

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE MEDICINA HUMANA

**Nivel de conocimientos y prácticas en promoción de la  
salud en una urbanización Callao-Perú, 2013**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Marco Antonio Gálvez Niño

ASESOR

Dr. Ronald Ayala Mendivil

**Lima – Perú**

**2013**



## DEDICATORIA



A mis amados padres **MARCO y NERY**, por haberme brindado todo el apoyo posible que un hijo podría desear, y por su esfuerzo y dedicación constante, los cuales me han servido de ejemplo, para poder culminar mi carrera profesional.

A mis queridas hermanas **Atenas y Grecia**, por su paciencia en cada uno de mis desvelos y porque son mi motivación para ser un mejor profesional.



## **AGRADECIMIENTOS**



Al **Dr. Ronald Ayala Mendivil**, por su invaluable apoyo en la realización de esta investigación.

Al **Dr. Álvaro Whittembury**, por sus consejos y apoyo incondicional brindado.

A las **promotoras de salud** del centro de salud Santa Fe, ya que sin ellas hubiera sido imposible la realización de esta investigación.

A cada uno de **mis amigos y compañeros**, en especial a **Milagros Dapello**, quienes me apoyaron durante todo el tiempo que me tomó realizar esta investigación



## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS</b>	vi
<b>RESUMEN</b>	1
<b>INTRODUCCIÓN</b>	3
1. Situación problemáticas	3
2. Formulación del problema	5
3. Justificación del problema	5
4. Objetivos de la investigación	6
5. Antecedentes del problema	7
6. Bases teóricas	15
<b>MÉTODOS</b>	28
1. Hipótesis	28
2. Diseño metodológico	28
3. Aspectos éticos	37
<b>RESULTADOS</b>	38
1. Características sociodemográficas	38
2. Nivel de conocimientos en promoción de la salud	43
3. Nivel de prácticas en promoción de la salud	45
4. Asociación entre el nivel de conocimientos y prácticas en promoción de la salud	47
<b>DISCUSIÓN</b>	49
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	55
1. Conclusiones	55
2. Recomendaciones	56
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	57
<b>ANEXOS</b>	65
1. Anexo A	66
2. Anexo B	67
3. Anexo C	74
4. Anexo D	77



## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

<b>TABLA N° 1:</b> Tamaño familiar y parentesco de los jefes de familia de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013	38
<b>TABLA N° 2:</b> Asociación entre el nivel de conocimientos y prácticas en promoción de la salud en las familias de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013	47
<b>TABLA N° 3:</b> Análisis de la asociación entre el nivel de conocimientos y prácticas en promoción de la salud global en las familias de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013	48
<b>GRÁFICO N° 1:</b> Distribución por edad de los jefes de familia de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013	39
<b>GRÁFICO N° 2:</b> Lugar de nacimiento de los jefes de familia de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013	40
<b>GRÁFICO N° 3:</b> Grado de instrucción de los jefes de familia de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013	41
<b>GRÁFICO N° 4:</b> Ingreso económico personal mensual de los jefes de familia de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013	42
<b>GRÁFICO N° 5:</b> Nivel de conocimientos en promoción de la salud de acuerdo a los ejes temáticos en las familias de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013	43
<b>GRÁFICO N° 6:</b> Nivel de conocimientos en promoción de la salud global en las familias de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013	44
<b>GRÁFICO N° 7:</b> Nivel de prácticas en promoción de la salud de acuerdo a los ejes temáticos en las familias de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013	45
<b>GRÁFICO N° 8:</b> Nivel de prácticas en promoción de la salud global en las familias de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013	46



## RESUMEN

**Introducción:** Desde 1946, cuando Sigerist usó por primera vez el término promoción de la salud, esta ha venido ocupando un papel preponderante en el logro de mejores condiciones de salud, realizándose múltiples reuniones mundiales para desarrollar el tema y plantear objetivos para mantener y mejorar la salud de las poblaciones; en esta perspectiva en el año 2006, el Ministerio de Salud presentó el modelo de abordaje de promoción de la salud considerando siete ejes temáticos, sin embargo, no se ha encontrado bibliografía que permita evidenciar la eficacia de este modelo de abordaje. **Objetivo:** Identificar si hay asociación entre el nivel de los conocimientos y prácticas en promoción de la salud de las familias la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013. **Materiales y métodos:** El estudio es de diseño observacional de tipo transversal, se entrevistaron un total de 100 jefes de familia, con un instrumento diseñado de acuerdo al modelo de abordaje de promoción de la salud del MINSA, obteniéndose 79 encuestas válidas para el análisis. **Resultados:** En el 64.6% de los casos el jefe de familia fue el padre y la edad promedio fue de 51 años. 24.05% de los jefes de familia tienen nivel de conocimientos mayor en promoción de la salud y 20.25% en prácticas. Se encontró asociación entre el nivel de conocimientos y prácticas en 5 de los 7 ejes temáticos. **Conclusiones:** Tener un nivel de conocimientos mayor/intermedio está asociado a tener un nivel de prácticas mayor en promoción de la salud, al igual que el ingreso económico personal mensual.

**Palabras clave:** *Promoción de la salud, conocimientos, prácticas, asociación.*





## ABSTRACT

**Introduction:** Since 1946, when Sigerist first used the word health promotion, this has occupied an important role in achieving better health, multiple global meetings have been executed to develop the theme and set objectives to maintain and improve health of populations; in this perspective in 2006, the Ministry of health introduced the model approach to health promotion based on seven themes, however, it was not found literature to assess the effectiveness of this model.

**Objective:** To identify if there is an association between the level of knowledge and practice in health promotion for families Constanzo urbanization, Callao, Peru in 2013. **Materials and methods:** The study is an observational cross-sectional design, 100 heads of households were interviewed with an instrument designed according to the model approach to health promotion, finally 79 instruments were surveys for analysis.

**Results:** In 64.6 % of cases the household head was the father and the average age was 51 years. 24.05% of household heads have higher level of knowledge in health promotion and 20.25 % in practice. Association between the level of knowledge and practice was found in 5 of the 7 themes.

**Conclusions:** To have a higher/intermediate level of knowledge is associated with having a higher level of practices in health promotion, as well as monthly personal economic income.

**Keywords:** *Health promotion, knowledge, practices, association.*



## INTRODUCCIÓN

### 1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Desde 1946, cuando Sigerist usó por primera vez el término promoción de la salud, los campos de la promoción y la prevención de salud han ocupado un papel preponderante en el logro de mejores condiciones de salud; se han realizado múltiples reuniones mundiales en donde se desarrollaron estos temas y en se plantearon objetivos para mantener y mejorar la salud de las poblaciones, desde la declaración de Alma-Ata en 1978, hasta la última conferencia en promoción de la salud realizada en Helsinki en el 2013. Además de desarrollarse múltiples iniciativas para desarrollar la promoción de la salud tanto en América como en Europa.

En el año 2001, la OMS publicó un trabajo realizado en el contexto europeo en donde se logró construir un panorama de la actividad evaluativa en promoción de la salud, identificando y confirmando una gama de temáticas y acciones, así como la multiplicidad de conceptos que la subyacen. **(1)**

De Salazar y cols. Consideran que si bien el tema ofrece muchas oportunidades para responder a limitantes del pasado y del presente, también enfrenta muchos retos que América Latina tiene que superar. Entre los más sobresalientes están la carencia de un marco conceptual sobre el significado y alcance de la aplicación de evidencia en la formulación de recomendaciones y políticas en promoción de la salud; la limitada capacidad técnica para realizar estudios sobre evidencias en



promoción de la salud; la limitada importancia sobre el tema e insuficiente asignación de recursos para investigación en el campo; cultura para la toma de decisiones que no toma en cuenta la evidencia; desconocimiento de la naturaleza y racionalidad de las decisiones, y las percepciones de la comunidad sobre sus necesidades y expectativas. **(2)**

Con respecto a las iniciativas para el desarrollo de la promoción de la salud, en el año 2006, el Ministerio de Salud presentó un modelo de abordaje de la promoción de la salud que tiene por finalidad desarrollar los marcos conceptuales y técnicos que orienten la gestión e implementación de las acciones de la Promoción de la Salud a nivel nacional, regional y local. **(3)**

Sin embargo, no se ha encontrado bibliografía que permita evidenciar la eficacia de este modelo de abordaje. Es por esto que se plantea el problema de analizar si los conocimientos y prácticas en promoción de la salud de las familias son los adecuados.



## 2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre el nivel de los conocimientos y prácticas en promoción de la salud de las familias de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013?

## 3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En vista de la puesta en marcha de un modelo de abordaje de la promoción de la salud por parte del ministerio de salud, y que la tendencia actual apunta a la evaluación de la eficacia de las iniciativas para el desarrollo de la promoción de la salud, es necesario evaluar los conocimientos y prácticas en promoción de la salud que poseen los pobladores.

Ya que tal como mencionan Pettman y cols. Las estrategias focalizadas a individuos y organizaciones son necesarias para desarrollar el potencial de las inversiones actuales en promoción de la salud, siendo la asociación investigación-práctica una de las más importantes. **(4)**

Es por ello la importancia de generar este tipo de conocimiento debido a que no se cuenta con información nacional acerca de la eficacia del modelo de abordaje en promoción de la salud que se viene realizando en nuestro país.

Además los resultados servirán de motivación para la puesta en marcha de evaluaciones y publicaciones con respecto a este tema. **(5)**



## **4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1 Objetivo general**

Identificar si hay asociación entre el nivel de los conocimientos y prácticas en promoción de la salud de las familias la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013

### **4.2 Objetivos específicos**

- Describir las característica sociodemográficas de la población estudiada.
- Determinar el nivel de conocimientos en promoción de la salud con respecto a la alimentación y nutrición saludable, higiene y medioambiente saludable, actividad física, salud sexual y reproductiva, habilidades para la vida, seguridad vial y cultura de tránsito, y salud mental, buen trato y cultura de paz de las familias encuestadas.
- Determinar el nivel de las prácticas en promoción de la salud con respecto a la alimentación y nutrición saludable, higiene y medioambiente saludable, actividad física, salud sexual y reproductiva, habilidades para la vida, seguridad vial y cultura de tránsito, y salud mental, buen trato y cultura de paz de las familias encuestadas.



## 5. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

- Piñón J. (2001) realizó un estudio titulado “Impacto de la promoción y la educación para la salud en los logros de la salud pública cubana”, en el que se evidencian los progresos en los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con la salud; además se demostró que existen todavía condiciones objetivas y subjetivas, que frenan actualmente el desarrollo de los procesos de Promoción y Educación para la Salud. **(6)**
- Dohn A. (2004) realizó un estudio titulado “Cambios en los indicadores de salud relacionados con la promoción de la salud y de microcréditos en la República Dominicana”, en el que se encontró que en las comunidades que tenían un programa de promoción de la salud mejoraron sus indicadores de salud, sin embargo se presentaron mayores cambios en aquellas comunidades que además los programas de promoción de salud tuvieron en forma paralela acceso a microcréditos. **(7)**
- Salinas J. (2007) en el estudio “Vida Chile 1998–2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile”, muestra los resultados del modelo evaluativo del Plan Nacional de Promoción de la Salud en donde se utilizaron indicadores de cobertura y el grado de cumplimiento de las estrategias. En dicha evaluación se



evidenció que el número de actividades durante el período aumentó significativamente; 98% de los municipios del país contaron con un plan comunal de promoción y un comité Vida Chile, que surgió como instancia de trabajo intersectorial y ejecutora del Plan Comunal de Promoción; se incrementó el número de organizaciones sociales incorporadas a las estrategias de promoción de la salud; 34% de los establecimientos de educación del país (preescolar, básica y media) resultaron acreditadas como entidades promotoras de la salud; y aproximadamente 20% de la población total del país de todos los grupos de edad recibió beneficios directos de los planes comunales de promoción en 2006. **(8)**

- Carroll J. (2007) en el estudio “Conocimientos y creencias sobre promoción de la salud y el cuidado preventivo de la salud entre las mujeres somalíes en los Estados Unidos”, exploró las conceptualizaciones de promoción de la salud y las experiencias con los servicios preventivos de salud entre mujeres refugiadas africanas, hallando que el 24.71% de las encuestadas practicaban una buena higiene personal y del hogar, 59% hablaron de la importancia de tener acceso a un suministro estable de alimentos y comer una dieta balanceada con frutas frescas, verduras, productos lácteos, pescado y carnes, sin embargo relativamente pocos participantes 7,21% se refirieron a la importancia del ejercicio regular para mantener una



buena salud; 15% de las entrevistadas respondieron que estaban preocupados por su propia salud en la actualidad. **(9)**

- Rocha F. Thais (2009) realizó un estudio titulado “Percepciones y prácticas de las mujeres en materia de prevención y promoción de la salud en atención primaria”, en el que se encontró que La percepción de la prevención fue expresada en acciones que previenen la aparición, progresión o empeoramiento de la enfermedad. La promoción de la salud fue considerada como un nivel asociado con la prevención y la responsabilidad individual y el concepto de salud positiva. Las prácticas de prevención y promoción de la salud fueron influenciados por el concepto positivo de la salud, la posibilidad de causar placer / displacer, por las que pudieran interferir en el diario para el diseño de la fuerza de voluntad y el valor atribuido a la vida. Finalmente se concluyó que el discurso sobre la prevención y promoción de la salud está marcado por las concepciones tradicionales. Sin embargo, la inclusión del concepto positivo de la salud, aliado y fuerza de voluntad, acto placer como clave de influencia de la conducta. Y que se necesitan estrategias con enfoques más amplios de la salud-enfermedad, lo que refleja los principios modernos de promoción de la salud. **(10)**
- Liga de Salazar (2010), realizó una revisión titulada “Eficacia de la promoción de la salud y las intervenciones de salud pública:





Lecciones de América Latina” en la cual concluye que la salud pública de América Latina se rige por los principios y valores de la promoción de la salud y está tiene en general pocas posibilidades de éxito si las estrategias y mecanismos no son creados para influir en los factores estructurales que impiden o limitan su aplicación y resultados. Además señala que a pesar de las limitaciones, existe el potencial y la motivación de la región para trabajar en la evaluación de la investigación y la práctica, la incorporación de diferentes niveles, estructuras y organismos de poder, así como de los entes clave, como la comunidad organizada, asociaciones profesionales, instituciones educativas y proveedores de servicios en instituciones públicas y privadas, entre otros. **(11)**

- Martínez-López E. (2010) en el estudio “Efectividad de un programa de promoción de la salud en la disminución de costos médicos asistenciales” comparó los gastos facturados en servicios de salud de un grupo perteneciente al programa para la salud psico-física (Prosa) que ofrece el departamento de bienestar universitario de la Universidad de Antioquia a sus empleados (personas activas) con los de un grupo de sujetos al azar no pertenecientes a este programa (grupo control), hallando que las personas activas, durante un año, demandaron servicios por 15,5 millones de pesos en urgencias, hospitalizaciones y medicamentos, mientras que el grupo control por su parte generó costos por 49,9 millones por el mismo concepto. **(12)**



- Devine S. (2009) en el estudio “Impacto de un curso corto de cinco días en la integración de la promoción de la salud en la práctica en el norte de Queensland” encontró al realizar una evaluación post-curso luego de 5 a 9 meses una tasa de respuesta del 72%, además encontró que el 80% de los participantes habían incorporado la promoción de la salud en su trabajo con frecuencia o todo el tiempo desde la realización del curso.**(13)**
- Ulla S. (2012) realizó un estudio titulado “Eficacia de una intervención de promoción de la salud para estudiantes universitarios: ensayo controlado aleatorio.” En el cual luego de 7 sesiones de 2 horas de duración concernientes a cambios en el estilo de vida, se evidenció cambios positivos con respecto a las variables estudiadas (actividad física, responsabilidad de la salud y gestión del estrés).**(14)**
- Nemet D. (2013) realizó un estudio titulado “Efectos a largo plazo de una intervención en promoción de la salud en jardines de niños de condiciones socioeconómicamente bajos árabe-israelíes” en donde se evidenció que luego de un año de intervención en cuanto a actividad física y nutrición, los percentiles de IMC se acercaron a los rangos normales, además hubo una disminución del IMC con respecto al valor basal significativamente mayor en el grupo de intervención, finalmente, los conocimientos y preferencias con



respecto a nutrición y actividad física se mantuvieron significativamente elevados en el grupo que recibió la intervención en comparación con los participantes del grupo control. **(15)**

- Castañeda O. (2009) en el estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, en Yopal, Casanare, Colombia, 2009” evaluó los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre salud sexual y reproductiva en 2812 pobladores entre 10-69 años, obteniéndose que por ejemplo, la primera relación sexual en hombres fue 15 (rango=10-25) y en mujeres 17 (rango=10-38), y que el 92% de los encuestados estuvo informado sobre ETS, sin embargo sólo el 1,7% recibieron tratamiento. **(16)**
- De Vincenzi A.(2011) en el estudio “Promoción de la salud y prevención escolar del consumo de drogas en contextos de vulnerabilidad social” evaluó los resultados de un programa para la promoción de estilos de vida saludables y sostenibles, y la prevención del consumo de drogas que se desarrolló en escuelas de educación primaria insertas en comunidades vulnerables en dos provincias argentinas entre los años 2002 y 2009, encontrándose que el programa tiende a mejorar significativamente el dominio de las áreas en cuestión: conocimientos sobre sí mismos (53% de los estudiantes presenta indicadores de mejoría), cuidados de la salud (un 73%) y habilidades para la vida (un 74%); además se observó



que las mujeres obtuvieron más beneficios en el eje conocimiento de sí mismo, mientras que los varones tuvieron mejores logros en el eje cuidados de la salud y habilidades para la vida.**(17)**

- Pérez R. (2012) en el estudio “Disminución de las prevalencias de desnutrición mediante la promoción de la salud en grupos de escolares en una localidad de Bogotá” evaluó la disminución de la prevalencia de desnutrición en niños de 5 a 8 años quienes participaron del programa de salud pública “Salud Escolar Integral” durante los años 2001-2005, hallándose que la desnutrición aguda disminuyó en los grupos evaluados de 4,5 a 0,6%; la desnutrición crónica de 16,4 a 8,3% y la global, de 11,8 a 5,8%.**(18)**
- Lima M. (2012) en el estudio “Actitudes de adolescentes hacia la salud: evaluación de un programa escolar de promoción de la salud en Sevilla, España”, evaluó las diferencias en las actitudes hacia la salud en el alumnado de cuarto año de educación secundaria obligatoria de Sevilla, el cual fue dividido en dos grupos en función de su participación en el programa "Forma Joven" de promoción de la salud, encontrando que las actitudes fueron similares en ambos, únicamente se encontraron diferencias estadísticas en el grado de peligrosidad asignado a dos de las trece situaciones viales expuestas: "no usar el cinturón de seguridad" e "ir en un vehículo



cuando el conductor ha bebido", siendo menor el asignado por los participantes en el programa. **(19)**

- Cadilhac DA. (2013) realizó un estudio titulado “El programa conoce tus números 2008 a 2010: impacto en el conocimiento y actitudes en promoción de la salud entre los participantes”, en el cual se evidencia que al cabo de tres meses de seguimiento en un estudio en el cual se brinda un sistema de gratuito de medición de presión arterial así como un sistema de recursos educativos, se encontró una mejora en el conocimiento de 9 a 11 factores de riesgo para la hipertensión (por ejemplo 73% de la población, al inicio, identificaba a la falta de ejercicio como factor de riesgo, y tres meses después, el 85%,  $p < 0,001$ ). Además mejoró el conocimiento de todas las condiciones de salud evaluados que están asociados con la hipertensión (por ejemplo, derrame cerebral al inicio, 72%, tres meses después, 87%,  $p < 0,001$ , ataque al corazón al inicio, 69%, tres meses después, 84%,  $p < 0,001$ ). Finalmente, se halló que todos los encuestados realizaron al menos una acción de promoción de la salud. **(20)**



## 6. BASES TEÓRICAS

### 6.1 Promoción de la Salud

Partiendo de la declaración de Alma-Ata, resultado de la conferencia internacional de atención primaria en salud, llevada a cabo en Alma-Ata en 1978, en la cual se alzó el lema de “salud para todos en el año 2000”, se plantearon diversos puntos para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, dentro de los cuales la promoción de la salud se nombra como esencial para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo **(21)**, sin embargo, este concepto como tal queda limitado para su acción.

Y es como respuesta a la necesidad de acercarse a los problemas de salud, que fallidamente trataron de solucionarse con la declaración de Alma-Ata y que continúan hasta tiempos actuales, que se plantea (en la primera conferencia mundial en promoción de la salud que se realizó en Ottawa en 1986) que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, y que además, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente **(22)**, es aquí donde se puede apreciar que el ámbito de acción de la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.



Además de este dar este paso tan importante, se plantearon también “prerrequisitos para la salud” como la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema saludable, justicia social y equidad mencionándose también que cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos. Estos planteamientos se encuentran dentro de las cinco áreas de acción que se pueden identificar como la construcción de políticas saludables, crear entornos propicios, desarrollo de aptitudes personales, fortalecer la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud.

Siguiendo con la línea de las conferencias anteriores, la segunda conferencia mundial en promoción de la salud realizada en Adelaide en 1988, toma como punto importante al valor de la salud como un derecho fundamental y una inversión social, ya que menciona que “Los gobiernos necesitan invertir recursos en políticas de salud pública y promoción de la salud con el fin de elevar el estado de salud de todos sus ciudadanos” **(23)**, mencionándose que un principio básico de la justicia social es garantizar que las personas tengan acceso a los elementos esenciales para una vida sana y satisfactoria ya que esto aumenta la productividad global de la sociedad, tanto en términos sociales y económicos. Además, se planteó cuatro áreas clave como prioridades para una acción inmediata las cuales son el apoyo a la salud de las mujeres, alimentación y nutrición, tabaco y alcohol, y la creación de ambientes de apoyo. Sin embargo, en la tercera conferencia mundial en promoción de la salud que se realizó en Sundvall en 1991, luego de darse cuenta que la meta



“Salud para todos en el año 2000” era muy difícil de lograr, propusieron que el camino a seguir consistía en hacer del medio ambiente - el entorno físico, el entorno social y económico, y el entorno político - un apoyo a la salud en lugar de una fuente de perjuicio **(24)**. Es por esto que se hace un llamado a la acción de los países, dándose énfasis en la inaceptabilidad de la creciente brecha en salud tanto dentro de los países como entre países pobres y ricos.

Con el fin de desarrollar ambientes que apoyen la salud, en esta conferencia se plantearon cuatro dimensiones de acción las cuales consistían en una dimensión social, que incluía las formas en que las normas, las costumbres y los procesos sociales afectan la salud, una dimensión política, que exigía a los gobiernos garantizar la participación democrática en la toma de decisiones y la descentralización de responsabilidades y recursos, la dimensión económica, que requería una recanalización de recursos para el logro de la salud para todos y el desarrollo sostenible, incluida la transferencia de tecnología segura y fiable; y por último, se planteó la necesidad de reconocer y utilizar las habilidades de las mujeres y el conocimiento en todos los sectores, incluyendo la formulación de políticas y la economía, con el fin de desarrollar una infraestructura más positiva para los entornos de apoyo.

Seis años después de proponerse al ambiente como un apoyo para la salud, y siguiendo en la línea de orientación que estableció la Carta de Ottawa, se desarrolló por primera vez una conferencia internacional en promoción de la salud en un país en desarrollo; la cuarta conferencia mundial en promoción de





la salud realizada en Yakarta en 1997, toma como idea central que la promoción de la salud es una valiosa inversión partiendo de un punto en donde “la salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico; y que con frecuencia cada vez mayor, se reconoce que la promoción de la salud es un elemento indispensable del desarrollo de la misma. Por tanto se trata de un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla; ya que por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud para derivar el máximo beneficio posible para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y acumular capital social. Teniendo como meta final el prolongar las expectativas de salud y reducir las diferencias en ese sentido entre países y grupos” **(25)**.

Para este fin, se establecen prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI, las cuales son el promover la responsabilidad social por la salud, aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo, y finalmente, consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

En la quinta conferencia internacional en promoción de la salud realizada en México, en el año 2000, se plantea que si bien se desarrollaron mejoras sanitarias y progresos en la prestación de los servicios de salud en muchos



países del mundo, aún persisten muchos problemas de salud que entorpecen el desarrollo social y económico y que, por tanto, deben abordarse urgentemente para fomentar la equidad en el logro de la salud y el bienestar; además de tomarse conciencia de que, al mismo tiempo, las enfermedades nuevas y reemergentes amenazan los progresos realizados en la salud **(26)**.

Para tratar de hacer frente a estos problemas se propuso principalmente apoyar la preparación de planes de acción de ámbito nacional para la promoción de la salud que variarían en función del contexto nacional y que incluyó, entre otros aspectos la identificación de las prioridades de la salud y el establecimiento de programas y políticas públicas sanos para atender dichas prioridades, el apoyo a la investigación que promueva los conocimientos sobre prioridades determinadas, y la movilización de recursos financieros y operacionales a fin de crear capacidad humana e institucional para la elaboración, la aplicación, la vigilancia y la evaluación de planes de acción de ámbito nacional.

Ya, en el año 2005 e inmersos en la era de la globalización y encontrándonos en un contexto mundial muy diferente al que se tuvo cuando se elaboró la Carta de Ottawa, se realizó la sexta conferencia mundial en promoción de la salud realizada en Bangkok, la cual tuvo como propósito que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional, para ello se consideró como factores críticos a las desigualdades crecientes en los países y entre ellos, a las nuevas formas de



consumo y comunicación, a las medidas de comercialización, a los cambios ambientales mundiales, y a la urbanización.

Con este motivo se elaboraron cuatro compromisos a seguir en los años venideros, los cuales fueron lograr que la promoción de la salud sea un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial, lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad esencial de todo el gobierno, lograr que la promoción de la salud sea un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil, y por último, lograr que la promoción de la salud sea un requisito de las buenas prácticas empresariales.**(27)**

Sin embargo, con forme avanzan los años tanto el desarrollo de las poblaciones y la salud se enfrentan a amenazas que en tiempos de conferencias anteriores eran inimaginables como el calentamiento global, el cambio climático y la crisis financiera, que comprometen no solo la viabilidad de las economías nacionales en general y de los sistemas de salud en particular. Estos nuevos desafíos agravan los problemas de desarrollo que aún no se han resuelto y como los objetivos de desarrollo acordados a nivel internacional parecen cada vez más inalcanzables, nuevas amenazas están siendo reconocidas, como el crecimiento inexorable de las enfermedades no transmisibles en las economías de ingresos bajos y medios, y la amenaza de una pandemia potencialmente catastróficos.



En este contexto se realizó la séptima conferencia mundial en promoción de la salud realizada en Nairobi en el 2009, en la cual se propuso ver la promoción de la salud como un enfoque de acuerdo con la renovación de la atención primaria en salud que fue aprobada por el consejo ejecutivo de la OMS; de esta forma se identificaron tres brechas en la salud que tienen que ser abordadas con eficacia como la brecha en los programas de salud en la que las pruebas sobre la buena práctica de promoción de la salud se podrían incorporar con mayor eficacia, la brecha en la formulación de políticas y alianzas intersectoriales en las que no se han tenido en cuenta los determinantes sociales de la salud y la brecha en los sistemas de salud, haciendo que la capacidad de un sistema de salud para promover la salud sea en sí un indicador de rendimiento. Y es teniendo estas consideraciones que se plantearon finalmente cinco responsabilidades urgentes para los gobiernos y partes interesadas, las cuales fueron: fortalecer el liderazgo y la fuerza de trabajo, promoción de la salud convencional, empoderar a las comunidades y los individuos, mejorar los procesos participativos, y finalmente, generar y aplicar el conocimiento.**(28)**

Finalmente, en el año 2013, se llevó a cabo la octava conferencia mundial en promoción de la salud en Helsinki, Finlandia, en la cual partiendo de que la salud para todos es un objetivo principal de los gobiernos y piedra angular del desarrollo sostenible, se afirmó el compromiso con la equidad en la salud, reconociendo que los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de su pueblo y que la equidad en salud es una expresión de la justicia social. Por ello



se hizo un llamado a los gobiernos a cumplir con sus obligaciones para con la salud de sus pueblos, mediante acciones como hacer de la salud y la equidad en salud una prioridad política mediante la adopción de los principios de la salud en todas las políticas y de medidas sobre los determinantes sociales de la salud; y asegurar estructuras eficaces , procesos y recursos que faciliten la implementación de la salud en todas las políticas mediante el acercamiento de los gobiernos a todos los niveles y entre gobiernos, entre otras, que nos reafirman la importancia que conlleva la salud y la equidad en el bienestar de los pueblos. **(29)**

## **6.2 Población como sujeto de intervención en la Promoción de la Salud**

Según el modelo de abordaje de Promoción de la Salud en el Perú se considera tres dimensiones en la población como sujeto de intervención:

- La Persona en sus diferentes etapas de vida
- La Familia
- La Comunidad

### **6.2.1 La persona en sus diferentes etapas de vida**

Los esfuerzos en promoción de salud se dirigen a mejorar la salud, calidad de vida y el bienestar de la población durante todas las etapas de su vida, desde su infancia. Durante toda su vida la persona presenta un conjunto de necesidades en salud que supera el tradicional enfoque biológico y que involucran aspectos psicológicos, sociales, culturales y de relación con el



entorno y su medio ambiente. Por consiguiente, las intervenciones en la población tienen mayor efectividad cuando se hacen teniendo en cuenta cada una de las etapas de vida; asimismo, en ésta lógica se pueden identificar con mayor detalle las determinantes sociales que afectan la salud **(3)**.

#### **6.2.1.1 Etapa de vida niño: mujeres y varones (de 0 a 9 años)**

La niñez, es considerada la base principal de las intervenciones en promoción de la salud; tienen el propósito de proteger los derechos y el potencial cognitivo, emocional, social y físico, de las niñas y niños, lo que asegurará mejores resultados en las intervenciones siguientes por etapa de vida. En ésta etapa de vida, el potencial de las intervenciones educativo comunicacionales es significativo.

#### **6.2.1.2 Etapa de vida adolescente: mujeres y varones (de 10 a 19 años)**

La adolescencia constituye uno de los periodos más intensos de cambios físicos, psicológicos y sociales de la vida de una persona. Entre los más importantes tenemos: la madurez del sistema reproductor, el desarrollo de la autonomía y la capacidad para el pensamiento abstracto. En esta etapa surgen nuevas relaciones y posibilidades de desarrollo, que dan origen a su vez a nuevos comportamientos. La influencia de los amigos y de los medios de comunicación adquiere importancia. Las decisiones que adopten y las relaciones que establezcan influirán su salud y su desarrollo físico-psico-social y les



afectará durante toda su vida. Es una época en la que se requiere nuevas competencias y conocimientos.

Es importante que en esta etapa de vida las intervenciones tengan un componente para el desarrollo de habilidades individuales y la generación de oportunidades en el entorno.

#### **6.2.1.3 Etapa de vida adulto: mujeres y varones (de 20 a 59 años)**

Las intervenciones educativas en esta etapa de vida repercuten positivamente en los hábitos comportamientos familiares, toda vez que la intervención es directamente sobre los jefes de familia.

#### **6.2.1.4 Etapa de vida adulto mayor: mujeres y varones (de 60 a más años)**

Las personas comprendidas en esta etapa de vida constituyen un grupo importante para intervenciones preventivas promocionales en hábitos saludables. Es importante que todas las intervenciones diseñadas tengan como propósito mejorar la calidad de vida.

### **6.2.2 La Familia**

La familia es considerada la unidad social básica y el medio en el que se desarrollan las bases de la generación de saberes, conductas y hábitos alrededor de la salud. La familia tiene un papel central para la supervivencia infantil, el crecimiento y desarrollo durante la niñez y la adolescencia, y la



práctica de hábitos de vida saludables durante la juventud, la adultez y los adultos mayores.

La familia es un espacio de socialización importante que influye en la adopción de hábitos, estilos y comportamientos relevantes a la salud y bienestar. Las personas ven a la familia como su entorno más próximo y donde construyen valores, modos de interpretación, percepciones, orientaciones, modos de conducta, protección ante los desafíos de la vida diaria y otros considerados de importancia en el proceso de salud y bienestar. Las acciones de promoción enfatizan la función de la familia como fundamental en la generación de autonomía, ciudadanía, respeto, comunicación, socialización, participación y empoderamiento social, lo que a su vez incrementan la eficacia de sus intervenciones **(3)**.

### **6.2.3 La Comunidad**

Los integrantes de una comunidad tienen aspectos comunes de relación, influencia y/o dependencia de índole social, cultural, económico, político y de desarrollo. La comunidad es un aliado fundamental para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y bienestar de las personas. La comunidad con su participación, reflexión, cooperación y movilización favorece y hace sostenible las intervenciones que contribuyen al desarrollo local y a alcanzar resultados intermedios y finales de salud, teniendo como base la presencia del capital social, definida como un conjunto de atributos que están presentes en una sociedad como intangibles que favorecen los emprendimientos: la





confianza, la reciprocidad y la acción social con arreglo a normas compartida, y que se ha visto, está relacionado con la promoción de la salud ya sea reconociendo y desarrollando el capital social en favor de la promoción y/o potenciando el capital social a través de proyectos de promoción exitosos. **(30)**

Otro punto importan son las redes sociales como formas de organización social, ya que su presencia contribuye a la articulación de acciones integrales de promoción de salud. Las redes son consideradas como un conjunto de relaciones relativamente estables, de naturaleza no jerárquica e independiente, que vinculan a una variedad de actores que comparten intereses comunes y que intercambian recursos para perseguir estos intereses, aceptando a la cooperación como la mejor manera de alcanzar metas comunes. Las redes sociales operan dentro de las sociedades como nexos de interrelación entre las personas o grupos organizados, constituyendo esfuerzos organizados para aspirar a mejores condiciones de vida y de salud. Dentro de su territorio de actuación, las redes bien organizadas y responsables facilitan movilizaciones sociales integrales a favor de cambios positivos en la calidad de vida y desarrollo de la sociedad. Las estrategias y acciones en promoción de la salud, basadas en la participación social e intersectorial, interactúan de manera continua con las redes sociales para conseguir cambios significativos en la calidad de vida de la población. **(31)**



### **6.3 Ejes temáticos en el desarrollo de la promoción de la salud**

A fin de dar respuestas a las principales necesidades de la población detectadas en las diversas etapas de desarrollo el Ministerio de Salud ha priorizado ejes temáticos que constituyen el contenido conceptual clave a ser abordados en los diferentes escenarios. Sin embargo, la priorización de ejes temáticos deberá estar en concordancia con cada una de las necesidades sanitarias locales y regionales identificadas, en tanto el Perú es un país con diversidad geográfica, cultural, social y económica; y cada región enfrenta retos particulares para mejorar las condiciones de salud de su población.

Los ejes temáticos se implementan a través de los cuatro programas de promoción de la salud, en base a criterios de priorización por escenarios y población objetivo. Para su operativización, los ejes temáticos requieren del desarrollo de normas técnicas; así como su posterior adaptación según las características propias de la región o localidad **(3)**.

Los ejes temáticos priorizados son:

1. Alimentación y Nutrición.
2. Higiene y Ambiente.
3. Actividad Física.
4. Salud Sexual y Reproductiva.
5. Habilidades para la Vida.
6. Seguridad Vial y Cultura de Tránsito.
7. Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz.



## MÉTODOS

### 1. HIPÓTESIS

Existe asociación entre el nivel de los conocimientos y el de las prácticas en promoción de la salud de las familias de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013.

### 2. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 2.1 Tipo y diseño de investigación

Diseño observacional de tipo transversal.

#### 2.2 Población

Jefes de familia que viven en la urbanización Constanzo, Callao-Perú, que consta de 9 manzanas, con un total de 280 familias.

#### 2.3 Criterios de inclusión

- Ser mayor de edad.
- Ser padre de familia.
- Ser jefe de familia.
- Haber vivido el último año con su familia.



## **2.4 Criterios de exclusión**

- No pertenecer a la familia encuestada.
- Negarse a responder la encuesta.

## **2.5 Muestra**

Se calculó el tamaño de muestras mediante la fórmula estadística de proporciones de una población finita, considerando “p” como 0.5, nivel de confianza de 95% y el error de estimación de 0.1, dando como resultado 72 (Ver anexo A).

## **2.6 Variables**

### **2.6.1 Variables principales**

- Nivel de conocimientos en promoción de la salud.
- Nivel de prácticas en promoción de la salud.

### **2.6.2 Variables clasificatorias**

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción.
- Ingreso económico.



## 2.7 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	SUBVARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Conocimientos en promoción de la salud	Conocimientos acerca de las conductas que los consumidores deben seguir para optimizar el potencial de la salud (física y psicosocial) a través de información, programas de prevención y acceso a la atención médica.	Cualitativa	Ordinal	Conocimientos sobre alimentación y nutrición	Mayor: $\geq 25$ pts. Intermedio: Entre 25 y 23 pts. Menor: $\leq 23$ pts.	Encuesta
				Conocimientos sobre higiene y ambiente	Mayor: $\geq 35$ pts. Intermedio: Entre 35 y 32 pts. Menor: $\leq 32$ pts.	
				Conocimientos sobre actividad física	Mayor: $\geq 29$ pts. Intermedio: Entre 29 y 25 pts. Menor: $\leq 25$ pts.	
				Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva	Mayor: $\geq 35$ pts. Intermedio: Entre 35 y 31 pts. Menor: $\leq 31$ pts.	
				Conocimientos sobre habilidades para la vida	Mayor: $\geq 30$ pts. Intermedio: Entre 30 y 27 pts. Menor: $\leq 27$ pts.	
				Conocimientos sobre seguridad vial y cultura de tránsito	Mayor: $\geq 33$ pts. Intermedio: Entre 33 y 30 pts. Menor: $\leq 30$ pts.	
				Conocimientos sobre promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz	Mayor: $\geq 30$ pts. Intermedio: Entre 30 y 25 pts. Menor: $\leq 25$ pts.	
				Conocimientos sobre promoción de la salud	Mayor: $\geq 214$ pts. Intermedio: Entre 214 y 195 pts. Menor: $\leq 195$ pts.	



Prácticas en promoción de la salud	Conductas que los consumidores deben seguir para optimizar el potencial de la salud (física y psicosocial) a través de información, programas de prevención y acceso a la atención médica.	Cualitativa	Ordinal	Prácticas sobre alimentación y nutrición	Mayor: $\geq 32$ pts. Intermedio: Entre 32 y 29 pts. Menor: $\leq 29$ pts.	Encuesta
				Prácticas sobre higiene y ambiente	Mayor: $\geq 35$ pts. Intermedio: Entre 35 y 31 pts. Menor: $\leq 31$ pts.	
				Prácticas sobre actividad física	Mayor: $\geq 16$ pts. Intermedio: Entre 16 y 11 pts. Menor: $\leq 11$ pts.	
				Prácticas sobre salud sexual y reproductiva	Mayor: $\geq 23$ pts. Intermedio: Entre 23 y 19 pts. Menor: $\leq 19$ pts.	
				Prácticas sobre habilidades para la vida	Mayor: $\geq 26$ pts. Intermedio: Entre 26 y 20 pts. Menor: $\leq 20$ pts.	
				Prácticas sobre seguridad vial y cultura de tránsito	Mayor: $\geq 30$ pts. Intermedio: Entre 30 y 26 pts. Menor: $\leq 26$ pts.	
				Prácticas sobre promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz	Mayor: $\geq 28$ pts. Intermedio: Entre 28 y 23 pts. Menor: $\leq 23$ pts.	
				Prácticas en promoción de la salud	Mayor: $\geq 183$ pts. Intermedio: Entre 183 y 165 pts. Menor: $\leq 165$ pts.	



Edad	A frecuencia de diferentes edades o grupos de edades en determinada población.	Cuantitativa	Intervalo	-	Años cumplidos	Encuesta
Sexo	La totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo, que diferencian al organismo masculino del femenino.	Cualitativa	Nominal	-	Varón Mujer	Encuesta
Grado de instrucción	Adquisición de conocimientos como resultado de la instrucción en un curso formal de estudios.	Cualitativa	Ordinal	-	Analfabeto Primaria Secundaria Superior técnica Universitario	Encuesta
Ingreso económico	Rentas o ingresos provenientes de proyectos, trabajo o inversión de capital.	Cuantitativa	Continua	-	Cantidad de nuevos soles ganados durante un mes	Encuesta



## 2.8 Instrumento

El instrumento a utilizar será un formulario tipo cuestionario, realizado por el autor en base a las recomendaciones que se muestran en los documentos técnicos del modelo de abordaje de promoción de la salud en los 7 ejes temáticos **(3)**, constará de título, introducción, datos generales del informante, y contenido, el cual contará con 86 ítems correspondientes a preguntas múltiples con respuestas en escala de Likert. (Ver anexo B)

## 2.9 Validez del instrumento

Para determinar la validez del contenido se realizó el juicio de expertos a un total de 5 profesionales de la salud determinándose, el cual fue sometido a prueba binomial para establecer la concordancia (Ver anexo C).

Una vez concluido el juicio de expertos, se procedió a realizar una prueba piloto a 10 familias que reúnen características de la población a trabajar, pertenecientes a la misma microred del centro de salud Santa Fe. Posteriormente, se procedió a la medición de la confiabilidad del instrumento mediante la prueba estadística  $\alpha$  de Crombach (Ver anexo D).

## 2.10 Medición de las variables

Se le otorgó puntajes del 1 al 5 a cada pregunta, siendo el valor final de cada eje temático la sumatoria del puntaje correspondiente a cada pregunta incluida en estos.





La medición de las variables fue dada por la escala de Estanones, en la cual en nivel de conocimientos y prácticas están dados por los siguientes puntajes:

Nivel de conocimientos:

	Mayor	Intermedio	Menor
Alimentación y nutrición	$\geq 25$ pts.	Entre 25 y 23 pts.	$\leq 23$ pts.
Higiene y medio ambiente	$\geq 35$ pts.	Entre 35 y 32 pts.	$\leq 32$ pts.
Actividad física	$\geq 29$ pts.	Entre 29 y 25 pts.	$\leq 25$ pts.
Sexualidad y reproducción	$\geq 35$ pts.	Entre 35 y 31 pts.	$\leq 31$ pts.
Habilidades para la vida	$\geq 30$ pts.	Entre 30 y 27 pts.	$\leq 27$ pts.
Salud mental	$\geq 30$ pts.	Entre 30 y 25 pts.	$\leq 25$ pts.
Seguridad vial	$\geq 33$ pts.	Entre 33 y 30 pts.	$\leq 30$ pts.
Promoción de la salud	$\geq 214$ pts.	Entre 214 y 195 pts.	$\leq 195$ pts.



Nivel de prácticas:

	Mayor	Intermedio	Menor
Alimentación y nutrición	$\geq 32$ pts.	Entre 32 y 29 pts.	$\leq 29$ pts.
Higiene y medio ambiente	$\geq 35$ pts.	Entre 35 y 31 pts.	$\leq 31$ pts.
Actividad física	$\geq 16$ pts.	Entre 16 y 11 pts.	$\leq 11$ pts.
Sexualidad y reproducción	$\geq 23$ pts.	Entre 23 y 19 pts.	$\leq 19$ pts.
Habilidades para la vida	$\geq 26$ pts.	Entre 26 y 20 pts.	$\leq 20$ pts.
Salud mental	$\geq 28$ pts.	Entre 28 y 23 pts.	$\leq 23$ pts.
Seguridad vial	$\geq 30$ pts.	Entre 30 y 26 pts.	$\leq 26$ pts.
Promoción de la salud	$\geq 183$ pts.	Entre 183 y 165 pts.	$\leq 165$ pts.

### 2.11 Recolección de datos

- Se solicitó apoyo al centro de salud Santa Fe al cual pertenece la urbanización Constanzo, Callao-Perú, como jurisdicción.
- Se confeccionó el marco muestral en base al mapa de familias del centro de salud Santa Fe.
- Se realizó la selección al azar de 100 familias dentro del mapa de la jurisdicción del centro de salud.
- Se realizó una charla de sensibilización a las promotoras de salud del Centro de Salud Santa Fe y posterior capacitación para la toma de encuestas.



- Cada promotora de salud realizó una visita a cada familia seleccionada y le aplicó la encuesta al jefe de familia, en los casos en los que no se encontró al (la) jefe de familia el día de la visita o no se terminase de llenar la encuesta, las promotoras de salud acudieron nuevamente en diferentes oportunidades.
- Al término de cada semana cada promotora entregaba las encuestas culminadas para su revisión.

### **2.12 Tabulación y análisis de datos**

- Luego de haber recibido las encuestas se procedió a revisar el correcto llenado de estas.
- Se seleccionaron todas aquellas que se encontraron correctamente llenadas y que no hayan omitido ningún ítem en los aspectos de conocimientos y prácticas.
- Debido a esto se eliminaron 21 encuestas, que dando aptas para el análisis 79 encuestas.
- Se procedió a dar puntaje a cada respuesta con lo cual se determinó el nivel de conocimientos y prácticas en promoción de la salud.
- Se construyó la base de datos con estos resultados y con los datos obtenidos en el apartado de aspectos generales de la encuesta.
- Construida la base de datos se procedió al análisis, mediante el paquete estadístico SPSS v.15 y el programa Microsoft Office Excel 2007.



- Para el análisis descriptivo se realizó la medición de las frecuencias de las características sociodemográficas y los niveles de conocimientos y prácticas en promoción de la salud.
- Para identificar si hay asociación entre conocimientos y prácticas, se realizó la prueba de Chi-cuadrado para cada eje temático y en forma global.
- En la evaluación de la asociación de conocimientos y prácticas globales se realizó el análisis multivariado recodificando las variables de conocimientos y prácticas, y ajustándolas para edad, sexo, grado de instrucción y nivel económico.

### **3. ASPECTOS ÉTICOS**

Dado que el proyecto de investigación es de tipo no experimental y emplea fuentes indirectas de estudio, no involucra la integridad del grupo observado. Esto implica que se reserva la identidad de cada una de las personas y que no es necesaria su publicación en el presente trabajo.



## RESULTADOS

### 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

**TABLA N° 1: Tamaño familiar y parentesco de los jefes de familia de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013**

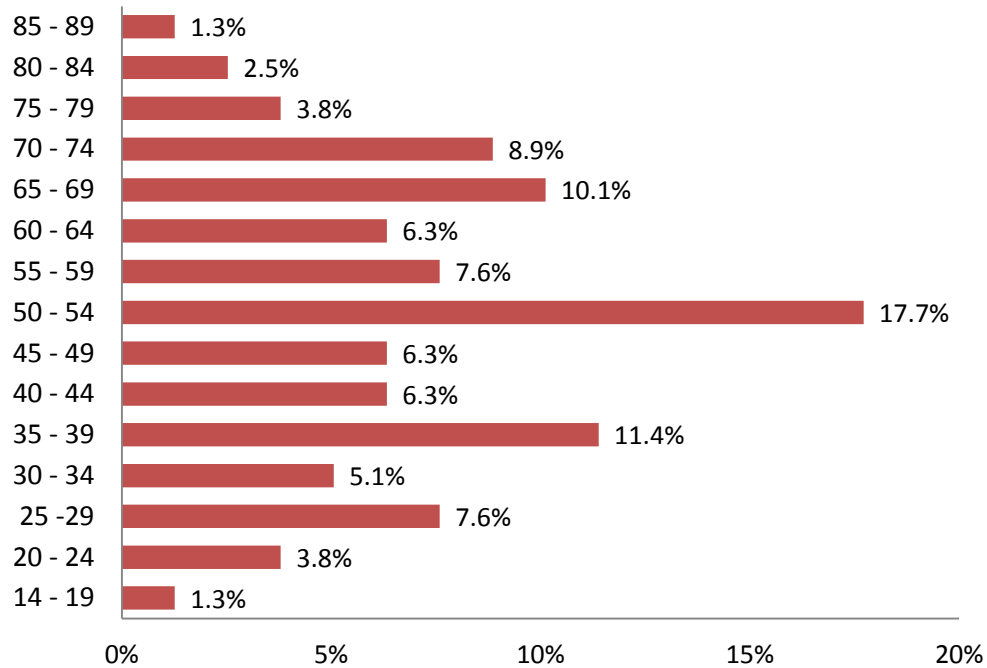
		N	%
Tamaño familiar	Pequeña	19	24.1%
	Mediana	42	53.2%
	Grande	18	22.8%
Parentesco	Padre	51	64.6%
	Madre	20	25.3%
	Abuelo	6	7.6%
	Abuela	2	2.5%

Datos obtenidos de la encuesta a 79 jefes de familia de la Urb. Constanzo Callao-Perú

En relación al tamaño familiar se obtuvo que de las 79 familias analizadas, el 22.8% fueron grandes, el 53.2% fueron medianas y 24.1% fueron pequeñas. De estas en el 64.6% el jefe de familia era el padre, 25.3% era la madre, 7.6% era el abuelo y en 2.5% era la abuela, lo cual significa que el 72.2% de los jefes de familia son varones y el 27.8% son mujeres. (Tabla N°1)



**GRÁFICO N° 1: Distribución por edad de los jefes de familia de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013**



Datos obtenidos de la encuesta a 79 jefes de familia de la Urb. Constanzo Callao-Perú

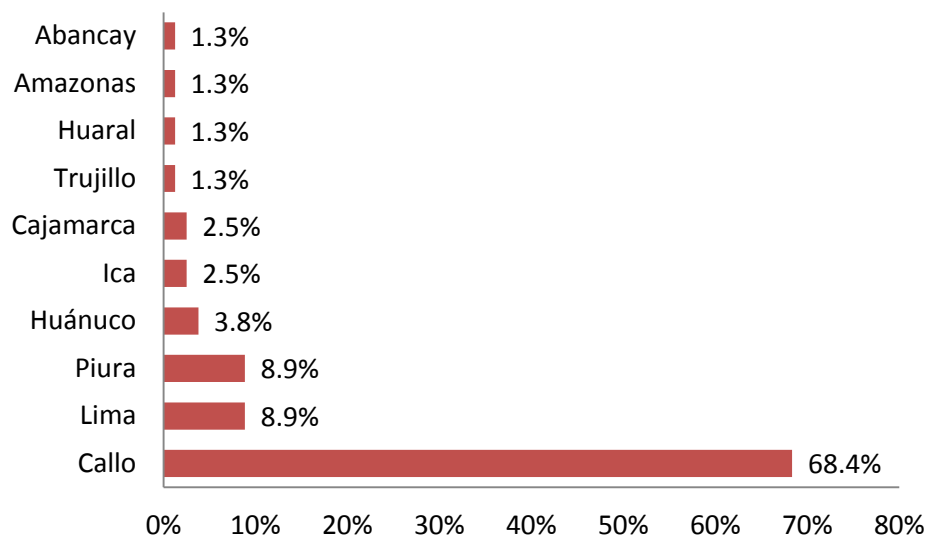
La edad entre las que variaron fueron con mayor frecuencia de 50 a 54 años (17.7%), de 35 a 39 años (11.4%), de 65 a 69 años (10.1%); además se encontraron 3 familias (3.8%) en las que el jefe de familia tenía edades entre 80 y 89 años. Teniendo como media la edad de 51.3 años (Gráfico N° 1).



---

**GRÁFICO N° 2: Lugar de nacimiento de los jefes de familia de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013**

---



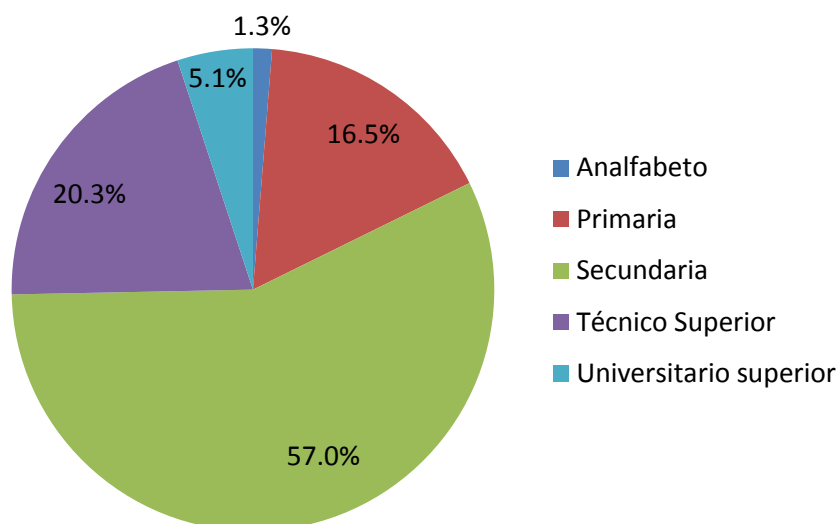
---

Datos obtenidos de la encuesta a 79 jefes de familia de la Urb. Constanzo Callao-Perú

Con respecto al lugar de nacimiento de los jefes de familia se halló que la mayor parte, 68.4%, son originarios del Callao, 8.9% de Lima y un 22.7% de otras localidades del interior del Perú. (Gráfico N° 2)



**GRÁFICO N° 3: Grado de instrucción de los jefes de familia de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013**



Datos obtenidos de la encuesta a 79 jefes de familia de la Urb. Constanzo Callao-Perú

Del grado de instrucción, se obtuvo que el 57.7% de los jefes de familia tenían grado de instrucción secundaria, 16.7% primaria, 20.5% técnico superior y 5.1% universitario, cabe resaltar que se encontró que sólo una jefe de familia era analfabeta. (Gráfico N° 3)

En cuanto a la ocupación de estos, se encontró que de los jefes de familia varones el 14% son albañiles, 12.3% son choferes y 8.8% son mecánicos; y que de las jefes de familia mujeres el 40.9% son amas de casa y 18.2% son comerciantes. Y en general sólo 78.4% de los jefes de familia cuentan con trabajo actualmente.

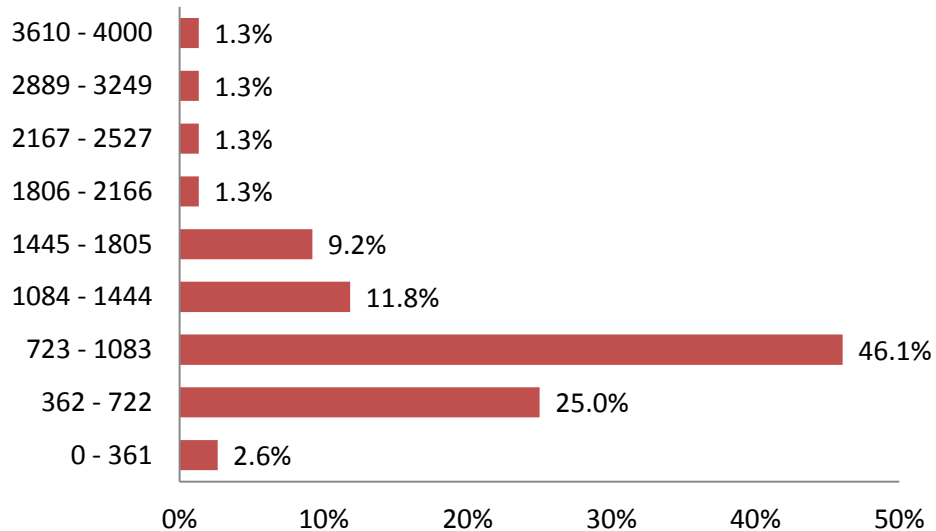





---

**GRÁFICO N° 4: Ingreso económico personal mensual de los jefes de familia de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013**

---




---

Distribución basada en el valor de la canasta básica familiar (S/.361) para Lima Metropolitana y Callo. INEI: ENAHO 2012  
 Datos obtenidos de la encuesta a 79 jefes de familia de la Urb. Constanzo Callao-Perú

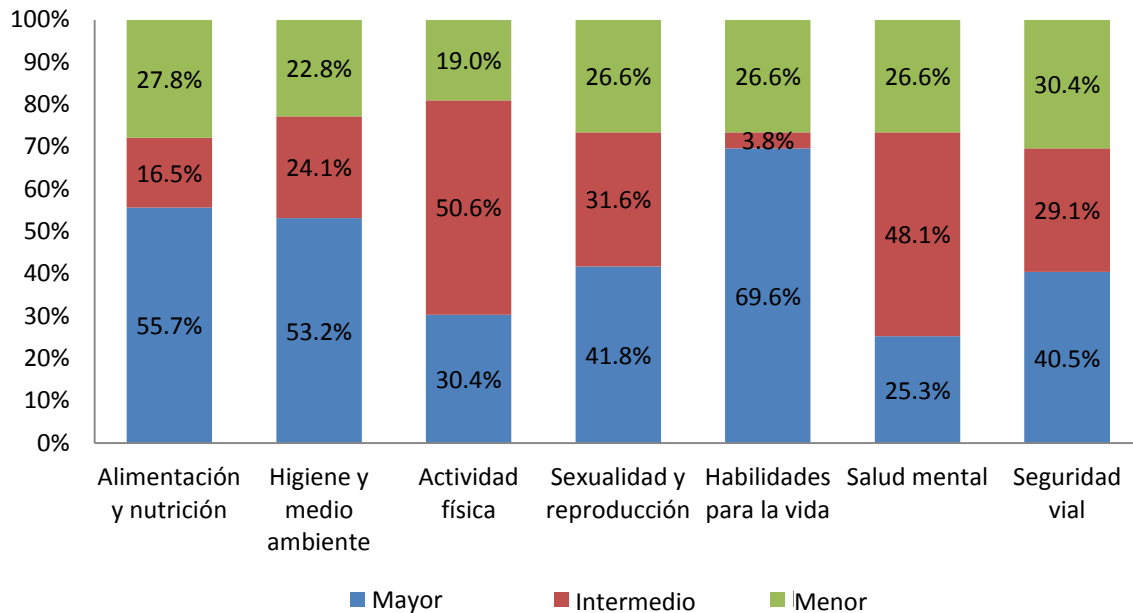
Del ingreso económico personal mensual, se obtuvo una media ingreso de S/. 989.21, además el mayor porcentaje (46.1%) de los jefes de familia tuvieron un ingreso entre los 723 y 1083 nuevos soles equivalentes al valor de 2 y 3 canastas básicas familiares respectivamente. Y solo 2 jefes de familia (2.6%) tuvieron ingresos menores a 1 canasta básica familiar (S/. 361). (Gráfico N° 4)

Finalmente en cuanto a la distribución de dinero de las familias se obtuvo que el 100% de los jefes de familia gastaron en alimentación, 77.2% en vivienda, 31.6% en salud, 20.3% en vestido y 21.5% en otros.



## 2. NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**GRÁFICO N° 5: Nivel de conocimientos en promoción de la salud de acuerdo a los ejes temáticos en las familias de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013**

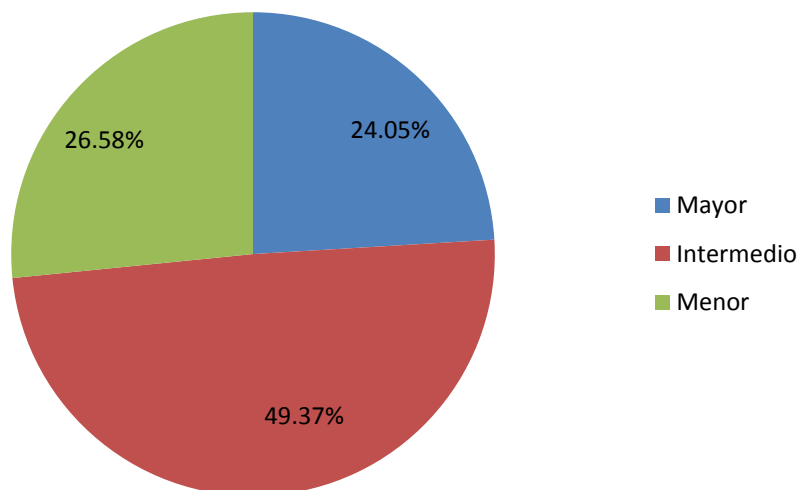


Datos obtenidos de la encuesta a 79 jefes de familia de la Urb. Constanzo Callao-Perú

En cuanto al nivel de conocimientos en promoción de la salud en cada uno de los ejes temáticos (Gráfico N° 5), se halló que los ejes temáticos con el mayor porcentaje de jefes de familia con nivel de conocimiento mayor fueron el de habilidades para la vida con un 69.6%, alimentación y nutrición con 55.7% e higiene y medio ambiente con 53.2%; los ejes temáticos con el mayor porcentaje de nivel de conocimiento intermedio fueron el de actividad física con 50.6%, salud mental con 48.1% y sexualidad y reproducción con 31.6%; y finalmente los ejes temáticos de seguridad vial, alimentación y nutrición obtuvieron el mayor porcentaje de jefes de familia con conocimientos en menor nivel con 30.4% y 27.8% respectivamente.



**GRÁFICO N° 6: Nivel de conocimientos en promoción de la salud global en las familias de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013**



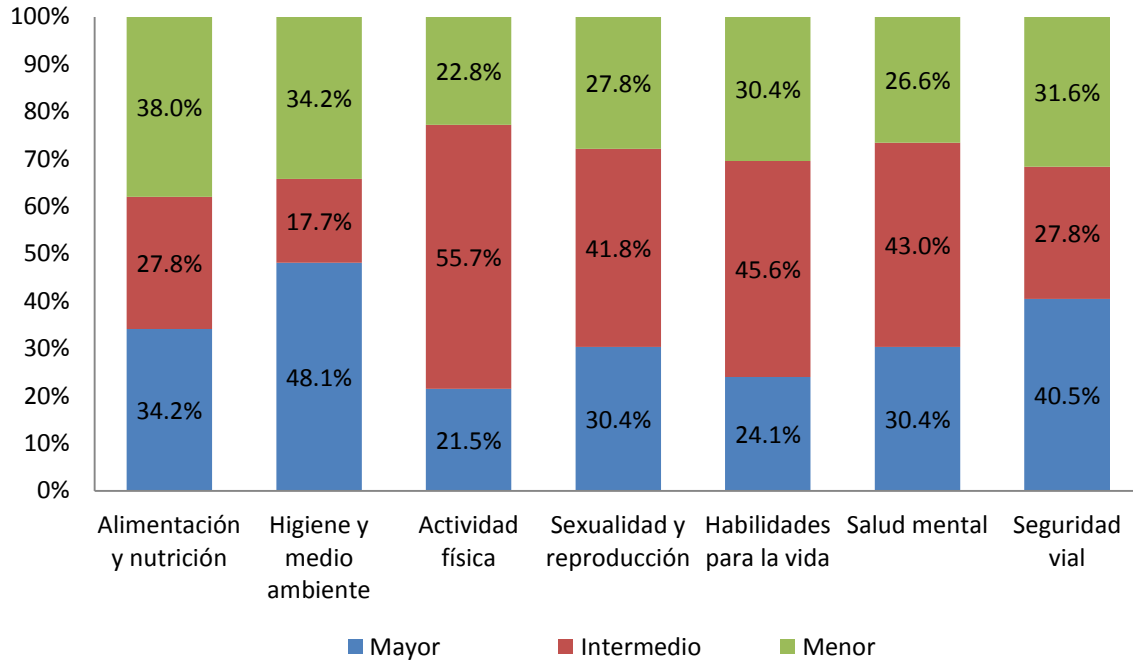
Datos obtenidos de la encuesta a 79 jefes de familia de la Urb. Constanzo Callao-Perú

Con respecto al nivel de conocimiento global en promoción de la salud (Gráfico N° 6), se obtuvo que el 49.37% de los jefes de familia poseen un nivel de conocimiento en promoción de la salud de nivel intermedio, el 26.58% poseen un nivel menor, y sólo el 24.05% poseen un nivel mayor.



### 3. NIVEL DE PRÁCTICAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**GRÁFICO N° 7: Nivel de prácticas en promoción de la salud de acuerdo a los ejes temáticos en las familias de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013**

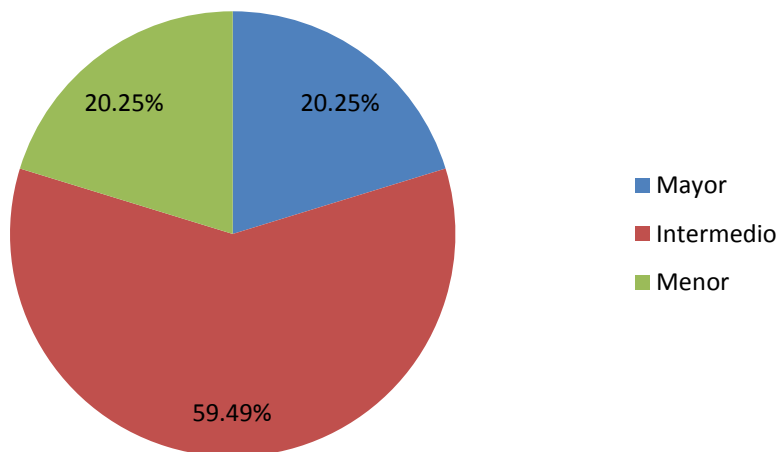


Datos obtenidos de la encuesta a 79 jefes de familia de la Urb. Constanzo Callao-Perú

En cuanto al nivel de prácticas en promoción de la salud en cada uno de los ejes temáticos (Gráfico N° 7), se halló que los ejes temáticos con el mayor porcentaje de jefes de familia con nivel mayor de prácticas fueron los de higiene y medio ambiente, seguridad vial y alimentación y nutrición, con 48.1%, 40.5% y 34.2% respectivamente; los ejes temáticos con el mayor porcentaje de nivel intermedio de prácticas fueron el de actividad física con 55.7%, habilidades para la vida con 45.6% y salud mental con 43.0%; y finalmente los ejes temáticos de alimentación y nutrición, higiene y medio ambiente, y seguridad vial obtuvieron el mayor porcentaje de jefes de familia con prácticas en nivel menor con 38.0%, 34.2% y 31.6% respectivamente.



**GRÁFICO N° 8: Nivel de prácticas en promoción de la salud global en las familias de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013**



Datos obtenidos de la encuesta a 79 jefes de familia de la Urb. Constanzo Callao-Perú

Con respecto al nivel de prácticas global en promoción de la salud (Gráfico N° 8), se obtuvo que el 59.49% de los jefes de familia poseen un nivel de prácticas en promoción de la salud de nivel intermedio, el 20.25% poseen un nivel menor, y de la misma forma un 20.25% poseen un nivel mayor.



#### 4. ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**TABLA N° 2: Asociación entre el nivel de conocimientos y prácticas en promoción de la salud en las familias de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013**

	X <sup>2</sup>	gl	p
Alimentación y nutrición	22.028	4	0.0001
Higiene y medio ambiente	4.916	4	0.296
Actividad física	11.846	4	0.019
Sexualidad y reproducción	15.925	4	0.003
Habilidades para la vida	10.017	4	0.040
Salud mental	4.505	4	0.342
Seguridad vial	13.251	4	0.010
Promoción de la salud (global)	8.822	4	0.066

X<sup>2</sup>: Valor Chi-cuadrado

gl: Grados de libertad

p: P valor

Datos obtenidos de la encuesta a 79 jefes de familia de la Urb. Constanzo Callao-Perú

En cuanto a la asociación entre conocimientos y prácticas en promoción de la salud de acuerdo a los ejes temáticos (Tabla N° 2), se obtuvo que existe una relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre los conocimientos y prácticas en alimentación y nutrición, actividad física, sexualidad y reproducción, habilidades para la vida y seguridad vial; sin embargo se obtuvo que no hubo asociación para los ejes temáticos de higiene y medio ambiente, y salud mental.

Además, en lo que respecta al análisis bivariado no se encontró asociación entre conocimientos y prácticas en promoción de la salud de forma global, al usar la prueba de Chi – cuadrado.



**TABLA N° 3: Análisis de la asociación entre el nivel de conocimientos y prácticas en promoción de la salud global en las familias de la urbanización Constanzo, Callao-Perú en el año 2013**

	p	OR	IC
Edad	0.617	0.988	0.940 – 1.037
Sexo	0.056	0.211	0.43 – 1.039
Grado de instrucción	0.927	0.901	0.98 – 8.307
Ingreso económico*	0.037	1.002	1.0001 – 1.003
Nivel de conocimientos mayor/intermedio vs nivel de prácticas mayor	0.032	15.780	1.273 – 195.625

p: P valor

OR: Odds Ratio ajustado

IC: Intervalo de confianza al 95%

\*Ingreso económico personal mensual

Datos obtenidos de la encuesta a 79 jefes de familia de la Urb. Constanzo Callao-Perú

Al realizar el análisis multivariado, se encontró que el nivel mayor de prácticas en promoción de la salud estuvo asociado con un nivel mayor/intermedio de conocimientos en promoción de la salud y con el ingreso económico personal mensual del jefe de familia, independientemente de la edad, sexo y grado de instrucción.



## DISCUSIÓN

Desde que se planteó por primera vez el término Promoción de la salud a mediados del siglo XX por Henry E. Sigerist, cuando este definió las cuatro tareas esenciales de la medicina, se han venido desarrollando múltiples conferencias internacionales que han brindado orientaciones generales en este ámbito, lo cual demuestra la importancia que la Promoción de la salud ha adquirido para la labor sanitaria. **(32,33)**. Así mismo, se ha hecho énfasis en el control de los determinantes de la salud, puesto que ellos son factores que influyen en la salud de las poblaciones **(34)**, en este aspecto se encontró que el 72.2% de los jefes de familia eran varones, dato que es menor a lo reportado por el INEI para el año 2011 que es de 74.6% **(35)**, sin embargo, es parte de la tendencia que se observa desde el año 2005 en donde se reportó un 76.8% de jefes de familia varones.

La edad del jefe de familia va aumentando progresivamente **(36)**, al 2012, el INEI reportó que la edad promedio era de 52 años **(35)**, lo cual es concordante con lo obtenido en este estudio (51.3 años), además solo el 12.7% es menor de 30 años y el 32.9% tiene más de 60 años, y tomando en cuenta que a mayor edad existen menos posibilidades de conseguir empleo, esto podría dar explicación al 21.6% de jefes de familia desempleados al momento de realizarse la encuesta que se encontró en este estudio. Este desempleo puede causar problemas de salud mental significativos y efectos adversos sobre la salud física de las personas desempleadas, sus familias y comunidades **(37)**. Sin embargo a pesar de este





nivel de desempleo, se obtuvo que sólo el 2.6% de los jefes de familia presentaron un ingreso económico menor al de una canasta básica familiar.

Con respecto al nivel educativo del jefe de familia, el cual está altamente relacionado a la competencia laboral, se obtuvo que el 57.7% tuvo al menos un año de educación secundaria y el 25.6% tuvo educación superior, lo cual para la perspectiva canadiense **(38)** brindaría un mejor estado de salud ya que la educación promueve a las personas con conocimientos y aptitudes para solucionar problemas, otorgándoles un sentido de control y dominio en las circunstancias de su vida, aumenta las oportunidades de seguridad en materia laboral y de ingresos. Este último aspecto es muy importante, ya que como se ha observado, el ingreso económico mensual personal de los jefes de familia, a pesar de estar desempleados, es para el 46.1% de ellos de 2 a 3 canastas familiares y para el 26.3% mayor a S/. 1803. Esta cantidad de ingresos es muy importante ya que en el análisis de asociación entre conocimientos y prácticas en promoción de la salud, se obtuvo que el ingreso económico personal mensual estaba asociado a tener buenas prácticas en promoción de la salud, siendo un factor protector al tener un OR ajustado de 1.002, lo cual haría que por cada 500 soles aumentaría en una vez la posibilidad de tener buenas prácticas en promoción de la salud.

Según el modelo de abordaje para la Promoción de la salud, se priorizaron ejes temáticos en respuesta a las principales necesidades de la población detectadas en las diversas etapas de desarrollo y a los determinantes de la salud que influyen en la población **(3)**.



En esta línea de desarrollo de ejes temáticos se encontró, que en cuanto a los conocimientos y prácticas en alimentación y nutrición hubo asociación estadísticamente significativa, lo cual es concordante con estudios como el de Benites C. y cols., en donde concluyen que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad, teniendo en cuenta que el estado nutricional del niño es la expresión de las prácticas sobre alimentación **(39)**. Además se obtuvo que el 72.8% de los jefes de familia tenían conocimientos en un nivel mayor/intermedio, siendo el triple los que tuvieron un nivel mayor, esto nos puede indicar la efectividad del abordaje en promoción de la salud que está llevando a cabo el ministerio de salud con respecto a este eje, ya que se ha visto en estudios como el de Callo G. en 2009, que existe relación entre los niveles de conocimientos y prácticas luego de una intervención educativa **(40)**.

Se halló asociación entre los niveles de conocimientos y prácticas en actividad física, obteniéndose que la mayoría tenía nivel de conocimientos y prácticas en nivel intermedio, 50.6% y 55.7% respectivamente, además este fue el eje que obtuvo el menor porcentaje de jefes de familia con conocimientos y prácticas en el menor nivel con 19% y 22.8% respectivamente, esto podría deberse al beneficio que perciben las personas tanto en el ámbito físico como psicológico **(41)**.

En lo concerniente al eje de salud sexual y reproductiva, se encontró que hay asociación entre el nivel de conocimientos y prácticas, obteniéndose que 73.4% tenía un nivel de conocimientos mayor/intermedio, lo que concuerda con lo hallado



en el estudio de Libreros L. y cols. en donde reportó que el 73.88% de los entrevistados poseían conocimientos favorables en cuanto a sexualidad **(42)**. Además se encontró que el sólo 27.8% de los jefes de familia tenían un nivel menor de prácticas en sexualidad y reproducción, esto puede deberse a características de la muestra como la edad, con un promedio de 51.3 años y al grado de instrucción que estos poseen, solo 16.7% tienen un grado de instrucción menor al secundario; ya que en estudios en adolescentes como el de Thongzhi W. y cols. se puede apreciar que el 59.3% de estos presentaron un nivel bajo en prácticas de sexualidad **(43)**.

Se evidenció que existe asociación entre el nivel de conocimientos y prácticas en el eje de habilidades para la vida, encontrándose que el 69.6% de los jefes de familia tenían un nivel mayor de conocimientos y que un 69.7% tenía un nivel mayor/intermedio de prácticas en este eje, lo cual puede explicarse, como en el caso anterior por la edad, grado de instrucción y además por la calidad de jefe de familia de las personas entrevistadas, ya que como se muestra la literatura los mayores problemas en ese ámbito se concentran en la población infantil y adolescente, tal como reporta el proyecto AMARES, en el cual 80% de escolares presentaron niveles entre bajo e intermedio de asertividad **(44)** y otro estudio, realizado por la Oficina de tutoría y prevención integral del Ministerio de Educación, señala que el 31.3% de adolescentes presentan serias deficiencias en todo su repertorio de habilidades sociales **(45)**.



En el eje de seguridad vial y cultura de tránsito, se encontró asociación entre el nivel de conocimientos y prácticas en este eje, con 69.6% de jefes de familia con conocimientos de nivel mayor/intermedio, lo cual tiene relación con lo obtenido en el estudio de Isoba M., en donde reporto un promedio general del 72% de aciertos en sus preguntas, lo que permitía afirmar que los conocimientos teóricos de la población eran en promedio "aceptables", sin embargo, no encuentra correspondencia entre el saber teórico y el comportamiento **(46)**.

En cuanto al eje de Higiene y medio ambiente, no se obtuvo asociación estadísticamente significativa, esto puede explicarse debido que a pesar de que el 53.2% de los jefes de familia poseían un nivel mayor de conocimientos, el 42.8% de estos tenían un nivel de prácticas malo. Caso similar con lo que respecta al eje de salud mental, buen trato y cultura de paz, en donde tampoco se halló asociación, pero con la diferencia de que en este eje el mayor porcentaje de jefes de familia se ubicaban dentro de conocimientos y prácticas de nivel intermedio, 48.1% y 43% respectivamente, y de los 21 jefes de familia que poseían nivel de conocimientos menor, solo 4 tenían prácticas en un nivel menor.

Finalmente, no se encontró asociación entre el nivel de conocimientos y prácticas en promoción de la salud de forma global, cuando se analizaron los tres niveles en cada aspecto; sin embargo, al realizarse el análisis teniendo en consideración solo dos niveles en cada aspecto, se encontró que un nivel mayor de prácticas en promoción de la salud estuvo asociado con un nivel mayor/intermedio de



conocimientos en promoción de la salud independientemente de la edad, sexo y grado de instrucción.

Este hecho puede deberse al tamaño de la muestra y a la escala utilizada en el presente estudio, ya que la escala de Estanones, divide la muestra en tres grupos, siendo el grupo central, nivel intermedio, el doble de los grupos extremos, además no significando que el hecho de tener un nivel menor de conocimientos corresponda a tener un nivel malo, ya que por ejemplo, si bien se obtuvo que el 24.05% de los jefes de familia tenían conocimientos en nivel mayor, 49.37% en nivel intermedio y 26.58% en nivel menor, cabe resaltar que los puntajes obtenidos por el 100% de los jefes de familia en este aspecto superaron el 80% del puntaje máximo posible, obteniendo como mínimo 183 puntos de 220 puntos posibles.

Y en cuanto al nivel de prácticas en promoción de la salud, a pesar de que el 20.25% tenía un nivel mayor, el 59.49% nivel intermedio y el 20.25% nivel menor, se encontró que 93.7% de los jefes de familia superaban el 80% del puntaje máximo posible y 6.3% superaron el 60% del puntaje, teniendo como mínimo un puntaje de 148 puntos de un máximo de 210 puntos.

Pero más importante aún, estas faltas de asociación pueden deberse a que conocimiento no necesariamente significa práctica, y que el cubrir la brecha entre conocimiento, formulación de políticas públicas y prácticas para promover la salud y bienestar, implica acciones que rebasan los diseños metodológicos como se menciona en el estudio de Salazar L. **(47)**



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 1. CONCLUSIONES

- Los jefes de familia son en su mayoría varones (72.2%), tienen un media de edad de 51.3 años, la mayor parte con grado de instrucción de secundaria en adelante (83.3%), y en su mayoría (44.3%) cuentan con un ingreso económico entre 2 y 3 canastas familiares.
- El eje temático con mayor porcentaje de jefes de familia con conocimientos en nivel mayor fue el de habilidades para la vida con 69.6%.
- El eje temático con mayor porcentaje de jefes de familia con prácticas en nivel mayor fue el de higiene y medio ambiente.
- El eje temático con mayor porcentaje de jefes de familia con conocimientos en nivel menor fue el de seguridad vial y cultura de tránsito.
- El eje temático con mayor porcentaje de jefes de familia con prácticas en nivel menor fue el de alimentación y nutrición
- Hubo asociación estadística entre los niveles de conocimientos y prácticas en promoción de la salud de 5 de los 7 ejes temáticos priorizados, los cuales fueron alimentación y nutrición, actividad física, salud sexual y reproductiva, habilidades para la vida, y seguridad vial y cultura de tránsito.
- Un nivel mayor de prácticas en promoción de la salud estuvo asociado con un nivel mayor/intermedio de conocimientos en promoción de la salud independientemente de la edad, sexo y grado de instrucción



## **2. RECOMENDACIONES**

- Ampliar la población de estudio para poder obtener datos extrapolables.
- Promover la generación de más instrumentos para la medición del nivel de conocimientos y prácticas en promoción de la salud.
- Reforzar el conocimiento en promoción de la salud, sobre todo en los ejes de seguridad vial, y alimentación y nutrición.
- Desarrollar actividades que fomenten prácticas correctas en promoción de la salud, sobre todo en los ejes de alimentación y nutrición, y habilidades para la vida.
- Poner más énfasis a la investigación del nivel en que se encuentra la población de nuestro país con respecto a la promoción de la salud, partiendo de la base de este estudio.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives. Editado por Irving Rootman et al. WHO Regional Publications, 2001. European Series, No 92.
2. De Salazar L. Municipios y comunidades saludables. El reto de la evaluación. Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, CEDETES. 2002 Universidad del Valle. Santiago de Cali, Colombia.
3. Ministerio de Salud. Modelo de abordaje de la promoción de la salud en el Perú: Documento técnico. Dirección General de Promoción de Salud. 2006.
4. Pettman L., Armstrong R., Utilizando pruebas de promoción de la salud en el gobierno local: realidades y oportunidades del contexto. Health Promotion Journal of Australia 2013; 24(1) 72-75.
5. De Salazar L, Vélez J. Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. Ciencia y Salud Colectiva. 2004; 9(3): 725-730
6. Piñón J., Torres M. Impacto de la promoción y la educación para la salud en los logros de la salud pública cubana. Rev Cubana de Medicina General Integral. 2001; 17(1): 91-99.





7. Dohn A., Chávez A., Dohn N., Saturria L., Pimentel C. Changes in health indicators related to health promotion and microcredit programs in the Dominican Republic. *Rev Panamericana de Salud Pública*. 2004; 15(3): 185-193.
8. Salinas J., Cancino A., Pezoa S. Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2007 Mar; 21(2-3): 136-144.
9. Carroll J. Epstein R. Knowledge and beliefs about health promotion and preventive health care among somali women in the United States. *Health care for women international*. 2007; 28(4):360-80.
10. Figueira T. Women's perceptions and practices regarding prevention and health promotion in primary healthcare, *Rev de Salud Pública*. 2009; 43(6):937-43.
11. De Salazar L. Effectiveness of health promotion and public health interventions: Lessons from Latin American Cases. *Colomb. Med*. 2010; 41(1): 85-97.
12. Martínez-López Elkin, Grajales Isabel C. Efectividad de un programa de promoción de la salud en la disminución de costos médicos asistenciales. *Rev. Salud pública*. 2010; 12(6): 938-949.



13. Devine S., Llewelling-Jones L. Impact of a five-day short course on integration of health promotion into practice in north Queensland.. Health Promotion Journal of Australia. 2009; 20(1):69-71.
14. Ulla S., Fortis A. Efficacy of a health-promotion intervention for college students: a randomized controlled trial. Nursing Research. 2012 Mar-Apr; 61(2):121-32.
15. Nemet D. Long term effects of a health promotion intervention in low socioeconomic Arab-Israeli kindergartens. BMC Pediatrics. 2013, 13:45.
16. Castañeda O., Ortega G., Reyes Y. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, en Yopal, Casanare, Colombia, 2009. Investig. andina. 2009; 11(19): 31-48.
17. De Vincenzi A., Bareilles G. Promoción de la salud y prevención escolar del consumo de drogas en contextos de vulnerabilidad social. Educ.Educ. 2011;.14(3): 577-600.
18. Pérez R., Hilda A. Disminución de las prevalencias de desnutrición mediante la promoción de la salud en grupos de escolares en una localidad de Bogotá. Rev.U.D.C.A.Actual.Divulg.Cient. 2012; 15(1): 35-42.
19. Lima Serrano Marta, Neves de Jesus Saul, Lima Rodríguez Joaquín Salvador. Actitudes de adolescentes hacia la salud: evaluación de un programa escolar de promoción de la salud en Sevilla, España. Salud colectiva. 2012; 8(1): 47-60.



20. Cadilhac DA., Kilkenny MF. The Know Your Numbers (KYN) program 2008 to 2010: impact on knowledge and health promotion behavior among participants. *International Journal of Stroke* 2013, disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijss.12018/full>
21. Declaración de Alma Ata. Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
22. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Ontario, Canadá, Noviembre de 1986.
23. Recomendaciones de Adelaida sobre las políticas públicas favorables a la salud. Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Políticas públicas favorables a la salud. Adelaida, Australia, 5-9 de abril de 1988.
24. Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Sundsvall (Suecia), 9-15 de junio de 1991.
25. Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Nueva era,



- nuevos actores: Adaptar la Promoción de la Salud al siglo XXI. Organización Mundial de la Salud, Yakarta República de Indonesia, 21-25 de julio de 1997.
26. Declaración de México. Hacia una mayor equidad. Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud hacia una mayor equidad. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Santa Fe, México, 5-9 Junio 2000.
27. Carta de Bangkok. Fomento de la salud en un mundo globalizado. Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Tailandia, Bangkok, 7-11 Agosto 2005.
28. Declaración de Nairobi. Un llamado a la acción. Séptima Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Nairobi, Kenya, 2009.
29. Declaración de Helsinki. Sobre la salud en todas las políticas. Octava Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Finlandia, Helsinki, 10-14 Junio 2013.
30. Sapag J., Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(1): 139-149.
31. Fleury S. El desafío de Gestión de las redes de políticas, *Revista Instituciones y Desarrollo* N° 12-13. 2002; págs. 221-247.



32. Eslava-Castañeda J. Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud. *Rev. Salud pública.* 2006; 8(2): 106-115.
33. Llanos L. Actitudes hacia la prevención y promoción en salud en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *Rev Med Hered* 2006; 17: 81-89.
34. Conferencia Social Determinants of Health Across the Lifespan. Universidad de York. Toronto, Ontario. 2002.
35. Comisión multisectorial. Plan nacional de fortalecimiento a las familias 2013-2021, documento de trabajo. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. 2013, disponible en <http://www.mimp.gob.pe/files/planes/plan-nacional-fortalecimiento-familias-2013-2021.pdf>
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta nacional de hogares (ENAHG). 2012
37. Wescott, G. Health Policy Implications of Unemployment. Organización Mundial de la Salud, Copenhagen. 1985.
38. Canada Health. Hacia un futuro sano. Segundo informe sobre la salud de la población canadiense. Washington. 2013.
39. Benites C. Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a



- 12 meses de edad que asisten al consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, Lima, Perú. 2007.
40. Callo G. Conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición de niños menores de 5 años en madres participantes y no participantes de sesiones educativas en Paucará-Huancavelica. Lima, Perú. 2009.
41. Castaño M. Niveles, barreras, conocimiento y actitud en la práctica de actividad física en administrativos de Audifarma. Pereira, Colombia. 2010.
42. Libreros. L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. Revista de salud pública y nutrición. 2008; 9(4).
43. Thongzhi W. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata - Cusco 2003. Rev. SITUA. 2003; 13(1): 49-55.
44. Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su aplicación en una región de Perú. AMARES. Estudio Diagnostico Basal sobre Habilidades para la Vida en escolares de 3 redes de colegios estatales en Ayacucho, Andahuaylas y Huancavelica. 2003.
45. Ministerio de Educación. Oficina de Tutoría y Prevención Integral. Situación de las Habilidades Sociales en Escolares del Perú. Informe General, Lima, Perú. 2003.



46. Isoba M. Relación entre el conocimiento teórico y el comportamiento en el tránsito. Asociación civil Luchemos por la vida. 2000. disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/Relacion.pdf>
47. De Salazar L. Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. *Ciencia y salud colectiva*. 2004 Sep ; 9( 3 ): 725-730.



## **ANEXOS**





## ANEXO A

### DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de proporciones de una población finita.

$$n = \frac{Z^2_{\alpha.p}(1 - p)N}{(N - 1)E^2 + Z^2_{\alpha.p}(1 - p)}$$

N = Número de familias de la Urb. Constanzo (280)

$Z^2_{\alpha}$  = Nivel de confianza 95%

p = Proporción (0.5)

1 – p = Proporción (0.5)

$E^2$  = Error de estimación 10%

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)280}{(280 - 1)(0.1)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = 72$$

Por tanto la muestra a considerar es de 72 jefes de familia.



## ANEXO B

## INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

## ENCUESTA

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN UNA URBANIZACIÓN CALLAO-PERÚ, 2013**

Esta es una encuesta Anónima la cual deberá ser llenada única e íntegramente por el encuestador de acuerdo a las respuestas que el entrevistado le otorgue. Los cuadros rectangulares son preguntas libres que deberán ser llenadas con las opiniones del entrevistado. Los cuadros pequeños deberán ser marcados con un aspa.

Dirección						CÓDIGO	
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>	A	Número de miembros del hogar					
	B	¿Quién es el (la) jefe de familia?					
	C	Sexo	MASCULINO	FEMENINO			
	D	Edad					
	E	Provincia y distrito en donde nació					
	F	¿Cuánto tiempo lleva viviendo en Lima?					
	G	¿Sabe leer?	SI	NO			
			SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
	H	¿Con qué frecuencia lee?					
	I	¿Qué cosas lee?	PERIÓDICO	LIBRO	REVISTA		
	J	¿Sabe escribir?	SI	NO			
	K	Grado de instrucción					
	L	¿Actualmente trabaja?	SI	NO			
	M	¿Cuál es la principal ocupación que desempeña?					
	N	¿Cuánto es su ingreso económico mensual aproximadamente?					
	O	¿Cuánto es el ingreso familiar mensual aproximadamente?					
P	¿Cómo distribuye su dinero?	ALIMENTACIÓN	VIVIENDA	VESTIDO	SALUD	OTROS	



## CONOCIMIENTO

		MUY IMPORTANTE	IMPORTANTE	IMPORTANCIA REGULAR	POCO IMPORTANTE	SIN IMPORTANCIA	
<b>ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN</b>	1	Usted considera que comer alimentos de origen animal (pescado, pollo, carne), todos los días es algo:					
	2	Usted considera que el consumo de frutas y verduras es algo:					
	3	Usted considera que la lactancia materna es algo:					
	4	Usted considera que lavar los alimentos antes de consumirlos y prepararlos es algo:					
	5	Usted considera que lavarse las manos antes de manipular los alimentos es algo:					
<b>HIGIENE</b>			MUY IMPORTANTE	IMPORTANTE	IMPORTANCIA REGULAR	POCO IMPORTANTE	SIN IMPORTANCIA
	6	¿De qué forma, considera usted, que el cuidado ambiental influye en su salud?					
	7	Usted considera que lavarse las manos antes de comer y después de entrar/ocuparse en el baño, es algo:					
	8	Usted considera que bañarse diariamente es algo:					
	9	Usted considera que usar ropa limpia es algo:					
	10	Usted considera que hervir o tratar el agua antes de consumirla es algo:					
	11	Usted considera que transportar y almacenar el agua en recipientes limpios y con tapa es algo:					
	12	Usted considera que la mantener una ventilación adecuada de su vivienda es algo:					
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>			MUY BENEFICIOSO	BENEFICIOSO	BENEFICIO REGULAR	POCO BENEFICO	SIN BENEFICIO
	13	Usted consideran que realizar actividad física, para la salud es:					
	14	Usted considera que el que sus hijos estén en sobre peso "gorditos" es:					
	15	Usted considera que para la prevención de enfermedades, la actividad física es:					
	16	Usted considera que para los ancianos, realizar actividad física es:					
			SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
	17	¿Con qué frecuencia se debería realizar actividad física?					



		MUY RIESGOSO	RIESGOSO	RIESGO REGULAR	POCO RIESGO	NO RIESGOSO
18	Usted considera que no realizar actividad física, para su salud es:					

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		MUY IMPORTANTE	IMPORTANTE	IMPORTANCIA REGULAR	POCO IMPORTANTE	SIN IMPORTANCIA	
	19	Usted considera que la estimulación prenatal y estimulación temprana es algo:					
	20	Usted considera que la educación sexual y reproductiva para sus hijos es algo:					
	21	Usted considera que usar métodos de planificación familiar es algo:					
	22	Usted considera que el uso de preservativo, para la prevención de enfermedades de transmisión sexual es algo:					
	23	Usted considera que la igualdad de género es algo:					
	24	Usted considera que el control prenatal					
	25	Usted considera que dar a luz en un establecimiento de salud es algo:					
HABILIDADES PARA LA VIDA		MUY IMPORTANTE	IMPORTANTE	IMPORTANCIA REGULAR	POCO IMPORTANTE	SIN IMPORTANCIA	
	26	Ud. Considera que establecer relaciones positivas (amistad, buen trato, etc.) en la familia es algo:					
	27	Ud. Considera que la confianza entre los integrantes de la familia es algo:					
	28	Ud. Considera que la comunicación es algo:					
	29	Ud. Considera que expresar sus sentimientos a sus familiares es algo:					
	30	Ud. Considera que el respeto, la tolerancia, la igualdad y la solidaridad son algo:					
31	Ud. Considera que el estado de salud de su familia es algo:						



SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA		MUY IMPORTANTE	IMPORTANTE	IMPORTANCIA REGULAR	POCO IMPORTANTE	SIN IMPORTANCIA	
	32	Ud. Considera que escuchar música relajante para una embarazada es algo:					
	33	Ud. Considera que la estimulación temprana para sus hijos es algo:					
	34	Ud. Considera que la disciplina es algo:					
	35	Ud. Considera que promover que sus hijos decidan su futuro por vocación, es algo:					
	36	Ud. Considera que el respeto y el apoyo hacia el prójimo es algo:					
	37	Ud. Considera que mantener trabajando a un adulto mayor (dentro del límite de sus capacidades), siempre que sea posible, es:					
SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRÁNSITO		MUY IMPORTANTE	IMPORTANTE	IMPORTANCIA REGULAR	POCO IMPORTANTE	SIN IMPORTANCIA	
	38	Ud. Considera que obedecer las señales de tránsito es algo:					
	39	Ud. Considera que cuando está apurado, usar los puentes peatonales es algo:					
	40	Ud. Considera que ceder el asiento a los ancianos es algo:					
	41	Ud. Considera que el uso del cinturón de seguridad es algo:					
		MUY PELIGROSO	PELIGROSO	PELIGRO REGULAR	POCO PELIGROSO	SIN PELIGRO	
	42	Ud. Considera que cuando sus hijos caminen por la vereda, lo hagan por el lado de la pared, es algo:					
	43	Ud. Considera que sacar alguna parte del cuerpo por la ventana de un vehículo es algo:					
44	Ud. Considera que cruzar por detrás de un vehículo estacionado es algo:						



## PRÁCTICAS

		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA	
<b>ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN</b>	1	Usted considera que la lactancia durante los 6 primeros meses de vida se debe realizar:					
	2	En el último mes, ¿con qué frecuencia sus hijos consumen carne (de pollo, res, pescado, etc.)?					
	3	¿Con qué frecuencia sus hijos de 3 a 9 años consumieron leche y sus derivados?					
	4	En el último mes, ¿con qué frecuencia comen frutas y verduras					
	5	En el último mes, ¿con qué frecuencia comen comidas "Chatarra"?					
	6	¿Con qué frecuencia le dio a sus hijos fórmula, calditos, agua, a sus hijos menores de 6 meses?					
	7	¿Sus hijos llevan lonchera o refrigerio?					
<b>HIGIENE Y AMBIENTE</b>			SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
	8	¿Con qué frecuencia se lava las manos antes y después de comer?					
	9	¿Con qué frecuencia se lava las manos después de ir al baño?					
	10	¿Antes de tomar agua, usted la hierve o la trata?					
	11	¿Con qué frecuencia desecha la basura de su casa en recipientes adecuados (bolsas, tachos, etc.)?					
	12	¿Con qué frecuencia limpia y ordena su casa?					
	13	¿Con qué frecuencia se baña?					
14	¿Con qué frecuencia tira la basura en la calle?						
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>			SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
	15	En el último mes con qué frecuencia su familia realizó actividad física					
	16	Cuando tiene tiempo libre, con qué frecuencia realiza actividad física?					
	17	Cuando realiza actividad física, ¿con qué frecuencia realiza actividad física intensa?					
	18	Cuando tiene tiempo libre, con qué frecuencia permanece sentado o acostado "descansando"					
19	En el último mes ¿con qué frecuencia salió a correr o a hacer deporte con su familia?						



		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA	
<b>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	20	¿Con qué frecuencia, usted o su esposa acudía a sus controles prenatales?					
	21	¿Con qué frecuencia sus hijos recibieron estimulación prenatal y/o estimulación temprana?					
	22	¿Con qué frecuencia usted les ha enseñado/hablado sobre sexualidad a sus hijos?					
	23	¿Con qué frecuencia hay episodios de violencia familiar (verbal o física) en su hogar?					
	24	En el último mes, ¿con qué frecuencia usa métodos anticonceptivos?					
<b>HABILIDADES PARA LA VIDA</b>			SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
	25	¿Con qué frecuencia durante el embarazo su esposa o Ud, escuchaba música relajante?					
	26	¿Con qué frecuencia durante el embarazo, Ud. acompañaba a la madre a sus controles prenatales?					
	27	¿Con qué frecuencia sus hijos recibían estimulación temprana de algún tipo?					
	28	¿Con qué frecuencia se sienta a conversar con sus hijos?					
	29	¿Con qué frecuencia, en su comunidad, existen actividades recreativas para los adultos mayores?					
30	¿Con qué frecuencia se plantean reglas de convivencia en su casa?						
<b>SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ</b>			SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
	31	Con qué frecuencia le dice a sus hijos/esposo(a) que los quiere?					
	32	Cuando tiene algún problema, los soluciona con facilidad?					
	33	¿Con qué frecuencia conversa con su familia?					
	34	¿Con qué frecuencia sus hijos le cuentan sus problemas?					
	35	¿Con qué frecuencia realiza ejercicios físicos o mentales para su relajación?					
36	¿Con qué frecuencia se toman las decisiones en conjunto en su familia?						



SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRÁNSITO		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA	
	37	¿con qué frecuencia, espera el cambio a luz roja para cruzar la pista?					
	38	¿Con qué frecuencia usa el paso de cebra (líneas blancas) para cruzar la pista?					
	39	¿Con que frecuencia usa los puentes peatonales?					
	40	¿Con qué frecuencia baja de un vehículo en paraderos autorizados?					
	41	¿Con qué frecuencia, cuando está en un vehículo, guarda su basura en vez de botarla al piso o por la ventana?					
	42	¿Con qué frecuencia saca la cabeza, parte del cuerpo o brazos por las ventanas del vehículo?					





## ANEXO C

### HOJA DE VALIDACIÓN

Estimado docente reciba usted mis más cordiales saludos. Esta ficha es un instrumento diseñado para el proceso de evaluación de la investigación titulada: **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN UNA URBANIZACIÓN CALLAO-PERÚ, 2013”** con miras al mejoramiento del instrumento de recolección de datos. Su finalidad es conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema. Por ello le pedimos responda a las siguientes preguntas de modo responsable y sincero. Sus resultados servirán para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad de la investigación. Muchas gracias por su colaboración.

#### **Datos personales:**

- Nombres y apellidos: .....
- Profesión: .....
- Especialidad: .....
- Fecha de evaluación: .....

#### **Datos de calificación:**

**1. Las preguntas son consistentes de acuerdo al problema y objetivos de la investigación:**

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

---

---

**2. La formulación y redacción de las preguntas son correspondientes al tema:**

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

---

---



**3. Usted agregaría alguna otra pregunta:**

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?:

---

---

**4. Usted eliminaría alguna pregunta**

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?:

---

---

**5. Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento:**

---

---

---

---

**GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES SEGÚN PRUEBA BINOMIAL**

ÍTEMS	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez4	Juez 5	p Valor
1	1	1	1	1	1	0.03125
2	1	1	1	1	1	0.03125
3	0	0	0	0	0	0.03125
4	0	0	0	0	0	0.03125
5	1	1	1	1	1	0.03125

Se ha considerado:

1: Si la respuesta es afirmativa

0: Si la respuesta es negativa

Si  $p$  es  $<0.05$ , el grado de concordancia es significativo, por lo tanto ya que cada resultado obtenido por cada juez, es menor a 0.05, el grado de concordancia es significativo.



## ANEXO D

### DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a tomar la prueba piloto a 10 jefes de familia, a los resultados se le aplicó la fórmula estadística de  $\alpha$  de Crombach.

$$\alpha = \frac{k}{(k-1)} \left( 1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right)$$

k = número de ítems

$(\sigma_i)^2$  = varianza de cada ítem

$(\sigma_x)^2$  = varianza de la cuestionario total

#### Conocimientos en promoción de la salud

Número de ítems: 44

Sumatoria de la varianza de cada ítem: 14.26

Varianza del cuestionario total: 186.77

$\alpha$ : 0.945

#### Prácticas en promoción de la salud

Número de ítems: 42

Sumatoria de la varianza de cada ítem: 35.5

Varianza del cuestionario total: 135.17

$\alpha$ : 0.755

Considerando que el valor de los índices de consistencia interna es mayor a 0.7, estos se consideran adecuados.