

Investigación - acción: promoviendo viviendas saludables en el sector de Montegrande, Jaén

Díaz Rivadeneira Insolina¹, Vega Torres Elena², Abanto Horna María³,
Figueroa Sampertegui Julia⁴

RESUMEN

Objetivo: identificar las condiciones de la vivienda a ser mejorada mediante la acción con las familias del sector de Montegrande, mediante la participación de sus integrantes. **Material y métodos:** el estudio corresponde a una Investigación Acción – Participativa. La población estuvo conformada por 48 familias a las cuales se aplicó como instrumento de selección una ficha de evaluación de riesgo, que permitió obtener una muestra constituida por diez familias de mediano riesgo. El trabajo se basó en el modelo desarrollado por el sociólogo T. Rodríguez Villasante y colaboradores, a través del «método de análisis de redes y conjuntos de acción», constituido por fases: a) dialogo-negociación: que consistió en la sensibilización y compromiso de las familias participantes; b) recogida de información, utilizando dos instrumentos de recolección: el mapa parlante y la ficha «caritas» para el diagnóstico intradomiciliario; c) devolución: conjuntamente con la familia se analizó el porqué de la situación actual de la vivienda y como mejorarla d) ejecución y evaluación. **Resultados:** el 70 % de las familias mejoraron el saneamiento de su vivienda, realizando prácticas de higiene adecuadas (ambientes limpios y ordenados). Las familias manifestaron haber fortalecido la solidaridad y se comprometieron a continuar con la mejora e implementación de sus viviendas. **Conclusión:** las actividades de promoción de la salud con y para las familias están vinculadas al compromiso, involucramiento y participación activa de la familia, elementos clave para la aceptación y desarrollo de programas que buscan el cambio, potencialización de capacidades y bienestar del individuo, familia y población, en beneficio de su salud y calidad de vida.

Palabras clave: Vivienda, alojamiento, familia, Perú.

Research – Action: promoting healthy houses in Montegrande, Jaén

ABSTRACT

Objective: To identify the conditions of the housing to be improved through the action with the participation of the members family of Montegrande's sector. **Material and methods:** The study corresponds to an Action Research - Participatory -. The population was made up of 48 families, to whom was applied like a selection tool, a record of risk's evaluation . It allowed to obtain a sample of 10 medium risk families. The research was based on the model developed by the sociologist. Rodríguez Villasante and colleagues, through the method of «network analysis and join action «, made up of phases: a) dialogue - negotiation: it consisted in the sensitization and the participating families's commitment; b) gathering information, using two collecting instruments : The speaking map and the chip caritas for the diagnosis intradomicilliary; c) Return: in conjunction with: the family was analyzed the current situation of housing and how to improve it d) Implementation and evaluation. **Results:** 70% of the families have improved sanitation for their homes, carrying out appropriate hygiene practices (clean and tidy environment). The families said to have strengthened the solidarity and pledge to continue the improvement and implementation of their homes. **Conclusions:** The promotion activities with and for the families are linked commitments, involvement, and active participation of the

¹ Docente Principal de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca - Sede Jaén.

² Docente Principal de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca - Sede Jaén.

³ Docente Principal de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca - Sede Jaén.

⁴ Docente Auxiliar de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca - Sede Jaén.

family, key elements, for the acceptance and development programs that seeks to change, to promote capacities, individual, family and population well-being, looking for benefits in their health and quality of life.

Key words: *Housing, lodge, family, Perú.*

INTRODUCCIÓN

La familia es la pieza fundamental para el desarrollo humano y comunitario, es el ámbito donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo, pues ahí se inician los hábitos y prácticas para una vida saludable (1). Las características de la vivienda son indicadores importantes para el análisis socioeconómico de los hogares. Las condiciones de los servicios básicos, su disponibilidad y acceso permiten analizar, entre otras cosas, la situación de salud de la familia, especialmente de los niños (2).

En lugares pobres, usualmente una misma habitación sirve de cocina, comedor, dormitorio y ambiente de crianza de animales domésticos. Estas condiciones predisponen a la ocurrencia de enfermedades diarreicas y parasitarias, especialmente en la población infantil (3).

Se consideró necesario desarrollar el presente trabajo, luego de haber constatado que en el área de estudio «Sector de Montegrando-Jaén» las condiciones de las viviendas no eran las más adecuadas para un buen desarrollo de las familias, debido a las inadecuadas prácticas de higiene y saneamiento básico deficiente, además, la mayoría de las familias eran de escasos recursos económicos. El objetivo del estudio fue la identificación de las condiciones de la vivienda, a ser resuelta mediante la acción con las familias seleccionadas, trabajando junto a ellas y asegurando así la sostenibilidad y el compromiso en todas las fases del trabajo investigativo, entre las cuales citamos: acciones de protección adecuadas a través de la adquisición de conocimientos, desarrollo de prácticas saludables y fortalecimiento de capacidades para cuidar su salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio investigación acción-participativa, se desarrolló en el Sector de Montegrando – Jaén durante los años 2005 y 2006. La población estuvo conformada por 48 familias. Se aplicó como instrumento de selección una ficha de riesgo con los siguientes indicadores: Tipo de Familia, Edad, Vivienda, Grado de Instrucción de los Padres, Ocupación de los Padres u Ocupación del Jefe de Familia y Situación de Salud, teniendo como escala de calificación de 0 a 3 puntos para las familias de bajo riesgo, a las que se identificó con el color verde; de 4 a 6

puntos para las familias de mediano riesgo, a las que se les identificó con el color amarillo y de 7 a más puntos a las familias de alto riesgo, identificadas con el color rojo.

Los criterios de inclusión fueron: mediano riesgo, residencia habitual propia en el área de estudio y voluntad de participar, quedando conformada la muestra por diez familias de mediano riesgo.

El trabajo de investigación se basó en el modelo desarrollado por el sociólogo Tomás Rodríguez - Villasante *et al.*, a través del «método de análisis de redes y conjuntos de acción» (4). Constituido por las siguientes fases: a) fase de diálogo-negociación entre los investigadores y las familias objeto de estudio; en esta fase se realizó la sensibilización de cada una de las familias con la finalidad de comprender su realidad y asumir compromisos y responsabilidades por cada una de las partes, b) fase de recogida de información: donde se abordó problemas concretos, se recabó la opinión de la población afectada, utilizándose dos instrumentos para la recolección de la información los cuales fueron el mapa parlante usado para conocer la historia económica de un territorio y observar los procesos vividos por los actores locales relevantes, las reacciones a los cambios, las tendencias, proyecciones y expectativas que surgen a raíz de la experiencia de las y los participantes (5) y la ficha «caritas», herramienta para el diagnóstico y seguimiento del trabajo, la cual facilitó la identificación de los factores de riesgo que amenazan su salud (instrumento elaborado por la Pastoral de Salud Vicariato San Francisco Javier. Jaén, Perú y adaptado por los investigadores). La carita de color verde indica bajo riesgo en la salud (carita feliz) y la carita de color roja indica alto riesgo en la salud (carita triste) c) fase de devolución del conocimiento: donde se debate, matiza y corrige el diagnóstico y la propuesta, para consensuar las líneas de actuación, concretar programas y asignar recursos. Junto con los integrantes de la familia se analizó el ¿por qué? de la situación actual de la vivienda y como mejorarla. d) fase de ejecución y evaluación continua de las acciones propuestas, etapa donde se efectúa la difusión respectiva.

El procesamiento y análisis de la información, se desarrolló sistematizando el proceso de la investigación por fases que se detallan en los resultados.

RESULTADOS

a) Fase de diálogo – negociación.

Esta fase comprendió la sensibilización y compromiso. En la selección de las viviendas se eligieron familias de mediano riesgo del sector Montegrande que demostraron voluntad de cambio y con quienes se realizó reuniones dándoles a conocer los objetivos de la investigación. Siguiendo la metodología propuesta se hicieron representa-



Figura 1. Reunión con la comunidad

ciones teatrales en vivo y con títeres, complementadas con sesiones educativas sobre el «programa familias y vivienda saludables», logrando motivarlas para su aceptación y participación activa en la experiencia. Se estableció un horario de visitas, según la disponibilidad de tiempo de las familias involucradas (de 2 a 3 de la tarde y de 7 a 9 de la noche de lunes a viernes y los sábados y domingos de 4 a 6 de la tarde), horarios estratégicos para encontrar a la mayoría de los integrantes de la familia en su vivienda.

En esta etapa se requirió de una intensa motivación por parte de los investigadores y compromiso de los participantes, además de sus opiniones y sugerencias para la implementación del trabajo investigativo, instando para que el grupo familiar fortalezca capacidades en la mejora de las condiciones del espacio físico que ocupa y se constituya ésta, en el sujeto de intervención para adquirir conocimientos y comportamientos en beneficio de la salud, practicando estilos de vida saludables. «En el marco de la estrategia de familias saludables buscamos que las personas desarrollen comportamientos saludables para mejorar permanentemente su salud y manteniéndose sanos contribuir a su pleno desarrollo humano». (3) Para corroborar el compromiso se recabaron testimonios como el siguiente:

te: ...como vivientes y personas notables de este caserío, nos ha motivado la buena coordinación, las capacitaciones han sido importantes, la inquietud de trabajar en adelante por parte del equipo en beneficio de las familias y de nuestro caserío y sacarlo del atraso... (T1- Presidenta de organización de Base); mi familia no está unida, por que los niños extrañan a su padre, él tiene otro compromiso, mis hijos no me obedecen, el menor de dos años está con bajo peso, la comunicación con mis hijos no es tan buena, será porque son pequeños, los niños siempre están jugando y ensucian la ropa, sus manos y la casa, se sacan los zapatos o sandalias los botan por todos lados, no les gusta comer verduras y tomamos agua sin hervir... (madre de familia participante).

b) Fase de recojo de información.

































A través del instrumento «mapa parlante» y la ficha «caritas» las familias identificaron los principales factores que ponen en riesgo la salud dentro de su vivienda. El diagnóstico fue participativo; en esta fase los integrantes de la familia dibujaron los diversos ambientes de sus viviendas tal y como se encontraban en el momento, incluido los servicios higiénicos y el corral, para el efecto utilizaron papelotes, cartulinas, pinturas, plumones, palitos, hojas y otros materiales que tenían a mano, demostrando una gran creatividad.

La Promoción de la Salud enfoca al proceso de creación o generación de capacidades, entendiendo que los procesos participativos habilitan a los sujetos para el mejoramiento y control sobre su salud, fortaleciendo el auto cuidado, las redes de apoyo social, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y de creación de entornos favorables a la salud. (6)



Figura 2. Mapa parlante

Ficha de Diagnóstico y Monitoreo «Caritas»

LA LIMPIEZA EN NUESTRA VIVIENDA		DIAGNÓSTICO	MONITOREO		
			AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
4.1 Los ambientes de la vivienda están limpios y ordenados permanentemente (sala, cocina, dormitorios)..	Sí				
	No				
4.2. Está limpio, ordenado y en un lugar adecuado los utensilios de cocina.	Sí				
	No				
4.3 Hay papeles y basura en el suelo.	No				
	Sí				
4.4. Está limpio alrededor de la vivienda	No				
	Sí				

Fuente: ficha elaborada por la Pastoral de Salud Vicariato San Francisco Javier, Jaén. Adaptada por los investigadores.

1. Área de saneamiento básico

- Inadecuada limpieza y orden en la vivienda, corral y su entorno;
- Hacinamiento por inadecuada división o distribución de ambientes;
- Presencia de malos olores, debidos a la crianza de cerdos en el corral;
- No cuentan con depósitos limpios y con tapa para almacenar el agua;
- Inadecuadas higiene de los noques, caños de las instalaciones de agua descompuestos;
- Viviendas poco seguras;
- Servicios higiénicos o letrinas que no garantizan privacidad y casi nunca están listos para ser usados;
- Depósitos para la basura sin tapa e inadecuada eliminación de desechos. Animales domésticos fuera del corral y deambulando por la cocina.

2. Área de higiene personal

- Inadecuados hábitos de higiene personal en la familia y uso de ropa sucia;
- Los miembros de la familia andan descalzos;
- Descuido en cuanto a la presentación personal, generalmente de la madre e hijos.

3. Ambiente donde se prepara los alimentos

- La práctica de lavado de manos con agua y jabón era poco frecuente;
- Inadecuado almacenamiento y manipulación de alimentos;
- Inadecuada limpieza en la cocina, muebles, espacio donde se preparan los alimentos y manteles en malas condiciones de higiene;
- Utensilios y otros recipientes, descubiertos;
- Inadecuada conservación y cuidado de los alimentos preparados.

Luego se priorizaron las necesidades según el Tabla 1.

Tabla 1. Necesidades prioritarias de la población de Montegrande

<i>Problemas/ necesidades de salud</i>	<i>Es grave</i>	<i>A quienes afecta</i>	<i>Es fácil o difícil de solucionar</i>
Deficiente higiene personal	Sí	A toda la familia	Fácil
Deficiente higiene de la vivienda y entorno	Sí	A toda la familia	Fácil
Escasos conocimientos en la preparación de los alimentos.	Sí	Especialmente a los niños	Fácil
Escasa comunicación	Sí	A toda la familia	Difícil

Entre las potencialidades identificadas en las familias se destacan:

- Madres que sabían bordar y coser;
- Madres a quienes les gustaba leer y jugar con los niños;
- Madres que mostraron interés por aprender a elaborar elementos nuevos que mejoren su casa;
- Madres que realizaban trabajo agrícola en su chacra;
- Niños que les agradaba participar y eran comunicativos;
- Recursos propios para arreglar la vivienda: ladrillos, adobe, caña brava, espacio suficiente en corrales, cartones y depósitos para eliminar la basura correctamente;
- La mayoría de viviendas contaban con espacio para redistribuir las habitaciones y mejorar el ambiente de la cocina.

c) Fase de ejecución y evaluación continua de las acciones propuestas.

La planificación y ejecución de actividades se realizaron con la participación activa, dedicación y perseverancia de los integrantes de la familia. En esta fase se definieron las actividades concertadamente según el diagnóstico familiar y se elaboró el cronograma de actividades. La participación permitió la adecuación de las respuestas, dadas por los ejecutores de la investigación frente a las necesidades de las familias durante la intervención, con respuestas y propuestas orientadas a mejorar las viviendas. La Promoción de la Salud enfoca al proceso de creación o generación de capacidades, entendiendo que los procesos participativos habilitan a los sujetos para el mejoramiento y control sobre su salud, fortaleciendo el autocuidado, las redes de apoyo social, su capacidad de

elección sobre las maneras más saludables de vivir y la creación de entornos favorables a la salud. (6)

Durante esta etapa se programó diversas jornadas de trabajo (jornadas de limpieza intradomiciliaria), sesiones educativas teórico - prácticas y demostrativas, utilizando diversas técnicas y material educativo didáctico, la



Figura 3.
Sesiones educativas



Figura 4.
Lavado correcto de manos

mayoría ilustrativo, recogiendo las experiencias y conocimientos de cada familia.

d) Seguimiento y evaluación de las actividades

Para el seguimiento y evaluación de las actividades que se venían realizando continuamente con las familias, se utilizó la observación directa haciendo recorridos

conjuntos por toda la vivienda y se aplicó quincenalmente la ficha «caritas», con los indicadores respectivos para medir los cambios de comportamiento de la familia, y la mejora de la vivienda a corto y mediano plazo.

Según los resultados, si la familia obtenía el calificativo carita de color rojo(carita triste), que significaba alto riesgo, indicaba incorrecta limpieza de la vivienda, miembros del hogar desaseados y ambiente social desagradable que no ayudaba a mejorar o modificar comportamientos, entonces se indagaba el ¿por qué se encontraban en esas condiciones?, a pesar de haberse realizado acciones conjuntas y luego se buscaba otras estrategias participativas para llegar a una solución, reforzando las sesiones educativas de acuerdo con las necesidades. Si el calificativo era una carita de color verde (carita feliz), significaba bajo riesgo que indicaba correcta limpieza de la vivienda, adecuado aseo personal y ambiente social agradable, se felicitaba a la familia y se fortalecía el trabajo para que continuaran desarrollando prácticas saludables.

Los resultados demostraron que 70 % de las familias lograron mejorar el

Figura 5.
Canal de agua
utilizado antes
como letrina



Figura 6.
Letrina construida
después en otro lugar

manteniéndola limpia, ordenada y adecuadamente distribuida, a pesar de los escasos recursos económicos con que contaban. Los padres e hijos mejoraron su higiene y presentación personal en 65%. Así mismo, las familias fortalecieron su autoestima y las relaciones interpersonales, consolidando la integración familiar: *... en mi familia el cambio es la limpieza, el aseo de toda mi*

vivienda, antes nos daba pereza limpiar asear el corral, ahora si ya no esta limpio nuestro corral nos sentimos mal, hemos distribuido mejor nuestros cuartos, el cuyero ya no esta junto donde comemos, estamos progresando Nos sentimos bien, manteniendo limpia y ordenada nuestra casita, es agradable... (Sabina).

DISCUSIÓN

Los resultados permitieron comprender que la confianza es un elemento básico de relación entre las personas, hace que la comunicación se vuelva fluida y logra el compromiso y participación de los actores (familias), que constituyen la pieza fundamental para la aceptación del personal de salud e instituciones comprometidas en el trabajo, que buscan el empoderamiento de las familias en la toma de decisiones sobre necesidades y prioridades en su salud. Como afirma Kiefer (1984), la participación implica un proceso de diálogo intra e intersubjetivo que se mantienen a lo largo del proceso participativo de diferentes maneras. Por medio de este diálogo se examina críticamente las insatisfacciones, los conflictos, los procedimientos de acción adoptados, las responsabilidades de los actores involucrados y los logros obtenidos, llegándose a otros niveles de construcción sobre la participación (7).

Asimismo, en las diferentes sesiones educativas, el compartir aprendizajes e ir reflexionando en la teoría - práctica - teoría, conjuntamente con la familia ha dado lugar a un mayor avance en la aplicación de la investigación, «mejorando las viviendas de las familias» lo que contribuyó a la continuidad y sostenibilidad de actividades como la correcta limpieza de la vivienda, adecuado aseo personal y ambiente social agradable. La educación, tanto la formal como la informal, es condición necesaria para alcanzar un nivel de bienestar colectivo y de desarrollo humano (Ministerio de Educación 2004). La educación facilita construir consensos básicos y posibilita la integración social; constituye un factor de reducción de desigualdades y sirve de sustento para la construcción de caminos de progreso y de crecimiento del bienestar con equidad (8).

Las familias objeto de estudio, a pesar de contar con bajos recursos económicos han logrado mejorar el saneamiento, limpieza de su vivienda e higiene personal, demostrado por prácticas saludables, indicador de modificación de comportamientos, resultado de la participación activa, dedicación y perseverancia de cada uno de los integrantes de la familia en las diferentes actividades ejecutadas; sin embargo, se afirma que en general, las personas que tienen mayores ingresos viven

más tiempo y gozan de una mejor salud que las personas de bajos ingresos. Esta relación persiste, independientemente del sexo, la cultura o la raza, aunque las causas de la enfermedad y la muerte pueden variar. Parece ser que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud (9).

El mapa parlante es una herramienta que facilita el diagnóstico de necesidades y problemas en el trabajo con familias, ayudando a identificar los factores relevantes en la vivienda, que favorecen u obstaculizan la situación de su salud. Trabajando con la ventana del presente y las proyecciones y expectativas de los miembros de la familia se construye la ventana del futuro, para el mejoramiento de la vivienda. También la ficha «caritas» por su impacto de acuerdo al color que se identificó, favoreció el diagnóstico de la situación del saneamiento básico de la vivienda y el seguimiento de las actividades programadas en el plan de trabajo, permitiendo evaluar los resultados alcanzados en las viviendas de las familias de estudio.

Para las sesiones educativas se debe tener en cuenta la disposición de tiempo de los participantes, respetar el horario concertado con ellos y ser puntuales. Estas deben orientarse a las necesidades e intereses de los participantes, debiéndose preparar material didáctico complementado con ayudas visuales: dibujos, esquemas, figuras, tarjetas, laminarios, rotafolios y otros.

Las sesiones educativas o talleres participativos permitieron recoger los saberes previos e ir construyendo el nuevo conocimiento y poner en práctica en el hogar lo aprendido, logrando así el empoderamiento de las familias en la solución de sus problemas y necesidades de la salud modificando ciertos hábitos y prácticas para una vida saludable.

La investigación Acción-participativa, integra los conocimientos de los investigadores y de los integrantes de la familia que viven la experiencia y el mayor impacto se da cuando se tiene presente el enfoque de género incluyendo al padre, considerando además que la mujer cumple un papel importante en esta tarea de promoción de la salud, por el mayor acercamiento a sus hijos y la permanencia en casa y por que además tiene una visión amplia de las necesidades del hogar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección General de Promoción de la Salud; Ministerio de Salud. Programa de familia y vivienda saludable. Documento de trabajo. Lima (Perú): Ministerio de Salud; 2004.
2. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales; Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima: INEI; 2001.
3. Caritas Huancavelica. Vivienda rural saludable – Huancavelica 2000-2004: Sistematización de una experiencia participativa de mejoramiento de la calidad de vida de la población pobre. Lima: USAID; 2005.
4. Bru P, Basagoiti M. La Investigación-acción participativa como metodología de mediación e integración socio-comunitaria. Revista Comunidad [serie en internet]. 2003 [citado 2008 Oct 25];(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/documentos_investigacion.pdf
5. Proyecto CONSADEL; Internacionale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH. Manual de conceptos y herramientas para procesos de Desarrollo Económico Local. Lima: InWEnt; 2006.
6. Restrepo H, Málaga H. Promoción de la salud: como construir vida saludable. 1ra ed. Colombia: Editorial Médica Panamericana; 2001.
7. Sánchez E. Todos con la esperanza, continuidad de la participación comunitaria [monografía en internet]. Buenos Aires: Región Educativa 11; [citado 2008 Oct 29]. Disponible en: <http://www.region11.edu.ar/documentos/participacion.pdf>
8. Ramos M, Choque R. La educación como determinante social de la salud en el Perú. Cuadernos de Promoción de la Salud N.º17 Lima: OPS; 2007.
9. Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales en el Perú. Cuadernos de Promoción de la Salud N.º17 Lima: MINSA, Wiener, OPS; 2005

Correspondencia

Insolina Díaz Rivadeneira
Facultad Ciencias de la Salud
Universidad Nacional de Cajamarca - Sede Jaén
Correo electrónico: insolina2603@yahoo.es

Forma de citar este artículo: Díaz I, Vega E, Abanto M, Figueroa J. Investigación - acción: promoviendo viviendas saludables en el sector de Montegrande – Jaén. Rev enferm Herediana. 2008;1(2):104-110.

Fecha de recepción: 22 de julio

Fecha de aceptación: 11 de noviembre