en buenas condiciones, todo está cerrado y oscuro, lo hemos hecho así para que no entre frío y los animales, además mi padres en la sierra también tiene su casa igual ...” (Algarrobo).

A través de los discursos se puede apreciar la falta de iluminación y ventilación en las viviendas dificulta la entrada de luz natural y aire al interior de la vivienda. Los diseños de las viviendas deben permitir el ingreso del sol, luz, iluminación y ventilación para evitar ambientes húmedos y poco ventilados. La humedad propicia enfermedades respiratorias, así como el deterioro de las viviendas por la acumulación del salitre.

Machado Leyva nos dice que la ventilación y la iluminación son señaladas como factores de riesgo para enfermar al resto de los integrantes de la familia. Una inadecuada ventilación causa una menor dilución en el aire de las partículas, una menor eliminación y la recirculación del aire que las contiene, aumenta el riesgo de infección. Mejorar la ventilación produciendo corrientes de aire, cuyo flujo sea hacia el exterior de la vivienda, como una medida barata y factible durante todo el año, permitiendo prevenir la diseminación de los microorganismos.⁶⁶

También Sánchez Moreno, hace referencia sobre el aire en una habitación en donde hay una persona, va a sufrir una serie de cambios físicos y químicos: aumentando su contenido en CO₂ la concentración de gases y sales (NaCl), la humedad y la temperatura, y disminuye la concentración de O₂, por lo tanto las habitaciones deben construirse con

una capacidad de 10m³ de aire por persona, de modo que el aire que se respira tenga una pureza química razonable.⁶⁷

Se puede decir que una inadecuada ventilación e iluminación va a repercutir en la salud familiar, va a evitar que haya una constante renovación del oxígeno y por ende va a propiciar la acumulación de una excesiva humedad.

Entonces, la investigadora a través del trabajo multidisciplinario, ha permitido realizar modificaciones en el diseño de la vivienda, proporcionando en las familias la iluminación a través de la dotación de calaminas transparentes y la instalación de ventanas que permite contar con una buena ventilación, así como la dotación de cal agrícola en las paredes que ayuda a la iluminación y sirve como un buen repelente de insectos, que se manifiesta en los siguientes testimonios:

“... estamos muy contentos porque los ingenieros de la ONG CIPDES y la enfermera siempre vienen a apoyarnos y están preocupados por nuestra comunidad, y nos enseñan cómo debemos de distribuir nuestra vivienda para vivir mejor...”(Junco).

“... ahora nuestra casa se ve mejor, entra aire y con la calamina transparente se ve mejor y mis hijos han podido hacer su tarea, ya no está oscuro...”(Gualtaco).

“... que bonita se ve la casa, con bastante luz, ahora vamos a tener más ventilación...”(Zapote).

Según la OPS en la guía para el facilitador hacia una vivienda saludable, una buena iluminación y ventilación en la vivienda evitan la contaminación del aire interior y las enfermedades respiratorias y otras.⁶⁸

La ventilación de una casa cumple diferentes funciones, no solo renueva el aire interior, sino también elimina malos olores, gases y humos que se hayan podido acumular. Una renovación constante del aire evita que se acumule excesiva humedad y por tanto que aparezcan condensaciones aquí y allá. La ventilación va a ser uno de los elementos fundamentales para asegurarnos el adecuado confort en el hogar. Es más, una buena ventilación será también fundamental para la salud de aquellos que viven o trabajan en casa. Gran parte de la responsabilidad recae en la inadecuada ventilación que suelen tener.

Según Sánchez refiere que la ventilación, para evitar riesgos de la vivienda, debe estar dotada de un sistema de ventilación, ya sea natural o artificial que permita acelerar la renovación del aire.⁶⁷

A nivel familiar se ha trabajado talleres de capacitación y se ha realizado campañas de limpieza comunal, así mismo se han realizado sesiones demostrativas, permitiendo un mejor proceso de enseñanza aprendizaje.

CONSIDERACIONES FINALES

1. La capacidad de liderazgo de la enfermera y la visión integral en el trabajo multidisciplinario para la promoción del desarrollo comunitario, ha permitido que las familias mejoren su salud familiar, a partir de propuestas innovadoras como: construcción de cocinas mejoradas, desinfección del agua con el sol (SODIS), biohuertos con sistema de riego por goteo, respetando las manifestaciones sociales, culturales y el ambiente para una vida digna y saludable.
2. La enfermería comunitaria se ha convertido en el pilar fundamental de la salud familiar permitiendo desarrollar estilos de vida saludables para la modificación de sus hábitos y prácticas como lavado de manos, higiene de la vivienda, agua segura, manejo de animales, etc. contribuyendo de esta manera a la adopción de una cultura de promoción de la salud y por ende a la disminución de las enfermedades por inadecuados estilos de vida.
3. La enfermera y el equipo multidisciplinario, se han constituido en un elemento dinamizador de las familias, visualizadas en su participación activa, quienes trabajando en forma organizada han cambiado sus condiciones de vida en sus viviendas mediante la implementación de cocinas mejoradas, construcción y distribución de las habitaciones y ventanas, mejoramiento de techos, etc. Esta participación ha sido un elemento esencial, que ha permitido el cambio en el hogar de cada familia, propiciando así, espacios saludables y el control de las enfermedades más comunes de la zona.

RECOMENDACIONES

Profesionales de Enfermería

- La salud familiar se convierte en un reto para el profesional de enfermería, su visión integral, permite liderar el trabajo multidisciplinario, por lo tanto es necesario formar profesionales con capacidad de conducir procesos de desarrollo comunal.
- Los profesionales de enfermería comunitaria deberían establecer alianzas estratégicas con diferentes instituciones públicas y privadas, permitiéndoles desarrollar un conjunto de estrategias, orientadas a mejorar la salud familiar, garantizando la sostenibilidad de las propuestas.

Instituciones Formadoras

- Motivar durante la formación profesional el trabajo comunitario en instituciones que cuenten con equipos multidisciplinarios, fomentando que la enfermería articule y lidere el cuidado integral de la persona, familia y comunidad.
- Propiciar la Investigación Acción Participación para la ayuda al empoderamiento de las familias, creando conciencia en los participantes sobre su problemática y la necesidad de mejorar su calidad de vida.

A las Municipalidades

- La enfermera por su rol dinamizador ejerce liderazgo a nivel de la sociedad, además promueve las sinergias entre las comunidades rurales y las instituciones públicas como la municipalidad, instituciones educativas, establecimientos de salud públicas y privadas como la ONG CIPDES, a través de alianzas estratégicas para desarrollar acciones de Promoción de la Salud a partir del compromiso de los alcaldes, autoridades regionales y de otros sectores públicos de la localidad con la finalidad de mejorar la salud familiar.

A las enfermeras que trabajan en la comunidad

- Que continuemos ejerciendo el liderazgo de enfermería en las comunidades, como un reto y desafío enorme, mostrando capacidad para contribuir y cambiar el pensamiento, con compromiso y energía para trabajar, con capacidad de arrastrar consigo a las personas hacia una meta y sobre todo con renovación, logrando que sus problemas se conviertan en oportunidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hasan Khan Mahmood. La pobreza rural en los países en desarrollo. Washington. Fondo Monetario Internacional. 2001.
2. Sánchez A. Evolución de la pobreza en el Perú. Perú. Instituto Nacional de Estadísticas en el Perú. 2011.
3. Ortiz MT, Louro Bernal I, Jiménez Cangas L. Métodos de investigación diversos en el estudio de la salud familiar. Rev. Cubana. La Habana. Med. Gen Integr. 1999. v.15 n.2.
4. Valdés C. y otros. Atención de enfermería en la Salud Familiar. [Sede Web]*. 2005. [acceso 20 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEFVypAkZVwkrloZID.php>
5. Bárdales C. La Salud en el Perú. [Sede Web]*. Perú. 2004. [acceso 28 de noviembre de 2010] disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>.
6. ES Salud. Memoria Institucional. Perú. 2005.
7. INEI – ENDES. Dirección General de Epidemiología del MINSA y DIRESA. Lambayeque. 2009.
8. Equipo Caritas. Sistematización de experiencia participativa: vivienda rural saludable. Perú. 2005.
9. Escobar D. El liderazgo de la enfermera en el trabajo comunitario. Venezuela. Universidad de Carabobo. 2004.
10. Arenas G, Samillán M, Rosete G, Torres A. Modelo de Intervención Multidisciplinario en Atención Primaria de la Salud en Zonas de alta Marginación en México. México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM. 2002.
11. Gaíva M, Correa A, Mandú E. O Trabalho em equipe no programa saúde da família em mato grosso. Brasil. 2009.
12. Díaz M. Modificando las condiciones de vida de las familias campesinas de Illimo a través de la atención primaria ambiental. Lambayeque – Perú; 2009.

13. Díaz M. "Reflejando el trabajo de la enfermera del deficiente saneamiento básico a la vivienda rural saludable, aspectos básicos en la promoción de la salud en el caserío Puerto Rico – Jayanca". Lambayeque – Perú; 2002.
14. Aviña Zepeda Jaime. Familia y desarrollo humano, fuente de capital social. Queretaro. 2004.
15. Louro Bernal Isabel. Salud Familiar. 2005.
16. Jardiel E. Intervención en Salud: comunidades saludables. [Sede Web]*. Lima. [acceso 5 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.ayudaenaccion.org/peru/index.asp?MP=14&MS=31&idp=1>
17. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002- 2012. Lima: MINSA; 2001.
18. Bustamante S. Enfermería familiar: principios de cuidado a partir del saber en común de las familias. Trujillo – Perú: Facultad de Enfermería – UNT. 2004.
19. Plácido A. Los principios constitucionales de la familia. [en línea]. Perú. 2008. [acceso 11 de enero de 2011]. Disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/item/20618/los-principios-constitucionales-de-la-familia-primero>.
20. Codina M. Funciones de la familia. [Sede Web]*. [acceso 13 de enero de 2011] disponible en: <http://www.xtec.es/~mcodina3/familia/funcio.htm>
21. Saavedra J. Familia: tipos y modos. monografías.com S.A. [Sede Web]*. Madrid. 2005. [acceso 15 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml>
22. Horwitz N, Florenzano R, Rigeling I. Familia y salud familiar: un enfoque para la atención primaria. Bol OPS, 1985; 98(2): 144-53.
23. Universidad Nacional de Trujillo. Módulo de atención familiar III. Trujillo – Perú; 2003.
24. Restrepo Helena E. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Bogotá. Editorial Médica Panamericana; 2001. 298 Pág.
25. Marriner, Tommy Ann; Raile Alligood Martha. Modelos y Teorías de enfermería. 4ta Edición. España. Editorial Harcourt – Brace. 2002.

26. Jiménez, G. Concepciones acerca del liderazgo de enfermería. Colombia. 2006.
27. Manfredi, M. El desarrollo de enfermería en América Latina: una mirada estratégica. Revista Latino-Americana de Enfermagem. versión impresa ISSN 0104-1169. 1993.
28. Huberd. Liderazgo y Administración en enfermería. Editorial McGraw Hill Interamericana. México. 1996. p. 60-9.
29. Garita M. Solís E. Práctica del liderazgo del profesional de enfermería. [Sede Web]*. Costa Rica. 2003. [acceso 18 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n1/5.pdf>
30. Valverde L; Ayala N. Equipo de Salud. Trabajo en Equipo. [en línea]. Monterrey. 2005 [acceso 18 de enero de 2011]. Disponible en: <http://equiposalud.blogspot.com/>
31. Castrillón M. La dimensión social de la práctica de la enfermería. Editorial Universidad de Antioquía. Colombia; 1997.
32. Mercé, B. Propuestas para la práctica de enfermería. Barcelona, España; 2004.
33. Zárate Mireya. Desarrollo comunitario. Ricardo et al. Modelo de desarrollo humano comunitario. México, DF, Plaza y Valdés Editores. 2007.
34. Hernández Sampieri R y Col. Metodología de la investigación. 4ta edición. México: Mc- Graw – Hill Interamericana Editores, S.A de C.V.ç. 2006.
35. Hernández Sampieri R y Col. Metodología de la Investigación. 3a ed. México: Mc- Graw – Hill Interamericana Editores, S.A de C.V. 2003.
36. Vargas J. La investigación acción: necesidad para el desarrollo educativo. Perú. 2005.
37. C. Metodología de la investigación para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 2a Edición. México. PEARSON educación. 2006.
38. Organización Panamericana de la Salud. Planificación local participativa: metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. Washington: Editorial PALTEX. 1999.

39. Rinehart and Winston.Santisteban J. Manual para la evaluación del aprendizaje estudiantil: conceptos, procedimientos, análisis e interpretación para el desarrollo educativo. México: Editorial Trillas, S.A. de C.V; 2004.
40. Sgreccia E. Manual de bioética. I Edición. Madrid. Biblioteca de autores cristianos. 2007.
41. Serrano, JM. Los principios de la bioética. Conferencia pronunciada en el seminario de formación sobre bioética, Murcia.
42. Santiesteban, H. Modelos éticos: El personalismo. Chile. 2006.
43. Pineda, B. Manual para el desarrollo de personal de salud. Editorial Copyright. Organización Panamericana de la Salud; 1994.
44. Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de Salud. Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. Washington: OPS/OMS; 2007. CSP27/16 (Esp.)
45. Arriagada, I.; Aranda, V.; Miranda F. Políticas y programas de salud en América Latina: problemas y propuestas. Chile.. Publicación de las Naciones Unid. 2005. ISSN impreso 1564-4162 , ISSN electrónico 80-8983.
46. Becoña, E.; Vázquez, F. & Oblitas, L. Promoción de los estilos de vida saludables. Bogotá. 2004.
47. UNICEF: Agua , saneamiento e higiene. [Sede Web]*. Madrid. [acceso 20 de abril de 2010]. Disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/wash/index_healtheducation.html.
48. Organización Mundial de la Salud. Principios de higiene de la vivienda. Ginebra: OMS; 1990.
49. Guerrero M, L. Estilos de vida y salud. Venezuela. 2009.
50. Perea Q, R. Educación para la salud, reto de nuestro tiempo. Madrid. Editorial Díaz de Santos. 2004.
51. Organización Panamericana de la Salud. Estilos de vida saludable.. Lima. Perú. 2005.
52. Maya, L. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. Colombia. 2001.

53. Dirección Regional de Salud. "Guía para lavar las manos". Cuzco. MINSA. 2006.
54. MS Coelho, C.; Silva, A.; Faria, S. Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de la infección. Brasil. Editorial Universidad de Murcia. 2011.
55. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategias para la gestión sin riesgos del agua potable para el consumo humano. Ginebra: OMS; 2010.
56. Nájera, E.; Cortes, M., García, C. El enfoque epidemiológico en la formación de políticas y en la forma de recursos humanos España. Educación médica salud. 1999.
57. Organización Mundial de la Salud (OMS). Principios de la higiene de la vivienda. Ginebra: OMS; 2003.
58. Ministerio de Salud. Programa de familias y viviendas saludables. Perú. Dirección General de Promoción de la Salud. 2006.
59. Díaz, I. Investigación - acción: promoviendo viviendas saludables en el sector de Montegrande. Jaén. 2008. Rev enferm Herediana.; 1(2):104-110.
60. Chelala, C. Impacto del ambiente sobre la salud infantil. Organización Panamericana de la Salud. 1999. 36 p.
61. Rob, V. Hacia un sistema de indicadores sociales. Washington D.C. Instituto interamericano para el desarrollo social. 1996.
62. . Rojas, MC .; Ciuffolini, MB .; Meichtry, N. La vivienda saludable como estrategia para la promoción de la salud en el marco de la medicina familiar. México. 2005. Vol 7. Pp. 27-30-.
63. Muñoz, M. Promoviendo cambios sostenibles y el desarrollo social a través de las cocinas mejoradas. Lima. HEIFER PERÚ. 2008.
64. Implementación de la de cocinas saludables como intervención clave en el mejoramiento de la salud ambiental. Convenio OPS/OMS/GTZ – Perú.
65. Santamaría, R. Iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Perú. 2008.
66. Machado, P.; Valdés, D.; González, O.; García, E. Riesgo de enfermar de tuberculosis de los convivientes adultos de enfermos bacilíferos. La Habana. Rev Cubana Med. 2007 Trop v.59 n.1.

67. Sánchez, M. Actuación de enfermería comunitaria y sistemas y programas de salud. Madrid España. Editorial. S.A. Me Graw Interamericana. 2002.
68. Organización Panamericana de la Salud. "Hacia una vivienda saludable". Lima - Perú. 2009.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
"SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO"

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: Eusebia Sánchez Farro, identificado con DNI N° 16560954, consiento participar en la investigación titulada **"Liderazgo que ejerce la Enfermería en el fomento de la salud familiar para el desarrollo comunitario de Valle Hermoso" Monsefú – Perú. 2012**", admito haber sido informado (a) de los objetivos de la presente investigación por lo cual accedo a participar de las entrevistas que serán grabadas, toma de fotografías por el investigador y otros acuerdos programados con fines de la investigación. Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado. Sé que de tener dudas sobre mi participación podré aclararlas con la investigadora. Por último declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas consiento participar de la presente investigación.

Chiclayo, Diciembre del 2010

Firma de la persona investigada

Firma de la investigadora



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
"SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO"**

ANEXO: 02

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LAS FAMILIAS

INFORMACIÓN

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información después de la intervención sobre las vivencias y reacciones que tienen las familias frente a los cambios de prácticas para tener una Vivienda Saludable, en la comunidad rural de Valle Hermoso por lo que se solicita y se agradece su colaboración en la siguiente entrevista, la cual será grabada sólo con fines de investigación para realizar el estudio. La información recopilada será confidencial, y se utilizarán seudónimos para proteger la identidad de la persona.

DATOS GENERALES

Seudónimo: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Ocupación: _____

DATOS ESPECIFICOS:

¿En qué condiciones se encuentra su vivienda?

¿Por qué se presentan los problemas de salud en su familia?

¿Crees que es importante el trabajo que realiza la enfermera?

¿Quiénes se preocupan por la salud familiar de tu comunidad? ¿Cómo

ANEXO N° 03
Programa: “ Mejorando nuestra Salud Familiar con Estilos de Vida Saludable”

| Cronograma de Actividades | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reunión con equipo multidisciplinario del CIPDES | | | | | | |
| Reuniones con líderes de la comunidad de Valle Hermoso | | | | | | |
| Sondeo Participativo a las familias de Valle Hermoso (Visitas Domiciliarias a las familias) | | | | | | |
| Taller participativo | | | | | | |
| Visitas Domiciliarias a las familias de la comunidad de Valle Hermoso | | | | | | |
| Visitas Domiciliarias a las familias de la comunidad de Valle Hermoso – Aplicación entrevista semi estructurada | | | | | | |
| Visitas Domiciliarias a las familias de la comunidad de Valle Hermoso - Aplicación entrevista semi estructurada | | | | | | |
| Diagnóstico Participativo a las familias de la comunidad de Valle Hermoso | | | | | | |
| Taller de planificación participativa | | | | | | |
| 104Inicio de la ejecución de actividades programadas | | | | | | |
| ACTIVIDADES | OBJETIVO | ASPECTOS A TRATAR | MATERIALES | METODOS Y TÉCNICAS | TIEMPO DE DURACIÓN | EVALUACIÓN |
| “Conociendo de hábitos de higiene ” | Promover en cada uno de los miembros de la familia hábitos saludables. | <ul style="list-style-type: none"> • Higiene personal. • Cepillado de los dientes. • Pediculosis. | <ul style="list-style-type: none"> • Láminas • Cinta maskintape • Plumones • Papel de colores. | <ul style="list-style-type: none"> • Saludo • Dinámica de presentación • Exposición • Demostración y redemonstración del cepillado de dientes, recorte de uñas. • Comentario de la experiencia. | <ul style="list-style-type: none"> • 2 min • 5 min • 10 min • 15 min • 5 min | <p>¿Por qué es importante realizarnos la higiene?</p> <p>¿Qué enfermedades nos puede ocasionar?</p> |
| Visitas Domiciliarias a las familias Educando como distribuir la vivienda | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| "Teniendo mis manos limpias" | Reducir los casos de diarreas en las familias. | <ul style="list-style-type: none"> • Importancia del uso del jabón? • ¿Pasos del lavado de manos. • Momentos críticos para el lavado de manos. | <ul style="list-style-type: none"> • Papelógrafo • Plumones • Papel de colores • Tina • Láminas • Folleto • Agua y jabón. | <ul style="list-style-type: none"> • Saludo • Recordar la temática anterior • Lluvia de ideas • Exposición • Diálogo • Demostración | <ul style="list-style-type: none"> • 2 min • 10 min • 10 min • 15 min • 10 min • 15 min | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Porqué debemos usar el jabón? • ¿En qué momento se debe realizar el lavado de manos? • ¿Cómo realiza el lavado de manos? | |
| Visitas Domiciliarias a las familias Demostración del lavado de manos | | | | | | | |
| "Cuidando nuestra agua para consumo humano" | Brindar conocimientos que permitan mejorar la calidad de agua de consumo humano. | <ul style="list-style-type: none"> • Como se contamina el agua. • Formas de almacenamiento del agua. • Desinfección del agua para consumo humano. | <ul style="list-style-type: none"> • Papelógrafo • Plumones • Láminas • Trípticos • Equipo • Multimedia • Video | <ul style="list-style-type: none"> • Saludo • Dinámica de grupo • Exposición • Diálogo • Lluvia de ideas • Observación participante • Video • Comentario de la experiencia. | <ul style="list-style-type: none"> • 2 min • 10 min • 15 min • 10 min • 10 min • 10 min • 15 min • 3 min | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Porqué hay que cuidar el agua? • ¿Qué debemos hacer para desinfectar el agua? • ¿Cómo debemos almacenar el agua? | |
| Visitas Domiciliarias a las familias Metodología SODIS | | | | | | | |

| | | Ejecución | | Monitoreo | | Ejecución | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| "Respirando sanamente con mi: Cocina mejorada" | Propiciar en la familia desarrollo entornos saludables. | <ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la cocina mejorada. • Disposición de utensilios. • Higiene de los alimentos. • Pasos para la construcción de una cocina mejorada. | <ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Papelógrafo • Plumones • Láminas • Folleto | <ul style="list-style-type: none"> • Saludo • Dinámica de grupo • Lluvia de ideas • Exposición • Diálogo • Observación participante • Preguntas | <ul style="list-style-type: none"> • 2 min • 10 min • 5 min • 15 min • 10 min • 15 min • 10 min | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las ventajas de la cocina mejorada? • ¿Cómo debe guardar los alimentos? • ¿Qué enfermedades produce el humo de las cocinas | |
| | <p style="text-align: center;">Campana de limpieza comunal Taller : Reciclaje de plástico</p> | | | | | | |
| "Mejorando nuestra vivienda" | Mejorar las condiciones de habitabilidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza de la vivienda • Distribución y ordenamiento de la vivienda como forma de evitar hacinamiento. • Cobertizo para sus animales. | <ul style="list-style-type: none"> • Papelógrafo • Plumones • Papel lustre • Equipo Multimedia. | <ul style="list-style-type: none"> • Saludo • Recordar brevemente la temática anterior • Dinámica de grupo • Exposición • Diálogo • Video • Comentario de la experiencia. | <ul style="list-style-type: none"> • 2 min • 5 min • 5 min • 15 min • 10 min • 15 min • 5 min | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué enfermedades nos pueden transmitir los animales que se encuentran dentro de la casa? • Mencione medidas importantes para el cuidado de la vivienda. | |



Universidad Católica
"Santo Toribio de Mogrovejo"



ANEXO N° 4
TALLERES DE CAPACITACIÓN
LISTA DE ASISTENCIA

TEMA:

FECHA:

COMUNIDAD:

| Nº | APELLIDOS Y NOMBRES | CARGO | D.N.I | FIRMA |
|----|------------------------|-------|-------|-------|
| 01 | | | | |
| 02 | | | | |
| 03 | | | | |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |
| 06 | | | | |
| 07 | | | | |
| 08 | | | | |
| 09 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 19 | | | | |
|----|--|--|--|--|



Universidad Católica
"Santo Toribio de Mogrovejo"



ANEXO Nº 5
CAMPAÑA DE LIMPIEZA COMUNAL
LISTA DE ASISTENCIA

TEMA:

FECHA:

COMUNIDAD:

| Nº | APELLIDOS Y NOMBRES | CARGO | D.N.I | FIRMA |
|----|---------------------|-------|-------|-------|
| 01 | | | | |
| 02 | | | | |
| 03 | | | | |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |
| 06 | | | | |
| 07 | | | | |
| 08 | | | | |
| 09 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |



**Universidad Católica
"Santo Toribio de Mogrovejo"**



ACTA DE ENTREGA

Siendo las..... horas del día de del año 2011, El Centro de Investigación y Promoción del Desarrollo Sostenible (CIPDES) asociado a la Fundación Ayuda en Acción, hace entrega en calidad de donación 01 Módulo de materiales a la Familia para trabajar un Programa de Viviendas Saludables en la comunidad rural de Valle Hermoso, con el objetivo de promover estilos de vida saludable en las familias de esta comunidad.

Los materiales entregados se detallan a continuación:

- 02 Bolsas de cemento
- 20 Bolsas de yeso 25 kg.
- 04 Calaminas
- 1 ½ Varilla de Fierro 3/8
- 03 Baldes de pintura
- 125 Ladrillos
- 01 Ventana 1.20 cm x 1.00 cm.
- 01 Plancha Galvanizada para cocina
- 01 Tubo para chimenea.

Entregué conforme

DNI.....

Recibí conforme

DNI.....

ANEXO FOTOGRÁFICO

FASE I: ORGANIZACIÓN DE EXPERIENCIAS Y CONOCIMIENTOS PREVIOS EN EL ÁREA DE ESTUDIO



FOTO 01: Al inicio se realizó la visita de reconocimiento de la comunidad de Valle Hermoso



FOTO 02: Se realizó un diálogo con los líderes de la comunidad intercambiando información e ideas para el Proyecto.

FASE II: DEFINICIÓN DE LA PROBLEMÁTICA GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN



FOTOS 03 y 04: Se realiza un sondeo participativo mediante las



FASE III: OBJETIVACIÓN Y PROBLEMATIZACIÓN



FOTO 05: En esta fase se realizó el taller de diagnóstico participativo con la finalidad de identificar los problemas más resaltantes de la comunidad.



FOTO 06: Familias participando en la priorización de sus problemas a partir de la técnica del mapeo. de

FASE IV: INVESTIGACIÓN DE LA REALIDAD Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA



FASE V: DEFINICIÓN DE PROYECTOS DE ACCIÓN



FOTO 09: Familias de la comunidad de Valle Hermoso participando de la charla sobre como ubicar los animales en



FOTO 10: Como parte del taller de capacitación realizada a las madres se realizó la demostración del lavado de manos y la redemostración, permitiendo un mejor aprendizaje de la técnica de lavado de manos.

ACCIONES EJECUTADAS

1.- TALLERES DE CAPACITACIÓN



FOTOS 11 y 12: Durante el desarrollo de la investigación, se realizaron talleres de sensibilización a las familias sobre la importancia de dieta balanceadas.



2.- EJECUCIÓN DE SESIONES DEMOSTRATIVAS



FOTO 13: Promotora de salud ejecutando la técnica correcta del lavado de manos, durante el taller de sensibilización.

3 . SISTEMA DE AGUA POTABLE



FOTO 14: Sistema de agua para consumo humano, construido por la ONG CIPDES, beneficiando a 80 familias de Valle Hermoso.

4. CAMPAÑAS DE LIMPIEZA COMUNAL



FOTOS 15 y 16: Madres de familia de la comunidad de Valle Hermoso participando de la campaña de limpieza comunal.



5. VIVIENDAS SALUDABLES



FOTOS 17 y 18: Dentro del desarrollo del Plan de Acciones se viene realizando el mejoramiento de la vivienda y la construcción de la cocina mejorada permitiendo mejorar las condiciones de vida de las familias beneficiarias del proyecto.





FOTO 19: En este proceso de modificación de hábitos y comportamiento saludables, la participación de toda la familia fue muy importante, siendo el jefe de la familia encargado de darle el acabado final de la vivienda.



FOTO 20: Podemos observar que a partir de las sesiones educativas ellos vienen aseando y ordenando su vivienda, teniendo especial cuidado del lugar donde descansan.



FOTO 21: Las familias han utilizado materiales propios de la zona para confeccionar sus muebles para colocar sus enseres y alejarlos de esta manera de los animales.



FOTO 22: Las ventanas entregadas fueron instaladas en lugares estratégicos de la vivienda, permitiendo proporcionar una mejor iluminación y ventilación..



FOTO 23: Promotora de salud, educando a una madre, la forma correcta de desinfección del agua a través de la metodología SODIS, durante la visita domiciliaria.



FOTO 24: Promotora de salud, beneficiaria de 01 módulo de cuyes, los que a través de un sistema de compartir, permitirá expandir a otras familias y de esta manera mejorar la dieta familiar

6. IMPLEMENTACIÓN DE BIOHUERTO ESCOLAR



FOTOS 25 y 26: El equipo multidisciplinario del CIPDES trabajaron con los alumnos , biohuertos escolares con un sistema de riego por goteo, participando los alumnos de la I.E de Valle Hermoso.



7. REUNIONES DE COORDINACIÓN



FOTO 27: El equipo multidisciplinario del CIPDES reunidos, con las diferentes instituciones del distrito, para la elaboración del un perfil para ser presentado en los presupuestos participativos.



FOTO 28: Ingeniero encargado del área de dinamización de las economías, coordinando con las madres sobre la entrega de cuyes, los que permitirán mejorar la dieta familiar.

8. EJECUCIÓN DE CAMPAÑAS DE SALUD INTEGRAL.



FOTO 29: Equipo de profesionales especializados de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque, brindaron atención a las familias de Valle Hermoso y zonas aledañas, en las diferentes especialidades.



FOTOS 30 y 31: Personal de salud controlando presión arterial, así mismo se entregó medicamento de acuerdo a la patología presentada y de esta manera contribuyendo a su recuperación.