

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LA ADOPCIÓN DE  
CONDUCTAS SALUDABLES DE SANEAMIENTO BÁSICO EN LA  
COMUNIDAD DE PESQUERÍA - ARAPA, 2012.

**TESIS**

PRESENTADA POR:

**RAQUEL JESSICA QUISPE CONDORI.**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PUNO – PERÚ

2014

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LA ADOPCIÓN DE  
CONDUCTAS SALUDABLES DE SANEAMIENTO BÁSICO EN LA  
COMUNIDAD DE PESQUERÍA - ARAPA, 2012.**

**TESIS**

Presentada a la Coordinación de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, como requisito para optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO REVISOR:

PRESIDENTA:

  
Dra. NELLY MARTHA ROCHA ZAPANA.

PRIMER MIEMBRO:

  
Mg. LUZ MARINA CABALLERO APAZA.

SEGUNDO MIEMBRO:

  
Lic. JULIA BELZARIO GUTIERREZ.

DIRECTORA:

  
Dra. HAYDEE CELIA PINEDA CHAINA.

ASESORA:

  
M. Sc. ELSA GABRIELA MAQUERA BERNEDO.

**ÁREA : Salud comunitaria**

**TEMA : Saneamiento intradomiciliario**

## DEDICATORIA

A Dios, a San Martín de Tours y a ese ángel que se encuentra en el cielo por iluminarme en cada momento.

Con inmenso amor y agradecimiento a mis padres Desiderio y Victorina, quienes con muchísimo sacrificio y trabajo, apoyaron, orientaron y encaminaron mi formación profesional.

A mi hermanita Guadalupe por existir, a Vladimir por estar a mi lado, a mis amigas Milagros, Jecira, Silvia y Yurico con quienes compartí los años de mi formación profesional y a todas aquellas personas que me apoyaron para realizarme como Enfermera.

Raquel J. Q. C.

## AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Altiplano, por darme la oportunidad de una formación profesional.

A la Facultad de Enfermería, por la enseñanza abnegada que imparte la plana de docentes, en la formación de profesionales al servicio de la sociedad.

Con profundo reconocimiento a los miembros del Jurado Revisor: Presidente Dra. Nelly Martha, Rocha Zapana, Primer miembro: M.Sc. Luz Marina, Caballero Apaza, Segundo miembro: Lic. Julia, Belizario Gutierrez, por sus aportes en la culminación del presente trabajo de investigación.

Con mucho cariño, aprecio y respeto a la Dra. Haydee Celia, Pineda Chaiña y M.Sc. Elsa Gabriela, Maquera Bernedo, por su dirección y asesoría, por las constantes orientaciones, apoyo moral y emocional, durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.

A las familias de la comunidad de Pesquería, Arapa, Azángaro – Puno, por permitirme ingresar a sus hogares para recolectar datos, durante la etapa de ejecución de la presente investigación.

Al personal administrativo, por su valioso apoyo, colaboración y consecución de los trámites administrativos durante este proceso.

Raquel J. Q. C.

## INDICE

RESUMEN.....	3
SUMMARY.....	4
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA: .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA: .....</b>	<b>10</b>
<b>1.3. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO:.....</b>	<b>10</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....</b>	<b>11</b>
III HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN. ....	26
IV VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	27
V OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN: .....	29
VII RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	38
VIII CONCLUSIONES.....	50
IX RECOMENDACIONES.....	51
X REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA. ....	52
XI. ANEXOS. ....	58

## RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar los factores que se relacionan con la adopción de conductas saludables de saneamiento básico en la comunidad de Pesquería - Arapa, 2012; el tipo de estudio fue descriptivo con diseño correlacional; la muestra estuvo conformada por 23 familias beneficiarias del programa JUNTOS que viven en la comunidad de Pesquería. Para la obtención de datos se utilizaron las técnicas de observación directa, entrevista y encuesta, como instrumentos la guía de observación directa, guía de entrevista y cuestionario respectivamente. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 78.3% de familias no son saludables y el 21.7% saludables, las familias no saludables (78.3%), predominan en el manejo de agua segura y residuos sólidos ambos con 82.6%, seguido del manejo de letrinas con 69.6%, en cuanto a las familias saludables (21.7%), predomina el manejo de letrinas con el 30.4%, seguido del manejo de agua segura y residuos sólidos con 17.4% ambos. Respecto a las familias no saludables (78.3%), predominan las siguientes características en los factores internos: conocimiento regular sobre el manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos (47.8%), no disponen de tiempo para temas de salud (47.8%), los jefes de familia son adultos (65.2%) y tienen grado de instrucción primaria (56.5%), y en el factor externo el ingreso económico, es menor a S/. 750 (78.3%). En las familias saludables (21.7%), tienen como factores internos predominantes: al conocimiento bueno (21.7%), disponen de tiempo para temas de salud (17.4%), son adultos (17.4%), con grado de instrucción secundaria (17.4%) y en el factor externo su ingreso económico es menor a S/. 750 (21.7%).

Según la prueba estadística Fisher, todos los factores internos tienen relación directa con las conductas saludables, los más destacados son: nivel de conocimiento, disposición de tiempo, grado de instrucción, significando que a mayor nivel menor la adopción de conductas saludables.

**Palabras claves:** Conductas saludables, Factores Externos, Factores internos, Saneamiento básico.

## SUMMARY

The present study was realized by the aim to determine the factors that are related to the adoption of healthy conducts of basic reparation in the community of Fishery, Arapa 2012; the type of study was descriptive with linked design; the sample was shaped by 23 families of the "JUNTOS" program that live in the community of Fishery. To obtain the information were used the technologies of direct observation, interview and survey, as instruments the guide of direct observation, guide of interview and questionnaire respectively. The obtained results were the following ones: 78.3 % of families are not healthy and 21.7 % are healthy, the not healthy families (78.3 %), predominates in the managing of sure water and solid residues over both with 82.6 %, followed by the managing lavatory with 69.6 %, as for the healthy families (21.7 %), to predominate over the managing lavatory with 30.4 %, followed by the managing of sure water and solid residues with 17.4 % both. With regard to the not healthy families (78.3 %), they predominate over the following characteristics in the internal factors: regular knowledge on the managing of sure water, lavatories and solid residues (47.8 %), they have not time for topics of health (47.8 %), the family chiefs are adult (65.2 %) and have primary instruction (56.5 %), and in the external factor the economic revenue, is minor than S/. 750 (78.3 %). In the healthy families (21.7 %), they have as internal predominant factors: the good knowledge (21.7 %), they have time for topics of health (17.4 %), the family chief are adult (17.4 %), with secondary instruction (17.4 %) and in the external factor their economic revenue is minor than S/. 750 (21.7 %). According to the "Fisher", statistics test all the internal factors have direct relation with the healthy conducts, the most out-standing are: level of knowledge, disposition of time, degree of instruction, meaning that to major level, major is the adoption of healthy conducts.

**Key words:** healthy Conducts, External Factors, internal Factors, basic sanitation.

## I. INTRODUCCIÓN.

### 1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA:

El saneamiento básico se ocupa de realizar intervenciones para reducir la exposición de la población a enfermedades mediante la provisión de un ambiente limpio donde vivir y de las medidas para interrumpir el ciclo de la enfermedad; generalmente, incluye la disposición o manejo higiénico de excrementos humanos y animales, manejo sanitario de los residuos sólidos, conocidos como basura, fuentes y sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano, control de enfermedades transmitidas por vectores y provisión de instalaciones para la higiene personal y de la vivienda.<sup>1</sup>

En la actualidad, el deficiente saneamiento básico sigue siendo un problema por resolver; según la OMS, la mitad de personas del mundo (2600 millones) en desarrollo carecen hasta de una letrina sencilla “mejorada”, 1100 millones de personas carecen de acceso a cualquier tipo de fuente mejorada de agua de bebida y alrededor de 1.200 millones practican la defecación al aire libre. Aproximadamente 1,6 millones de personas, en su mayoría niños menores de 5 años, mueren cada año debido a enfermedades relacionadas con el agua y el saneamiento.<sup>2</sup>

En el 2008 en América Latina y el Caribe, se encontró que a pesar del progreso en la cobertura a fuentes mejoradas de agua de consumo (grifos o caños públicos, pozos entubados o pozos-sondeo, pozos excavados protegidos, manantiales protegidos o captación de agua de lluvia.), 40 millones de personas (7%) no poseen acceso a fuentes de agua mejoradas. También más de 117 millones de personas no utilizan instalaciones mejoradas de saneamiento (una red de alcantarillado, una fosa séptica, una letrina de pozo, letrina de pozo mejorada con ventilación, letrina de pozo con losa, inodoro para elaboración de compost); de estas 36 millones aun practican la defecación al aire libre; las heces humanas se desechan en campos, bosques, arbustos, cuerpos de agua abiertos, o se desechan con los residuos sólidos.<sup>3</sup>

En el Perú los pobladores de las comunidades rurales generalmente viven de la ganadería y agricultura, en tierras poco productivas con procesos de desertificación y

sin servicios básicos o con un inadecuado mantenimiento de estas.<sup>4</sup> La baja cobertura de saneamiento, especialmente en el área rural, es un indicador de que existen todavía más de un millón de familias que no tienen servicios de saneamiento básico.<sup>5</sup> Algunas familias carecen por completo de agua corriente y dependen de pozos bajos, arroyos naturales, ríos y hasta hay quienes sólo cuentan con agua de lluvia acumulada; la mayoría de las letrinas están al aire libre y cada casa tiene una como promedio, la recolección y eliminación organizadas de basura resultan esporádicas, la mayoría de las familias descargan sus desperdicios cerca de sus letrinas y después los echan en barrancos o a la orilla del río.<sup>6</sup>

Ante esta realidad y en el marco del Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, la Dirección General de Promoción de la Salud, presenta las acciones para el desarrollo de la Promoción de higiene y ambiente saludable, buscando mejorar la calidad de vida de las poblaciones en sus diferentes etapas de vida, familia y comunidad, establece programas, así como el Programa de Familias y Viviendas Saludables que considera la intervención en la familia y su entorno inmediato que es la vivienda (Saneamiento básico y organización),<sup>7</sup> fomentando que las familias participen voluntariamente, donde el personal de salud se constituye en facilitador de la adopción de los estilos de vida saludable<sup>8</sup>. Este programa se implementa desde el año 2004 en el Perú y hasta la fecha existe escasa información sobre los avances, sin embargo algunas sistematizaciones muestran que: En Pasco, el 69.9% ya cuentan con agua segura en la vivienda, el 7.7% eliminan los residuos sólidos en microrelleno sanitario, el 18.2% elimina las excretas en letrinas, el 44.5% de las madres realizan el lavado de manos en momentos adecuados.<sup>9</sup>

Esta misma intención con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas en situación de pobreza, se crea el programa JUNTOS, que desde el año 2005 viene entregando en forma directa a las familias en situación de pobreza y extrema pobreza, incentivos monetarios condicionados al cumplimiento de compromisos que asumen las madres representantes de las familias en relación a la salud, vivienda y educación.

A pesar de ello en el Perú, las coberturas de saneamiento básico aún son insuficientes. El acceso al abastecimiento de agua a domicilio ha tenido un incremento muy reducido en estos últimos años. Desde 1997 hasta 2001 el servicio de agua a

domicilio se incrementó en solo 6 puntos porcentuales (de 54 a 60%). Según el XI Censo de Población y VI de Vivienda del 2007, solo el 54.8% de familias cuentan con abastecimiento de agua en domicilio, el 21.8% cuenta con letrinas.<sup>10</sup> En el distrito de San Andrés, en Pisco (Perú), más del 28% de los niños sufren diarreas y enfermedades de la piel en muchos casos porque no tienen acceso a agua potable ni alcantarillado, los servicios higiénicos de que disponen son precarios y, además, en su vivienda y en la comunidad no se llevan a cabo las prácticas de higiene adecuadas.<sup>11</sup> El principal desafío que enfrenta el Sector Salud es la superación de las diversas brechas, que se refleja en las condiciones de salud de los diferentes grupos de población, así como en el acceso de los mismos a la atención sanitaria. Sin embargo, en las mejoras de las condiciones de salud de la población influyen positiva o negativamente los factores como: económicos, políticos, sociales, étnicos y de género que prevalecen en el país.<sup>7</sup>

El Censo del 2007 en el departamento de Puno, revela que el 25.1% de familias cuentan con agua potable dentro de la vivienda, el 11,7% fuera de la vivienda pero dentro de la edificación, sin embargo, la mayor cantidad de viviendas poseen pozo para el abastecimiento de agua (31,8%), el 22,5% se abastecen de río, acequia, manantial o similar; así también 19,7% de las viviendas disponen de desagüe dentro de la vivienda, el 7,5% tiene desagüe fuera de la vivienda pero dentro la edificación, el 29,2% disponen de pozo ciego o negro/letrina, el 4,4% utilizan el río, acequia o canal como servicio higiénico y las viviendas que no tienen este servicio representan el 35,3%, cifra que constituye la mayor proporción del total departamental.

Según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática; de Puno-Perú (INEI-2004) la ciudad de Puno tiene cerca de 19, 000 hogares de acuerdo a la encuesta sobre las características socioeconómicas y reciclaje de residuos realizado en 390 hogares de la ciudad de Puno, se encuentra que el 23% participan en el reciclaje de algún material de residuos sólidos, y el 77% no recicla ni participa en el reciclaje de algún material de residuos sólidos. Así mismo, cabe señalar que solo el 54% de los hogares conocen sobre beneficios del reciclaje, y 46% de los hogares no conocen.<sup>12</sup>

En la Provincia de Azángaro de un total de 37 761 viviendas el 12.4% cuentan con agua potable dentro de la vivienda, 11% fuera de la vivienda pero dentro de la edificación, el 2% de viviendas cuentan con un pilón de uso público, 42.8% viviendas

se abastecen de un pozo y 25.3% viviendas se abastecen de río, acequia, manantial o similar. De la misma manera el 6.5% de viviendas cuentan con desagüe dentro de la vivienda, 6.3% fuera de la vivienda pero dentro de la edificación, 5.4% cuentan con pozo séptico, 47.9% utilizan pozo ciego o negro / letrina, 4.6% eliminan las excretas en el río, acequia o canal y 29.3% no cuentan con servicio higiénico.<sup>13</sup>

En el Distrito de Arapa de la Provincia de Azángaro, según el censo nacional del 2007, de 2,240 viviendas de la población rural 1.8% cuentan con agua potable dentro de la vivienda, 7.3% tienen el pilón de uso público, 50% tienen pozo, 33.8% se abastecen de río, acequia, manantial o similar, 4.5% lo adquieren del vecino; mientras que 2.1% usan pozo séptico como servicio higiénico, 58.5% disponen de pozo ciego o negro / letrina, 8.4% eliminan las excretas en el río, acequia o canal y 30.9% no tienen servicios higiénicos.<sup>13</sup>

Además de estos datos se ha podido constatar que las familias residentes en la Comunidad de Pesquería – Arapa, no cuentan con servicios de saneamiento básico en su totalidad, estas familias en su mayoría no almacenan adecuadamente el agua, lo hacen en baldes sin tapa, cerca de los animales y en el piso, además cuentan con letrinas construidas inadecuadamente sin puertas, ni tachos para los papeles; aun cuando separan los residuos orgánicos de los inorgánicos, lo hacen en recipientes sin tapa y disponen finalmente la basura en fosas comunes, todas estas conductas contribuyen con la contaminación y deterioro del medio ambiente y la salud de la persona, a pesar de la intervención del programa JUNTOS y de la educación brindada por el personal profesional de los establecimientos de salud. Esto puede atribuir a algunos factores como es el caso del conocimiento sobre el manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos, poca disposición de tiempo para conocer temas de salud, edad y grado de instrucción del jefe del hogar e ingreso económico familiar, etc.

## **ANTECEDENTES:**

### **A NIVEL INTERNACIONAL:**

En un estudio realizado en el 2010 en Riobamba - Colombia sobre La implementación de Proyecto Vivienda saludable que se aplicó a las familias de la comunidad Las Peñas de la Provincia de Manabí en el universo de 90 familias, mediante

el método observacional y aplicando una encuesta se evaluó características socio demográficas, condiciones, conocimientos y prácticas higiénicas sanitarias. Se obtuvo lo siguiente: que sufren de infecciones respiratorias agudas el 40%; presentan el tipo de vivienda caña el 44%; cuentan con letrinización adecuada el 53%; disponen de abastecimiento de agua entubada el 75%; el 84% de basura es incinerada; realizan la higiene personal el 70%; realizan la higiene de la vivienda el 50%; manejan los agroquímicos el 40%.<sup>14</sup>

En una Investigación denominada promoviendo viviendas saludables en el sector de Montegrando, Jaén, donde 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, se obtuvo que 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.<sup>15</sup>

Por otro lado en un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, titulado: Factores que influyen en la calidad del agua potable en el municipio de San Cristóbal, cuyo objetivo consiste en determinar los factores que influyen en la contaminación bacteriológica del agua potable en el municipio de San Cristóbal durante el mes de enero 2001. Se tomó 45 muestras de agua en diferentes puntos de abastecimiento de dicha provincia, encontrándose que 34 muestras estaban no aptas para el consumo humano y 11 eran aptas para dicho consumo, lo que arroja una tasa de no potabilidad de un 75.5%, además que diversos factores de riesgo estuvieron presentes en la contaminación de las aguas consumidas por los habitantes de este municipio, dentro de los cuales cabe destacar una inadecuada falta de abastecimiento de las aguas, una inadecuada disposición de excreta, un bajo nivel socioeconómico, un bajo nivel de escolaridad, una baja calidad en el sistema de distribución, una baja calidad de potabilización y una inadecuada práctica de higiene por parte de estos municipios.<sup>16</sup>

En otro estudio denominado: Hábitos saludables de los trabajadores de una institución hospitalaria pública de alta complejidad en Bogotá, tiene como objetivo evaluar niveles de práctica de hábitos saludables y aproximarse a la comprensión de sus

determinantes, en trabajadores de un hospital público de alta complejidad de Bogotá D.C, se aplicó una encuesta de diseño propio a 367 trabajadores, indica que el 61.3 % de trabajadores encuestados corresponde a personas adultas y mayoritariamente a mujeres de las cuales la mayoría de las mujeres que participaron en la investigación (152) se ubican entre los 26 y 40 años de edad, similar a lo que ocurre entre los hombres, de los cuales 73 se encontraban en este mismo rango de edad, el resulta también muestra que globalmente hay un nivel más bajo de desarrollo de los hábitos saludables en la población menor de 25 años, el cual mejora y se mantiene en las etapas posteriores; Igualmente es notorio el hecho de que la variabilidad en la práctica de hábitos saludables resulta menor a medida que aumenta la edad. Es importante señalar que estos niveles de práctica también se modifican con la edad según la categoría (seguridad, participación, consumo e higiene), y que dicha variación resulta significativa cuando se trata de seguridad, siendo notorio las bajas prácticas de seguridad a edades tempranas, particularmente en disposición de recursos, temas ambientales y de espacio público.<sup>17</sup>

#### ANTECEDENTES NACIONALES:

En un estudio elaborado por: Generaciones de Capacidades en Salud y Ambiente Pasco-Perú, en Abril del 2008 realizado en todas las familias que por lo menos tengan un niño menor de 5 años en 26 centros poblados, agrupados en 7 distritos de la provincia de Pasco. Se obtuvo que el 69.9% cuentan con agua segura en la vivienda, que el 7.7% eliminan los residuos sólidos en microrelleno sanitario y el 69.9% en sanitario municipal, el 18.2% elimina las excretas en letrinas y el 55.5% en desagüe, el 1.9% cuentan con cocina mejorada, el 44.5% de las madres realizan el lavado de manos en momentos adecuados y el 49.5% los niños.<sup>9</sup>

Así mismo en un estudio de diagnóstico situacional de las viviendas y hábitos saludables en la comunidad campesina Santa Cruz de Pichiu Ancash-Perú, realizado en Mayo del 2009, se encontró que de las familias que se lavan las manos por lo menos una vez al día (80%), el 48% lo hacen en tres momentos importantes (Antes de comer, para cocinar y después de ir al baño), el 21% lo hacen antes de comer y después de ir al baño y el 22% solo lo hacen antes de consumir alimentos. Generalmente el lavado de manos lo hacen sin jabón. Otro factor es el consumo de agua hervida que no es permanente, así como la falta de un ambiente cerrado para el aseo personal.<sup>18</sup>

En un estudio de investigación de tipo epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, cuyo objetivo fue determinar el diagnóstico del saneamiento básico en el distrito de Imperial, provincia de Cañete, en el periodo comprendido entre junio 2005 y junio 2006, cuyos resultados se expresaron mediante la matriz PEIR (Presión, Estado, Impacto, Resultado). En cuanto a la disposición de agua para el consumo se obtuvo lo siguiente: Estado; La localidad cuenta, en el año 2006, con 34.699 habitantes, un total de 5.600 conexiones de agua potable que representan una cobertura del servicio de agua potable del 80%. Presión; todavía se dispone de pozos de agua para el almacenamiento de agua o recipientes para la reserva con la respectiva responsabilidad de dar mantenimiento. Impacto; la ingestión de aguas contaminadas, alimentos preparados o lavados con aguas sucias o contacto con aguas contaminadas en las sequías o en actividades recreativas son las principales vías de exposición que conllevan problemas de salud asociados a la contaminación del agua. También cabe señalar una alta incidencia de enfermedades parasitarias y dérmicas. Respuesta; En cuanto al seguimiento de las condiciones del agua dispuesta para el consumo humano en el 2005, se halló que pertenecían a tanques cisternas contaminadas; constituyendo un punto crítico. En cuanto a la disposición de excretas se obtuvo: Estado; el 78% de la población dispone del servicio de alcantarillado. Presión; la población que no tiene acceso al sistema de agua y alcantarillado debe utilizar pozos sépticos, letrinas, defecar al aire libre o evacuar directamente al río. Impacto; el informe anual del año 2005 de la Unidad de Saneamiento Ambiental del MINSA reportó que de las 26 comunidades que existen en la jurisdicción de Imperial sólo la cobertura alcanzó al 46%. Respuesta; el organismo regulador es la Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento (SUNASS), fomenta la participación privada mediante el régimen de concesiones, lo cual se ha planificado en Cañete pero todavía como un proyecto a largo plazo para lo que sería el tratamiento de aguas residuales. En cuanto a la disposición de residuos sólidos se obtuvo: Estado; en Cañete se calcula 15 toneladas/día, aproximadamente un 10% de esta basura no es recolectada por el sistema formal y se observa en los 3 puntos críticos del distrito, quemándose en las calles de la periferia o es segregada para el reciclaje. Presión; el relleno municipal quedó inconcluso en la gestión municipal, por lo tanto, ahora el distrito solo cuenta con un botadero formal, existe un botadero informal que está ubicado en Cerro Gallo. Impacto; las prácticas inadecuadas de manejo y tratamiento de residuos sólidos domésticos pueden causar enfermedades infecciosas. Por lo general, afectan a tres grupos de personas: las

personas que no cuentan con servicio de recolección de basura en las comunidades más alejadas o urbanas marginales, los manipuladores informales de residuos sólidos y los consumidores de alimentos contaminados por vectores. Respuesta; las municipalidades manejan los recursos económicos que ingresan a través de los arbitrios municipales por el concepto de limpieza pública, pero históricamente se sabe de la morosidad que afrontan las comunas ediles con el déficit en las recaudaciones. Esta situación genera la limitación para la compra y mantenimiento de medios de transporte para eliminar los residuos sólidos.<sup>19</sup>

Por otro lado en un estudio denominado: Relación familia y escuela: un estudio comparativo en la ruralidad, de tipo descriptivo-comparativo sobre la temática, en dos escuelas rurales de la Región de Valparaíso. Para obtener información requerida se aplicaron entrevistas a las madres, a los profesores/as y a una muestra de niños/as que cursaban de 1º a 6º básico.

Los principales resultados indican que madres no sólo van a la escuela a las reuniones sino también van a la escuela para hablar con los profesores y profesoras y con el director (30% y 35%), para hacer el aseo de las salas (27% y 3%), para organizar actividades (21% y 29%) o para participar en cualquiera de las actividades mencionadas (5% y 6%) y sólo el 12% y 16% van cuando las citan, la percepción de los profesores y profesoras es, empero, diferente ya que un alto porcentaje de éstos señala que la familia le da poca importancia a la escuela. Esta falta de acuerdo, se observó también en relación con la motivación de la familia en la escuela, ya que no participa en sus actividades.<sup>20</sup>

En un trabajo de investigación titulado “Análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas que en los habitantes de la comunidad el Ángel, cantón el Majahual, departamento de la libertad, condicionan el uso y mantenimiento de la letrina solar prototipo IV, durante el período de enero a junio de 2010” El estudio aplicado fue de tipo descriptivo, la población y estuvo constituida por las 23 familias de la comunidad El Ángel, Cantón El Majahual, departamento de La Libertad, que cuentan con letrina solar prototipo IV y la muestra estuvo constituida por 17 familias debido a que ese fue el número de viviendas que se encontraron habitadas. Los resultados encontrados fueron; que el 41% de los entrevistados ha completado el bachillerato, lo que podría indicar un mejor nivel de comprensión y análisis; pero un 47% ha completado

únicamente educación básica o primaria, lo que indica un nivel mucho más bajo de análisis. Esto plantea niveles de comprensión muy distintos y a pesar de que las personas entrevistadas poseen ocupaciones u oficios bastante similares, podría significar un problemas durante las capacitaciones o charlas sobre uso y mantenimiento de las letrinas, en especial si la entidad encargada de ello no emplea un material educativo que garantice la comprensión tanto de las personas que solamente saben leer y escribir, dado que se presume que las personas que al haber completado el bachillerato pueden asimilar mejor sus contenidos.<sup>21</sup>

#### ANTECEDENTES LOCALES:

En un proyecto de inversión pública denominado “Mejoramiento y Ampliación de la gestión Integral de residuos sólidos municipales en la Localidad de Potoni y en el Centro Poblado Carlos Gutiérrez Distrito de Potoni – provincia de Azángaro - Región Puno, 2009”, encuestándose a los encargados o dueños de las viviendas de la zona. La muestra encuestada fue de 96 viviendas, de las cuales 42 viviendas fueron de la capital del distrito de Potoni y 54 viviendas del centro poblado Carlos Gutiérrez, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados: De 41 viviendas encuestadas el 93% de viviendas cuentan con el servicio de energía eléctrica y el 7% de viviendas no cuentan con el servicio, el 95% de las viviendas encuestadas cuentan con el servicio de agua y el 5% de viviendas no cuentan con el servicio de agua, el 61% de las viviendas tiene el servicio de desagüe y el 39% de las viviendas no cuentan con el servicio de desagüe, el 54% de viviendas almacenan sus residuos en bolsas de plástico, el 24% de viviendas utilizan costales, el 12% utilizan cajas de cartón, el 7% utilizan cilindros de metal y por último el 2% utilizan recipientes de plásticos rígidos, el 66% lleva su basura al botadero más cercano que encuentran en el distrito, el 17% de la población lo queman y lo entierran, el 12 % de la población no opina no sabe lo que hace con su basura y 100% de la población y las viviendas encuestadas no reciben el servicio de recolección.<sup>22</sup>

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

### **1.2.1. General:**

¿Cuáles son los factores que se relacionan con la adopción de conductas saludables de saneamiento básico en la comunidad de Pesquería - Arapa, 2012?

### **1.2.2. Específicos:**

- ¿Cuáles son las conductas adoptadas en saneamiento básico, de sus componentes: Agua segura, Manejo de letrinas, Manejo de residuos sólidos, en las familias de la comunidad de Pesquería - Arapa, 2012?
- ¿Cuál es la relación entre los factores y la adopción de conductas saludables de saneamiento básico en la comunidad de Pesquería - Arapa, 2012?

## **1.3. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO:**

Siendo prioridad el saneamiento básico en la agenda de los problemas de salud del país y de la región, aún existen pocos estudios, lo que hace novedosa la investigación.

Los resultados de esta investigación constituyen un aporte al conocimiento, ya que teniendo como resultado a los factores que se relacionan con la adopción de conductas saludables son: el deficiente conocimiento (manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos), la no disposición de tiempo para temas de salud, la edad adulto mayor, el analfabetismo y el bajo ingreso económico, servirán al profesional de enfermería especialista en promoción de la salud responsable del programa familias y viviendas saludables, para que puedan elaborar paquetes de intervención, en el manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos, los cuales son componentes importantes de saneamiento básico, mejorando así la adopción de conductas saludables, así mismo disminuyendo la contaminación y deterioro del medio ambiente y conservando la salud.

También será fuente de información de futuras investigaciones de mayor complejidad y en diferentes ámbitos.

## II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.

### 2.1. BASES TEÓRICAS:

#### 2.1.1. FACTORES QUE RELACIONAN CON LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS SALUDABLES DE SANEAMIENTO BÁSICO:

Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios.<sup>23</sup>

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea. El resultado conductual esperado, está determinado por el compromiso hacia un plan de acción, el cual puede desviarse por las demandas y preferencias contrarias inmediatas en cada persona, que actúan como barreras para la acción, entendidas éstas como bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales de la adopción de una conducta determinada, dentro de estas barreras se reconocen entre otros: edad, género, cultura, clase o nivel socioeconómico, estados emocionales, autoestima, grado de urbanización.

Los estilos de vida saludables llevan a la adopción de una conducta de la promoción de la salud, ya que aunque se promueva en las personas una cultura de promoción de la salud, en algunas ocasiones, éstas no tienen las oportunidades económicas, sociales y educativas necesarias para llevar a cabo esta conducta.

El conocimiento se constituye como factor interno de la persona, y las condiciones para lograr calidad de vida corresponden al medio externo a ella. Los factores personales se consideran como los aspectos internos, los cuales dependen directamente de la persona y determinan el autocuidado. Los factores externos o ambientales son considerados como aquellos aspectos relacionados con el entorno en el que se desarrolla la persona que hacen posible o no su autocuidado, sin embargo, no dependen de ella exclusivamente, como lo son: lo cultural, lo político, el medio ambiente, lo económico, lo familiar y lo social. De esta manera, es fácil comprender la razón por la cual entre las

personas se presentan normalmente conflictos frente a sus prácticas de autocuidado, lo cual se manifiesta claramente cuando éstas, a pesar de tener conocimientos sobre estilos de vida saludables, desarrollan comportamientos de riesgo, movidas por los múltiples determinantes de la conducta.<sup>24</sup> A continuación se describen los factores internos y externos.

## **A. FACTORES INTERNOS (PERSONALES) QUE SE RELACIONAN CON LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS SALUDABLES:**

### **a. El Conocimiento:**

Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, puesto que permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay diversos factores internos y externos que también intervienen.<sup>25</sup>

El conocimiento es todo lo que se adquiere mediante nuestra interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona; es la “actividad por medio de la cual adquirimos la certeza de que existe una realidad; de que el mundo circundante existe y está dotado de características que no ponemos en duda”.

### **b. Disposición de tiempo para temas de salud:**

La disposición de tiempo, entre otros, es uno de los más importantes factores que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen, el tiempo de ocio y descanso, entre otros, así como la disposición de tiempo para el tema de salud. La vida de las personas y por tanto la sociedad se desarrolla en un marco temporal, de ahí que los análisis del tiempo desempeñen un papel importante en los estudios sociales por lo que decide y define la vida de las personas sin importar sexo, etnia, o país. Esta característica le asigna al tiempo una gran importancia como parte de cada ser humano. El empleo del tiempo se entiende como una categoría que

expresa el tiempo que dispone cada individuo, cada grupo y cada sociedad. Es el marco temporal de las actividades que la población realiza en la vida diaria, las cuales se distribuyen según un orden y una estructura que revelan el estado de desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales e inclusive de su priorización, es así que el tema de salud para todo ciudadano tiene un ordenamiento de su prioridad que en muchos de ellos no es a primera. La vida diaria se estructura según una rutina que puede variar con el sexo, la edad, la ocupación, el nivel educacional, el grado de compromiso sociopolítico y los intereses de cada persona. El estudio del uso del tiempo precisa y evidencia científicamente su organización y estructura para cada persona, grupos fundamentales de población y a escala de toda la sociedad.<sup>26</sup>

Por otro lado el tema de salud es promocionada por el personal de salud, practicando muchas metodologías, en muchos casos a través de sesiones educativas (es una técnica que se utiliza en la enseñanza o educación de personas), entonces decimos que una sesión educativa puede durar entre 45 minutos y 1 hora,<sup>27</sup> para no producir cansancio o la pérdida de motivación de los participantes.<sup>28</sup>

### **c. Edad:**

Particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida, en el presente proyecto se consideraran tres etapas de vida<sup>24</sup>: la juventud que comprende de los 18 a 29 años, es cuando concluye el crecimiento físico del ser humano y alcanza cierta madurez emocional, es la época en que la persona se prepara para insertarse en el mundo laboral mediante estudios específicos, a través del trabajo, el joven busca su realización personal, independencia económica e inserción en el medio social adulto, por tanto son más sensibles a la adopción de nuevas y positivas conductas de salud; la adultez<sup>29</sup> abarca entre los 30 a 59 años, esta etapa está asignada por una serie de cambios físicos, en las mujeres es la época de la menopausia, los hombres también ingresan al climaterio, en esta etapa y sobre todo a finales de esta, se hace un tanto difícil la adopción de conductas de salud; la etapa del adulto mayor comprende a partir de los 60 años a mas, aproximadamente, comienza una edad marcada por el desgaste progresivo de los distintos sistemas

corporales y es casi imposible la modificación de sus conductas ya que se aferran más a sus culturas y tradiciones.<sup>30</sup>

El desarrollo y, en general, la vida del ser humano se desenvuelve a través de sucesivas etapas que tienen características muy especiales. Cada una de ellas se funde gradualmente en la etapa siguiente. Sin embargo, no hay un acuerdo unánime para determinar cuántas y cuáles son esas etapas. Tampoco se puede decir cuándo comienza exactamente y cuándo termina cada etapa, por eso se dice que cada ser humano tiene su propio ritmo de desarrollo:

En la juventud, la persona es más reflexiva y más analítica, es la mejor época para el aprendizaje intelectual, porque el pensamiento ha logrado frenar cada vez más los excesos de la fantasía y es capaz de dirigirse más objetivamente a la realidad, se tiene ideas e iniciativas propias, pero no deja de ser un idealista; sus ideales comienzan a clarificarse, de ahí nace el deseo de comprometerse, empiezan a tener jerarquía en la que predomina la justicia y es capaz de distinguir lo prioritario y lo urgente, nace el concepto del bien y del mal.

En la adultez, la persona normalmente alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico, su personalidad y su carácter se presentan relativamente firmes y seguros, capaces de una conducta eficaz en su desempeño en la vida, hay otros de una personalidad no tan firme ni segura; se denomina adultos maduros a los que controlan adecuadamente su vida emocional, lo que le permite afrontar los problemas con mayor serenidad y seguridad que en las etapas anteriores, es capaz de reconocer y valorar sus propias posibilidades y limitaciones, esto lo hace sentirse con capacidad para realizar unas cosas e incapaz para otras.

El adulto mayor se caracteriza por una creciente disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez, ocasiona en la mayoría una sensible y progresiva baja de las cualidades de su actividad mental, la declinación biológica se manifiesta por una creciente disminución de las capacidades sensoriales y motrices y de la fuerza física, se va perdiendo el interés por las cosas de la vida, y viviendo cada vez más en función del pasado, el mismo que evoca constantemente, ya que el presente y el futuro le ofrecen

pocas perspectivas, por eso es predominantemente conservador y opuesto a los cambios, pues así se siente seguro.<sup>31</sup>

#### **d. El grado de instrucción:**

Leer y escribir son actividades complejas que nos sirven para complementar nuestro medio de comunicación oral, pero que no están al alcance de todos.<sup>32</sup> Así pues, el analfabetismo se describe como la incapacidad de leer y escribir, también es la desconfianza que hay entre los escritos o las letras que están combinadas con las palabras que genera la falta de aprendizaje bajo desarrollo de la comunidad; una de las mayores causas del analfabetismo son las graves problemas que no se analizan y causan bajas muestras sociales, económicas, políticas y culturales en cada uno de los sectores donde las persona convive, por ello la gran mayoría de los habitantes de pueblos, ciudades o países se someten a una situación de pobreza y miseria, otra de estas causas son el poco número de escuelas y profesores en las zonas rurales, la familia como eje de cada persona influye mucho en la motivación que se les da a los hijos para ir a la escuela. El analfabetismo hoy en día aparte de ser un problema escolar ahora se está eterizando en la crisis económica y social.<sup>33</sup>

Mientras que la educación primaria es la que asegura la correcta alfabetización, es decir, que enseña a leer, escribir, cálculo básico y algunos de los conceptos culturales considerados imprescindibles.<sup>34</sup> La educación secundaria logra en los estudiante un desarrollo integral de sus capacidades, valores éticos y actitudes para alcanzar su autorrealización en una sociedad pluricultural, solidaria y democrática, donde se valoran los desempeños productivos e innovadores, la cultura de la calidad y los emprendimientos, en concordancia con las necesidades y potencialidades locales, regionales y nacionales para el desarrollo sostenible.<sup>35</sup>

Existen diferencias en las conductas seguidas en función del grado de instrucción académica. Personas con mayor grado de instrucción muestran más autocontrol. En bajos niveles de formación nos encontraremos con conductas frecuentes de inseguridad, desconcierto, actitudes de hacinamiento y menor cooperativismo.<sup>36</sup>

## **B. FACTOR EXTERNO (AMBIENTAL) QUE SE RELACIONA CON LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS SALUDABLES:**

### **a. Ingreso económico mensual:**

Es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas para el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.<sup>24</sup> La pobreza y la mala salud están interrelacionadas, los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas.<sup>37</sup> Además en el Perú el salario mínimo se denomina Remuneración Mínima que actualmente equivale a S/. 750 nuevos soles mensuales. Dicha remuneración es fijada por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, el cual regula su variación en función a diferentes variables económicas.<sup>38</sup>

### **2.1.2. ADOPCIÓN DE CONDUCTAS SALUDABLES EN SANEAMIENTO BÁSICO:**

La adopción de un cambio de conducta requiere de los individuos un alto sentido de autoeficacia, de que ellos pueden realmente desempeñar el cambio de conducta deseado, no importa las circunstancias o barreras que puedan dificultar la adopción del cambio e implementarlo. A menos que la gente crea que puede ejercer algún tipo de control sobre la conducta de salud, tendrían poca iniciativa para actuar o perseverar de cara a las circunstancias.<sup>39</sup>

La conducta está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.<sup>40</sup> Por otro lado dentro de la Psicología, la conducta está constituida por las acciones o manifestaciones humanas, tanto externas como internas, en relación con el

medio, es decir, el contexto social, cultural, etc., en el que se desarrolla la vida de una persona.<sup>41</sup> Las conductas de salud son conductas en las que toma parte un individuo, cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad. Estas incluyen un amplio abanico de conductas, desde dejar de fumar, perder peso, hacer ejercicio hasta comer adecuadamente. El concepto de conducta de salud contempla esfuerzos en reducir los patógenos conductuales y practicar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales.<sup>42</sup>

El modelo transteorético de cambio de conducta, propone que las personas hacen los cambios de conducta en etapas y que ellos se mueven en forma secuencial a través de estadios mientras experimentan diferentes procesos de cambio y estos son aquellas actividades y eventos que conducen a conductas exitosas en el cambio, estos son: El primer estadio de cambio es el de precontemplación, que es el estadio en el cuál no hay intención para el cambio de conducta o deseo de adoptar un estilo de vida activo, un segundo estadio es el de contemplación, en el cuál la persona piensa en la posibilidad de llevar una vida saludable, se dice que si la persona interioriza las estrategias anteriores estaría en el tercer estadio que es el de preparación, estaría decidiendo, preparándose o comenzando a realizar pequeños cambios, este es un punto crítico en los estadios de cambio, el cual requiere de un aumento o eliminación de las barreras que impiden que la persona siga cambiando, el cuarto estadio es el de acción que es cuando el individuo modifica su conducta, experiencias y ambiente para iniciar nuevas conductas, el periodo de inicio y los seis meses se consideran críticos, ya que es en este momento cuando la persona es más propensa a abandonar las nuevas conductas, el ultimo estadio de este modelo es la de mantenimiento, que es cuando el individuo ya lleva más de seis meses con los cambios de conducta.<sup>43</sup>

La promoción de la salud se constituye como una estrategia encaminada a desarrollar procesos y actividades individuales o grupales con el fin de modificar conductas y/o comportamientos de riesgo y adoptar estilos de vida saludables. El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias,

ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, que influye de forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud.<sup>24</sup>

#### **Saneamiento Básico:**

El saneamiento básico se ocupa de realizar intervenciones para reducir la exposición de la población a enfermedades mediante la provisión de un ambiente limpio donde vivir y de las medidas para interrumpir el ciclo de la enfermedad. Generalmente incluye la disposición o manejo higiénico de excrementos humanos y animales, basura y aguas residuales, control de enfermedades transmitidas por vectores y provisión de instalaciones para la higiene personal y de la vivienda.<sup>1</sup>

También es el mejoramiento y la preservación de las condiciones sanitarias óptimas de: Fuentes y sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano, disposición sanitaria de excretas y orina, ya sean en letrinas o sistemas con arrastre hidráulico, manejo sanitario de los residuos sólidos, conocidos como basura, control de la fauna nociva, como ratas, cucarachas, pulgas, etc., mejoramiento de las condiciones sanitarias y limpieza de la vivienda.<sup>44</sup> La Estrategia de Saneamiento Básico permite conocer las alternativas más comunes para la identificación y solución de los problemas de saneamiento en las comunidades rurales de difícil acceso, ya que esto condiciona un manejo inadecuado de agua y alimento y una disposición incorrecta de los residuos sólidos y excretas.<sup>45</sup>

**Vivienda saludable:**

Es aquel espacio físico que propicia condiciones satisfactorias para la persona y la familia, reduciendo al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico, social y técnico,<sup>46</sup> donde también transcurren la mayor parte de su vida; este espacio, por sus características y especificaciones, brinda condiciones para prácticas saludables de sus moradores, previniendo o reduciendo los riesgos que generan problemas de salud.<sup>2</sup>

Por otro lado la vivienda saludable incluye no sólo la casa, sino el entorno físico y social, la familia y la comunidad, cumple con la función de brindar seguridad y protección hay cuatro elementos relevantes a considerar en una vivienda sana: Calidad del agua en la vivienda, manejo de los residuos sólidos, higiene en la vivienda y control de vectores, el ambiente familiar en la vivienda

Según la OMS una vivienda saludable es un espacio de residencia que promueve la salud y se caracteriza por: tenencia segura, ubicación segura, estructura adecuada y espacios suficientes, servicios básicos de buena calidad, muebles, utensilios domésticos y bienes de consumo seguros, entorno adecuado, hábitos de comportamiento saludables.<sup>1</sup>

Una vivienda saludable es también aquel espacio físico que propicia condiciones satisfactorias de habitabilidad para la familia, una vivienda saludable tiene cuatro componentes básicos: el tipo de material de la vivienda, educación sanitaria contemplando el buen uso del agua y el saneamiento, el ordenamiento de espacios y la seguridad del hogar.<sup>2</sup>

**COMPONENTES DE UNA VIVIENDA SALUDABLE:**

Los componentes de una vivienda saludable que se incluirán en esta investigación, conforman a su vez las conductas saludables de saneamiento básico en la familia, así tenemos lo siguiente:

**AGUA SEGURA:**

El agua tiene una estrecha relación con la vida humana por su utilidad directa y por ser un elemento esencial para la conservación del ecosistema, es también un agente básico de la salud o enfermedad, especialmente cuando el agua que consumimos no es segura o de buena calidad.

Contar con agua segura en nuestra vivienda, es un derecho pero al mismo tiempo una responsabilidad, usarla adecuadamente para que no se contamine ni se desperdicie.

El agua segura es aquella que no contiene organismos, materia orgánica, minerales y sustancias nocivas para la salud, por lo tanto considerada apta para beber. El agua segura tiene que ser limpia, sin color y sin olor.

**Almacenamiento Seguro del Agua en el Hogar:**

El almacenamiento y manipulación del agua se realiza en condiciones sanitarias, es decir que los tanques o depósitos de almacenamiento se encuentren bien limpios interna y externamente, se laven con frecuencia y se encuentren tapados o con tapa.

El agua para beber y cocinar se debe mantener en recipientes tapados y elevados del piso. Si se utilizan depósitos de plástico, éstos deben ser de color claro o transparente con tapa y ubicados sobre una mesa o plataforma a 60 cm del suelo. Debe evitarse el uso de depósitos de color y principalmente aquellos que fueron utilizados para guardar sustancias químicas ya que pueden emitir estas sustancias que contaminen el agua y dañen nuestra salud.<sup>47</sup>

Almacenar el agua en la casa en un lugar fresco, bien lejos de gasolina, querosén y productos químicos agrícolas. Si se usan diferentes recipientes para transportar y guardar el agua, asegurarse de que el agua se vierta de un recipiente al otro. Seguir las mismas reglas; verter el agua del recipiente de almacenamiento a un vaso apropiado para beber. Si el recipiente de almacenamiento es demasiado pesado de alzar, usar un cucharón limpio para transferir el agua.<sup>48</sup>

Por lo general el agua es almacenada en barriles, cubetas o recipientes plásticos. Éstos no siempre tienen tapas para cubrirlos y protegerlos, lo que implica que el agua se contamina por el polvo, los mosquitos y las moscas.

Las personas usan jarras o tazas para introducir en los recipientes y buscar agua. A menudo muchas personas diferentes usan la misma taza y sus manos entran en contacto con el agua cuando lo hacen. Dado que las personas generalmente no se lavan las manos, esto puede propagar gérmenes al agua. A menudo la misma tasa es utilizada tanto para obtener agua como para beberla y es reutilizada sin ser lavada. De esta manera se transmiten gérmenes.<sup>2</sup> Pues si el envase no está limpio, con tapa o en un lugar inadecuado, puede sufrir contaminación. Para ello se dan las siguientes recomendaciones:

El depósito debe ubicarse en la cocina alejado de sustancias como kerosene, gasolina, insecticidas o plaguicidas, porque los combustibles y las plaguicidas son sustancias contaminantes que no necesariamente venenosas, pero ser tóxicos para los humanos, inclusive para los animales.<sup>49</sup>

Ubicar el recipiente en un lugar oscuro y los más frío posible, porque: reducirá la multiplicación de microbios dañinos pero no eliminará completamente su proliferación.<sup>50</sup>

Colocar el depósito de agua sobre una mesa o base de unos 30 o 60 centímetros de altura, no al ras del piso, porque puede contaminarse con polvo.

Utilizar un bidón de boca angosta, porque los recipientes de boquilla angosta menos de 10 centímetros son útiles para evitar que la gente meta utensilios o las manos en el agua<sup>51</sup> de esa manera se evita el ingreso de gérmenes, insectos u otras sustancias que contaminan el agua y dañan la salud al ser consumidas.

Utilizar un balde de preferencia con caño incorporado, porque hace eficiente y fácil el mantenimiento de la calidad de agua para consumo humano.<sup>52</sup>

### **MANEJO DE LETRINAS:**

Las excretas llamadas también heces o materias fecales, son el resultado de la transformación de los alimentos consumidos por las personas y los animales. En las excretas hay microbios, parásitos, y huevos de parásitos que causan enfermedades muy graves que pueden causar la muerte.

### **Manejo y Disposición de las Excretas:**

Corremos el riesgo de contraer enfermedades, cuando el agua o los alimentos que consumimos están contaminados con excrementos y cuando no nos lavamos las manos después de ir al sanitario (baño).

Cuando se defeca al aire libre, la lluvia puede arrastrar las heces contaminando las fuentes de agua y los cultivos.

Si consumimos esta agua o los productos agrícolas contaminados contraeremos enfermedades.

Las excretas contaminan el agua, el suelo, el aire y nos ponen en peligro de enfermar, además ocasionan molestias como malos olores, producen mal aspecto y deterioro del paisaje.

La disposición inadecuada de las excretas propicia la proliferación de vectores como moscas, cucarachas que se alimentan de las excretas y son generadoras de enfermedades. Cuando éstos pisan las excretas llevan en sus patas y en sus cuerpos los microbios, parásitos y huevos que luego dejan sobre los alimentos.

Si estamos descalzos y pisamos el suelo contaminado con heces, por nuestros pies también pueden entrar los parásitos que nos causan enfermedades.

Uno de los sistemas de evacuación de excretas más utilizado es:

**La letrina seca ventilada.-** Esta letrina es la más común, se trata simplemente de un hoyo cubierto por una plancha de concreto o madera sobre la cual se coloca una taza sanitaria y además se conecta un tubo de ventilación para la extracción de los gases, la letrina debe ser ubicada fuera de la vivienda y no más de 5 mts de ella, la caseta puede ser fabricada con materiales locales (ladrillo, adobe u otro material prefabricado), un espacio dentro de la vivienda de preferencia en la huerta, y que no sea muy alejado para ser usado por toda la familia, el terreno debe ser seco y libre de inundaciones, si la zona es baja debe estar alejada de algún pozo de agua para consumo y debe tener 15 metros de distancia entre la letrina y cualquier fuente de abastecimiento de agua para no contaminar el agua para el consumo<sup>53</sup>. Además se recomienda lo siguiente:

La caseta debe tener puerta y permanecer cerrada, porque de esa manera se evita el ingreso de los animales domésticos.

La letrina de hoyo seco debe disponer de un tubo de ventilación provisto de una malla en el extremo superior porque así se evita el ingreso de roedores y otros animales.

Se debe mantener limpios los pisos, paredes y alrededores, porque las moscas son atraídas generalmente por el mal olor que puede presentar la letrina, cuando no está bien limpia.

El material de la limpieza anal se debe colocar en un depósito con tapa, porque esos materiales se constituyen como contaminante para el medio ambiente.<sup>54</sup>

La taza de la letrina debe tener tapa, porque así se evita que no entren ratas ni moscas, para evitar accidentes y malos olores.<sup>2</sup>

#### **MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS:**

Los residuos sólidos son objetos, sustancias o elementos sólidos que sobran después de realizar actividades, algunos de los cuales pueden recuperarse y darle un nuevo uso.

Todos sabemos que el manejo inadecuado de los residuos sólidos es una de las principales causas de la contaminación de nuestras ciudades, pueblos y barrios, deteriora el paisaje y pone en riesgo la salud de las personas.

La contaminación ambiental por la basura puede ser causa de muchas enfermedades: cuando bebemos o nos bañamos en agua contaminada o respiramos aire poco limpio, nos exponemos a infecciones a la piel, a los ojos, a infecciones intestinales y enfermedades respiratorias.

Los residuos pueden ser orgánicos e inorgánicos. También hay residuos peligrosos como los envases de plaguicidas, los medicamentos vencidos, las pilas o elementos utilizados por personas con enfermedades contagiosas como la hepatitis, el SIDA o la tuberculosis tales como gasas, curitas o venditas y jeringas. Estos elementos requieren un manejo separado y deben estar fuera del alcance de los niños.

**Residuos orgánicos.-** Son aquellos que se descomponen fácilmente en el ambiente por lo tanto son fuente importante para la proliferación de moscas, alimento de roedores y hábitat de cucarachas, que nos generan contaminación y enfermedad. Dentro de los residuos orgánicos se encuentran las cáscaras, los desperdicios de comida, las hojas de los árboles.

**Residuos inorgánicos.-** Son aquellos que no se descomponen fácilmente y requieren de muchísimos años para su degradación natural. Algunos materiales inorgánicos como tarros, latas, botellas de plástico, ollas viejas, vasos y llantas, mal almacenados pueden convertirse en criaderos de mosquitos que transmiten el dengue y otras enfermedades.

**Almacenamiento de los Residuos Sólidos.-** Los residuos domiciliarios se deben almacenar en bolsas plásticas negras resistentes o en recipientes durables, de fácil limpieza y que tengan tapa de tal forma que impida el ingreso de moscas, cucarachas, roedores y el acceso de animales domésticos. Los lugares deben ser limpios y secos.

**Tratamiento y Disposición de los Residuos Sólidos.-** Si no existe un servicio de recolección municipal se debe disponer los residuos en un foso o hueco seco y tapar muy bien la superficie con una capa de ceniza y tierra de por lo menos 30 cm de espesor. De esta manera evitamos que los animales domésticos pongan la basura al descubierto.

El enterramiento de la basura se puede hacer en un hueco grande tipo silo, en el cual todos los días se cubre la basura con un poco de tierra.

**Aprovechamiento.-** Se aprovechan los residuos sólidos de la siguiente manera: Reciclando los envases, las botellas y las latas. Se pueden juntarlas y venderlas a pequeños compradores o a grandes fábricas recicladoras, movilizándonos para tener un relleno sanitario manual en la comunidad (lugar donde disponer de forma sanitaria la basura), en caso de tener residuos que no se pueden reciclar, será necesario enterrar la basura, nunca quemarla ni dejarla al aire libre, produciendo compost para mejorar el entorno de la vivienda; el compost es un producto que se obtiene de la descomposición de la basura orgánica, que puede ser muy útil para abonar nuestras tierras, jardines y plantas. Para prepararlo, se siguen los siguientes pasos:

Separar con cuidado la basura orgánica de la inorgánica y tóxica.

Excavar un hueco de 80 X 80 cm o disponer de un contenedor de similar volumen.

Echar la basura orgánica a ese hueco con un poco de cal o ceniza.

Una vez por semana, rociar agua para humedecerlos (o cada vez que los residuos estén secos) Después de tres meses, se obtiene el compost, un útil abono que hará crecer mejor sus plantas.

Recomendaciones para el manejo de los residuos sólidos:

Mantener los recipientes que contienen los residuos, tapados y en un lugar alejado de los animales, porque esto evita el ingreso de moscas, cucarachas, roedores y el acceso de animales domésticos.

Separar los orgánicos de los inorgánicos que son posibles de volver a usar o reciclar, porque en la vivienda se producen distintas clases de residuos sólidos, si se clasifican se pueden aprovechar mejor.

Disponer los residuos en un foso o hueco seco y tapar muy bien la superficie con una capa de ceniza y tierra de por lo menos 30 cm de espesor, porque de esta manera evitamos que los animales domésticos pongan la basura al descubierto.

Producir compost con la basura orgánica, porque sirve como abono para la chacra y además se puede mejorar el entorno de la vivienda.

Reciclar los envases, las botellas y las latas, porque se pueden juntar y vender a pequeños compradores o a grandes fábricas recicladoras.<sup>2</sup>

### III HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

#### 3.1 HIPÓTESIS GENERAL:

El conocimiento (sobre el manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos), disposición de tiempo, edad, grado de instrucción e ingreso económico, se relacionan con la adopción de conductas saludables de saneamiento básico en la comunidad de Pesquería – Arapa, 2012.

#### 3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

- El conocimiento deficiente sobre el manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos, se relaciona con la adopción de conductas de saneamiento básico en la comunidad de Pesquería – Arapa, 2012.
- La poca disposición de tiempo para temas de salud, se relaciona con la adopción de conductas de saneamiento básico en la comunidad de Pesquería – Arapa, 2012.
- La edad adulto mayor, se relaciona con la adopción de conductas de saneamiento básico en la comunidad de Pesquería – Arapa, 2012.
- El menor nivel de grado de instrucción, se relaciona con la adopción de conductas de saneamiento básico en la comunidad de Pesquería – Arapa, 2012.
- El bajo ingreso económico, se relaciona con la adopción de conductas de saneamiento básico en la comunidad de Pesquería – Arapa, 2012.





## V OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

### 5.1 Objetivo General:

- Determinar los factores que se relacionan con la adopción de conductas saludables de saneamiento básico en la comunidad de Pesquería-Arapa, 2012.

### 5.2 Objetivos Específicos:

- Identificar la adopción de conductas en saneamiento básico de sus componentes: Agua segura, Manejo de letrinas, Manejo de residuos sólidos en las familias de la comunidad de Pesquería-Arapa, 2012.
- Identificar los factores internos conocimiento (sobre el manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos), disposición de tiempo para temas de salud, edad, grado de instrucción: y externo ingreso económico mensual, que se relacionan con la adopción de conductas saludables en las familias de la comunidad de Pesquería-Arapa, 2012.

## 6 DISEÑO METODOLÓGICO.

### 6.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

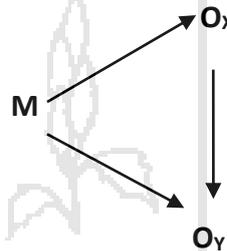
#### 6.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Tomando en cuenta el problema y los objetivos planteados el presente trabajo de investigación pertenece a un estudio de tipo DESCRIPTIVO, porque permite describir el comportamiento de cada variable.

#### 6.1.2 Diseño de Investigación:

Para el estudio se utilizó el diseño CORRELACIONAL, que permite identificar la relación de los factores internos (personales) y externo (ambiental) con la adopción de conductas saludables de saneamiento básico.

El diagrama es el siguiente:



**DONDE:**

**M:** Representa la muestra de familia

**Ox:** Información sobre los factores internos (personales) y externo (ambiental)

**Oy:** Información sobre la adopción de conductas saludables en saneamiento básico.

#### 6.2 ÁMBITO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación se realizó en la comunidad de Pesquería, distrito de Arapa se encuentra ubicado en la provincia de Azángaro departamento de Puno, en las coordenadas geográficas Latitud sur 15° 08' 10,5'' y longitud 70° 07' 0.6'', a una altitud de 3830 m.s.n.m., y está limitada por los siguientes comunidades:

por el norte: Trapiche, por el sur: Billa de Betanzos, por el este: Iscayapi y por el oeste: Apissi.

### **6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO:**

#### **6.3.1 Población y Muestra:**

La población y muestra del presente estudio estuvo constituida por las familias beneficiarias del programa JUNTOS que viven en la comunidad de Pesquería, siendo su tamaño 23 familias en su totalidad.

##### **Unidad de Análisis:**

Jefe de cada familia beneficiaria del programa JUNTOS que vive en la comunidad de Pesquería; estas familias son de tipo nuclear y extensas, las viviendas están dispersas de una familia a otra, las familias no cuentan con agua potable, desagüe ni servicio de recolección municipal, para capacitarse en temas de salud acuden al establecimiento de salud.

##### **Criterio de Inclusión:**

- Familias beneficiarias del programa JUNTOS que tengan la disponibilidad de colaborar en este estudio.

##### **Criterio de Exclusión**

- Familias beneficiarias del programa JUNTOS que no tengan la disponibilidad de colaborar en este estudio.

## 6.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

### 6.4.1 TÉCNICAS:

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de datos son la observación directa, la entrevista y la encuesta.

- **Observación Directa.-** se utilizó para evaluar la adopción de conductas saludables de saneamiento básico: manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos en la vivienda.
- **Entrevista.-** se utilizó con la finalidad de recolectar datos de filiación y los factores internos (personales) y factor externo (ambiental) que se relacionan con la adopción de conductas saludables de saneamiento básico.
- **Encuesta.-** se utilizó con la finalidad de recolectar datos sobre los conocimientos que tienen las familias sobre los temas de manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos.

### 6.4.2 INSTRUMENTOS:

#### Para el objetivo específico 1: Adopción de conductas saludables

**a. Guía de observación directa.-** Consta de 15 ítems, cinco en cada componente de saneamiento básico, cada ítem con dos alternativas de afirmación o negación en su forma abreviada (SI y NO), la observación se realizó en tres días diferentes por cada ítems, con la finalidad de certificar los resultados, porque era posible que con una visita se obtenga un resultado erróneo, con dos visitas un resultado nulo (en caso de que en la primera visita resulte negativo y en la segunda positivo, se presentaría una contrariedad), por lo tanto en una tercera visita se concluirá como sigue: (ANEXO N° 01)

Primera Visita	Segunda Visita	Tercer Visita	Resultado
SI	NO	NO	<b>NO</b>
SI	SI	NO	<b>SI</b>
SI	SI	SI	<b>SI</b>
NO	NO	NO	<b>NO</b>

### Calificación de resultados:

Se asigna SALUDABLE a la afirmación (SI) y NO SALUDABLES a la negación (NO), como son 15 ítems sumados de tres componentes (5 ítems por componente), el resultado se valorara aplicando el sistema de mayoría simple, también conocido como el First past the post (FPTP) system.<sup>55</sup>

### Para el objetivo específico 2: Factores internos y externo:

Se utilizaron dos instrumentos la guía de entrevista estructurada (ANEXO N° 02) y el cuestionario (ANEXO N° 03).

**b. Guía de entrevista estructurada.-** Esta guía consta de 5 ítems sobre los factores Internos (conocimiento, disposición de tiempo, edad, grado de instrucción) y externo (ingreso económico), con alternativas múltiples en cada ítem, en donde se podrá elegir solo una respuesta.

**Para evaluar el grado de conocimiento (sobre el manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos)**

**c. Cuestionario.-** El cuestionario consta de 15 preguntas, cinco en cada componente de saneamiento básico, cada pregunta presenta tres alternativas; una correcta y dos distractores.

### Calificación de resultados

Solo para el ítems conocimiento se califica de esta manera para obtener el resultado final de BUENOS, REGULARES Y DEFICIENTES: se asignó 1 punto a la respuesta correcta y 0 puntos a la incorrecta, la suma de los 15 ítems se interpretó de la siguiente manera: de 0 a 7 puntos se consideró DEFICIENTE, de 8 a 11 puntos se consideró REGULAR y de 12 a 15 puntos se consideró BUENO, realizándose una analogía del sistema vigesimal.<sup>56</sup>

### 6.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

#### 1º De la Coordinación:

- Se solicitó una carta de presentación de la Decanatura.
- Se presentó un Oficio al director del Centro de Salud del distrito de Arapa, para la ejecución del proyecto de investigación.
- Se coordinó con la responsable del Programa Familias y Viviendas Saludables del Centro de Salud de Arapa, con la finalidad de dar a conocer los objetivos de la investigación y solicitar apoyo para llegar al cien por ciento de las familias beneficiarias del programa JUNTOS de la comunidad de Pesquería.
- Previo a una coordinación y por única vez se hizo el recorrido a las viviendas de las familias beneficiarias del programa JUNTOS con la delegada de la comunidad.
- Así mismo durante la visita a cada familia, se les indico que en las próximas visitas no se tendrá la presencia de la delegada, así mismo no se ventilo el verdadero objetivo de estas visitas, esto para asegurar una recolección de datos más exacto.

## 2º De la Ejecución:

- Estratégicamente se consideró la confianza que ya se estableció con las familias, durante la práctica del internado comunitario, ya que se pudo ingresar a las viviendas con mayor facilidad.
- Se realizaron las visitas domiciliarias por las mañanas en promedio de 06:30 a.m. a 08:30 a.m. aprovechando que las familias a un se encontraban en sus hogares, siempre en cuando ellos disponían de su tiempo.
- En las primeras visitas a cada familia se hizo la presentación respectiva de parte de la delegada y personalmente de la ejecutora.
- Se brindó mucha amabilidad a las familias y mediante el dialogo se logró una mayor aceptación y comprensión por parte de ellos ya que ninguna familia durante todo el proceso de ejecución se negó a ser visitado.
- En la mayoría de casos se procedió a realizar primero la entrevista y luego la encuesta, pidiéndole al entrevistado(a) que se siente cómodo y sea sincero.
- El idioma que se empleó para la entrevista fue el castellano y en pocas ocasiones el quechua, en un tiempo de no mayor a 5 minutos, las respuestas se registraron debidamente conforme fueron dadas por cada jefe de familia en la hoja respectiva.
- Seguidamente en este caso solo en la primera visita, a cada familia se procedió a realizar la encuesta, antes de iniciar se preguntó a cada jefe de familia si deseaba que se les leyera las preguntas del cuestionario por la ejecutora de manera lenta para un mejor entendimiento, en su mayoría asumieron que se les lea las preguntas y alternativas para elegir una respuesta.
- Seguidamente se aplicó la observación directa pidiendo que algún integrante de la familia muestre el lugar donde almacenan el agua, donde está ubicada la letrina y donde se realizan la eliminación de residuos sólidos.
- Estratégicamente se recalcó a los integrantes de familia, que se les visitara próximamente, pero no se les especificó el día y la hora, solo para el uso de la guía de observación.
- Se realizaron pequeñas orientaciones, a las familias que en las guías de observación el resultado final de las tres visitas resulto negativo.
- Finalmente se agradeció a cada familia y en cada visita por su colaboración.

## 6.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

### Para el objetivo específico 1:

- Primeramente se sometió a una codificación de los datos recolectados.
- Luego se realizó la calificación de la guía de observación, obteniendo resultados por cada componente y resultado final por cada guía.
- Posteriormente se realizó el vaciado de datos.
- Se elaboró el cuadro N° 01 de evaluación porcentual.
- Se analizó el cuadro con los resultados obtenidos.

### Para el objetivo específico 2:

- Primeramente se sometió a una codificación de los datos recolectados.
- Luego se realizó la calificación del cuestionario y al procesamiento de la guía de entrevista.
- Posteriormente se realizó el vaciado de datos.
- Se elaboró los cuadros N° 02, 03, 04, 05, 06 para comprobar las hipótesis.
- Se analizan los cuadros con los resultados obtenidos.

### HIPÓTESIS ESTADÍSTICA:

**$H_a$ :** A mayor conocimiento, mayor adopción de conductas saludables de saneamiento básico.

**$H_o$ :** A mayor conocimiento, menor adopción de conductas saludables de saneamiento básico.

**$H_a$ :** A mayor disposición de tiempo, mayor adopción de conductas saludables de saneamiento básico.

**$H_o$ :** A mayor disposición de tiempo, menor adopción de conductas saludables de saneamiento básico.

**$H_a$ :** A mayor edad, menor la adopción de conductas saludables de saneamiento básico.

**$H_o$ :** A mayor edad, mayor la adopción de conductas saludables de saneamiento básico.

**$H_a$ :** A mayor grado de instrucción, mayor adopción de conductas saludables de saneamiento básico.

**$H_o$ :** A mayor grado de instrucción, mayor adopción de conductas saludables de saneamiento básico.

**$H_a$ :** A mayor ingreso económico, mayor adopción de conductas saludables de saneamiento básico.

**$H_o$ :** A mayor ingreso económico, mayor adopción de conductas saludables de saneamiento básico.

**NIVEL DE SIGNIFICANCIA:**

Alfa =  $\alpha$  = 0.05

**PRUEBA DE PROBABILIDAD EXACTA DE FISHER.**

Para una probabilidad exacta, usar la formula recurrente:

$$p = \frac{(A + B)! + (C + D)! + (A + C)! + (B + D)!}{N! + A! + B! + C! + D!}$$

Tabla de contingencia 2x2

	-	+	Total
Grupo I	A	B	A+B
Grupo II	C	D	C+D
Total	A+C	B+D	N

Si  $p \leq \alpha$  se rechaza  $H_o$  (Para una prueba de dos colas duplicar p).

## VII RESULTADOS Y DISCUSIÓN

## CUADRO N° 01

## ADOPCIÓN DE CONDUCTAS DE SANEAMIENTO BÁSICO, EN LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD DE PESQUERÍA - ARAPA, 2012.

Componentes de Saneamiento Básico	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Agua Segura	4	17.4	19	82.6	23	100
Manejo de Letrinas	7	30.4	16	69.6	23	100
Manejo de Residuos Sólidos	4	17.4	19	82.6	23	100
<b>PROMEDIO</b>	5	21.7	18	78.3	23	100

FUENTE: Observaciones directas realizadas a las viviendas de las familias del ámbito en estudio.

En el presente cuadro se puede observar que respecto a las familias no saludables (78.3%), predominan el manejo de agua segura y residuos sólidos ambos con 82.6%, seguido del manejo de letrinas con 69.6%, en cuanto a las familias saludables (21.7%), predomina el manejo de letrinas con el 30.4%, seguido del manejo de agua segura y residuos sólidos con 17.4% ambos.

La adopción de conductas saludables es acoger, hacer propios las acciones que conlleven a la formación de adecuadas conductas; la adopción de conductas saludables en agua segura son aquellas que permiten consumir agua que no contiene organismos patógenos, materia orgánica, minerales y sustancias nocivas para la salud, por lo tanto se considera apta para beber, mientras que la adopción de conductas no saludables sucede cuando los depósitos de almacenamiento de agua se encuentran cerca de sustancias tóxicas, ubicados en lugares iluminados, a una altura menor a 30 cm. y sin tapa o con tapa pero no tapados; la conducta saludables en el manejo de residuos sólidos incluyen la separación de la basura orgánica e inorgánica, utilizando recipientes con tapa, disponer los residuos sólidos en un foso o hueco seco y con tapa, aprovechar en fabricar compost con basura orgánica y reciclar las botellas y las latas; así mismo la conducta saludable en el manejo de letrinas consiste en: mantener la caseta con puerta y cerrada adicionándole un tubo de ventilación, mantener limpios los pisos, paredes y

alrededores, el depósito para papeles y la taza de la letrina deben tener tapa, aspectos que no están siendo considerados en la mayoría de familias objeto de estudio.

Quiñonez L. (2010), en su estudio titulado: Proyecto educativo sobre vivienda saludable dirigido a las familias de la comunidad las Peñas, Portoviejo, Provincia de Manabí - Colombia, encontró que la basura es incinerada por el 84% de familias, lo que evidencia una conducta no saludable; este resultado obtenido coincide con las conductas no saludables de las familias en el presente estudio específicamente se encontró que: el 100 % no produce compost con la basura orgánica, el 95.7% no recicla los envases, las botellas y las latas, el 87% de los tachos de basura no tienen tapa y no están ubicados en un lugar alejado de los animales domésticos, el 65.2% no disponen de dos recipientes para los residuos orgánicos e inorgánicos y el 34.8 % no dispone los residuos en un foso o hueco seco (CUADRO ANEXO N° 04).

Por otro lado Vilcapaza J. (2009), en su estudio titulado: Mejoramiento y Ampliación de la gestión Integral de residuos sólidos municipales en la Localidad de Potoni y en el Centro Poblado Carlos Gutiérrez Distrito de Potoni – provincia de Azángaro - Región Puno, encontró que el 54% de viviendas almacenan sus residuos en bolsas de plástico, el 12% utilizan cajas de cartón, el 7% utilizan cilindros de metal, el 66% lleva su basura al botadero más cercano que encuentran en el distrito, evidenciándose conductas no saludables en el manejo de residuos sólidos; así mismo en el presente estudio se encontraron conductas no saludables, en la permanencia de los recipientes de basura con tapa, en la separación de los residuos orgánicos e inorgánicos, en la disposición fosa o hueco seco, en la producción de compost con basura orgánica y en el reciclaje de los envases, botellas y latas).

Por los resultados obtenidos se afirma, que las familias no presentan conductas saludables en el manejo de agua segura, manejo de residuos sólidos, manejo de letrinas; todas estas situaciones propiciarían el desarrollo de la fauna nociva (moscos, cucarachas, ratas, moscas), que ponen en riesgo a los miembros de la familia para adquirir enfermedades gastrointestinales, además de representar un foco de infección.

## CUADRO N° 02

**FACTOR INTERNO – CONOCIMIENTO, QUE SE RELACIONA CON LA ADOPCION DE CONDUCTAS DE SANEAMIENTO BASICO EN LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD DE PESQUERÍA - ARAPA, 2012.**

CONOCIMIENTO (sobre el manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos)	ADOPCION DE CONDUCTA					
	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Bueno</b>	5	<b>21.7</b>	5	21.7	10	43.5
<b>Regular</b>	0	-	11	<b>47.8</b>	11	47.8
<b>Deficiente</b>	0	-	2	8.7	2	8.7
<b>TOTAL</b>	5	21.7	18	78.3	23	100.0

FUENTE: Cuestionarios y Guía de observación aplicadas a las familias y viviendas del ámbito de estudio.

En el presente cuadro se observa con respecto al conocimiento, que en las familias no saludables (78.3%), predomina el conocimiento regular sobre el manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos (47.8%), seguido del conocimiento bueno (21.7%) y el conocimiento deficiente (8.7%); en cuanto a las familias saludables (21.7%), en su totalidad presentan conocimiento bueno.

Según la prueba estadística Fisher los resultados son:  $p (0.000094) < \alpha (0.05)$ , indicando que existe relación entre la adopción de conductas saludables y el conocimiento (sobre el manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos).

El tener un buen conocimiento determina en gran medida la adopción de prácticas saludables, puesto que permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo frente al cuidado de su salud; un conocimiento regular no es suficiente para que la persona pueda cambiar su conducta, peor aún el conocimiento deficiente.

El conocimiento es todo lo que se adquiere mediante la interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona, según el presente estudio la mayoría de jefes de familia no tienen conocimiento sobre: la altura en la que se deposita el agua (43.5%), característica de la boca del bidón de agua (39.1%), temperatura en la que se ubica el depósito de agua (34.8%), ubicación del depósito de agua (26.1%), incorporación del caño al depósito de agua (21.7%); sobre la permanencia de la puerta cerrada de la letrina (47.8%), acondicionamiento de un tubo de ventilación y una malla en el extremo superior (34.8%), higiene de los pisos paredes y alrededores de la letrina (17.4%), uso correcto de la tapa de la letrina (8.7%), uso correcto del material de limpieza anal de la letrina (4.4%); sobre el reciclado de los botellas (39.1%), ubicación del depósito y producto de los residuos sólidos (30.4%), disposición final de los residuos sólidos (17.4%), clasificación de los residuos sólidos (4.4%) . (CUADRO ANEXO N° 06).

Por los resultados obtenidos se afirma: a pesar de que la mayoría de jefes de familia tienen conocimiento regular, muchas familias presentan comportamientos no saludables, atribuidos a la carencia de condición económica y conducta de la familia, la que generalmente menciona no tener tiempo.

## CUADRO N° 03

**FACTOR INTERNO – DISPOSICIÓN DE TIEMPO, QUE SE RELACIONA CON LA ADOPCION DE CONDUCTAS DE SANEAMIENTO BASICO EN LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD DE PESQUERÍA-ARAPA, 2012.**

DISPOSICIÓN DE TIEMPO	ADOPCION DE CONDUCTA					
	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
No Dispone	0	-	11	<b>47.8</b>	11	47.8
Dispone Mínimamente	1	4.3	5	21.7	6	26.1
Dispone	4	<b>17.4</b>	2	8.7	6	26.1
<b>TOTAL</b>	5	21.7	18	78.3	23	100.0

FUENTE: Cuestionarios y Guía de observación aplicadas a las familias y viviendas del ámbito de estudio.

En el presente cuadro se puede observar respecto a la disposición de tiempo, que en las familias no saludables (78.3%), predominan los jefes de familia que no disponen de tiempo para temas de salud (47.8%), seguido de los que disponen mínimamente (21.7%) y disponen (8.7%); de las familias saludables (21.7%), el 17.4% de jefes de familia dispone de tiempo para temas de salud, seguido del 4.3% que dispone mínimamente.

Según la prueba estadística Fisher los resultados son:  $p(0.000094) < \alpha(0.05)$ , indicando que existe relación entre la adopción de conductas y la disposición de tiempo.

La disposición de tiempo es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no, la vida diaria se estructura según una rutina que puede variar con el sexo, la edad, la ocupación, el nivel educacional, el grado de compromiso sociopolítico y los intereses de cada persona; el tema de salud es promocionada por el personal de salud, practicando muchas metodologías, por lo tanto es muy importante el tiempo que los participantes dispongan, ya que en muchos casos se realizan sesiones educativas, que tienen una duración de 45 a

60 minutos, entonces decimos que dispone de 45 minutos a mas, dispone mínimamente menos de 45 minutos y no dispone 0 minutos.

El estudio de Villarroel y Sánchez (2002), en dos escuelas rurales sus resultados reflejan que, las madres no sólo van a la escuela a las reuniones sino también van a la escuela para hablar con los profesores y profesoras y con el director (30% y 35%), para hacer el aseo de las salas (27% y 3%), para organizar actividades (21% y 29%) o para participar en cualquiera de las actividades mencionadas (5% y 6%) y sólo el 12% y 16% van cuando las citan, entonces se afirma que las madres de familia no participan de las actividades, porque no dispone de tiempo, de manera similar el presente estudio muestra que los jefes de familia no disponen de tiempo para temas de salud (47,8 %).

Los resultados obtenidos ponen en evidencia que las familias no disponen de tiempo para temas de salud, probablemente debido a que necesitan más de 45 min. para asistir a una sesión educativa completa, sumados el tiempo de recorrido desde la vivienda hacia el centro de salud, tiempo que no disponen ya que el mayor tiempo del día se encuentran fuera del hogar por motivos de trabajo en campo, que realizan con la finalidad de generar ingresos económicos.

## CUADRO N° 04

**FACTOR INTERNO – EDAD, QUE INTERVIENE EN LA ADOPCION DE CONDUCTAS DE SANEAMIENTO BASICO EN LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD DE PESQUERÍA-ARAPA, 2012.**

EDAD	ADOPCION DE CONDUCTA					
	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>18-29 años (Joven)</b>	1	4.3	0	-	1	4.3
<b>30-59 años (Adulto)</b>	4	17.4	15	65.2	19	82.6
<b>60 años a mas (Adulto Mayor)</b>	0	-	3	13.0	3	13.0
<b>TOTAL</b>	5	21.7	18	78.3	23	100.0

FUENTE: Cuestionarios y Guía de observación aplicadas a las familias y viviendas del ámbito de estudio.

En el presente cuadro se observa con respecto a la edad que, en las familias no saludables (78.3%), predominan los adultos (65.2%), seguido de los adultos mayores (13.0%); de las familias saludables (21.7%), predominan los jefes de familia adultos (17.4%) y jóvenes (4.3%).

Según la prueba estadística Fisher los resultados son:  $p(0.000188) < \alpha(0.05)$ , indicando que existe relación entre la adopción de conductas y la edad.

Se considera de mucha importancia la edad en la que se encuentra la persona, ya que en un adulto de 30-50 años de edad sobre todo en la etapa final, se hace un tanto difícil la adopción de conductas de salud, lo mismo sucede con los adultos mayores de 60 años a mas, pues es casi imposible la modificación de sus conductas ya que se aferran más a sus culturas y tradiciones, los jóvenes de 18-29 años de edad son más sensibles a la adopción de nuevas y positivas conductas de salud.

Pender (2010), retoma las características individuales como la edad, género, cultura, además de la valoración de las creencias en salud en razón a que estos últimos son determinante a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud.

García (2011), en su estudio con trabajadores de una institución hospitalaria pública de alta complejidad en Bogotá, sobre Hábitos Saludables, indica que el 61.3 % de trabajadores encuestados corresponde a personas adultas y mayoritariamente a mujeres, de las cuales la mayoría de las mujeres que participaron en la investigación (152) se ubican entre los 26 y 40 años de edad, similar a lo que ocurre entre los hombres, de los cuales 73 se encontraban en este mismo rango de edad, el resultado también muestra, el hecho de que la variabilidad en la práctica de hábitos saludables resulta menor a medida que aumenta la edad. De manera similar en el presente estudio se muestra que, el 65.2% de adultos presentan conductas no saludables de saneamiento básico.

Por los resultados obtenidos se afirma que: la vida del ser humano se desenvuelve a través de sucesivas etapas que tienen características muy especiales, (el joven es más reflexivo y más analítico, el adulto es más firme y seguro y el adulto mayor es más conservador y opuesto a los cambios), razón por la cual el adulto mayor muestra resistencia a la adopción de nuevas conductas, posiblemente por situaciones culturales.

## CUADRO N° 05

**FACTOR INTERNO - GRADO DE INSTRUCCIÓN, QUE INTERVIENE EN LA ADOPCION DE CONDUCTAS DE SANEAMIENTO BASICO EN LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD DE PESQUERÍA-ARAPA, 2012.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	ADOPCIÓN DE CONDUCTA					
	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Analfabeto</b>	0	-	3	13.0	3	13.0
<b>Primaria</b>	1	4.3	13	<b>56.5</b>	14	60.9
<b>Secundaria</b>	4	<b>17.4</b>	2	8.7	6	26.1
<b>TOTAL</b>	5	21.7	18	78.3	23	100.0

FUENTE: Cuestionarios y Guía de observación aplicadas a las familias y viviendas del ámbito de estudio.

En el presente cuadro se puede observar respecto al grado de instrucción que, en las familias no saludables (78.3%), predomina el jefe de familia con educación primaria (56.5%), seguido del analfabeto (13.0%) y la educación secundaria (8.7%); de las familias saludables (21.7), predomina la educación secundaria (17.4%), seguido de la educación primaria (4.3%).

Según la prueba estadística Fisher los resultados son:  $p(0.000094) < \alpha(0.05)$ , indicando que existe relación entre la adopción de conductas y el grado de instrucción.

El grado de instrucción que tenga la persona determina la capacidad de asimilar nuevos conocimientos, la educación primaria es la que asegura la correcta alfabetización, es decir, que enseña a leer, escribir, cálculo básico y algunos de los conceptos culturales considerados imprescindibles, por lo tanto favorece la adopción de conductas saludables, aunque no por encima de la educación secundaria donde la persona logra un desarrollo integral de sus capacidades, valores éticos y actitudes para alcanzar su autorrealización en una sociedad pluricultural, solidaria y democrática, que favorece más aun a la práctica de conductas saludables, según al conocimiento que estos adquieran.

Fidalgo, afirma que en los individuos existen diferencias en las conductas seguidas en función del grado de instrucción académica. Personas con mayor grado de instrucción muestran más autocontrol. En bajos niveles de formación nos encontraremos con conductas frecuentes de inseguridad, desconcierto, menor cooperativismo.

Gracias y Funes (2010) en un trabajo de investigación en 17 familias de la comunidad Ángel, encontraron que el 41% de los entrevistados ha completado el bachillerato, lo que podría indicar un mejor nivel de comprensión y análisis; pero un 47% ha completado únicamente educación básica o primaria, lo que indica un nivel mucho más bajo de análisis. Este estudio tiene una similitud con el presente estudio, puesto que el 56.5% de familias no saludables (78.3%) presentan educación primaria y el 17.4% de familias saludables (21.7%) presentan educación secundaria.

Los resultados obtenidos confirman que la mayoría de jefes de familia con educación primaria no son saludables, indicando que el grado de instrucción es un factor interno que determina la capacidad de adopción de conductas de saneamiento básico, puesto que a menor grado de instrucción, menor capacidad de comprensión y análisis.

## CUADRO N° 06

**FACTOR EXTERNO - INGRESO ECONOMICO, QUE INTERVIENE EN LA ADOPCION DE CONDUCTAS DE SANEAMIENTO BASICO EN LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD DE PESQUERÍA-ARAPA, 2012.**

INGRESO ECONOMICO	ADOPCIÓN DE CONDUCTA					
	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Menor a 750 S/.</b>	5	21.7	18	<b>78.3</b>	23	100.0
<b>Mayor a 750 S/.</b>	0	-	0	-	0	0.0
<b>TOTAL</b>	5	21.7	18	78.3	23	100.0

FUENTE: Cuestionarios y Guía de observación aplicadas a las familias y viviendas del ámbito de estudio.

En el presente cuadro se observa con respecto al ingreso económico que, el 78.3% de familias no saludables y el 21.7% de familias saludables cuentan con un ingreso económico menor a S/.750.

Según la prueba estadística Fisher los resultados son:  $p(0.7) > \alpha(0.05)$ , indicando que no existe relación entre la adopción de conductas e ingreso económico.

Pender (2010), considera que el nivel socio económico es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas para el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.

Campos (2012), afirma que el dinero ha sido un factor muy importante a tomar en cuenta para la educación, la pobreza es el mayor determinante individual de mala salud: las personas pobres mueren más jóvenes, sufren mayores discapacidades, están expuestas a riesgos más elevados y cuando enferman tienen menos recursos para la recuperación.

Sin embargo, según los resultados obtenidos existe un mínimo porcentaje de familias que en estas condiciones, han obtenido conductas saludables, es probable que

la participación de programas sociales como el JUNTOS o las actividades realizadas por el personal profesional de los establecimientos de salud estén influyendo en este resultado.



## VIII CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en el presente estudio permitieron llegar a las siguientes conclusiones:

### **PRIMERA:**

- Estadísticamente los factores que se relacionan con la adopción de conductas saludables son: el factor interno conocimiento (sobre el manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos), disposición de tiempo para temas de salud, edad y grado de instrucción.

### **SEGUNDA:**

- La adopción de conductas de las familias, en el manejo de agua segura y residuos sólidos es no saludable con mayor porcentaje que en el manejo de letrinas.

### **TERCERA:**

- El nivel de conocimiento deficiente, la poca disposición de tiempo para temas de salud, la edad adulto mayor, el menor nivel educativo, se relacionan con la adopción de conductas de saneamiento básico.

## **IX RECOMENDACIONES.**

### **A LA DIRESA – PUNO:**

- Fortalecer la intervención con las familias y viviendas del programa JUNTOS, de manera que se priorice el trabajo en cuanto a los factores que se relacionan con la adopción de conductas de saneamiento básico tales como: conocimiento, disposición de tiempo, edad, grado de instrucción.

### **AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:**

- Priorizar el trabajo en temas de agua segura (en cuanto a la ubicación del depósito alejado de sustancias tóxicas, en lugares oscuros y lo más frío posible, a una altura de 30 o 60 cm; en cuanto a la utilización de depósitos con tapa y de preferencia con caño incorporado o un bidón de boca angosta) y manejo de residuos sólidos (uso de recipientes para residuos orgánicos e inorgánicos, ubicación en la vivienda, la disposición de un foso seco, aprovechamiento de la basura orgánica y el reciclado de envases).
- Utilizar nuevas y creativas técnicas para que las familias tengan mayor conocimiento acerca del manejo de agua segura, letrinas y residuos sólidos, teniendo en cuenta el grado de instrucción y edad, adecuándonos a sus horarios de tiempo disponible, realizar seguimiento y monitoreo permanente.

### **A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:**

- A los bachilleres en enfermería, se sugiere continuar con investigaciones, en otros ámbitos de estudio, partiendo de los vacíos que se deja; trabajar con poblaciones de diferentes culturas, clasificando diferentes edades y grados de instrucción.
- Se sugiere tomar mucho en cuenta el hecho de que en la zona rural, el poblador siempre pondrá de pretexto a su falta de tiempo, por la situación de trabajo en campo para resolver la situación económica.

**X REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.**

1. Organización Mundial de Salud (OMS). Promoción del saneamiento 1998. Ginebra: Consejo Colaborador de Abastecimiento de agua y saneamiento. [en línea] [fecha de acceso 13 de noviembre del 2013]. Disponible en:  
<http://www.bvsde.paho.org/bvsapc/fulltext/promocion/presentacion.pdf>
2. Organización Mundial de Salud (OMS), Agua, Saneamiento y Salud. [en línea] [fecha de acceso 07 de julio del 2013]. Disponible en:  
[http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/mdg1/es/](http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/)
3. Organización Panamericana de Salud. Agua y Saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública. Washington, 2011.
4. Fundación Cruzada Patagónica. Desarrollo Rural. [en línea] [fecha de acceso 06 de octubre del 2012]. Disponible en:  
[http://www.cruzadapatagonica.org/Web\\_es/Desarrollo\\_Rural/Desarrollo\\_Rural.asp?gclid=CNX7hteM9LICFQTOOnAodzx0Azw](http://www.cruzadapatagonica.org/Web_es/Desarrollo_Rural/Desarrollo_Rural.asp?gclid=CNX7hteM9LICFQTOOnAodzx0Azw)
5. Proyecto de Saneamiento Básico de la Sierra Sur (SANBASUR). Promoviendo la higiene en la familia rural. [en línea] [fecha de acceso 05 de octubre del 2012]. Disponible en:  
[http://www.regioncusco.gob.pe/dirvivienda/attach/PUBS\\_DRVCS\\_013.pdf](http://www.regioncusco.gob.pe/dirvivienda/attach/PUBS_DRVCS_013.pdf)
6. Xinzhen L. Una Mirada a la Realidad. [en línea] [fecha de acceso 10 de noviembre del 2012]. Disponible en: <http://doc.bjreview.com/s-br/2004-06/2004.06-china-3.htm>
7. Documento Técnico. Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú. [fecha de acceso 05 de octubre del 2012]. Disponible en:  
[http://www.regioncusco.gob.pe/dirvivienda/attach/PUBS\\_DRVCS\\_013.pdf](http://www.regioncusco.gob.pe/dirvivienda/attach/PUBS_DRVCS_013.pdf)
8. Manual de Implementación. Familias y Viviendas saludables. Julio 2008;(1):9
9. Generación de Capacidades en Salud y Ambiente, Pasco - Perú. [en línea] [fecha de acceso 16 de octubre del 2012]. Disponible en:  
[gycperu.com/qsomos/clientes.htm](http://gycperu.com/qsomos/clientes.htm)
10. INEI. Censos Nacionales: XI Censo de Población y VI de Vivienda. Lima. [en línea] 2007 [fecha de acceso 16 de octubre del 2012]. Disponible en:  
<http://www.inei.gob.pe/Anexos/libro.pdf>

11. Mara B. Higiene en el Perú para Prevenir Enfermedades. [en línea] julio 2012 [fecha de acceso 16 de octubre del 2012]. Disponible en:  
<http://www.intervida.org/es/publicaciones/noticias-intervida/higiene-en-peru-para-prevenir-enfermedades>.
12. Taconi J. Manejo de los residuos sólidos en los hogares de la ciudad Puno - Perú. [en línea] septiembre 2008 [fecha de acceso 17 de octubre del 2012]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/economia/manejo-de-residuos-solidos-peru.htm>.
13. INEI - Censos Nacionales: XI de Población y VI de Vivienda. Perfil socio demográfico del Departamento de Puno. [en línea] 2007 [fecha de acceso 16 de octubre del 2012]. Disponible en:  
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0838/libro27/index.htm>
14. Quiñonez L. “Proyecto educativo sobre vivienda saludable dirigido a las familias de la comunidad las peñas. Portoviejo. Provincia de Manabí. [en línea] 2010 [fecha de acceso 16 de octubre del 2012]. Disponible en:  
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1473>
15. Rivadeneira I., Vega E., Abanto M. “Investigación - acción: promoviendo viviendas saludables Ven el sector de Montegrande, Jaén”. [en línea] [fecha de acceso 16 de octubre del 2012]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=559027&indexSearch=ID>
16. Batista X, García D, Batista J, Díaz O, Batista E. Factores que influyen en la calidad del agua potable en el municipio de San Cristóbal. RMD [en línea] 2002 Enero/Abril [fecha de acceso 22 de agosto del 2013]; 63 (1). Disponible en: <http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2002/63/01/rmd-2002-63-01-019-022.pdf>
17. García J. Hábitos saludables de los trabajadores de una institución hospitalaria pública de alta complejidad en Bogotá. [en línea] 2011 Agosto [fecha de acceso 13 de agosto del 2013]. Disponible en:  
<http://www.bdigital.unal.edu.co/4112/1/5973912011.pdf>
18. Diagnóstico situacional de las viviendas y hábitos saludables en la comunidad campesina Santa Cruz de Pichiu. [en línea] [fecha de acceso 16 de octubre del 2012]. Disponible en: <https://www.google.com.pe> . Publicado: el 5 de abril del 2010.

19. Rojas I., Ore M., Candela C., Aliaga E. Diagnóstico del Saneamiento Básico en el Distrito Imperial, 2005-2006. RPOE [online] 2007; 3 (1): 22-34 [citado 08 Julio 2013]. Disponible en:  
[http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1816-77132007000100004&lng=es&nrm=iso](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-77132007000100004&lng=es&nrm=iso). ISSN 1816-7713.
20. Villarroel G y Sánchez X. Relación familia y escuela: un estudio comparativo en la ruralidad. EPV [en línea] 2002 [fecha de acceso 12 de agosto del 2013]; (26). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-07052002000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-07052002000100007&script=sci_arttext)
21. Gracias D. y Funes N. “Análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas que en los habitantes de la comunidad el Angel, Cantón el Majahual, departamento de la Libertad, durante el período de enero a junio de 2010”. [Tesis] La Libertad: Universidad de el Salvador, Facultad de medicina, Escuela de Tecnología médica; 2010. Disponible en:  
[http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fri.ues.edu.sv%2F141%2F1%2F10136057.docx&ei=f\\_RsU6yQHla1yAT-roKICg&usq=AFQjCNEEw7Ro0IGyBiaAA51wfHkybSc5aA](http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fri.ues.edu.sv%2F141%2F1%2F10136057.docx&ei=f_RsU6yQHla1yAT-roKICg&usq=AFQjCNEEw7Ro0IGyBiaAA51wfHkybSc5aA)
22. Vilcapaza J. “Mejoramiento y Ampliación de la gestión Integral de residuos sólidos municipales en la Localidad de Potoni y en el Centro Poblado Carlos Gutiérrez Distrito de Potoni – provincia de Azángaro - Región Puno”. [en línea] [06 setiembre del 2012]. Disponible en:  
<http://www.minam.gob.pe/stem/Perfiles%20PAT%202009%20STEM%20MINAM/Perfiles%20PAT%20Diplomado%203%20-%202009/8.%20Potoni/PIP%20Potoni.pdf>
23. Bembibre C. Definición de Factores. [en línea] [06 setiembre del 2012]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/factores.php>
24. Pender N. Hacia la Promoción de la Salud [en línea] enero - junio 2010 [fecha de acceso 25 de septiembre del 2012]; 15 (1). págs. 128 – 143 Disponible: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15\(1\)\\_9.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15(1)_9.pdf)
25. Mendez E. Definición de conocimiento. [en línea] 1998 [fecha de acceso 05 de septiembre del 2013]; Disponible: <http://www.slideshare.net/dyurolf/definicion-conocimiento>

26. Lara T. Encuesta sobre el uso del tiempo. [en línea] [06 setiembre del 2012].  
Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/enfoquegenero/tiempo/eut.pdf>
27. Guía Educativa para Adultos en Promoción de la Maternidad Saludable  
“Aprendiendo Juntos.” [en línea] [06 setiembre del 2012]. Disponible en:  
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/140.pdf>
28. Rodas K. Planificación de una Sesión Educativa. [en línea] [06 setiembre del  
2012]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/KRODAST/planificacin-de-una-sesin-educativa>
29. Resolución Ministerial No 538-2009/MINSA. Artículo 1o. Lima, 14 de agosto  
del 2009.
30. Etapas De La Vida. [en línea] [06 setiembre del 2012]. Disponible en:  
<http://es.scribd.com/doc/2998688/ETAPAS-DE-LA-VIDA>
31. Polo M. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano. [en línea] 2003  
[fecha de acceso 25 de abril del 2014]; Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/docencia/psicologia\\_salud/paginas/pagina02/Tema8.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/docencia/psicologia_salud/paginas/pagina02/Tema8.html)
32. Velázquez J. La Imposibilidad de desarrollar capacidades genera desigualdad.  
[en línea] [06 setiembre del 2012]. Disponible en:  
<http://blog.pucp.edu.pe/blog/analfabetismo>
33. Hernández O., Hernandez J. Lopez S., Lopez J. Analfabetismo. [en línea] [26 de  
abril del 2014]. Disponible en:  
<http://indec2011elanalphabetismoengarcitas.blogspot.com/2011/03/el-analfabetismo-en-garcitas-1-parte.html>
34. Bailey A. Educación Primaria. [en línea] [06 setiembre del 2012]. Disponible en:  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n\\_primaria](http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n_primaria)
35. Sanchez G. La Educación Secundaria se organiza en dos ciclos. [en línea] [06  
setiembre del 2012]. Disponible en:  
[http://www.skool.com.pe/padres\\_educacion\\_secundaria.htm](http://www.skool.com.pe/padres_educacion_secundaria.htm)
36. Fidalgo M. La conducta humana ante situaciones de emergencia: análisis de  
proceso en la conducta individual. [fecha de acceso 13 de agosto del 2013 ];  
disponible en:  
[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp\\_390.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_390.pdf)

37. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. RPSP [en línea] 2002 Mayo/Junio [fecha de acceso 23 de octubre del 2012]; 5(5-6). Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000500007](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500007)
38. Salario Mínimo en el Perú. Modificado por última vez el 31 julio 2012. [en línea] [06 julio del 2013] Disponible: [http://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Salario\\_m%C3%ADnimo\\_en\\_Per%C3%BA](http://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Salario_m%C3%ADnimo_en_Per%C3%BA)
39. Ríos Hernández I. Comunicación En Salud: Conceptos Y Modelos Teóricos. ISSN. [en línea] 2010 Noviembre 15 [fecha de acceso 31 de Octubre del 2012]; 4(1). Disponible en: [http://www.perspectivasdelacomunicacion.cl/revista\\_1\\_2011/09\\_articulo\\_1\\_2011.pdf](http://www.perspectivasdelacomunicacion.cl/revista_1_2011/09_articulo_1_2011.pdf)
40. Diccionario de la Real Academia Española (RAE), Conducta. [en línea] [22 de octubre del 2012]. Disponible en: <http://definicion.de/conducta/>
41. Admin. J. Concepto de Conducta. [en línea] [06 setiembre del 2012] Disponible en: <http://sobreconceptos.com/conducta> Publicado: el 12 de Mayo del 2009.
42. Aportaciones Académicas. Las Conductas de salud y sus Determinantes. [en línea] [22 de octubre del 2012]. Disponible en: [http://www.ametep.com.mx/aportaciones\\_noviembre\\_estilosvida04.htm](http://www.ametep.com.mx/aportaciones_noviembre_estilosvida04.htm)
43. Álvarez C. Teoría Transteorética De Cambio De Conducta: Herramienta Importante En La Adopción De Estilos De Vida Activos. REDALYC [en línea] 2008 Julio [fecha de acceso 31 de octubre del 2011]; 5(1). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2370/237017527003.pdf>
44. Concepto modificado por el Equipo Técnico de Promoción de Vida Sana de la DGPS MINSA de la Organización Panamericana de la Salud. [en línea] [22 de octubre del 2012]. Disponible en: <http://www.per.ops-oms.org/cente/ceremonia-central.htm>
45. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludables 2009. Lima: Guía para el facilitador 2009. [en línea] [22 de octubre del 2012]. Disponible en: <http://www.per.ops-oms.org/cente/ceremonia-central.htm>
46. Ruiz G. Fomentando Viviendas Saludables. [en línea] [22 de octubre del 2012]. Disponible en: <http://radio.rpp.com.pe/cuidaelagua/vivienda-saludable/>

47. Tearfund International Learning Zone. Recolección y almacenamiento de agua. [en línea] [22 de octubre del 2012]. Disponible en:  
<http://tilz.tearfund.org/Espanol/Paso+a+Paso+51-60/Paso+a+Paso+51/Recolecci%C3%B3n+y+almacenamiento+de+agua.htm>  
Publicado: Martes, 23 Febrero 2010
48. Contreras Y. Conocimientos y práctica: uso del agua en el hogar. [en línea] [22 de octubre del 2012]. Disponible:  
<http://tilz.tearfund.org/Espanol/Paso+a+Paso+71-80/Paso+a+Paso+74/Conocimientos+y+pr%C3%A1ctica+uso+del+agua+en+el+hogar.htm> Publicado: 29 de Julio del 2008
49. Gilden R. Sustancias Toxicas. [en línea] [14 de octubre del 2013]. Disponible en: [http://www.pops.int/documents/guidance/beg\\_guide.pdf](http://www.pops.int/documents/guidance/beg_guide.pdf)
50. Parra N. Conozca Como Almacenar Agua en su Casa. [en línea] [22 de octubre del 2012]. Disponible en: <http://radio.rpp.com.pe/cuidaelagua/conozca-como-almacenar-agua-en-su-casa/> Publicado el: 4 de Julio del 2010.
51. Kelly A. Peligros del Almacenamiento de Agua en el Hogar. [en línea] [22 de octubre del 2012]. Disponible en:  
<http://www.agualatinoamerica.com/docs/pdf/0701Reynolds.pdf>
52. SODIS – Soluciones Simples que Salvan Vidas. Método de Agua Segura. [en línea] [22 de octubre del 2012]. Disponible en:  
<http://fundacionsodis.org/sitio/index.php/soluciones-simples/metodo-de-agua-segura/filtrado>
53. Arana P. Letrinas: Servicios Higiénicos en Zonas Rurales. [en línea] [22 de octubre del 2012]. Disponible en: <http://radio.rpp.com.pe/nutricion/letrinas-servicios-higienicos-en-zonas-rurales/> Publicado: 12 de Noviembre del 2010.
54. Pachamama Raymi La letrina y lavar las manos. [en línea] [22 de octubre del 2012]. Disponible en: <http://www.dexcel.org/pdf/Letrina.pdf>
55. Valdés L. Sistemas Electorales y de Partidos. [en línea] México [fecha de acceso 06 de abril del 2014]; Disponible en:  
[http://www.ife.org.mx/documentos/DECEYEC/sistemas\\_electorales\\_y\\_de\\_partido.htm#131](http://www.ife.org.mx/documentos/DECEYEC/sistemas_electorales_y_de_partido.htm#131)
56. Levin J. Fundamentos de la estadística en la Investigación. 2ª ed. Nueva York: McGraw-Hill, 2009.

**XI. ANEXOS.**

**ANEXO 01**

**GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EVALUAR EL MANEJO DE AGUA SEGURA, LETRINAS Y RESIDUOS SÓLIDOS EN LA VIVIENDA.**

GUIA N°:.....

**I. Datos Generales:**

- Familia:.....

**II. Componentes de saneamiento básico:**

a. Agua Segura	1 <sup>er</sup> DIA		2 <sup>do</sup> DIA		3 <sup>er</sup> DIA		CONCLUSIÓN
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
- El depósito está ubicado en la cocina alejado de sustancias como kerosene, gasolina, insecticidas o plaguicidas.							
- Ubica el recipiente en un lugar oscuro y lo más frío posible.							
- Coloca el depósito de agua sobre una mesa o base de unos 30 o 60 centímetros de altura.							
- Utiliza un bidón de boca angosta.							
- Utiliza un balde de preferencia con caño incorporado.							
<b>a. Manejo de Letrinas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>
- La caseta tiene puerta y permanece cerrada.							
- La letrina dispone de un tubo de ventilación y una malla en el extremo superior.							
- Están limpios los pisos, paredes y alrededores.							
- Existe un depósito con tapa para la eliminación del material de limpieza anal.							
- La taza de la letrina tiene tapa.							
<b>b. Manejo de Residuos Solidos</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>
- Existen dos recipientes uno para los orgánicos y el otro para los inorgánicos.							
- Los recipientes tienen tapa y están ubicados en un lugar alejado de los animales domésticos.							
- Dispone los residuos en un foso o hueco seco							
- Produce compost con la basura orgánica.							
- Recicla los envases, las botellas y las latas.							

## ANEXO 02

**GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDO AL JEFE DE FAMILIA DE LA COMUNIDAD DE PESQUERIA, PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES INTERNOS Y EXTERNO.**

Guía N°:.....

**DATOS GENERALES:**

**I. Datos Generales:**

- Apellidos y Nombres del jefe de familia:.....

**II. Factores Internos (personales) y externos (ambientales):**

<b>a. Conocimientos</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Deficiente</b>
Evaluación con el cuestionario			
<b>b. Disposición de tiempo para temas de salud</b>	<b>No Dispone (0 min.)</b>	<b>Dispone mínimamente (menos de 45 min.)</b>	<b>Dispone (de 45 min. a mas)</b>
¿Cuánto tiempo dispone para los temas de salud?			
<b>c. Edad</b>	<b>Joven (de 25 a 30 años)</b>	<b>Adulto (de 30 a 60 años)</b>	<b>Adulto Mayor (60 a 65 años)</b>
➤ ¿Qué edad tiene?			
<b>d. Grado de Instrucción</b>	<b>Analfabeto</b>	<b>Primaria</b>	<b>Secundaria</b>
➤ ¿Qué grado de Instrucción tiene?			
<b>e. Ingreso Económico mensual</b>	<b>Menor a S/. 750</b>	<b>Mayor a S/. 750</b>	
➤ ¿Cuánto es el ingreso familiar mensual?			

## ANEXO 03

### CUESTIONARIO DIRIGIDO AL JEFE DE FAMILIA DE LA COMUNIDAD DE PESQUERIA.

**Indicaciones:** Marque solo una la alternativa correcta con una (x).

**Especificaciones:** Es a disposición del participante que se lean las preguntas con sus respectivas alternativas o si el mismo prefiere leer y marcar la alternativa correcta.

#### a. Agua Segura

1. El depósito de agua debe de estar ubicado en la cocina alejado de sustancias como:

- a) Leche, Yogurt.
- b) Kerosene, gasolina, insecticidas o plaguicidas.
- c) Chicha, agua de manzana.

2. El recipiente debe estar ubicado en un lugar:

- a) Oscuro y lo más frío posible.
- b) Abierto y lo más caliente posible.
- c) Con bastante iluminación y cerca del baño.

3. El depósito de agua se coloca sobre una mesa o base de unos:

- a) 100 o 130 centímetros de altura.
- b) 60 o 80 centímetros de altura.
- c) 30 o 60 centímetros de altura.

4. Si usa un bidón debe ser:

- a) Bidón de boca ancha
- b) Bidón de boca grande
- c) Bidón de boca angosta

5. Si usa un balde debe ser de preferencia:

- a) Con caño incorporado.
- b) Con madera incorporado.
- c) Con fierro incorporado

#### b. Manejo de Letrinas

1. La caseta debe permanecer con la puerta:

- a) Abierta
- b) Cerrada.
- c) Entreabierta

2. La letrina debe disponer de un:

- a) Tubo de escape y un plástico en el extremo inferior
- b) Tubo de ventilación
- c) Tubo de ventilación y una malla en el extremo superior.

3. Los pisos, paredes y alrededores de la letrina deben permanecer:

- a) Limpios
- b) Sucios
- c) Muy sucios

4. En la letrina debe existir un depósito con tapa para la eliminación de:

- a) Restos de comida.
- b) Material de limpieza anal.
- c) Ceniza

5. La taza de la letrina debe tener:

- a) Tapa.
- b) Piedras
- c) Basura

**c. Manejo de Residuos Solidos**

1. Existen dos recipientes para la basura:

- a) Uno para los excrementos de los animales y el otro para guardar la comida.
- b) Uno para guardar las verduras y el otro para botar las comidas podridas.
- c) Uno para los orgánicos y el otro para los inorgánicos.

2. Los recipientes tienen tapa y están ubicados en un lugar alejado de:

- a) Animales domésticos.
- b) Animales salvajes.
- c) Las plantas silvestres.

3. La disposición de los residuos se realiza en un foso o hueco seco y se tapa muy bien la superficie con:

- a) Una capa de hierbas y tierra de por lo menos 30 cm de espesor.
- b) Una capa de ceniza y tierra de por lo menos 30 cm de espesor.
- c) Una capa de tierra mezclada con tierra de por lo menos 30 cm de espesor.

4. Con la basura orgánica se produce:

- a) Agua
- b) Compost
- c) Plaguicidas

5. Los envases, las botellas y las latas se:

- a) Reciclan
- b) Botan
- c) Quemán

## ANEXO 04

**RESULTADOS OBTENIDOS DE LA GUIA DE OBSERVACION, SOBRE LA ADOPCION DE CONDUCTAS SALUDABLES, POR CADA ITEM DE CADA COMPONENTE.**

COMPONENTE	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>AGUA SEGURA</b>						
El depósito está ubicado en la cocina alejado de sustancias como kerosene, gasolina, insecticidas o plaguicidas.	17	73.9	6	26.1	23	100
Ubica el recipiente en un lugar oscuro y lo más frío posible.	8	34.8	15	65.2	23	100
Coloca el depósito de agua sobre una mesa o base de unos 30 o 60 centímetros de altura.	4	17.4	19	82.6	23	100
Utiliza como depósito de agua un bidón de boca angosta.	1	4.3	22	95.7	23	100
Utiliza como depósito de agua un balde con tapa de preferencia con caño incorporado.	1	4.3	22	95.7	23	100
<b>MANEJOS DE LETRINAS</b>					-	-
La caseta tiene puerta y permanece cerrada.	8	34.8	15	65.2	23	100
La letrina dispone de un tubo de ventilación y una malla en el extremo superior.	-	-	23	100.0	23	100
Están limpios los pisos, paredes y alrededores.	18	78.3	5	21.7	23	100
Existe un depósito con tapa para la eliminación del material de limpieza anal.	6	26.1	17	73.9	23	100
La taza de la letrina tiene tapa.	5	21.7	18	78.3	23	100
<b>MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS</b>						
Existen dos recipientes uno para los orgánicos y el otro para los inorgánicos.	8	34.8	15	65.2	23	100
Los recipientes tienen tapa y están ubicados en un lugar alejado de los animales domésticos.	3	13.0	20	87.0	23	100
Dispone los residuos en un foso o hueco seco.	15	65.2	8	34.8	23	100
Produce compost con la basura orgánica.	-	-	23	100.0	23	100
Recicla los envases, botellas y latas.	1	4.3	22	95.7	23	100

**FUENTE:** Guía de observación realizadas a las viviendas del ámbito de estudio.

**ANEXO 05**

**RESULTADOS OBTENIDOS, DE LOS FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS  
POR CADA ITEM.**

<b>FACTORES</b>			
<b>FACTORES INTERNOS</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Conocimiento</b>	<b>Bueno</b>	10	43.5
	<b>Regular</b>	11	47.8
	<b>Deficiente</b>	2	8.7
	<b>SUB TOTAL</b>	23	100.0
<b>Disposición de tiempo</b>	<b>No Dispone</b>	11	47.8
	<b>Dispone Mínimamente</b>	6	26.1
	<b>Dispone</b>	6	26.1
	<b>SUB TOTAL</b>	23	100.0
<b>Edad</b>	<b>Joven</b>	1	4.3
	<b>Adulto</b>	19	82.6
	<b>Adulto Mayor</b>	3	13.0
	<b>SUB TOTAL</b>	23	100.0
<b>Grado de Instrucción</b>	<b>Analfabeto</b>	3	13.0
	<b>Primaria</b>	14	60.9
	<b>Secundaria</b>	6	26.1
	<b>SUB TOTAL</b>	23	100.0
<b>FACTORES EXTERNOS</b>		<b>N</b>	<b>N</b>
<b>Ingreso Económico</b>	<b>Menor a 750 S/.</b>	23	100.0
	<b>Mayor a 750 S/.</b>	0	0
	<b>SUB TOTAL</b>	23	100.0

**FUENTE:** Guía de entrevista aplicadas a los jefes de familia del ámbito de estudio.

## ANEXO 06

**DATOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO, SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS JEFES DE FAMILIA, POR COMPONENTE, DE LA COMUNIDAD DE PESQUERIA-ARAPA, 2012.**

Conocimientos	Correcto		Incorrecto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Agua Segura</b>	17	73,91	6	26,09	23	100
- Ubicación del depósito de agua.						
- Temperatura en la que se ubica el depósito de agua.	15	65,22	8	34,78	23	100
- Altura en la que se ubica el depósito de agua.	13	56,52	10	43,48	23	100
- Característica del depósito de agua.	14	60,87	9	39,13	23	100
- Incorporación de un accesorio adecuado al depósito de agua.	18	78,26	5	21,74	23	100
<b>Manejo de Excretas</b>	12	52,17	11	47,83	23	100
- Permanencia adecuada de la puerta de la letrina.						
- Acondicionamiento de un tubo de ventilación y una malla en el extremo superior.	15	65,22	8	34,78	23	100
- Higiene de los pisos, paredes y alrededores de la letrina.	19	82,61	4	17,39	23	100
- Uso correcto del depósito para el material de limpieza anal de la letrina.	22	95,65	1	4,35	23	100
- Uso correcto de la papa de la taza de la letrina.	21	91,30	2	8,70	23	100
<b>Manejo de Residuos Sólidos</b>	22	95,65	1	4,35	23	100
- Clasificación de los residuos sólidos.						
- Ubicación del depósito de residuos sólidos.	16	69,57	7	30,43	23	100
- Disposición final de los residuos sólidos.	19	82,61	4	17,39	23	100
- Producto de los residuos sólidos orgánicos.	16	69,57	7	30,43	23	100
- Reciclado de los envases, botellas y latas.	14	60,87	9	39,13	23	100

**FUENTE:** Cuestionarios aplicados a los jefes de familia del ámbito en estudio.

## ANEXO 07

**PRUEBA DE PROBABILIDAD EXACTA DE FISHER.**

Es una prueba alternativa a la ji cuadrado y se usa cuando las muestras son pequeñas y no se cumplen las restricciones de la ji cuadrado.

Es una técnica no paramétrica sumamente útil para analizar datos discretos (nominales u ordinales) cuando las dos muestras independientes son pequeñas.

Tabla de contingencia 2x2

	-	+	Total
Grupo I	A	B	A+B
Grupo II	C	D	C+D
Total	A+C	B+D	N

**Procedimiento:**

Paso 1. Se especifica la hipótesis nula y alterna.

Paso 2. Nivel de significancia.

Paso 3. Prueba estadística.

- a) Se distribuyen las frecuencias observadas en un cuadro de 2x2
- b) Se determina los totales marginales.
- c) Estadístico de contraste: D

Para una prueba de significación consultar la tabla I (tabla para una cola, para dos colas duplicar p)

- Usar A + B y C + D y B para ubicar el valor crítico ( $D_c$ ).

Si  $D < D_c$  los datos observados son significativos en ese nivel, se rechaza  $H_0$ .

- Si el valor de B no se encuentra en la tabla este se reemplaza por el valor de A y en lugar de C tomar D.

Para una probabilidad exacta, usar la formula recurrente

$$p = \frac{(A + B)! + (C + D)! + (A + C)! + (B + D)!}{N! + A! + B! + C! + D!}$$

Si  $p \leq \alpha$  se rechaza  $H_0$  (Para una prueba de dos colas duplicar p).

**CUADRO N° 02**

Hipótesis estadística

$H_0$ : no existe relación entre la adopción conducta y el conocimiento

$H_a$ : existe relación entre la adopción conducta y el conocimiento

Nivel de significancia  $\alpha = 0.05$

Prueba estadística

Adopción de la conducta de saneamiento básico

Conocimiento	Saludable	No saludable
Bueno	5 A	5 B
regu.def	0 C	13 D

P=0.000094

$p(0.002070) < \alpha (0.05)$

Se rechaza la hipótesis nula.

Existe relación entre la adopción de conducta y el conocimiento

Según la prueba estadística Fisher los resultados son:  $p(0.002070) < \alpha (0.05)$ , que indica que existe relación entre la adopción de conductas y el conocimiento.

**CUADRO N° 03**

Hipótesis estadística

Ho: no existe relación entre la adopción de conducta y la disposición de tiempo

Ha: existe relación entre la adopción de conducta y la disposición de tiempo

Nivel de significancia  $\alpha = 0.05$

Prueba estadística

Adopción de la conducta en saneamiento básico

Disposición de tiempo	Saludable	No saludable
No dispone	1 A	16 B
Dispone	4 C	2 D

0.000094

$p(0.000094) < \alpha(0.05)$

Se rechaza la hipótesis nula.

Existe relación entre la adopción de conducta y la disposición de tiempo.

Según la prueba estadística Fisher los resultados son:  $p(0.002070) < \alpha(0.05)$ , que indica que existe relación entre la adopción de conductas y la disposición de tiempo.

#### CUADRO N° 04

Hipótesis estadística

Ho: no existe relación entre la adopción de conducta y la Edad.

Ha: existe relación entre la adopción de conducta y la Edad.

Nivel de significancia  $\alpha = 0.05$

Prueba estadística

Adopción de la conducta saludable de saneamiento básico

Edad	Saludable	No saludable
Adulto y joven	5 A	15 B
Adulto mayor	0 C	3 D

0.000188

$$p(0.000188) < \alpha(0.05)$$

Se rechaza la hipótesis nula.

Existe relación entre la adopción de conducta y la edad.

Según la prueba estadística Fisher los resultados son:  $p(0.000188) < \alpha(0.05)$ , que indica que existe relación entre la adopción de conductas y la edad.

**CUADRO N° 05**

Hipótesis estadística

Ho: no existe relación entre la adopción de conducta y el grado de instrucción.

Ha: existe relación entre la adopción de conducta y el grado de instrucción.

Nivel de significancia  $\alpha = 0.05$

Prueba estadística

Adopción de la conducta en saneamiento básico

Grado Instrucción	Saludable	No saludable
Analfabeto y Primaria	1 A	16 B
Secundaria	4 C	2 D

0.000094

$$p(0.000094) < \alpha(0.05)$$

Se rechaza la hipótesis nula.

Existe relación entre la adopción de conducta y el grado de instrucción.

Según la prueba estadística Fisher los resultados son:  $p(0.000094) < \alpha(0.05)$ , que indica que existe relación entre la adopción de conductas y grado de instrucción.

### CUADRO N° 06

Hipótesis estadística

Ho: no existe relación entre la adopción de conducta y el ingreso económico.

Ha: existe relación entre la adopción de conducta y el ingreso económico.

Nivel de significancia  $\alpha = 0.05$

Prueba estadística

Adopción de la conducta en saneamiento básico

Ingreso Económico	Saludable	No saludable
Menor	5 A	18 B
Mayor	0 C	0 D

0.7

$$p(0.7) > \alpha(0.05)$$

Se acepta la hipótesis nula.

No existe relación entre la adopción de conducta y el ingreso económico.

Según la prueba estadística Fisher los resultados son:  $p(0.7) > \alpha(0.05)$ , indicando que no existe relación entre la adopción de conductas e ingreso económico.

ANEXO 08

IMÁGENES DE LAS VIVIENDAS EN EL MANEJO DE AGUA SEGURA



Balde con caño incorporado, ubicado a una altura de 30 – 60 cm.



Depósito de agua ubicado cerca de sustancias tóxicas (Gasolina)



Depósito de agua sin tapa



Depósito de agua con tapa, pero en lugar inadecuado



Depósito de agua con tapa, en lugar inadecuado



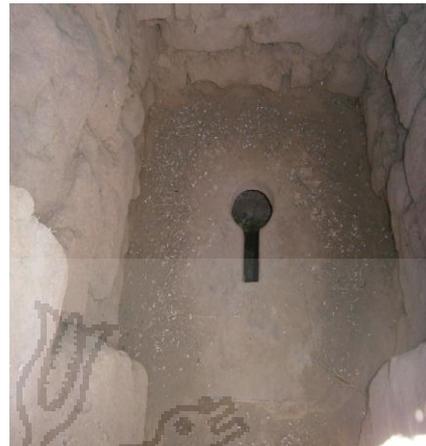
Depósito de agua, bidón de boca angosta en lugar inadecuado



**IMÁGENES DE LAS VIVIENDAS EN EL MANEJO DE LETRINAS**



**Letrina con la taza tapada**



**Letrina con la taza sin tapa**



**Letrina con puerta**



**La puerta de la letrina permanece**



**Letrina sin puerta y sin ventilador**



**Letrina con puerta permanece abierta**



Letrina sin puerta sin techo



Letrina con puerta inadecuadamente

**IMÁGENES DE LAS VIVIENDAS EN EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS**



Dos fosas para orgánico e inorgánicos



Fosa o hueco seco



Tacho de basura sin tapa



Dos recipientes de basura para inorgánicos y orgánicos



Recipiente de residuos inorgánicos

