



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“FACTORES QUE FAVORECEN EL
CAMBIO EN EL COMPORTAMIENTO
DE LAVADO DE MANOS, MANEJO DE
AGUA EN EL HOGAR Y USO DE
MANTENIMIENTO DE LA LETRINA EN
LAS FAMILIAS DE 9 CASERIOS DEL
DISTRITO DE BAÑOS DEL INCA”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN GERENCIA EN SALUD

OLGA BEATRIZ ALVARADO ABANTO

LIMA – PERÚ

2017

ASESOR

Mg. Alfonso Nino Guerrero

JURADO DE TESIS

DRA. IRMA ESPERANZA REYES SOLARI

PRESIDENTE

DRA. INES BUSTAMANTE CHÁVEZ

VOCAL

MG. MIGUEL ANGEL RAMOS PADILLA

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A mis padres, por haber sido mi apoyo a lo largo de mi vida.

A mi esposo, por su incondicional apoyo.

A mis hijos, por ser el motivo para seguir creciendo.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, por todas sus bendiciones.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN
ABSTRACT

I.	INTRODUCCION	1
II.	CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO EN EL QUE VIVEN LAS FAMILIAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	3
2.1.	Ubicación	3
2.2.	Entorno Socio-económico	4
2.3.	Acceso a servicios básicos	5
2.4.	Acceso a servicios de salud	6
III.	CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA EDUCATIVA DESARROLLADA POR EL PERSONAL DE SALUD	7
IV.	PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
4.1.	Planteamiento del problema	10
V.	MARCO TEÓRICO	13
5.1.	Marco Teórico	13
5.2.	Antecedentes	20
5.3.	Justificación de la Investigación.....	27
VI.	OBJETIVOS.....	28
6.1.	Objetivo General.....	28
6.2.	Objetivos específicos	28
VII.	MATERIAL Y MÉTODOS	29
7.1.	Diseño del estudio.....	29
7.2.	Población objetivo	29
7.3.	Censo a familias.....	30
7.4.	Unidad de análisis.....	31
7.5.	Operacionalización de variables	32
7.6.	Procedimientos de recolección de datos	34
7.7.	Instrumentos utilizados	35
7.8.	Aspectos éticos de la investigación	37
7.9.	Plan de análisis	37
VIII.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
IX.	CONCLUSIONES.....	60

X.	RECOMENDACIONES.....	63
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
XII.	ANEXOS	

RESUMEN

Antecedentes: existen escasas investigaciones sobre los factores que favorecen el cambio de comportamiento sanitario en población rural, por lo que, conocerlos desde la percepción de las familias, contribuirá a mejorar la sostenibilidad y el impacto de programas de educación sanitaria y proyectos de saneamiento rural. **Objetivo:** Identificar los factores que desde la percepción de los participantes, favorecen los comportamientos de lavado de manos, manejo de agua en el hogar, y uso y mantenimiento de la letrina en las familias del distrito de Baños del Inca, provincia de Cajamarca. **Material y Método:** estudio de percepciones, descriptivo de diseño cualitativo-cuantitativo, transversal. La población objetivo, estuvo constituida por 71 familias residentes en caseríos calificados en riesgo por los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. Para la recolección de datos se aplicaron cuestionarios semi estructurados, entrevistas y observación directa. **Resultados:** se encontró que el 85% de familias encuestadas percibieron cambios de comportamiento sanitario. Sobre los factores que favorecieron el cambio de comportamiento: el 42.3% hace referencia al acceso a recursos; el 30% atribuye a la información y opiniones positivas de personas cercanas, autoridades o líderes de su comunidad y el 86% al apoyo y acompañamiento del personal de salud. **Conclusiones:** se evidenció la existencia de factores relacionados con el entorno externo e interno de las familias que favorecen la puesta en práctica de los comportamientos en la población rural.

PALABRAS CLAVES

CAMBIO DE COMPORAMIENTO, COMPORTAMIENTOS SANITARIOS, LAVADO DE MANOS, MANEJO DE AGUA EN EL HOGAR, MANTENIMIENTO DE LA LETRINA (DeCS/BIREME).

ABSTRACT

Background: there is little research on the aspects that favor the change in health behavior in the rural population, therefore, knowing them from the perception of the families will contribute to improving the sustainability and impact of health education programs and rural sanitation projects. Objective: To identify the aspects that, from the perception of the participants, favor the behaviors of hand washing, water management in the home, and use and maintenance of the latrine in the families of the district of Baños del Inca, province of Cajamarca. Material and Method: study of perceptions, descriptive of qualitative-quantitative, cross-sectional design. The target population was made up of 71 families residing in hamlets classified at risk by the health establishments of the Ministry of Health. For data collection, semi-structured questionnaires, interviews and direct observation were applied. Results: it was found that 85% of surveyed families perceived changes in health behavior. Regarding the aspects that favored behavior change: 42.3% refer to access to resources; 30% attribute to the information and positive opinions of close people, authorities or leaders of their community and 86% to the support and accompaniment of health personnel. Conclusions: it was evidenced the existence of aspects related to the external and internal environment of the families that favor the implementation of the behaviors in the rural population.

KEY WORDS

CHANGE OF BEHAVIOR, SANITARY BEHAVIORS, HAND WASHING, WATER MANAGEMENT IN THE HOME, MAINTENANCE OF THE LETRINE (MeSH/NLM).

I. INTRODUCCION

Hoy en día se reconoce que el cambio de comportamiento es un proceso social e individual en el que la adopción de un nuevo comportamiento depende de múltiples factores internos y externos de la persona humana, y que es insostenible en este sentido el privilegiar el conocimiento racional como medio de aprendizaje (Phyllis, TP, Kincaid, DL, Rimon, JG, y Ward, R., 1997).

Las personas toman conciencia de la nueva información a la luz de sus propios significados, percepciones y antecedentes culturales. Las personas expuestas a programas de educación en higiene, tienen sus propios conocimientos, creencias y valores, que provienen no sólo de sus experiencias personales sino también de canales sociales de aprendizaje (de padres, amigos y líderes de opinión de la comunidad). Hay 4 factores claves que motivan el cambio de comportamiento sanitario: la facilitación (hacer la vida fácil - comodidad), el entendimiento o comprensión de la importancia para su bienestar, la influencia y el soporte de otros cuando se adopta una práctica y la autonomía o control sobre la práctica (Wijk, C. V., Murre, T., & UNICEF., 1993).

El comportamiento humano no está únicamente determinado por el conocimiento, sino por muchos otros factores como las costumbres y cultura, la búsqueda de estatus, las habilidades, la factibilidad para asumir determinadas prácticas, los estilos de vida, etc... por ello los esfuerzos para promover cambios de

comportamiento en cualquier campo de la salud, deben ser el resultado del conocimiento detallado de cómo actúan estos factores en cada caso específico.

Hay pocos estudios en la zona que identifican los factores que favorecen la adopción de comportamientos sanitarios relacionados al manejo adecuado del agua en el hogar, uso y mantenimiento de la letrina sanitaria y lavado de manos, luego de intervenciones educativas.

El presente estudio, planteó identificar, en 9 caseríos del distrito de Baños del Inca de la provincia de Cajamarca”, los cambios de comportamientos sanitarios percibidos por las familias participantes de una propuesta educativa desarrollada por el personal de salud de la zona, las condicionantes del entorno, las valoraciones individuales y la percepción de las familias sobre el enfoque educativo que se relaciona con el cambio de comportamiento sanitario.

A partir de los resultados encontrados, se pretende proporcionar elementos que contribuyan a que las diferentes instituciones que vienen trabajando en el tema analicen en qué medida sus propuestas educativas incorporan los factores identificados por las familias como favorables al proceso, y a partir de ello mejoren la efectividad de sus propuestas educativas.

II. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO EN EL QUE VIVEN LAS FAMILIAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

En el presente capítulo, se detallan las características generales más relevantes del contexto en el que viven las familias participantes en el estudio, a partir de información obtenida del Análisis Situacional de Salud de la Red de Salud Cajamarca (Oficina de Epidemiología, 2013) y la Municipalidad Distrital de Baños del Inca.

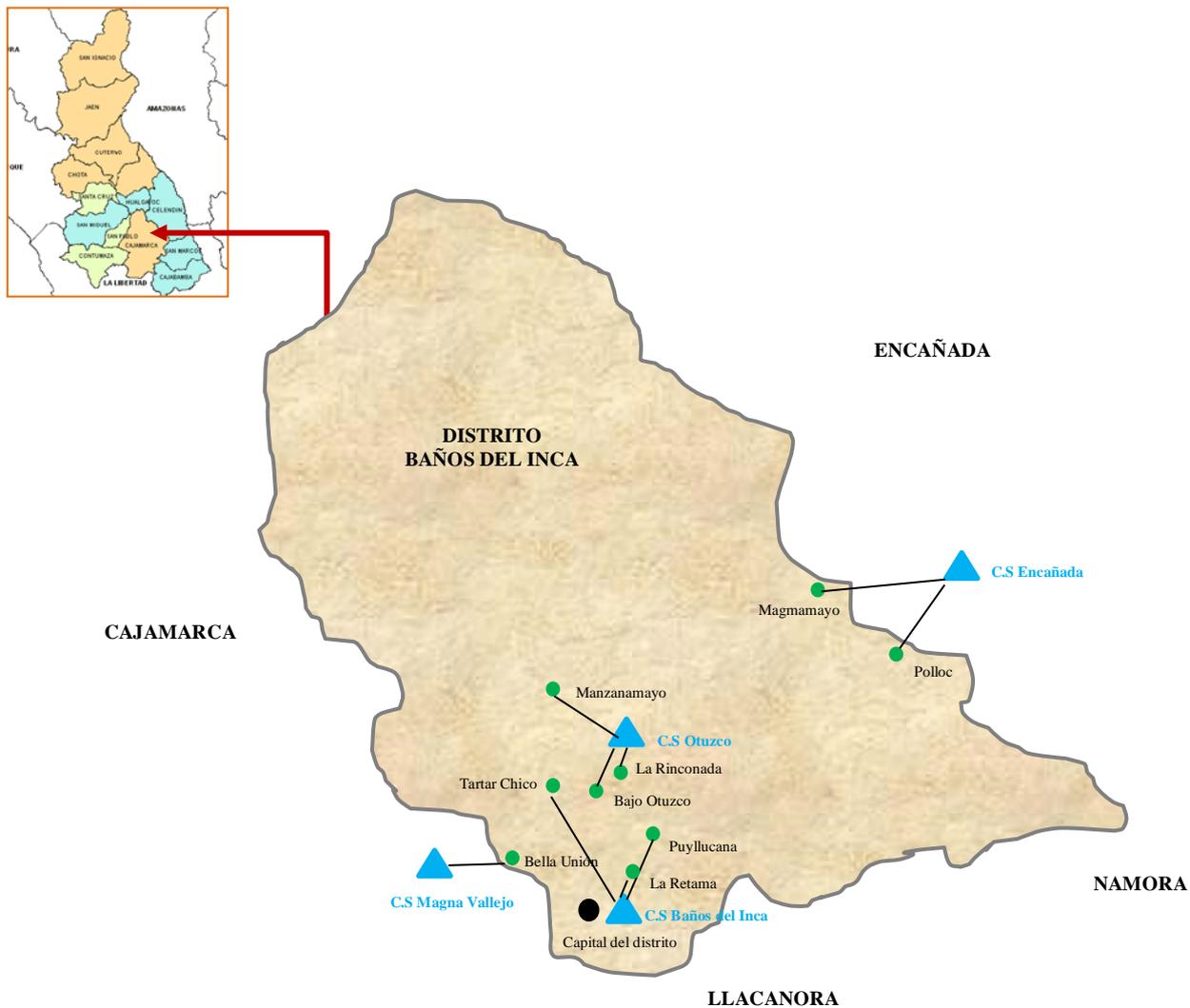
2.1. Ubicación

El estudio se desarrolló en el distrito de Baños del Inca, que es uno de los 12 distritos de la Provincia de Cajamarca, ubicado a 6 km. hacia el este de la ciudad de Cajamarca, a 2,667 m.s.n.m.; específicamente en los caseríos de: La Retama, Puyllucana, Tartar Chico, Bella Unión, Bajo Otuzco, La Rinconada, Manzanamayo, Magmamayo y Polloc.

La población de estos caseríos forma parte del 65.1% de la población rural del distrito proyectada según INEI 2007.

Los nueve caseríos se encuentran cerca de la capital del distrito, con un tiempo de traslado a pie de 15 minutos el más cercano y 45 minutos el más lejano. Todos ellos cuentan con carretera afirmada que los conectan a la capital del distrito y con acceso a transporte público.

Así mismo, se encuentran cerca a establecimientos de salud del Ministerio de Salud, a 5 minutos el más cercano y a 20 minutos el más lejano.



2.2. Entorno Socio-económico

El distrito de Baños del Inca presenta una incidencia de pobreza de 35.7% ubicándose como una de los cinco distritos pobres (quintil 2) en la provincia de Cajamarca, según el mapa de FONCODES 2009.

El 18.30% de la población mayor de 15 años del distrito no sabe leer ni escribir. En el área urbana este porcentaje disminuye a 13.3%, mientras que en el área rural asciende 24.0%.

El distrito presenta cambios importantes en la estructura de la población, caracterizadas por una importante reducción de la población infantil y un aumento de la población adulta y las personas de edad más avanzada.

La población del distrito se dedica a la ganadería y agricultura, actividades económicas que conviven con la explotación minera. De manera complementaria la población se dedica al comercio, trabajo asalariado eventual y a la producción artesanal manufacturera en pequeña escala. El 70.1% de la PEA es masculina mientras el 29.9 % son mujeres.

Las familias participantes en el estudio no están exentas de la situación socioeconómica del distrito, el nivel de pobreza, la presencia de población analfabeta, disminución de la población infantil y aumento de población adulta, la ganadería y agricultura como actividades económicas principales, son algunas de sus características.

2.3. Acceso a servicios básicos

El 80% de la población del distrito de Los Baños del Inca cuenta con servicio de alumbrado eléctrico, una mejora importante en los últimos años.

En relación a los servicios de agua potable y saneamiento, según la Dirección de Saneamiento de la Red Cajamarca al 2012 el 91% de la población tiene acceso a servicio de agua en su vivienda. En el ámbito rural la población se abastece de sistemas de agua potable por gravedad, que en su mayoría presenta problemas de calidad del agua, por falta de sistemas de cloración, brindando en la actualidad agua entubada, es decir agua no tratada.

Si revisamos la disposición de excretas en el distrito, encontramos que únicamente el 22.2% tiene acceso a la red pública de desagüe. El 68% de la población especialmente rural, cuenta con letrina, pozo ciego o séptico para la eliminación de excretas, y un 9.8% realiza sus deposiciones a aire libre.

Las familias participantes en el estudio forman parte de la población del distrito que cuenta con alumbrado eléctrico, agua en la vivienda y sólo algunos con letrinas o acceso a red de desagüe.

2.4. Acceso a servicios de salud

El distrito cuenta con 14 establecimientos, 1 Centro de Salud y 13 Puestos de Salud administrados por la Micro Red de Salud Baños del Inca. El personal de salud como parte de la organización de los servicios tiene asignado bajo su responsabilidad un número de caseríos para la realización de actividades preventivo-promocionales.

El distrito cuenta además, con un Policlínico de ESSALUD y centros privados de atención en salud ubicados en la capital del distrito.

El 69.33% de la población total del distrito de Baños del Inca cuenta con seguro integral de salud del Ministerio de Salud, según estadísticas del SIS a diciembre del 2016.

Las familias participantes en el estudio, tienen acceso servicios de salud del MINSA a través del Seguro Integral Salud, específicamente a 4 establecimientos de salud: Centro de Salud Baños del Inca, Centro de Salud de Otuzco, Centro de Salud Encañada y Centro de Salud Magna Vallejos.

III. CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA EDUCATIVA DESARROLLADA POR EL PERSONAL DE SALUD

La propuesta educativa fue diseñada el año 2013 por el personal de salud responsable de los 9 caseríos priorizados con el apoyo técnico del proyecto denominado “Promoción de familias Productivas y Saludables en el ámbito de influencia de minera Yanacocha” implementado por G&C Salud y Ambiente, empresa consultora contratada por Minera Yanacocha en el marco de su programa de responsabilidad social.

La propuesta tuvo como objetivo promover cambios de comportamiento en las familias para disminuir las enfermedades diarreicas agudas, especialmente en niños menores de 5 años. Para ello consideró el abordaje de tres temas prioritarios: lavado de manos, manejo del agua en el hogar, y uso y mantenimiento de la letrina.

Metodología utilizada

Se desarrolló un proceso educativo personalizado “familia por familia”, basado en el fortalecimiento de la autoestima de la mamá, la distribución equitativa de responsabilidades en la familia y el mejoramiento del saneamiento intra domiciliario.

Se elaboraron guiones metodológicos para el desarrollo de los temas priorizados bajo la metodología SARAR (Seguridad en sí mismo, Asociación con otros, Reacción con ingenio, Acciones planeadas y Responsabilidad), los mismos que consideraron los siguientes momentos:

- ⇒ *Motivación*: presentación de fotos de familias que habían implementado algunas mejoras para facilitar el lavado de manos, manejo del agua en el hogar, así como el uso y mantenimiento del baño o letrina.
- ⇒ *Recuperación de conocimiento y experiencias previas*: a través de dibujos del ambiente de la cocina, de su cuerpo y del baño o letrina, elaborados por las propias familias.
- ⇒ *Intercambio de saberes*: presentación de los beneficios de las prácticas de higiene propuestas, el procedimiento a seguir y los recursos a utilizar.
- ⇒ *Planificación de acciones y establecimiento de compromisos*: identificación de actividades a realizar por la familia, fechas y responsables, promoviendo la distribución equitativa de las tareas entre todos los miembros de la familia, utilizando para el ello el “tablero de compromisos”.

Material educativo utilizado

Se utilizaron materiales educativos para facilitar el desarrollo de cada uno de los temas priorizados.

- Fotos de ambientes de cocina ordenadas, con depósitos de agua alzados y tapados.
- Fotos de familias limpias, unidas y felices.
- Fotos de baños y letrinas limpias, ordenadas y en buen estado.
- Dibujos
- Láminas de la ruta de transmisión fecal-oral
- Papelote con “tablero de compromisos”

Rol de facilitador

El personal de salud que desarrolló la propuesta educativa, fue capacitado previamente para asumir un rol facilitador en proceso de aprendizaje de las familias, caracterizado por su nivel de escucha, actitud propositiva, y apoyo a las familias para organizarse e implementar las mejoras necesarias para facilitar la adopción de los comportamientos sanitarios.

Duración y responsables

El proceso educativo tuvo una duración de 6 meses con visitas casa por casa una vez por semana a cada una de las familias priorizadas, a cargo del personal de salud responsable de esa comunidad.

Así mismo, consideró el reforzamiento de los procesos educativo a través de visitas de seguimiento luego de concluido el proceso educativo.

IV. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Planteamiento del problema

Las prácticas de higiene, el acceso al agua salubre y a instalaciones sanitarias adecuadas son factores determinantes de la salud pública. La OMS refiere que un 88% de las enfermedades diarreicas son producto de un abastecimiento de agua insalubre y de un saneamiento y una higiene deficientes. El hábito de lavarse las manos puede reducir el número de casos de diarrea en hasta un 45%; la mejora del saneamiento reduce la morbilidad por diarrea en un 32%, mientras que el consumo de agua potable puede reducir en un 35% a un 39% los episodios de diarrea (World Health Organization. , 2004).

En el Perú, a lo largo de las tres últimas décadas, se han venido desarrollando procesos de capacitación y educación sanitaria para promover en la población la adopción de prácticas de higiene, el estado a través de los Servicios de Salud del Gobierno Regional de Cajamarca con intervenciones masivas, Programa Nacionales de Agua y Saneamiento y las ONGs con intervenciones focalizadas en el marco de proyectos de agua y saneamiento en zonas rurales.

A partir de la epidemia del cólera (1991), se ha incrementado el desarrollo de procesos educativos relacionados a programas y proyectos de agua y saneamiento en zonas rurales, enfatizando en temas relacionados al consumo de agua segura, disposición adecuada de excretas y lavado de manos.

Si bien, la prevalencia de enfermedades diarreicas en niños y niñas menores de cinco años a nivel nacional registran una disminución de 14.0 % en el 2009 a 12.1% en el 2014, sigue siendo un problema de salud pública asociado al nivel educativo de las madres, la fuente de agua para beber, el tratamiento de agua, servicios sanitarios mejorados y capacidad económica de las familias (Instituto Nacional de Estadística e Informática (Peru).(2015)., 2014).

Los procesos educativos se han caracterizado por centrar su atención en el individuo y su cambio de conducta, impartiendo *conocimientos* a la población asumiéndose que un mayor conocimiento genera cambio de *actitudes* y que a su vez éstos generan cambios de *comportamiento* (Modelo CAP – Comportamientos, Actitudes y Prácticas).

Este modelo de educación en salud, ha llevado a las instituciones a diseñar estrategias orientadas a promover que la población tome conciencia del problema, adquiera conocimientos para solucionarlos y actúe; sin considerar los factores sociales, ambientales y de desigualdad económica que influyen en el comportamiento y que afectan las condiciones de salud de la población.

Son estos factores poco considerados en los procesos de educación sanitaria, los que no han permitido logros importantes en la adopción de comportamientos sanitarios en la población y que mantienen la elevada prevalencia de enfermedades diarreicas en grupos vulnerables.

Estudios realizados en el país, sobre lavado de manos, revelan como elementos o condicionantes que motivan a las personas para la práctica de lavado de manos con jabón, la disponibilidad de agua, jabón, existencia de lugares para el lavado y el reforzamiento de mensajes sobre ideales de limpieza y el rol de la mujer dentro de él. La disponibilidad de recursos son factores necesarios pero no suficientes. Establecen tres campos principales de significados y fuentes de motivación para el lavado de manos: i) el de la limpieza, ii) el de la estética y apariencia personal, y iii) el de la salud.

El presente estudio pretende identificar los factores que favorecen el cambio de comportamiento sanitario en las familias de 9 caseríos del distrito de Baños del Inca de la Provincia de Cajamarca, luego del proceso educativo realizado por el personal de salud durante el año 2013.

En este contexto la pregunta que orientó el presente estudio fue ¿cuáles fueron los factores que favorecieron el cambio en el comportamiento de lavado de manos, manejo de agua en el hogar, y uso y mantenimiento de la letrina en las familias de 9 caseríos del distrito de Baños del Inca?.

Se espera con este estudio corroborar lo indicado en la literatura, respecto a los factores o condicionantes individuales, sociales, ambientales y económicos que influyen en el comportamiento sanitario de la población.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. Marco Teórico

5.1.1. Factores relacionados con la elección del comportamiento

La Academia para el Desarrollo Educativo (1995) promotor de la Teoría Conductista, en su libro denominado Herramientas para Desarrollar Destrezas en Comunicación en Salud, presenta 10 factores que conjugados en públicos y contextos diferentes pueden considerarse como obstáculos y beneficios que llevan al público a elegir un comportamiento u otro. Entre estos factores tenemos:

- Los resultados que se esperan
- Intención
- Imagen de sí mismo
- Conocimientos necesarios
- Autoeficacia
- Emociones
- Percepción de la normativa social
- Los servicios de salud
- Conocimientos previos
- Compatibilidad de comportamiento.(p.216)

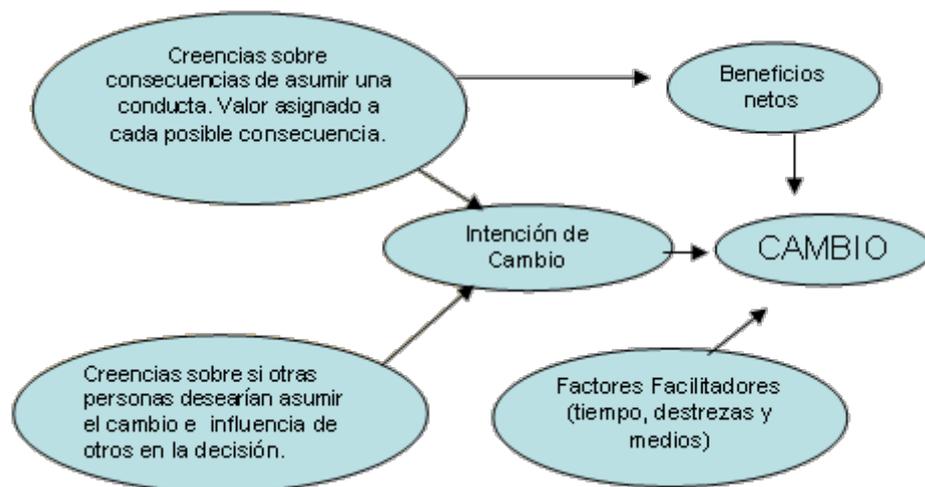
Pone en evidencia la interrelación de diferentes factores para la elección de un comportamiento en salud, factores relacionados en su mayoría con los propios individuos, dejando de lado los factores externos al individuo que van más allá que únicamente los servicios de salud y que muchas veces influyen en mayor medida en la elección del comportamiento.

Burgues, el L. et al. (1988), pone en cuestión el abordaje de los procesos de comunicación y educación en salud, basado en la relación causa – efecto de los diferentes comportamientos en salud; señalando que los cambios de comportamiento son influenciados por otros factores más que las consideraciones de salud, entre ellos la accesibilidad a los servicios o recursos, la comodidad (hacer la vida más fácil), la respuesta a un problema sentido y los aspectos socio – culturales. (TP 27). Burgues advierte la necesidad de incorporar en los procesos de educación en salud el análisis de los problemas de salud y el planteamiento de soluciones desde los propios involucrados, así como, la generación de condiciones favorables en el entorno para facilitar el cambio de comportamiento.

Hubley (1993) señala que los factores que influyen en el cambio de comportamiento están dados por el rol de lo cultural, el cambio social y los factores económicos. Plantea que las personas expuestas a programas de educación en higiene, tienen sus propios conocimientos, creencias y valores, que provienen no sólo de sus experiencias personales sino también de canales sociales de aprendizaje (de padres, amigos y líderes de opinión de la comunidad). Señala además que desde antes de adoptar una nueva práctica de higiene las personas se preguntarán así mismas como las nuevas prácticas se acomodan a sus ideas y afectan en sus vidas. Hubley ilustra el proceso que sigue una decisión individual a partir de Modelo BASNEF. De acuerdo a este modelo un individuo adoptará una nueva práctica cuando crea que tiene beneficios y considera esos beneficios importantes. Sólo así desarrollarán una actitud positiva al cambio. Una opinión positiva o negativa de otros en su medio, también influenciará en la decisión de las personas para adoptar

la nueva práctica. Reconocer que se cuenta con las destrezas, el tiempo y los medios necesarios condicionarán la diversa profundidad de la decisión adoptada, siendo la vivencia del beneficio obtenido lo que determinara la internalización de la conducta y su continuidad en el tiempo. (Cap 2)

***Modelo BASNEF**



El Modelo BASNEF de Hubley, pone especial énfasis en la identificación de los beneficios como el gran motivador del cambio de comportamiento, sin embargo, ciertos comportamientos en salud no pueden ser logrados solamente mediante cambios individuales, sino que requieren una acción concertada de grupos más grandes e inclusive del conjunto de la comunidad.

Christien van Wijk and Tineke Murre (1993) sostienen que las personas toman conciencia de la nueva información a la luz de sus propios significados, percepciones y antecedentes culturales. Si no se consigue que la población analice

y discuta sobre esto y lo relacione a su propia experiencia hay poco chance de que se recuerde la información y más aún de que se aplique. Asimismo, señala 4 factores clave que motivan el cambio de comportamiento sanitario: la facilitación (hacer la vida fácil - comodidad), el entendimiento o comprensión de la importancia para su bienestar, la influencia y el soporte de otros cuando se adopta una práctica y la autonomía o control sobre la práctica.

Estos autores, coinciden de alguna manera con lo señalado por Burgues y Hubley, y agregan otros factores como la influencia y el soporte de otros, y la autonomía o control sobre la práctica, como importantes para el sostenimiento de las prácticas en salud. Plantean además un cambio significativo en la metodología para el desarrollo de los procesos educativos, pasando de la transmisión de conocimientos al análisis y discusión de los problemas de salud y los comportamientos propuestos.

Definitivamente hoy en día se reconoce que el cambio de comportamiento es un proceso social e individual en el que la adopción de un nuevo comportamiento depende de múltiples factores internos y externos de la persona humana, y que es insostenible en este sentido el privilegiar el conocimiento racional como medio de aprendizaje.

5.1.2. La cultura y la acción humana

Los diferentes modelos conductistas y psicosociales ofrecen hoy pistas interesantes respecto a los pasos a seguir para modificar los comportamientos, sin

embargo, aún se muestran ineficaces en razón de una concepción estrecha de la cultura y de la acción humana, que no termina de reconocer el espacio para la significación y las prácticas sociales. De otro lado, estos modelos no integran la realidad de pobreza en que vive la población y terminan haciendo lo que hoy se denomina “responsabilizar a la víctima”, olvidando las influencias del ambiente social, económico y físico, y las influencias que ejercen estos factores en los estilos y modos de vida. (Mariela Planas, 1998, cap. IV).

No es fácil para los proyectos de desarrollo en general o las intervenciones de educación en salud trabajar con un marco conceptual que conciba los objetivos de la intervención en términos de un cambio cultural. Incluso si se reconocen las características culturales locales, éstas se suelen considerar como “barreras” para el cambio de comportamiento. Massé (1995) sostiene al respecto que la cultura de la población constituye una estrategia, un “recurso potencial para el desarrollo”. (Cap.7)

Ambos autores resaltan la importancia del entendimiento de la cultura en la acción humana y por tanto en los procesos de educación en salud, reconociendo la necesidad de generar un cambio cultural en la población encaminada hacia una cultura de autocuidado de la salud. Sin embargo estas afirmaciones que se reconocen como importantes tienen niveles de complejidad al ser puestas en práctica, debido a que implican una “personalización” de la propuesta educativa a cada grupo participante para incorporar los aspectos culturales propios en el desarrollo de los contenidos y las metodologías de aprendizaje.

5.1.3. Modificación del comportamiento a través de la educación

Benavides (1991) comenta que tradicionalmente se ha buscado modificar el comportamiento de las personas a través de la educación, entendiéndose a esta como la entrega de información con la finalidad de incrementar sus conocimientos. Lo que sucede es que el comportamiento humano no está únicamente determinado por el conocimiento, sino por muchos otros factores como las costumbres y cultura, la búsqueda de estatus, las habilidades, la factibilidad para asumir determinadas prácticas, los estilos de vida, etc... por ello los esfuerzos para promover cambios de comportamiento en cualquier campo de la salud, deben ser el resultado del conocimiento detallado de cómo actúan estos factores en cada caso específico. Asimismo, incluir componentes afectivos, de identidad cultural, motivacionales, informativos y de entrenamiento para poder realizar tareas específicas requeridas para alcanzar el cambio de comportamiento. Lo planteado por Benavides advierte la necesidad de un mayor y mejor conocimiento del “por qué” de los comportamientos en salud de una población en específico, a fin de diseñar procesos educativos que aborden los diferentes factores que están determinando el comportamiento.

Wijk & Murre (1993) sostiene que el educador en higiene no direcciona los cambios, sino que ayuda a identificar la clave del cambio y los organiza en este proceso.

El rol de los facilitadores del proceso educativo es un aspecto que no se menciona entre los factores que determinan el cambio de comportamiento, pero sin embargo es esencial en el momento de diseñar y poner en práctica una propuesta de educación sanitaria.

5.1.4. Principios básicos para modificar la conducta relacionada con la salud

(Simpson-Hebert, 1998) sostienen que si bien no se ha descubierto la fórmula para lograr el cambio de comportamiento en salud, existen 5 principios básicos para modificar la conducta relacionada con la salud, producto de las lecciones en programas exitosos relacionados con la salud:

- Las personas adultas no son recipientes vacíos que esperan información para manejar sus vidas.
- Es posible aumentar los niveles de conocimiento, pero tal vez su influencia sea mínima o nula en la conducta, principalmente preventiva.
- La acción no sólo se determina por el conocimiento sino también por los factores coyunturales y estructurales.
- Los individuos actúan en contextos sociales en los que es importante la opinión de otras personas.
- El cambio sostenible de conducta requiere el aporte continuo de ideas nuevas y apoyo.(p.81)

A la luz de lo sugerido por Hubley podríamos agregar dos principios más para modificar la conducta relacionada con la salud:

- Los individuos adoptan cambios de comportamiento a partir de la identificación de beneficios netos significativos para su salud o vida.
- El sostenimiento de las conductas requiere de la vivencia del beneficio obtenido, a partir del adiestramiento para su puesta en práctica.

5.1.5. Las intervenciones educativas y los cambios de comportamiento sanitario

Uno de los debates planteados actualmente por los integrantes del Sector Agua y Saneamiento está centrado en la ineffectividad de las metodologías para conducir procesos de aprendizaje social (Centurión, 2000, p.5).

La mayoría de las instituciones que viene trabajando en temas de educación en salud e higiene han desarrollado una secuencia de temas o contenidos y dinámicas que no están enlazadas en un engranaje metodológico que tenga objetivos, estrategias, instrumentos e indicadores de evaluación. Por otro lado, las intervenciones se han caracterizado por su verticalidad, decidiendo los temas y las formas a utilizar desde el punto de vista de los expertos (Grupo Regional de Agua y Saneamiento Región Andina, Programa PNUD/Banco Mundial., 1997, p.39).

Si bien se han desarrollado avances a través de diversos proyectos y programas de salud y saneamiento, las intervenciones educativas aún no muestran el impacto deseado en el autocuidado de la salud, los cambios de comportamiento no son sostenibles en el tiempo, requiriéndose cambios sustanciales en el desarrollo de los procesos educativos en salud para hacerlos más efectivos y eficientes.

5.2. Antecedentes

El Proyecto de Atención Primaria de Saneamiento Básico Cajamarca - APRISABAC, implementado en Cajamarca entre los años 1993 y 2000 con el objetivo de desarrollar modelos de organización y gestión de los servicios de salud,

desarrollo comunitario, y agua y saneamiento, en 70 establecimientos de salud, 16 municipios y 300 comunidades priorizadas de la región Cajamarca, presenta como parte de los resultados en agua y saneamiento, el 72% de la población meta (24 mil habitantes) con acceso a servicios de agua potable, y el 74% de niños beneficiarios con acceso a letrinas (Laura C. Altobelli, 2001, p.2). En relación a los comportamientos sanitarios promovidos en 6,000 familias de 300 comunidades de las provincias de Cajamarca, San Marcos, Cajabamba, Celendín, San Miguel, San Pablo y Contumazá, refiere que el 14 % de las familias usan y mantiene adecuadamente su letrina, el 29 % de la madres no se lavan las manos después de asear al niño que ha defecado y el 16% de las familias hierve el agua antes de consumirla, pero no llega a analizar los factores que contribuyeron a la adopción del cambio de comportamiento (APRISABAC, 1998, p.84).

El Proyecto Piloto de Agua Potable Rural y Salud Comunitaria (PROPILAS) ejecutado por CARE Perú en Cajamarca en el periodo comprendido entre 1999 y 2002, como parte de la sistematización de dos modelos de financiamiento y ejecución en la provisión de los servicios de agua y saneamiento en el área rural, señala como resultados del proceso de educación sanitaria desarrollado con 1,800 familias y 21 escuelas de comunidades rurales de las provincias de Cajamarca y Celendín, los siguientes:

- El 90% de las familias realiza un manejo adecuado del agua a nivel intra domiciliario.

- En relación al hábito de lavado de manos en mujeres: i) 88.2% manifiesta hacerlo después de usar la letrina y antes de comer; ii) 93.4% indica que se lava las manos antes de preparar los alimentos.
- El 82.2% de niños en edad escolar se lava las manos antes de comer y después de usar la letrina.
- El 87.5% de las familias hace uso adecuado de las letrinas y el 70% las mantiene en buen estado (Guerrero, 2003, p.53).

Si bien, presenta resultados interesantes en la adopción de comportamientos sanitarios en las familias, no describe los aspectos que motivaron o facilitaron la adopción de estas prácticas en las familias.

Centurion (2000), realizó un estudio denominado conocimientos, percepciones y prácticas de higiene de la población rural de Cajamarca, pero no llega a determinar que procesos percibe la población como relevante para asumir un cambio de comportamiento.

La Asociación Benéfica PRISMA en el 2004, realizó un estudio denominado comportamientos de lavado de manos con jabón en zonas urbano periféricas y rurales del Perú, con el objetivo de contribuir al diseño de campañas comunicacionales, que consolide el comportamiento adecuado en el público primario y fortalezca una influencia activa en los actores secundarios. Ámbito de estudio. El estudio se realizó en zonas periurbanas de las ciudades de Lima, Arequipa, Chiclayo e Iquitos, así como en las zonas rurales de los departamentos

de Junín, Cuzco y San Martín. Diseño Metodológico. Investigación formativa que combinó dos estrategias metodológicas: 1) un acercamiento extensivo a nivel poblacional, con exigencias muestrales de representatividad estadística; y 2) una aproximación focalizada, a profundidad. Muestra. Se trabajó con una muestra representativa de 500 hogares con niños menores de cinco años, realizándose observaciones estructuradas, encuestas de conocimientos y consumo, encuestas a niños en edad escolar y propietarios de pequeñas tiendas o puestos de venta de jabón, grupos focales, entrevistas a profundidad y ensayos en casa. Resultados. El 28% de las personas en el hogar se lavaron después de tener algún evento de riesgo con heces, mientras que el 14% se lavó antes de eventos de riesgo con comida. En cuanto al uso del jabón en el lavado, se encontró que para los eventos de riesgo con heces el 14% uso jabón, y sólo 6 % para los eventos de riesgo con comida. Conclusiones. El estudio concluye que:

- Las madres a pesar de concebir como más necesario lavarse las manos antes de comer, su más alta frecuencia la consiguen cuando están en contacto con heces, lo que nos lleva a sostener que la reacción automática frente al olor o presencia de heces estaría generando una práctica en mucho mayor proporción que el conocimiento de tener que lavarse las manos antes de comer.
- El acceso al recurso del agua está relacionado a la posibilidad de realizar la práctica.
- Entre los motivadores de la práctica de lavado de manos con jabón, se encuentran diferentes elementos o condicionantes vinculados a evitar la

contaminación que se aprecia en el ambiente, y evitar el control social negativo.

- En cuanto a la sensación de limpieza, las madres opinan que prefieren sentirse limpias, frescas, ágiles, despiertas, alegres, que aburridas, incómodas o afligidas y pegajosas, cansadas, que es como se sienten cuando están sucias. Las manos tienden a ser lavadas para tenerlas limpias, evitar los microbios y sacar la suciedad. El uso del jabón se enfatiza para conseguir matar los microbios, pero sobre todo para tener las manos suaves y con olor a limpio.
- Refiere que entre los factores más importantes que inhiben el lavado de manos con jabón, se encuentran las múltiples tareas del ama de casa, la carencia o poca disponibilidad de recursos tanto de agua como de jabón, el control del recurso agua y jabón por las madres, la falta de conciencia de las madres de que pueden causar contaminación y el sostenimiento de que sólo es necesario utilizar jabón cuando la suciedad es evidente (PRISMA, A., 2004, cap.7).

A diferencia de los anteriores estudios cuyas preguntas estuvieron centradas en el logro de los resultados cuantitativos este estudio incorpora aspectos cualitativos de percepción de los participantes en el proceso, pero básicamente referidos a uno de los comportamientos considerados en los proyectos de agua y saneamiento, no se incorpora el comportamiento manejo del agua y el de mantenimiento y uso de letrinas, y no indaga sobre la percepción acerca del propio proceso educativo.

En el año 2007, en el Perú, el Programa de Agua y Saneamiento del Banco Mundial realiza un estudio cualitativo sobre lavado de manos, con el objetivo de proporcionar información a profundidad para el diseño de un programa de comunicación, destinado a reforzar o cambiar las costumbres de los niños para incrementar el hábito del lavado de manos con jabón en los momentos críticos (después de ir al baño y antes de comer especialmente) y para que ellos mismos sean agentes de cambio de las prácticas de lavado de manos en su núcleo familiar.

Ámbito de estudio. Seis centros educativos urbanos y rurales de San Martín, Junín y Piura. Diseño Metodológico. Estudio descriptivo cualitativo, con un público primario conformado por niños y niñas de 5 a 12 años de edad, y un público secundario integrado por las madres y cuidadoras, así como el personal clave de las escuelas. Se realizaron observaciones estructuradas de entrada a hogares, entrevistas a profundidad, focus groups con niños y madres/cuidadoras, y talleres educativos y motivacionales sobre lavado de manos.

Resultados. Entre algunos hallazgos en el estudio, se señala que el concepto de limpieza es algo deseado, asociado a connotaciones positivas y en clara oposición al concepto de salud de suciedad. La limpieza está asociada con una serie de atributos perceptibles como el olor, el color o la apariencia. Desde el punto de vista de las madres, la limpieza es algo claramente deseable cuando se refiere al hogar y a sus hijos. El ser ellas excesivamente preocupadas por la higiene personal puede ser un demérito. Las consultadas cuestionan aquellas que sólo se preocupan por arreglarse o por su apariencia, en lugar de hacer sus quehaceres o mantener limpia su casa. Los niños asocian la limpieza con sentirse bien, ser aceptados y evitar enfermedades. Si bien

todas ellas son asociaciones positivas, no llegan a ser beneficios lo suficientemente fuertes como para llevar a la práctica lo que se sabe.

En relación al lavado de manos, el estudio refiere que el nivel de conocimiento encontrado en las madres sobre la forma correcta de lavarse las manos es heterogéneo. De los requisitos que debe tener un lavado de manos adecuado, el aspecto menos tomado en cuenta es el usar agua que corra. Pese a que no todos los consultados reconocen la importancia de usar jabón, el problema no parece ser la falta de información. Existen una serie de circunstancias que evitan que el comportamiento deseado. En el caso de las madres, el estar en permanente contacto con el agua y el detergente les hace pensar que sus manos están limpias. En el caso de los niños, la falta de un recordatorio permanente, así como el no tener el agua o el jabón al alcance, hacen que el comportamiento no se repita constantemente (IMASEN Comunicación y Desarrollo , 2007).

-El estudio incorpora algunos aspectos cualitativos sobre factores que influyen en la adopción del comportamiento lavado de manos en las familias, pero no llega a profundizar en otros comportamientos que forman parte del paquete educativo en los proyectos de agua y saneamiento, así mismo no responde a la pregunta sobre cómo perciben los usuarios el proceso educativo a través del cual se pretende generar los nuevos conocimientos, aspectos que son importantes para implementar mejoras en las propuestas metodológicas planteadas.

5.3. Justificación de la Investigación

En general hay pocos estudios en la zona que identifiquen los factores que favorecen los comportamientos sanitarios en la población luego de intervenciones educativas ya sea por el MINSA o por otras instituciones involucradas en el tema.

La experiencia desarrollada por el personal del Centro de Salud de Otuzco y Baños del Inca, de la Red de Servicios de Salud de Cajamarca, ha permitido lograr aparentes cambios de comportamiento sanitario en las familias participantes, pero no se ha realizado un estudio que corrobore este aparente cambio. Así mismo no se conoce cuáles han sido los factores que han determinado el cambio.

Específicamente, no se conocen los procesos sociales, económicos y culturales que la población identifica para la adopción de comportamientos sanitarios relacionados al manejo adecuado del agua en el hogar, uso y mantenimiento de la letrina sanitaria y lavado de manos. Si bien existen estudios internacionales que determinan los factores que influyen en el comportamiento de manera general, es sabido también que éstos varían de acuerdo al contexto y al tipo de comportamiento que se desea promover. Por lo que este estudio pretende aportar conocimientos cuyas particularidades permitirán mejorar los procesos de educación sanitaria en comunidades rurales.

Comprender los factores que favorecen los cambios de comportamiento sanitario en la población rural, constituye una herramienta importante para diseñar políticas y estrategias orientadas a promover cambios de comportamiento eficaces y sostenibles, así mismo contribuirán a mejorar la gerencia de programas y

proyectos de educación sanitaria o proyectos integrales de agua y saneamiento, al brindar información que permitirá un mejor diseño, implementación y seguimiento de los programas y proyectos.

En este sentido los resultados de la presente investigación buscan proporcionar elementos que contribuyan a que las diferentes instituciones que vienen trabajando en el tema analicen en qué medida sus propuestas educativas incorporan los factores identificados por las familias como favorables al proceso, y a partir de ello mejoren la gestión y efectividad de sus propuestas educativas.

VI. OBJETIVOS

6.1. Objetivo General

Identificar los factores que desde la percepción de las y los participantes, favorecen los comportamientos de lavado de manos, manejo de agua en el hogar y uso y mantenimiento de la letrina en las familias de las comunidades del distrito de Baños del Inca, provincia de Cajamarca que participaron en el proceso de educación sanitaria durante el 2013.

6.2. Objetivos específicos

- Identificar los **cambios de comportamientos sanitarios** percibidos por las familias participantes de procesos de educación sanitaria, en el distrito de Baños del Inca.

- Identificar las **condicionantes del entorno** que se relacionan con el cambio de comportamiento sanitario en las familias participantes en procesos educativos en el distrito de Baños del Inca.
- Identificar las **valoraciones individuales** que se relacionan con el cambio de comportamiento sanitario en las familias participantes en el proceso educativo.
- Identificar la **percepción de las familias sobre el enfoque educativo** de la intervención educativa que se relaciona con el cambio de comportamiento sanitario en las familias.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. Diseño del estudio

La presente investigación corresponde a un estudio de percepciones, descriptivo de diseño cualitativo-cuantitativo, transversal; donde las unidades de información y análisis son los hombres o mujeres jefes de familias participantes en procesos educativos que han adoptado nuevos comportamientos sanitarios, en los caseríos seleccionados.

7.2. Población objetivo

71 familias residentes en caseríos calificados en riesgo por los establecimientos de salud del MINSA, del distrito de Baños del Inca, debido a la prevalencia de enfermedades diarreicas y antecedentes de cólera.

Provincia	Distrito	Establecimiento de Salud	Comunidad	Total de Familias	N° de familias involucradas en Educación Sanitaria
Cajamarca	Baños del Inca	Encañada	Magmamayo	49	06 familias
Cajamarca	Baños del Inca	Baños del Inca	Tartar Chico	303	08familias
Cajamarca	Baños del Inca	Baños del Inca	Puyllucana	28	08familias
Cajamarca	Baños del Inca	Magna Vallejo	Bella Unión	146	08familias
Cajamarca	Baños del Inca	Baños del Inca	La Retama	97	09 familias
Cajamarca	Baños del Inca	Otuzco	Bajo Otuzco	187	09 familias
Cajamarca	Baños del Inca	Otuzco	La Rinconada	183	05 familias
Cajamarca	Baños del Inca	Encañada	Polloc	145	09 familias
Cajamarca	Baños del Inca	Otuzco	Manzanamayo	75	09 familias
Total					71 familias

7.3. Censo a familias

El censo consideró al 100% (71) familias que cumplieron los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Familias que pertenecen a las comunidades del distrito de Baños del Inca que participaron en el proceso de educación sanitaria durante el 2013.
- Familias residentes en las comunidades del distrito de Baños del Inca cuya salud se encontraría en riesgo según la prevalencia de enfermedades diarreicas agudas.

Criterios de exclusión:

- Familias residentes en las comunidades del distrito de Baños del Inca, que no participaron en el proceso de educación sanitaria desarrollado por el personal de salud durante el 2013.

7.4. Unidad de análisis

Familia residente en el distrito de Baños del Inca, que participó en el proceso de educación sanitaria durante el año 2013 y que evidenció cambios en su comportamiento sanitario durante la encuesta y observación.

Algunas características de las familias consideradas como unidad de análisis:

- El 92% de jefes de familia fueron mujeres, cuya edad fluctúa entre los 21 y 62 años de edad. El 40% de ellas tiene primaria incompleta, sólo el 22% logró terminar la primaria y secundaria, el 38% son analfabetas. El 98% son amas de casa y eventualmente se dedican a la venta de animales menores.
- El 86% familias son familias extendidas, donde la presencia de abuelos y tíos es muy frecuente, con un promedio de 7 miembros por familia.
- El 80% de estas familias tienen viviendas de adobe, con techo de teja o calamina. Tienen acceso a medios de comunicación y transporte, aunque el transporte público no es frecuente.

- El 100% de familias cuentan con servicio de agua, proveniente de sistemas de agua potable por gravedad administrados por los usuarios organizados en Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento, disponen de una pileta generalmente ubicada en el patio de la casa.
- En relación a la disposición de excretas, el 100% de familias cuentan con pozo ciego o letrina, cuyo material de la caseta varía desde adobe, calamina, madera y plástico. En su mayoría están ubicadas en los alrededores de la vivienda.
- En mayoría las familias se dedican a la agricultura, crianza de ganado vacuno en pequeña escala y animales menores, especialmente las mujeres. Una tercera parte de los varones jefes de familia, se dedican a diferentes oficios entre ellos, la albañilería, electricidad, panadería y carpintería.
- La distancia de las familias al establecimiento de salud más cercano fluctúa entre 20 minutos a 2 horas las más alejadas.

7.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
Comportamiento Sanitario	Prácticas de la población en relación al manejo	Manejo del agua en el hogar	Cuidados durante el transporte Cuidados para el almacenamiento

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
	del agua en el hogar, uso y mantenimiento de letrinas y lavado de manos.	Uso y mantenimiento de la letrina	Ausencia de heces y papeles alrededor del hoyo Uso de la tapa sanitaria Ausencia de malos olores
		Lavado de manos	Material de limpieza empleado Momento para el lavado
Condiciones del entorno	Factores sociales, culturales y económicos del medio familiar y comunal que motivan el cambio de comportamiento	Acceso a recursos	Acceso a servicios de agua y saneamiento Disponibilidad de recursos e insumos necesarios
		Creencias y costumbres	Ideas y prácticas cotidianas de la madre sobre el manejo del agua en el hogar, uso y mantenimiento de la letrina y lavado de manos
		Influencia de otros	Opiniones positivas o negativas de líderes o personas cercanas a la familia, sobre los comportamientos sanitarios en el hogar. Percepción de la familia sobre el reconocimiento social de los comportamientos sanitarios adquiridos.
Valoración individual	Significados y motivaciones percibidos por las personas a quienes	Significados	Conceptos de limpieza, suciedad, agua segura, uso y mantenimiento adecuado de la letrina, lavado de manos en momentos claves

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
	se dirige un proceso educativo.	Motivaciones	Percepción sobre como los comportamientos sanitarios favorecen la limpieza, la estética y apariencia personal y de la vivienda, y la salud familiar.
Percepción del enfoque educativo de la intervención	Referido a la percepción de los participantes sobre como la metodología, los instrumentos utilizados y el rol de los facilitadores influyeron en el cambio de comportamiento	Metodología	Actividades realizadas Procedimiento seguido para el desarrollo de las actividades
		Instrumentos	Material educativo utilizado
		Rol del facilitador	Actitud frente a las familias Claridad en los mensajes

7.6. Procedimientos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una combinación de técnicas: cuestionario, observación y entrevista.

Se realizaron cuestionarios semi estructurados a los jefes de familia que participaron en el proceso educativo, la misma que consideró ítems relacionados con la observación de los comportamientos sanitarios estudiados, a fin de constatar los cambios de comportamiento en las familias. Las encuestas fueron aplicadas por

encuestadores previamente capacitados. Se realizó control de calidad de la data, verificando que todas las respuestas a los ítems hayan sido anotadas en las encuestas.

Posteriormente se aplicó entrevistas a los jefes de las familias que, de acuerdo al procesamiento de las encuestas mostraron cambios en sus prácticas sanitarias. Estas entrevistas fueron realizadas por la investigadora, utilizando como registro, la grabación, que luego fueron transcritas para su procesamiento.

Para establecer el número de jefes de familia a entrevistar se utilizó el método de saturación del discurso, dejando de hacer entrevistas cuando se llegó al punto de saturación de la información, luego de aplicar 12 entrevistas.

La aplicación de la encuesta y observación a se llevó a cabo del 05 al 14 de Setiembre del 2014, y las entrevistas se realizaron del 15 al 20 de Setiembre del mismo año.

7.7. Instrumentos utilizados

Se utilizaron dos instrumentos para la obtención de datos:

- **Encuesta semi estructurada** (ver Anexo 1): La encuesta constó de 22 ítems repartidos en 2 partes. La primera referente a los comportamientos sanitarios (18 ítems) y la segunda al enfoque educativo (4 ítems).

- **Observación** (ver Anexo 1): La observación estuvo orientada a identificar evidencias de los comportamientos sanitarios relacionados al manejo del agua en el hogar, uso y mantenimiento de la letrina y lavado de manos. Formó parte de la encuesta con 3 ítems.
- **Guía para entrevista** (ver Anexo 2): Conformada por una guía de preguntas abiertas para ser abordadas con los jefes de familias seleccionados. Estuvo compuesta de 31 ítems, de los cuales 24 abordaron aspectos cualitativos relacionados a las condiciones del entorno y valoraciones individuales que tienen relación con los cambios de comportamientos sanitarios. Los 7 ítems restantes evaluaron la percepción del enfoque educativo.

Para la elaboración de ambos instrumentos, se tomó como referencia, la guía para la verificación del saneamiento intra domiciliario (SID) del Ministerio de Salud, hábitos de higiene y enfermedades ligadas a saneamiento del Proyecto de Saneamiento Básico en la Sierra Sur - SANBASUR y la encuesta sobre comportamiento familiar del Proyecto Piloto de Agua y Saneamiento -PROPILAS.

Los instrumentos fueron presentados a siete jueces expertos en el tema, cuyas sugerencias se incorporaron en el diseño final.

Posteriormente, se realizó una prueba piloto, aplicando los instrumentos a dos jefes de familia de las comunidades seleccionadas para el estudio y sin participación en el proceso educativo. Después de esta prueba se modificó el orden de las

preguntas, agrupándolas de acuerdo a la lógica de los entrevistados, adecuándose algunos términos al lenguaje de la zona.

7.8. Aspectos éticos de la investigación

Para la realización del presente estudio, la recopilación de información se llevó a cabo a través del asentimiento verbal informado. Se compartió con las familias información sobre el objetivo y los beneficios de la investigación, derechos para el encuestado y confidencialidad de la información recopilada. Anexo 3: Hoja Informativa.

La información recolectada fue registrada utilizando códigos por familia, garantizando la confidencialidad de los datos.

El proyecto fue presentado al Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, aprobándose el 10 de enero del 2014, con el código de inscripción N° 62066, según constancia 08-45-13. Aprobación que fue renovada el 24 de noviembre del 2015, según constancia R-113-24-15.

7.9. Plan de análisis

El análisis se realizó en dos etapas, teniendo en cuenta la información recogida a través de los dos métodos de estudio.

La información cuantitativa fue procesada utilizando el paquete estadístico SPSS 18.0, identificando el número de familias que percibieron algún cambio de

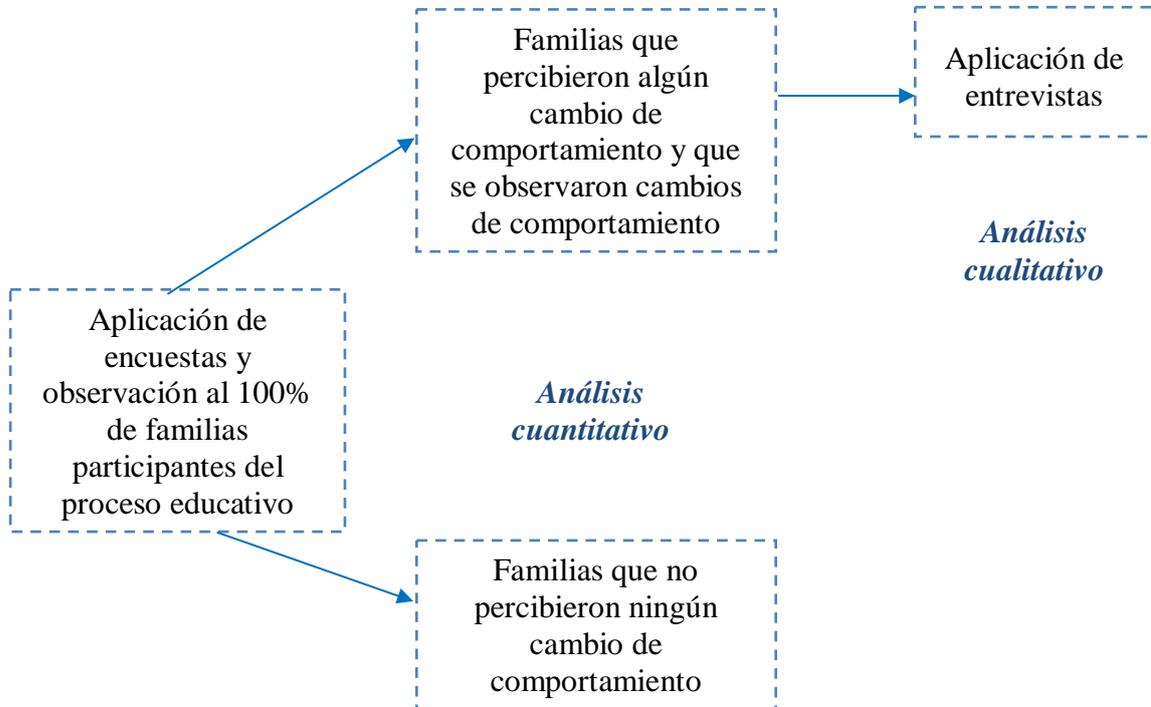
comportamiento, luego del proceso educativo realizado por el personal de salud, así como los cambios de comportamiento percibidos, la disponibilidad de agua y servicios higiénicos o letrinas en la vivienda, y la observación de los comportamientos sanitarios relacionados al manejo del agua en el hogar, el uso y mantenimiento de letrinas y el lavado de manos. Los resultados se expresaron en frecuencias y porcentajes.

Para la información cualitativa, se acopió mediante registro magnetofónico de las entrevistas, este registro se procesó de la siguiente manera: a) desgravación, lectura del material, codificación y categorización; b) organización de la información de campo según la teoría y las relaciones entre categorías empíricas y las de análisis; y c) análisis de contenido para identificar factores favorecedores de cambio de comportamiento sanitario.

Finalmente, el análisis incluyó la combinación de los hallazgos cuantitativos y cualitativos, a partir de la identificación de los cambios de comportamiento sanitario en las familias, la observación de los comportamientos sanitarios y el establecimiento de los factores que favorecieron estos cambios, que a su vez fueron refrendados con testimonios de los entrevistados(as).

El siguiente esquema permite explicar el proceso seguido para el análisis de la información:

Ilustración 1: Esquema para el análisis de la información



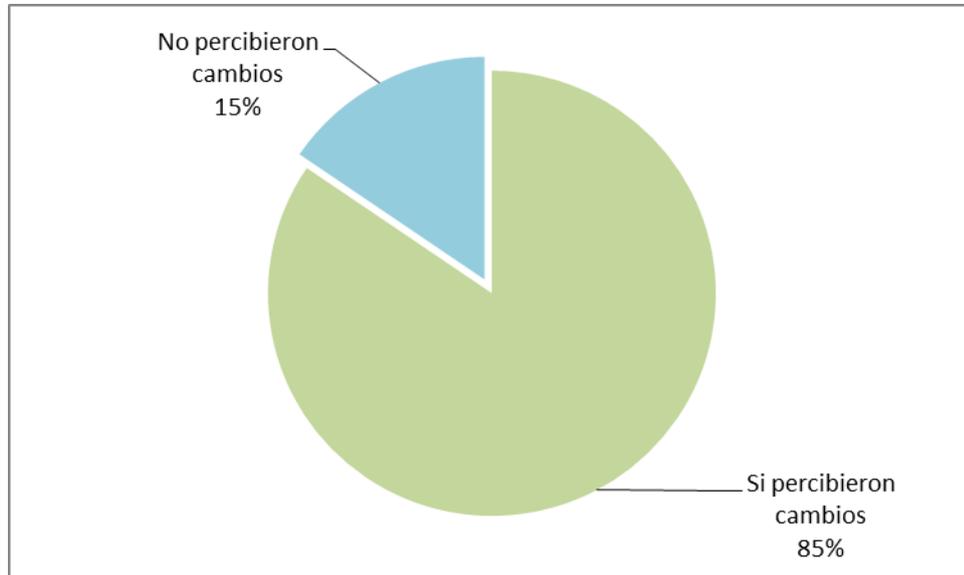
VIII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

8.1. Familias que percibieron cambios de comportamiento sanitario

El 85% de familias encuestadas percibieron cambios de comportamiento sanitario, de las cuales el 68% corresponden a familias de la jurisdicción de los centros de salud de Baños del Inca y Otuzco, donde justamente el personal de salud demostró mayor compromiso para desarrollar la propuesta educativa.

Gráfico N° 01

Familias que percibieron cambios de comportamiento sanitario



8.2. Comportamiento sanitario

Los resultados encontrados en esta categoría están referidos a las dimensiones de manejo del agua en el hogar, uso y mantenimiento de la letrina y lavado de manos.

8.2.1. Manejo del agua en el hogar

Esta dimensión considera los cuidados durante el transporte y almacenamiento del agua en la casa, encontrándose que el 83% de los encuestados manifiesta que la forma de manejar el agua en su casa ha cambiado, mientras que el 17% expresa que no ocurrió cambio alguno.

“... desde que se construyó el sistema de agua potable en nuestro caserío, ya no tenemos que traer agua en baldes, antes sufríamos mucho, teníamos que

guardar agua para no nos falte..., nosotros aprovechamos para construir nuestra pileta dentro de mi cocina, hoy por hoy, tengo agua todo el día, ya no guardamos agua. Son pocos los que guardan agua en sus baldes.

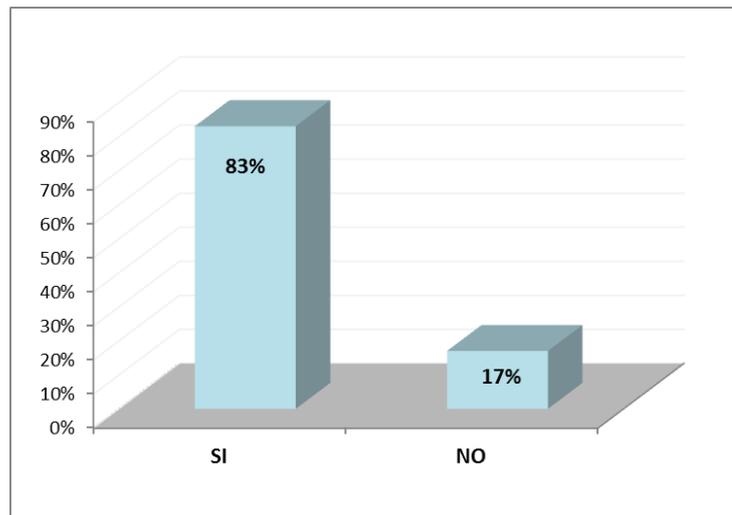
Mujer de 35 años, caserío Bajo Otuzco.

“...desde que apareció el cólera, hervimos nuestra agua, ya tenemos más cuidado por eso la tapamos y alzamos para que los animales no lo ensucien, aunque algunas veces por el apuro nos olvidamos, pero la Sra. Meche del Puesto de Salud nos ayudó para que toda la familia ayude y siempre tengamos agua hervida en nuestra mesa”

Mujer de 27 años del caserío de Manzanamayo.

Gráfico N° 01

Percepción del cambio en el manejo del agua en el hogar



Es importante señalar que 8 de cada 10 familias encuestadas manifestaron almacenar el agua (84.5%) a pesar de tener agua potable en la casa, esto se explica

por algunas fallas del sistema que se traduce en cortes del servicio y por la facilidad para la preparación de alimentos.

*“ lo hago para no estar trae y trae , lo hago porque no tengo agua en mi
cocina, lo hago una vez al día”.*

Mujer de 27 años del caserío de Manzanamayo.

El resultado obtenido se asemeja al resultado reportado por el Proyecto Piloto de Agua Potable Rural y Salud Comunitaria (PROPILAS) implementado en Cajamarca, el mismo que señala un 90% de familias participantes con cambios en el manejo del agua el hogar, a partir de la instalación de sistema de agua potable con conexiones domiciliarias y el desarrollo de procesos de educación sanitaria con las familias.

En general, se puede apreciar que la percepción del cambio de comportamiento referido al transporte y almacenamiento del agua en la casa es alta, percepción que según referencias de las familias entrevistadas guarda relación con la disponibilidad del recurso agua en la vivienda y la valoración de este comportamiento a partir de la epidemia del cólera.

Resultado que reafirma lo señalado por Burgues, el mismo que refiere que los cambios de comportamiento son influenciados por otros factores más que las consideraciones en salud, para el caso del manejo del agua en la casa, las familias refieren que la disponibilidad del agua constituye un factor externo muy importante para la adopción del comportamiento.

8.2.2. Uso y mantenimiento de la letrina

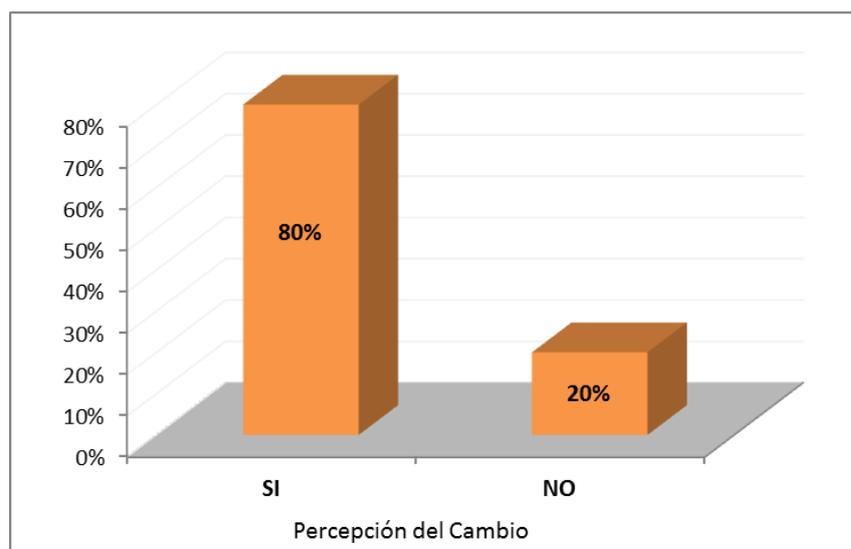
El 80% de jefes de familia encuestados percibe cambios en el uso y mantenimiento de la letrina. Sin embargo un 20%, como se observa en el gráfico, señala que no se ha producido ningún cambio, las personas aducen haber realizado un adecuado uso y mantenimiento de la letrina mucho antes del proceso educativo, es decir ya tenían la práctica instalada en su familia a partir de la epidemia del cólera.

“...nosotros ya teníamos nuestra letrina, desde que apareció el cólera ya usamos la letrina”.

Hombre de 35 años del caserío Rinconada.

Gráfico N° 03

Percepción del cambio en el uso y mantenimiento de la letrina



Sin embargo, algunas familias refieren que es difícil mantener limpia y sin malos olores el pozo ciego o letrina, debido a que fueron construidas por ellas mismas sin criterio técnico, muchas de ellas no cuentan con tubo de ventilación.

La percepción de las familias respecto al uso y mantenimiento de la letrina es bastante alta, percepción que, según referencias de las familias entrevistadas, tiene relación con la disponibilidad de un lugar privado para la disposición de excretas, la valoración del beneficio del comportamiento en su salud, a partir de la epidemia del cólera, así como el seguimiento y apoyo del personal de salud.

Este resultado, confirma la influencia de factores externos e internos en el uso y mantenimiento de la letrina, como el acceso a una letrina y la valoración del comportamiento a partir de una experiencia negativa, como lo fue la epidemia del cólera; factores planteados por Burgues y Hubley en su modelo BASNEF, que plantea que un individuo adoptará una nueva práctica cuando crea que tiene beneficios y considera esos beneficios importantes para su vida. Así mismo, confirma lo sostenido por Simpson-Hebert, referido al requerimiento de un aporte continuo de ideas nuevas y apoyo para el sostenimiento del cambio de conducta.

El uso y mantenimiento de la letrina, así como su construcción, es un comportamiento que viene siendo promovido por los servicios de salud y organizaciones no gubernamentales desde la ocurrencia de la epidemia del cólera y que se ha venido incorporado como un hábito en muchas familias a partir de la

asociación del comportamiento a un riesgo objetivable para su salud y en última instancia para su vida y la de su familia.

“Antes cuando no teníamos letrina íbamos a la chacra, pero hoy nos vamos a la letrina como sea, así llueva”.

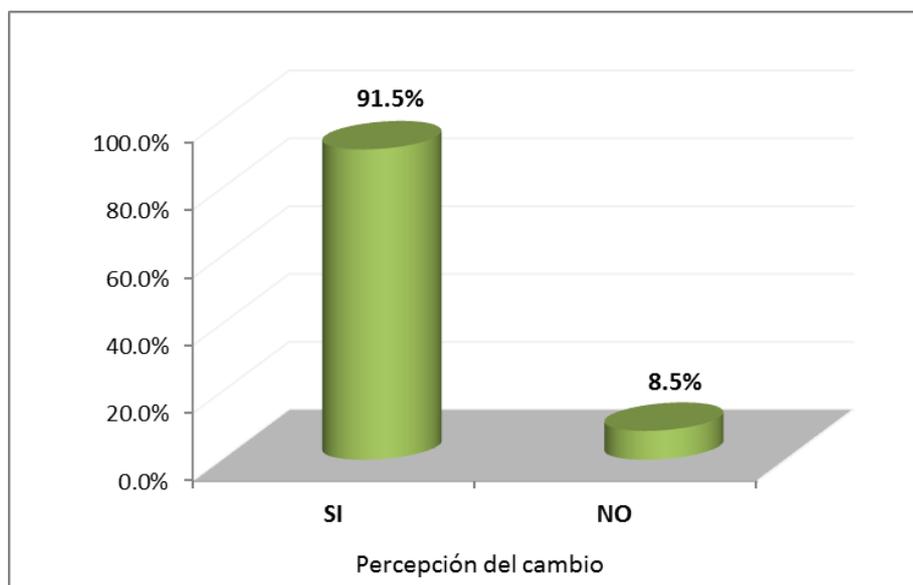
Mujer de 27 años, caserío La Retama.

8.2.3. Lavado de manos

El 91.5 % de personas encuestadas manifiestan que en su familia ha cambiado la costumbre de lavarse las manos. Mientras que el 8.5% no percibe cambios en el lavado de manos.

Gráfico N° 05

Percepción del cambio en el lavado de manos



“...ahora que tenemos nuestra pileta en la casa, es más fácil lavarnos las manos cada vez que las vemos sucias”.

Mujer de 32 años - Bajo Otuzco.

El 66.2% refiere lavarse las manos antes de comer y después de usar la letrina, de los cuales el 93% manifiesta lavarse las manos con jabón o detergente para ropa.

Durante la aplicación de la encuesta se pudo constatar la presencia de jabón o detergente para ropa cerca de la pileta domiciliaria, en el 42.3% de familias.

“...que no van a tener jabón, cuando lavamos quedan los pedacitos eso lo juntamos y con eso nos lavamos, lo que pasa es que a veces por el apuro así no más nos lavamos”.

Mujer de 35 años, caserío Bajo Otuzco.

La percepción de las familias respecto al lavado de manos es bastante alta, percepción que de acuerdo a lo referido por las familias entrevistadas, guarda relación con la disponibilidad de agua, así como, la valoración del beneficio que este representa como una medida para proteger a su familia de las consecuencias fatales del cólera y la autoestima de la madre, a partir del proceso educativo desarrollado por el personal de salud.

Este resultado confirma lo sostenido por Christien van Wijk and Tineke Murre, en relación a la necesidad de analizar y discutir con la familia la importancia del lavado de manos, los recursos necesarios y los momentos clave, estableciendo acuerdos y compromisos factibles de ser implementados por toda la familia.

El indicador utilizado para verificar el lavado de manos “presencia de jabón cerca de la pileta”, necesita ser analizado. En las entrevistas encontramos que si bien no se observó jabón cerca de la pileta domiciliaria, la familia utilizó jabón para lavarse las manos, el mismo que se mantenía guardado dentro de la casa.

“Yo guardo el jabón adentro de mi casa, porque los muchachos se agarran al juego con el jabón, además la lluvia lo derrite,..... y para comprar de nuevo ya no hay plata”.

Mujer de 32 años, caserío Bajo Otuzco.

Otro aspecto importante, es que el mensaje de lavarse las manos con ceniza en ausencia de jabón, no es plenamente aceptado por la población, a diferencia de otros países en donde si es una alternativa presente.

“nosotros no usamos ceniza porque nos pela las manos, no ve que es fuerte, si con eso pelamos el mote....., más bien cuando no hay jabón nos lavamos con un poco de pulitón”.

Mujer de 32 años, caserío Bajo Otuzco.

8.3. Condicionantes del entorno

En esta categoría se analizaron los aspectos sociales, culturales y económicos del medio familiar y comunal que motivaron el cambio de comportamiento. Los resultados encontrados fueron los siguientes:

8.3.1. Acceso a recursos

El 42.3% de los encuestados refiere que la disponibilidad de servicios de agua y saneamiento, así como el contar con jabón y estiércol para el caso de las letrinas, es determinante para la adopción de nuevos comportamientos sanitarios.

“... no tengo pila en mi casa, con una manguera de 120 m del mismo ojo saco agua para que venga para acá, quiero empadronarme pero no me alcanza la plata para pagar los 500 soles que me pide la

Junta de Agua Potable” .

Mujer de 45 años, caserío Puyllucana.

Es importante notar que por lo general el diseño de propuestas educativas no incluye estrategias o medidas concretas que permitan a las familias garantizar la disponibilidad sostenida de los insumos para la adopción de los comportamientos como jabón y estiércol u otros.

El 57.7 % no identifica el acceso a los recursos como un aspecto directamente relacionado con el cambio de comportamiento, sino aspectos como: la costumbre y falta de interés de la población, lo cual nos confirma la existencia de múltiples factores que motivan y facilitan la adopción de comportamientos sanitarios.

Al respecto, existen pocos estudios cualitativos que profundizan en las costumbres, creencias y aspectos socioculturales que explican los comportamientos sanitarios en las poblaciones rurales, que además no están suficientemente difundidos y no necesariamente son incluidos en la formación de los facilitadores de procesos

educativos. Los programas o proyectos en la línea de base generalmente incluyen la valoración de los indicadores cuantitativos de si la familia realiza o no un comportamiento, pero no necesariamente profundizan en los aspectos cualitativos que permiten un diseño ad hoc de la metodología orientado a cada población en particular.

En el caso de las letrinas el 15.5% de los encuestados refiere que no usa la letrina por encontrarse lejos de la casa, dificultándose su uso especialmente por las noches.

“ ...los más chiquititos y los ancianitos no pueden ir a la letrina, así que eso lo tenemos que limpiar de los alrededores”.

Hombre 43 años, caserío Bajo Otuzco.

Esta situación nos plantea la necesidad de analizar si el diseño de las letrinas es válido para todos los integrantes de la familia, y si se está tomando en cuenta los aspectos socio- culturales de la población rural.

Es evidente que la disponibilidad de agua así como el contar con baños o letrinas sanitarias en las viviendas, facilita el manejo del agua en el hogar, el lavado de manos y la adecuada disposición de excretas en las comunidades rurales, tal como lo señala el estudio realizado por la Asociación Benéfica PRISMA, sin embargo no son determinantes, existen otros factores que intervienen en la toma de decisiones para la mejora y/o adopción de nuevos comportamientos sanitarios.

8.3.2. Creencias y costumbres

El 46.5% de los hombres o mujeres jefes de familias encuestadas refiere no usar la letrina debido al mal olor, situación que está relacionada con la costumbre de la mayor parte de familias de colocar kreso, lejía, kerosene o ceniza dentro del hoyo de la letrina, práctica que se promovió fuertemente en la época del cólera con la finalidad de evitar la propagación de la enfermedad, pero que destruye las bacterias que favorecen la descomposición bioquímica de la materia fecal, produciendo mal olor.

“No hemos hecho otra letrina porque, el mal olor al medio día en muy fuerte, le poníamos kreso, pero igual olía...”

Mujer de 38 años, caserío La Retama.

Es claro que existe un desafío para los programas de agua y saneamiento de encontrar nuevas tecnologías y diseños de servicios para eliminación de excretas en zonas rurales que eliminen problemas como el mal olor, si bien se han producido cambios en este campo, se debe promover aún el involucramiento de las universidades en la investigación e innovación en este campo.

Los entrevistados refieren la costumbre de las familias de almacenar agua en la cocina en baldes o galoneras de aceite sin tapa, para facilitar la preparación de los alimentos, depósitos que por lo general están en el piso.

En relación al consumo de agua hervida, los entrevistados refieren que al inicio tuvo rechazo debido al sabor que tenía el agua hervida, básicamente por que las familias hervían el agua en la misma olla donde preparaban su comida. Refieren

que por costumbre las familias tienen dos a tres ollas que utilizan para todo, no tienen una tetera u olla especial para hervir agua.

Un concepto que está muy presente en las familias y que determina su actuar, es que “la suciedad se ve o se huele”, es difícil para ellos comprender en este contexto la necesidad de lavarse las manos o hervir el agua cuando aparentemente no muestra evidencias de suciedad.

El conocimiento de las creencias y cultura de un grupo específico, así como el diálogo con las propuestas de cambio, resultan determinantes para lograr cambios sostenidos de comportamiento en la población.

8.3.3. Influencia de otros

El 30% de los hombres o mujeres jefes de familias encuestadas, afirman que la información y las opiniones positivas o negativas de personas cercanas, autoridades o líderes de su comunidad, influyen en el comportamiento de las familias.

“En el Club de madres se explica cómo hacer el lavado de manos, la presidenta nos aconsejan siempre el lavado de manos para la higiene, todas las que asistimos lo hacemos”.

Mujer de 39 años, caserío Tartar Chico.

Como sostienen (Simpson-Hebert, 1998) el cambio sostenible de conducta requiere el aporte continuo de ideas nuevas y apoyo; la participación de

organizaciones de base o líredes permanentes en la comunidad como agentes de transmisión de la información y generación de nuevo conocimiento es un aspecto que debe ser fortalecido en el desarrollo de las metodologías educativas y no solamente el trabajo individualizado o grupal directo con las familias.

“Los hombres si se lavan las manos, en mi casa bastante lo hacen por su trabajo y ahora que está en la mina y antes en el micro, sino lo suspenden”.

Mujer de 39 años, caserío Tartar Chico.

Las entrevistas permitieron identificar que la presencia de familiares o vecinos con prácticas sanitarias incorporadas influye positivamente en el comportamiento sanitario de las familias.

“Tengo una hermana que guarda su agua en alto y bien tapado, y dice que sus hijos se enferman poco, nosotros también, sino que a veces por ir a lo apurado nos olvidamos” .

Mujer de 39 años, caserío Tartar Chico.

Otro aspecto importante es la presencia de algún integrante de la familia que haya experimentado otra forma de vida.

“Mi hija estuvo en Lima y ella es la que siempre nos está diciendo que debemos hervir el agua para tomar”.

Mujer de 39 años, caserío Tartar Chico.

Se confirma de acuerdo a los hallazgos que los individuos actúan en contextos sociales en los que es importante la opinión de otras personas para adoptar cambios de comportamiento. Las metodologías que favorecen el intercambio de experiencias y el uso de las redes existentes entre las familias para recoger experiencias exitosas e incorporarlas como parte de los mensajes de cambio pueden tener una mayor probabilidad de éxito en la adopción de los comportamientos.

8.4. Valoración individual

Esta categoría analiza en qué medida la comodidad percibida por la persona, su autonomía para controlar el cambio y el grado de comprensión o entendimiento de la importancia del cambio para su salud, influyen en la adopción de nuevos comportamientos sanitarios, encontrándose los siguientes resultados:

8.4.1. Significados

Es evidente que la epidemia del cólera ha marcado un antes y un después en la vida de las familias objeto de estudio, impactando positivamente en la adopción de comportamientos sanitarios, especialmente en el lavado de manos. La experiencia vivida ha permitido a las familias incorporar a su racionalidad un análisis de costo – beneficio, donde los comportamientos sanitarios constituyen las medidas menos costosas y más efectivas para evitar las consecuencias fatales del cólera.

En relación a las letrinas, los entrevistados refieren una relación directa entre letrina y pobreza, siendo su expectativa contar con baños con arrastre hidráulico

dentro de la vivienda, no sólo por la facilidad para su uso y mantenimiento, sino por su repercusión en el estatus de la familia y de la comunidad.

“solo porque somos pobres tenemos letrinas, ojalá pudiéramos tener nuestro baño como en la ciudad, sería mucho mejor”.

Hombre de 44 años, caserío Tartar Chico.

La privacidad que las letrinas ofrecen a las familias para realizar sus necesidades, es otro aspecto importante señalado por las familias para el uso y mantenimiento de las letrinas.

“la letrina nos sirve para no ir a la calle, a los caminos, donde nos pueden ver”.

Hombre de 44 años, caserío Tartar Chico.

El entendimiento de los significados que tiene para la población cada uno de los comportamientos sanitarios, constituye un aspecto clave a considerar en el desarrollo de procesos educativos, tal como lo señala Christien van Wijk and Tineke Murre, si la metodología educativa no contempla que la población analice y discuta sobre estos aspectos y los relacione a su propia experiencia hay poca probabilidad de que recuerde la información y más aún de que la aplique.

8.4.2. Motivación

El 81.7% de los encuestados refieren que el conocimiento de los comportamientos sanitarios no necesariamente influye en la adopción de nuevos comportamientos.

“... no es que no sepan, ellos saben, sino que no quieren, son dejados les gusta vivir así”.

Mujer de 30 años, caserío Tartar Chico.

En la totalidad de las encuestas se evidencian respuestas que corroboran su grado de conocimiento respecto a la importancia de los comportamientos sanitarios en la salud, sin embargo su puesta en práctica tiene detrás otras razones, relacionadas con la accesibilidad a los servicios o recursos, la comodidad (hacer la vida más fácil), la respuesta a un problema sentido y los aspectos socio –culturales, como bien los señala Burgues.

Para el caso de las letrinas por ejemplo refieren que *“... la gente sabe que debe hacer, pero es dejada así como se dice ociosa no se preocupan en hacer sus letrinas, como hay campo donde se vayan y como es fácil, no se preocupan”.*

Mujer de 30 años, caserío Tartar Chico.

Un aspecto importante que se encontró es la influencia de experiencias negativas en la comunidad, como es la presencia de casos de cólera, donde mucha gente falleció. Estos hechos han hecho que los comportamientos sanitarios promovidos tomen real importancia para la población.

“ ... y a veces también como vino un tiempo la enfermedad del cólera desde esa vez ya nos preocupamos por tener limpio las cosas, tenemos un cantarito de tierra para tomar agua”.

Mujer de 54 años, caserío Tartar Chico.

Cuando se preguntó qué consejo daría a las personas respecto al manejo del agua en la casa, la respuesta fue *“que lo tape y lo alce, porque nos puede dar el cólera”.*

Sobre los momentos clave para el lavado de manos, refieren lavarse cuando las manos muestran evidencias de suciedad o mal olor y no necesariamente los momentos clave promovidos por salud, a pesar de conocerlos y enunciarlos correctamente. Así mismo refieren el uso de jabón o detergente para ropa, para matar los microbios y tener las manos con olor a limpio.

8.5. Percepción del enfoque educativo de la intervención

En esta categoría se han analizado en qué medida la percepción de los participantes sobre como la metodología, los instrumentos utilizados y el rol de los facilitadores influyeron en el cambio de comportamiento. Encontrándose los siguientes resultados:

8.5.1. Metodología

El 43.7% de los encuestados señala haber recibido por lo menos 10 visitas del personal de salud, durante 6 meses, para desarrollar temas relacionados al

fortalecimiento de la autoestima, la distribución equitativa de responsabilidades en la familia y el mejoramiento del saneamiento intradomiciliario.

*“...nos dijeron que en la casa todos teníamos que ayudarnos,
que los hombres también pueden bañar a los hijos”*

Mujer de 30 años, caserío Tartar Chico.

El 38% refiere que toda la familia ha participado en el desarrollo de las visitas del personal de salud. Sin embargo el 35% manifiesta que se trabajó sólo con la mamá. Ante esta situación responden que es mejor si se trabaja con toda la familia para que todos estén enterados y colaboren con las responsabilidades de la casa.

El 86% identifica que el apoyo del personal de salud fue muy importante para ayudarlos al cambio, en algunos casos para enseñarles nuevas cosas y en otros para reforzar lo que ya sabían.

*“Doña Melva, nos ha dicho que diario cocinemos el agua con
cualquier yerbita para sea más rica, y que lo ponga en una jarra en mi
mesa, para que mis hijos tomen a cualquier hora”.*

Mujer de 37 años, caserío Tartar Chico.

*“la Sra. Meche nos daba confianza, se quedaba a conversar
con nosotros, nos enseñaba como hacer las cosas...”*

Mujer de 42 años, caserío La Retama.

Algunas personas señalaron que los temas se desarrollaron en el club de madres, mientras que otras refieren haber recibido la visita del personal en su casa por varias oportunidades. Estas últimas manifiestan que *“es mejor que se trabaje casa por casa, porque así hay más confianza y podemos escuchar todos los de la casa”*.

Los resultados encontrados permiten afirmar que el uso de una metodología personalizada “familia por familia” basada en el fortalecimiento de la autoestima de la mamá, la distribución de responsabilidades al interior de la familia y el mejoramiento del saneamiento intra domiciliario constituyen estrategias que favorecen la adopción de comportamientos sanitarios.

8.5.2. Instrumentos

Entre los materiales que más recordaron fueron los dibujos de la casa para identificar qué cosas podemos mejorar, los dibujos del cuerpo humano para identificar qué es lo que más les gusta y el tablero de compromisos donde se establecieron las tareas a realizar por todos los miembros de la familia.

Los instrumentos y materiales gráficos que muestran situaciones de la vida cotidiana y promueven la reflexión – acción, con la participación de todos los miembros de la familia, facilitan la adopción de comportamientos sanitarios.

8.5.3. Rol del facilitador

La mayor parte de los entrevistados percibe que el rol del facilitador ha jugado un papel importante en el cambio de comportamiento de las familias. La actitud positiva, el interés por el bienestar de la familia, la generación de una relación de confianza, así como la realización de demostraciones y el acompañamiento en la implementación de las mejoras favorecieron el cambio de comportamiento en las familias.

“... La Sra. Patty no sólo vino a decirnos que debemos usar y mantener nuestra letrina, sino que nos enseñó cómo hacerlo”

“... nos ayudaron para que podamos arreglar nuestra casa con los que tenemos y regresaban para ver si habíamos cumplido”

*“ ... yo me sentía bien con ella, porque nunca nos dijo que éramos cochinos, siempre nos habló bonito , nos hizo entender “
Mujer de 27 años, caserío Manzanamayo.*

IX. CONCLUSIONES

Como producto del análisis y discusión de los resultados encontrados mediante la presente investigación, podemos mencionar que:

- ⇒ Existe una elevada percepción de cambio de comportamiento en las familias, en relación al manejo del agua en la casa, uso y mantenimiento de la letrina y lavado de manos, alcanzando este último una percepción de cambio por encima del 90%.

- ⇒ Los factores del **entorno externo** que las familias perciben como las más importantes para adoptar un nuevo comportamiento son: el acceso a recursos necesarios para la adopción del comportamiento (servicios de agua potable en la vivienda, letrinas o pozos ciegos, disponibilidad de jabón), la transferencia de información a través de líderes u organizaciones comunitarias, la influencia positiva de familiares o vecinos con prácticas sanitarias incorporadas, el estatus de la familia ante la comunidad.

- ⇒ Los factores del **entorno interno** identificados por las familias como importantes para adoptar un comportamiento son: la valoración del beneficio que este representa (ej. el lavado de manos y el uso de letrinas como una medida para proteger a su familia de las consecuencias fatales del cólera), los conceptos y significados de salud y saneamiento transmitidos cultural y socialmente, la autoestima individual de los miembros de la familia, en especial de la madre.

- ⇒ Es evidente que la epidemia del cólera ha marcado un antes y un después en la vida de las familias objeto de estudio, impactando positivamente en la adopción

de comportamientos sanitarios, especialmente en el lavado de manos. La experiencia vivida ha permitido a las familias incorporar a su racionalidad un análisis de costo – beneficio, donde los comportamientos sanitarios constituyen las medidas menos costosas y más efectivas para evitar las consecuencias fatales del cólera.

- ⇒ Se evidencia una relación directa entre letrina y pobreza, siendo una expectativa de las familias contar con baños con arrastre hidráulico dentro de la vivienda, no sólo por la facilidad para su uso y mantenimiento, sino por su repercusión en el estatus de la familia y de la comunidad.
- ⇒ En relación al el enfoque educativo se encontró que el aspecto desencadenante del proceso está dado por la relación de confianza que el facilitador establece con las familias, seguido del proceso metodológico utilizado basado en la metodología SARAR y el uso de instrumentos y materiales gráficos que muestran situaciones de la vida cotidiana que promueven la reflexión – acción, con la participación de todos los miembros de la familia, facilitando la adopción de los comportamientos sanitarios.
- ⇒ La realización de demostraciones y el acompañamiento en la implementación de las mejoras favorecieron considerablemente la adopción de los comportamientos en las familias.

- ⇒ Las propuestas que buscan no sólo el cambio de comportamiento sino el bienestar y desarrollo de las personas participantes, tienen mayores posibilidades de influir en el comportamiento sanitario de la población.

- ⇒ Los procesos educativos son más efectivos cuando las condiciones del entorno en que viven las familias favorecen la puesta en práctica de los comportamientos.

- ⇒ El conocimiento de las creencias y cultura de un grupo específico, así como el diálogo con las propuestas de cambio, resultan determinantes para lograr cambios sostenidos de comportamiento en la población.

- ⇒ La gestión de propuestas de educación sanitaria requiere de evidencias que permitan un conocimiento en mayor profundidad de las características socioculturales de los participantes como base para su diseño e implementación; así como, la selección, entrenamiento y acompañamiento de facilitadores que manejen el enfoque de educación de adultos y el involucramiento de diferentes actores comunales e institucionales para las acciones de apoyo que garanticen la sostenibilidad de las mismas.

- ⇒ A partir de los resultados obtenidos en la implementación de la propuesta, el personal de los Centros de Salud de Otuzco y Baños del Inca, ha incorporado en el proceso educativo con familias el uso del “tablero de compromisos”, como un material clave para promover la organización y planificación de

mejoras en la familia, a partir de la discusión y análisis de la situación encontrada.

X. RECOMENDACIONES

- Difundir los resultados del estudio entre los tomadores de decisiones para que conozcan las percepciones de las familias sobre los procesos educativos y a partir de ellos puedan mejorar la gestión de sus proyectos y programas de agua y saneamiento y el diseño de políticas en este campo.

- Promover que la Dirección Regional de Salud, los municipios y otras entidades que desarrollan programas o proyectos de educación sanitaria incluyan en los estudios de línea de base el estudio de los aspectos socioculturales relacionados a los comportamientos sanitarios de la población o realicen estudios específicos sobre este tema que permita el diseño ad hoc de las propuestas educativas y el logro de mejores resultados.

- Incorporar en los planes de capacitación de las redes de salud y los gobiernos locales la formación de facilitadores de procesos de educación sanitaria con la metodología SARAR y favorecer la conformación de una red de facilitadores de procesos educativos en salud, que permita el intercambio de conocimientos, experiencias y la mejora continua de las mismas.

- Incorporar en los planes de educación sanitaria, el trabajo con “familias referentes” y líderes de opinión en las diferentes comunidades, como una estrategia para influir positivamente en el comportamiento sanitario de las familias.

- Incorporar en los planes de educación sanitaria el diseño de materiales educativos que promuevan la discusión y análisis de los comportamientos sanitarios, así como, la planificación de las mejoras concretas a implementar por la familia.

- Es claro que existe un desafío para los programas de agua y saneamiento de encontrar nuevas tecnologías y diseños de servicios para eliminación de excretas en zonas rurales que eliminen problemas como el mal olor, si bien se han producido cambios en este campo, se debe promover aún el involucramiento de las universidades en la investigación e innovación en este campo.

- Impulsar el trabajo multisectorial y el involucramiento de las organizaciones comunitarias con el objetivo de garantizar el acceso a servicios de agua y saneamiento de las familias en riesgo y el desarrollo de procesos educativos en agua y saneamiento, a fin de mejorar las condiciones para la adopción de comportamientos sanitarios en la población, la continuidad y la sostenibilidad de las mismas.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Academia para el Desarrollo Educativo. (1995). *Herramientas para desarrollar destrezas en comunicacion para la salud*. Washington DC.
2. APRISABAC. (1998). *Vigencia de la Atención Primaria en el Proceso de Modernización del Sector Salud - Experiencia del Proyecto APRISABAC - 1991 - 1997*. Cajamarca, Perú.
3. Burgues, e. L. (1988). *La educación de higiene en el suministro de agua y programas de higienización*. La Haya, IRC.
4. Centurion, C. (2000). La educación sanitaria: componente estrategico en programas de agua y saneamiento. *Boletín del comité Sectorial de Agua y Saneamiento N° 6. – UNICEF –PROANDES*.
5. Grupo Regional de Agua y Saneamiento Región Andina, Programa PNUD/Banco Mundial. (1997). *Capacitación y educación en saneamiento básico rural*.
6. Guerrero, R. &. (2003). *Lecciones aprendidas del proyecto piloto de agua y saneamiento rural PROPILAS en Cajamarca-Perú*. Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación. Lima (Perú).

7. HUBLEY, J. (1993). *Comunicación de la salud: una guía de acción para la educación sanitaria y la promoción de la salud*. Londres, Inglaterra, Macmillan.
8. IMASEN Comunicación y Desarrollo . (2007). *Estudio cualitativo sobre lavado de manos – Resumen Ejecutivo – WSP – Banco Mundial* .
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (Peru).(2015). (2014). *Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES*. Peru.
10. Laura C. Altobelli, O. C. (2001). *Informe mision de evaluacion externa final Proyecto APRISABAC 1993-2000*. Cajamarca, Perú.
11. Mariela Planas, M. Z. (1998). *Informe del Proyecto de Cuidado Infantil*. Peru.
12. Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Montreal.
13. Phyllis, T. K. (1997). *Comunicación para la Salud: Lecciones de la planificación familiar y la salud reproductiva*.
14. PRISMA, A. (2004). *Estudio de comportamientos de lavado de manos con jabón en zonas urbano-periféricas y rurales del Perú*. Perú.
15. Ron Sawyer, M. S.-H. (1998). *Guía paso a paso para el PHAST: un enfoque de participación para el control de enfermedades diarreicas*. OMS. Ginebra
16. Simpson-Hebert, M. W. (1998). *Promoción del saneamiento*. OMS.

17. Wijk, C. V., & Murre, T. (1993). *Motivating Better Hygiene Behaviour: Importance for Public Health Mechanisms of Change*. La Haya; IRC.
18. Wijk, C. V., Murre, T., & UNICEF. (1993). *Motivating better hygiene behaviour: importance for public health mechanisms of change*. International Reference Centre for Community Water Supply and Sanitation.
19. Wood, M. S.-H. (1998). *Promocion del Saneamiento*. OMS.
20. World Health Organization. . (2004). *Relación del agua, el saneamiento y la higiene con la salud: hechos y cifras*. In *Relación del agua, el saneamiento y la higiene con la salud: hechos y cifras*.

XII. ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA A MUJERES Y HOMBRES JEFES DE FAMILIA QUE PARTICIPARON DEL PROCESO EDUCATIVO Y OBSERVACIÓN DE EVIDENCIAS DE CAMBIO

I. Comportamientos Sanitarios

1. ¿Ha cambiado la forma de llevar y guardar el agua en la casa o cocina después del trabajo del personal de salud con su familia?

a. Sí

b. No

2. ¿Cómo era antes del trabajo del personal de salud con su familia?

3. ¿Qué cuidados tiene ahora para llevar el agua a la casa o cocina?

a. Uso de depósitos limpios

b. Uso de depósitos limpios y con tapa

c. Otros:

4. ¿Ud. Guarda el agua en la casa o cocina?

a. Sí

b. No

5. ¿Qué cuidados para guardar el agua en la cocina?

a. Uso de depósitos limpios

b. Uso de depósitos limpios y con tapa

c. Ubicación de depósitos en lugares altos

c. Otros:

6. Observar las condiciones en que guarda el agua en la casa

Depósitos:

1. Limpio	2. Sucio	3. Muy Sucio
-----------	----------	--------------

Tapa:

1. Depósitos con tapa	2. Depósito sin tapa
-----------------------	----------------------

Ubicación:

1. En el suelo	2. En masa	3. Andamios	4. Poyos/muros	5. Otro:.....
----------------	------------	-------------	----------------	---------------

7. ¿Ha cambiado el lugar dónde su familia orina, después del trabajo del personal de salud con su familia?

a. Sí

b. No

8. ¿Dónde orinaba su familia antes del trabajo del personal de salud?

9. ¿Dónde orina su familia ahora?

1. Letrina	2. Campo abierto	3. Quebrada	4. Otro:.....
------------	------------------	-------------	---------------

10. ¿Ud. Piensa que la letrina es para el uso de toda la familia?

a. Sí

b. No

11. ¿Para quienes está hecha la letrina?

1. Todos	2. Sólo para los mayores	3. Para los que estamos en la casa	4. Otro:.....
----------	-----------------------------	---------------------------------------	---------------

12. Observe la letrina:

a. Presencia de heces fuera del hoyo o alrededores de la casa

- b. Presencia de papeles con heces fuera del hoyo o alrededores de la casa
- c. Tiene tapa
- d. Presencia de malos olores

13. ¿Por qué cree que algunas personas no usan la letrina?

1. Trasciende	2. Es oscura	3. Está lejos de la casa	4. Temor	5. Otro:.....
---------------	--------------	--------------------------	----------	---------------

14. ¿Ha cambiado la costumbre de lavarse las manos en su familia, después del trabajo del personal de salud?

- a. Sí
- b. No

15. ¿Cómo era antes del trabajo del personal de salud?

16. ¿Ahora en que momentos del día se lava las manos?

1. Cada vez que se ensucian	2. Antes de comer	3. Después de usar la letrina (orinar)	5. Otro:.....
-----------------------------	-------------------	--	---------------

17. ¿Qué usa para lavarse las manos?

1. Agua sola	2. Agua y jabón	3. Agua y ceniza	4. Agua y ace	5. Otros:.....
--------------	-----------------	------------------	---------------	----------------

18. Observar si cuenta con:

- a. Agua cerca de la letrina
- b. Jabón cerca de la pileta domiciliaria
- c. Ceniza en depósitos cerca de la pileta domiciliaria
- d. Otros

19. ¿Cuántas visitas recibió del personal de salud cuando se realizó este trabajo con su familia?

1. Una visita	2. De 2 a 3 visitas	3. De 4 a 6 visitas	4. De 6 a 8 visitas	5. Más de 8 visitas
---------------	---------------------	---------------------	---------------------	------------------------------

20. ¿Quiénes participaron cuando el personal los visitaba?

1. Toda la familia	2. Mamá e hijos	3. Papá e hijos	4. Sólo la Mamá	5. Otros:.....
--------------------	-----------------	-----------------	-----------------	----------------

21. ¿Qué cosas cree Ud. Que ayudaron para que se produzcan estos cambios en su familia?

- a. Apoyo del personal que nos visitó
- b. Contar con servicios y recursos necesarios (agua potable, letrinas, jabón, depósitos con tapa)
- c. Consejos de personas cercanas, lideres, autoridades de la comunidad
- d. La comprensión de que estas prácticas ayudan a tener una mejor salud
- e. Otros

22. ¿Qué cosas cree Ud. que limitan o no dejan que la familia ponga en práctica estos cuidados?

- a La opinión o consejos de personas cercanas, líderes o autoridades de la comunidad
- b El trato del personal que los visitó
- c El no contar con agua potable, letrinas, jabón, depósitos con tapa
- d Otros

Información general del Encuestado:

Sexo:

1. Hombre

2. Mujer

Edad:.....

Grado de Instrucción:

1. Primaria	2. Secundaria	3. Superior	4. Analfabeto
-------------	---------------	-------------	---------------

ANEXO 2

GUIA PARA LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD A HOMBRES O MUJERES JEFES DE FAMILIA QUE PARTICIPARON DEL PROCESO EDUCATIVO

Fecha:..... Comunidad:.....

1. ¿Cuáles son las costumbres y creencias en su comunidad para usar el agua en la casa?
2. Cómo llevan y guardan algunas personas el agua en la casa o cocina? ¿por qué?
3. La forma como lo hacen cree que le da algunas ventajas o beneficios? ¿Cuáles?
4. ¿Qué se necesitaría para llevar y guardar el agua depósitos limpios, tapados y en lugares altos? ¿Por qué?
5. ¿Qué piensan las personas cercanas a Ud. o líderes de la comunidad respecto a llevar y guardar agua en depósitos limpios, tapados y en lugares altos?
6. ¿Cree que la opinión de estas personas influyen para que la familia lleve y guarde agua en depósitos limpios, tapados y en lugares altos?
7. ¿Cree que los consejos para llevar y guardar el agua en la cocina les facilita los quehaceres de la casa? ¿Por qué?
8. ¿Dónde acostumbran orinar en su comunidad? ¿Por qué?
9. ¿Quién usa más la letrina? ¿Por qué?

10. ¿Por qué cree que hay personas que no usan la letrina?
11. ¿Qué se necesitaría para usar y mantener limpia la letrina? ¿Por qué?
12. ¿Cree que todas las familias cuentan con lo necesario para mantener limpia la letrina? ¿Por qué?
13. ¿Qué piensan las personas cercanas a Ud. o líderes de la comunidad sobre al uso y la limpieza de letrinas?
14. ¿Cree que la opinión de estas personas influyen en el uso y mantenimiento de las letrinas? ¿Por qué?
15. ¿Cree que la letrina le facilita la vida? ¿Por qué?
16. ¿Acostumbran lavarse las manos en su comunidad? Sino ¿Por qué?
17. ¿Cuáles son los momentos en que una persona debería lavarse las manos? ¿Por qué?
18. ¿Qué usan para lavarse las manos algunas personas? ¿Por qué cree que usan uno u otro producto?
19. ¿Por qué cree que algunas personas se lavan las manos? ¿Qué los motiva?
20. ¿Por qué cree que algunas personas no se lavan las manos?
21. ¿Qué se necesitaría para que las personas se laven las manos después de usar la letrina y antes de comer? ¿Por qué?
22. ¿Qué piensan las personas cercanas a Ud. o líderes de la comunidad sobre el lavado de manos con agua y jabón o ceniza antes de comer y después de usar la letrina?
23. ¿Cree que la opinión de estas personas influyen en que la familia se lave las manos después de usar la letrina y antes de comer? ¿Por qué?
24. ¿Cómo fue el comportamiento de la persona que los visitó?

25. ¿Qué fue lo que más le gustó? ¿Por qué?
26. ¿Qué fue lo que no le gustó? ¿Por qué?
27. Nos puede contar como se hicieron las visitas (en que horario, cuanto tiempo duraron, quienes participaron, que hicieron, que utilizaron)
28. ¿Le han dicho los beneficios de estas prácticas de higiene? ¿Qué le dijeron?
29. De todo esto, ¿qué es lo que más le gustó? ¿Por qué?
30. ¿Qué recomendaría a otras familias? ¿Por qué?
31. ¿Cree que el comportamiento del personal que los visitó tuvo que ver para que Uds. pongan en práctica los consejos que les dio?
32. ¿Qué recomendaría al personal para el trabajo educativo con familias? ¿Por qué?