

UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO
SOCIALES Y EDUCACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE SOCIOLOGÍA



TESIS

**“MODELO DE PRÁCTICAS SOCIALES EN LA SALUD
DE LOS POBLADORES DEL SECTOR “PEDRO RUIZ
GALLO” EN LA CIUDAD DE LAMBAYEQUE – 2017”**

**PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA.**


INVESTIGADOR: MENDOZA MONDRAGÓN, Auner.

ASESOR: SEVILLA EXEBIO, Julio César.

LAMBAYEQUE – PERÚ

2018

PRESENTADO POR:

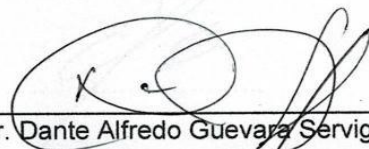

Bach. Auner Mendoza Mondragón.
AUTOR


Dr. Julio César Sevilla Exebio.
ASESOR

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y
EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO" DE
LAMBAYEQUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
SOCIOLOGÍA.

APROBADO POR:


Soc. Nelly María Gutiérrez Piedra.
PRESIDENTE


Dr. Dante Alfredo Guevara Servigón.
SECRETARIO


Dr. José Máximo Maquen Castro.
VOCAL



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS N° 000434

Siendo las 11.30 am. del día 25
de Febrero del año dos mil diecinueve; en los ambientes de
Auditorio Eduardo Rodríguez se reunieron los miembros del jurado
designados mediante Decreto N° 047 - 2019 - CISE - FACHSE, de fecha 20 de
Febrero de 2019; integrado por:

Presidente : Soc. Nelly Gutierrez Piedra
Secretario : Dr. Dante Alfredo Guevara Servicio
Vocal : Dr. Fco. Mariano Magueta Castro
Asesor(a) : _____



La finalidad es evaluar la Tesis titulada: Modelo de Prácticas sociales en la
salud de los pobladores del sector "Pedro Ruiz Gallo"
en la ciudad de Lambayeque, 2017.

presentada por Mendoza Moudroped, Auner

Bachiller (es) en **SOCIOLOGÍA** para obtener el título de Licenciad (o) (a) (os) (as) en
SOCIOLOGÍA

Producido y concluido el acto de sustentación, de conformidad con el Reglamento de Grados y
Títulos de la Facultad de Ciencias Histórico Sociales y Educación de la Universidad Nacional
Pedro Ruiz Gallo, Artículos 37, 38, 39, 40, 41; los miembros del jurado procedieron a la evaluación
respectiva, haciendo una serie de preguntas y recomendaciones a sustentante _____,
quien _____ procedió (ó) (eron) a dar respuesta a las interrogantes y observaciones.

Con la deliberación correspondiente por parte del jurado, se procedió a la calificación del trabajo
de investigación en términos de Aprobado con bueno

Siendo las 12.00 del mismo día, en la ciudad de Lambayeque
se dio por concluido el acto académico, con la lectura del acta y la firma de los miembros del
jurado.

PRESIDENTE


SECRETARIO

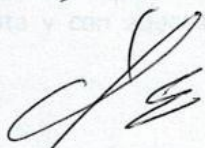
VOCAL

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Auner Mendoza Mondragón investigador principal, y el Dr. Julio César Sevilla Exebio asesor del trabajo de investigación “Modelo de prácticas sociales en la salud de los pobladores del Sector “Pedro Ruiz Gallo” en la ciudad de Lambayeque – 2018”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo, a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 05 de enero de 2019.

Bach. Auner Mendoza Mondragón:

Dr. Julio César Sevilla Exebio:

DEDICATORIA

Al País:

Con el fin contribuir en mejorar la calidad de vida de todos los peruanos y disminuir las desigualdades.

A los niños:

En especial a Smith y Dariel quienes son la esperanza de seguir forjando los destinos de la nación. Anhelando que puedan vivir en una sociedad más justa y con adecuada formación ciudadana.

AGRADECIMIENTO

Aprovecho este espacio para agradecer a Dios por sus grandes bendiciones y guiar siempre mi camino, a mis padres Sixto y Dalila por la buena formación que me inculcaron y por estar a mi lado, a mi hermano Alex por iniciar el camino educativo y en especial a mi hermana Flor Estelita por el apoyo incondicional hacia mi persona.

Agradecer a los docentes de la Universidad que contribuyeron en mi formación profesional, destacando a la profesora Nelly Gutiérrez, Isidoro Benítez, Juan Diego Dávila, César Sevilla por haber compartido sus conocimientos y experiencias.

Finalmente agradecer a todas las personas que contribuyeron en mi formación, en especial agradecer a los vecinos del Sector Pedro Ruiz Gallo por haberme abierto las puertas para desarrollar mi investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE	VI
RESUMEN	VIII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	X
CAPITULO I	12
ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS SOCIALES EN LA SALUD DE LOS POBLADORES DEL SECTOR “PEDRO RUIZ GALLO” EN LA CIUDAD DE LAMBAYEQUE – 2017	12
1.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA.....	12
1.2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA	19
1.2.1. La salud	19
1.2.2. Determinantes de la salud	20
1.2.3. Los estilos de vida y la salud desde el aporte de las ciencias sociales.	22
1.2.4. La intervención en los estilos de vida	25
1.2.4.1. Factores condicionantes de los estilos de vida (prácticas sociales).....	26
1.3. METODOLOGÍA EMPLEADA	33
1.3.1. Diseño Transformativo concurrente (DISTRAC).....	33
1.3.2. Población y muestra.	34
1.3.3. Diseo de investigación	35
1.3.4. Métodos y Procedimientos	36
1.3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	36
CAPITULO II	36
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	37
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	37
2.2. BASE TEÓRICA	39
2.2.1. TEORÍA DE LAS PRÁCTICAS SOCIALES DE PIERRE BOURDIEU.....	39
2.2.2. TEORÍA DE LA CONDUCTA PROBLEMA DE JESSOR & JESSOR, 1977; JESSOR, 1992	41
2.2.3. MODELO DE LOS ESTADIOS DEL CAMBIO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE	43
CAPITULO III	46

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	46
3.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	46
3.1.1. Resultados de guía de Entrevistas.	57
3.2. PROPUESTA TEÓRICA	62
3.2.1. Realidad Problemática.	12
3.2.2. Objetivos de la Propuesta.	12
3.2.4. Estructura de la Propuesta.....	16
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS	49

RESUMEN

En la presente investigación “MODELO DE PRÁCTICAS SOCIALES EN LA SALUD DE LOS POBLADORES DEL SECTOR “PEDRO RUIZ GALLO” EN LA CIUDAD DE LAMBAYEQUE – 2017” se ha estudiado las prácticas sociales en los estilos de vida físico emocional que afectan la salud de la población del sector “Pedro Ruiz Gallo”, ubicado al lado oeste de la ciudad de Lambayeque, con el objetivo de diseñar un modelo de prácticas sociales con estilos de vida físico emocional para mejorar los niveles de la salud en la población del sector “Pedro Ruiz Gallo”. Nos interesamos por investigar sobre los problemas de la salud, debido que creemos y consideramos que el buen estado de salud de la población es fundamental para mantener el sistema productivo y especialmente lograr que la población se pueda desarrollar plenamente como seres humanos. Para el desarrollo de este trabajo hemos utilizado el diseño mixto de investigación, habiendo aplicado para la adquisición de los datos y obtener un conocimiento profundo de la realidad (conocer sus prácticas sociales y/o hábitos) los siguientes instrumentos: guía de observación, guía de encuesta, entrevistas a profundidad, recojo de testimonios y visitas de campo, así como la observación participante. Basados en la sociología de la salud. Los resultados nos han mostrado que los pobladores del sector Pedro Ruiz Gallo practican inadecuados hábitos y estilos de vida, poniendo en constante riesgo su salud y estando propensos a sufrir algún malestar. Podemos decir que nuestra investigación presenta como logros el haber justificado la existencia del problema a través de las entrevistas y cuestionarios aplicados a los pobladores, así como haber logrado proponer un programa integral de prácticas sociales denominada “UN ESTILO DE VIDA FANTASTICO” el cual estará desarrollado a través de varios temas adecuados para preservar la salud de la población del sector Pedro Ruiz Gallo de la Ciudad de Lambayeque.

Palabras claves: salud, prácticas sociales, estilos de vida, hábitos, pobladores, modelo de prácticas sociales.

ABSTRACT

In the present investigation "MODEL OF SOCIAL PRACTICES IN THE HEALTH OF THE PEOPLE OF THE SECTOR" PEDRO RUIZ GALLO "IN THE CITY OF LAMBAYEQUE - 2017" the social practices in the emotional physical life styles that affect the health of the population have been studied from the sector "Pedro Ruiz Gallo", located on the west side of the city of Lambayeque, with the aim of designing a model of social practices with emotional physical lifestyles to improve health levels in the population of the sector "Pedro Ruiz Gallo " We are interested in researching health problems, because we believe and believe that the good state of health of the population is fundamental to maintain the productive system and especially to ensure that the population can fully develop as human beings. For the development of this work we have used the mixed design of research, having applied for the acquisition of the data and obtain a deep knowledge of the reality (to know its social practices and / or habits) the following instruments: observation guide, guide of survey, in-depth interviews, collection of testimonies and field visits, as well as participant observation. Based on the sociology of health. The results have shown us that the people of the Pedro Ruiz Gallo sector practice inadequate habits and lifestyles, putting their health at constant risk and being prone to suffer some discomfort. We can say that our research presents as achievements having justified the existence of the problem through the interviews and questionnaires applied to the villagers, as well as having managed to propose a model of social practices called "FANTASTIC LIFESTYLE" which will be developed through of several suitable subjects to preserve the health of the population of the sector Pedro Ruiz Gallo of the City of Lambayeque.

Keywords: health, social practices, lifestyles, habits, settlers, model of social practices.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación “MODELO DE PRÁCTICAS SOCIALES EN LA SALUD DE LOS POBLADORES DEL SECTOR “PEDRO RUIZ GALLO” EN LA CIUDAD DE LAMBAYEQUE – 2017”, nos habla acerca de la salud, haciendo conocer que ella es fundamental para el desarrollo de una sociedad, una sociedad de ciudadanos con bienestar tanto físico como emocional es una sociedad que puede salir adelante y estará mejor preparada para alcanzar rápidamente el desarrollo, siendo la salud un determinante para el desarrollo de los escolares en la educación así como del rendimiento en cada uno en su desempeño laboral.

Nuestra investigación tiene como **objetivo general**: Diseñar un modelo de prácticas sociales, con estilos de vida físico emocional, para mejorar los niveles de la salud en la población del sector “Pedro Ruiz Gallo”, distrito y provincia de Lambayeque ubicado al lado oeste de la ciudad de Lambayeque. **Objetivos específicos**: Diagnosticar las prácticas sociales en los estilos de vida físico emocional de los pobladores del sector “Pedro Ruiz Gallo” de la ciudad de Lambayeque; teorizar sobre las prácticas sociales en los estilos de vida que afectan la salud de los pobladores del sector “Pedro Ruiz Gallo” de la ciudad de Lambayeque; esquematizar un modelo de prácticas sociales para mejorar los niveles de prevención de su salud en la población del sector “Pedro Ruiz Gallo” de la ciudad de Lambayeque. La investigación está fundamentada teóricamente por el modelo de prácticas sociales, fundamentado en la Teoría de las Prácticas Sociales, Teoría de la Conducta Problema y modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente.

Se buscó dar **respuesta a la pregunta**: ¿Cómo influye un modelo de prácticas sociales en la salud de los pobladores del sector “Pedro Ruiz Gallo” de la ciudad de Lambayeque?, la respuesta o **hipótesis** fue: “**Si** se diseña un modelo de prácticas sociales, fundamentado en la Teoría de las Prácticas Sociales, Teoría de la Conducta Problema y el modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente, **entonces** se mejorará los niveles de la salud físico emocional en la población del Sector “Pedro Ruiz Gallo” ubicado en el distrito de Lambayeque”.

El **objeto de estudio** la salud de la población del sector Pedro Ruiz Gallo. El **Campo de acción**: modelo de prácticas sociales con estilos de vida físico emocional para mejorar los niveles de la salud en la población del sector Pedro Ruiz Gallo.

En cuanto al diseño metodológico hemos aplicado, guía de observación, guía de encuesta, entrevistas a profundidad, recojo de testimonios y visitas de campo así como la observación participante, que permitió agenciarnos de datos cuantitativos y cualitativos.

El trabajo se estructuró en tres capítulos:

El primer capítulo presenta el análisis del objeto de estudio, a partir de la ubicación geográfica del sector “Pedro Ruiz Gallo”, un estudio y caracterización de cómo surge y cómo se manifiesta el problema, además se precisa la metodología seguida para llevar a cabo la investigación. En el **segundo capítulo** contiene la fundamentación teórica de nuestra investigación, desarrollando antecedentes de la investigación y las teorías que dan fundamento a la investigación; Teoría de las Prácticas Sociales, Teoría de la Conducta Problema y el modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente, las mismos que permiten entender el problema en estudio y nos brindan elementos necesarios para diseñar y proponer un modelo de prácticas sociales para mejorar la salud físico emocional de la población del sector Pedro Ruiz Gallo en el distrito y provincia de Lambayeque. En el **tercer capítulo** presentamos el análisis y discusión de los resultados de la investigación, que han sido obtenidos de la aplicación de encuestas, entrevistas y observación participante, también desarrollamos la propuesta denominada: “Nuevo modelo de prácticas sociales, para un buen estado de la salud”, la cual está organizada en una campaña de comunicación y sensibilización para brindar información y aumentar la motivación al cambio de comportamientos en relación a los estilos de vida.

Finalmente presentamos las conclusiones y recomendaciones de la investigación, así como la bibliografía y anexos.

CAPITULO I

ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS SOCIALES EN LA SALUD DE LOS POBLADORES DEL SECTOR “PEDRO RUIZ GALLO” EN LA CIUDAD DE LAMBAYEQUE – 2017.

1.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Un análisis es el acto de separar las partes de un elemento para estudiar su naturaleza, su función y/o su significado, un análisis es un efecto que comprende diversos tipos de acciones con distintas características y en diferentes ámbitos, pero en suma es todo acto que se realiza con el propósito de estudiar, ponderar valorar y concluir respecto de un objeto, persona o condición. (Bembibre, 2018)

El objeto es el sistema donde el problema existe y se desarrolla. Es el espacio objetivo que constituye el fundamento real donde se conectan los hechos, constituyendo la porción finita que se estudia de la realidad por lo que es imposible transformar aquello que no se conoce, ni investigar un área que no se domina. (Gonzáles Hernández, 2017)

Entendemos por objeto de investigación, todo sistema del mundo material, de la sociedad, de la naturaleza, de la información del conocimiento, cuya estructura o proceso, presenta al hombre una necesidad por superar, es decir, un problema de investigación. (Carvajal, 2017).

Salud e indicadores demográficos

En esta última década, la región ha mostrado avances en indicadores importantes de salud como la atención de partos por profesionales de salud y en establecimientos de salud, los mismos que entre 2000 y 2006 han crecido 12,1 y 17,3 puntos porcentuales respectivamente. Estos logros con relación a la atención de salud en la región son mayores que el promedio nacional. Por su parte, la tasa global de fecundidad ha mostrado un leve incremento en estos años.



La última información publicada a nivel de regiones data del año 2014. Lambayeque registraba una situación de salud de la niñez todavía preocupante: 38 de cada mil niños moría antes de cumplir el año de vida, 47 de cada mil niños moría antes de cumplir los 5 años de edad y 23,6 por ciento de los niños menores de 5 años padecía de desnutrición crónica. Estos son indicadores importantes de monitorear porque involucran el futuro de la niñez y su normal desarrollo cognitivo. Como una aproximación a los últimos resultados de la región en estos tres indicadores se muestran los correspondientes al área “resto costa” (sin Lima Metropolitana).

Se aprecia que en seis años ha habido reducciones importantes en la mortalidad infantil y en la niñez, pero muy poca en la desnutrición crónica infantil.

Más del 80 por ciento de la población rural asegurada de Lambayeque está inscrito en el SIS, aunque ello refleja la condición de pobreza de esa área, en la medida que el SIS tiene por objetivo solamente la atención de poblaciones vulnerables y en situación de pobreza y pobreza extrema. (Perú, 2018)

ÚBICACION DEL OBJETO DE ESTUDIO

DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE

Ubicación: El Departamento de Lambayeque, situado en la parte noroccidental (costa norte) del Perú, a 765 kilómetros de la capital de la república (Lima), Lambayeque cuenta con una superficie de 14 231, 30 km². (López Mazzotti, 2017)

(Lambayeque, 2016) Tiene como puntos extremos las coordenadas siguientes:

Puntos extremos y coordenadas				
Orientación	Norte	Este	Sur	Oeste
Latitud Sur	05°28'37"	06°46'30"	07°10'27"	06°22'12"
Longitud Oeste	79°53'48"	79°07'09"	79°41'18"	80°37'24"
Lugar	Punto en el C° El Duque, cerca de las nacientes las Odas. El	C° Colpayaco, entre los CC.PP. La Central, el Cedro, La	Punta de Cherrepe en el litoral sobre el Océano Pacífico.	Cabo Verde en el litoral sobre el Océano Pacífico.

	Salado y El Duque.	Chapa y El Lloque.		
--	--------------------	--------------------	--	--

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Lambayeque: Aspectos Geográficos y Políticos Administrativos.*



(López Juárez, 2016)

El Presidente José Balta proyectó la creación del departamento de Lambayeque por Decreto Supremo del 7 de enero de 1872 y el 1 de diciembre de 1874 durante el gobierno de Manuel Pardo Lavalle, se confirmó su creación por el dispositivo legal firmado por el Vice-presidente Manuel Costas; en su origen sus provincias fueron Chiclayo y Lambayeque y su capital la ciudad de Chiclayo, ambas provincias desmembradas del departamento de la Libertad. El 17 de febrero de 1951, por ley N° 11590 se creó la provincia de Ferreñafe, desmembrada de la provincia de Lambayeque. (Lambayeque, 2016)

Límites: Por el norte limita con el Departamento de Piura (Provincias de Piura, Morropón y Huancabamba); por el sur con el Departamento de la Libertad (provincia de Pacasmayo); por el oeste con el Océano Pacífico; por el este con el Departamento de Cajamarca (Provincias de Jaén, Cutervo, Santa Cruz, San Miguel). (López Juárez, 2016)

Relieve: Aproximadamente las 9 décimas partes del Departamento corresponden a la región costa y yunga y la décima a la sierra (Cañaris e Incahuasi).

La costa o Chala, comprenden entre los cero metros hasta los 500 m.s.n.m.; está constituida por extensas planicies aluviales, unas surcadas por ríos y otras cubiertas de arena, estas planicies son mucho más extensas que la de los departamentos del sur, se ven interrumpidas por cerros rocosos sin vegetación que puede elevarse desde los 200 a los 1000 m.s.n.m.

Las serranías del departamento se encuentran en los contrafuertes de la cordillera accidental y llegan a los 3000 y 3500 m.s.n.m. (López Juárez, 2016)

Población: Según el censo del 21 de octubre de 2012, el Departamento de Lambayeque tiene una Población estimada de 1.112.868 de habitantes, de los cuales son varones 541.944 y mujeres 570.924. Su densidad poblacional es de 80,1 hab/km² y su tasa de crecimiento anual es de 0.9%. La población urbana equivale al 79.5% mientras que la población rural al 20.5% del total. (INFORMÁTICA, 2014)

División Política - Administrativa: El Departamento es jurisdicción del Gobierno Regional de Lambayeque y tiene sede en la ciudad de Chiclayo por ser la capital del Departamento. Es dirigida por un Gobernador Regional (Jefe de Gobierno) y un Consejo Regional, los cuales son elegidos en elecciones populares democráticas por un periodo de cuatro años.

(Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2014)



Se divide en tres Provincias: Chiclayo, Lambayeque y Ferreñafe, cada una tiene como capital la ciudad de su mismo nombre. Cada Provincia es gobernada civilmente por una Municipalidad Provincial, encabezada por un Alcalde (quién

dirige la política Provincial) y un Consejo Municipal, los cuales son elegidos en elecciones populares democráticas por un periodo de cuatro años.

- La Provincia de Chiclayo conformada por 15 Distritos: Chiclayo, Chongoyape, Eten, Puerto Eten, José Leonardo Ortiz, La Victoria, Lagunas, Monsefú, Nueva Arica, Oyotún, Picsi, Pimentel, Reque, Zaña y Santa Rosa.
- La Provincia de Lambayeque conformada por 12 Distritos: Lambayeque, Chóchope, Illimo, Jayanca, Mochumí, Mórrope, Motupe, Olmos, Pacora, Salas, San José y Túcume.
- La Provincia de Ferreñafe conformada por 6 Distritos: Ferreñafe, Cañaris, Incahuasi, Antonio Mesones Muro, Pítipo y Pueblo Nuevo. (López Juárez, 2016)

PROVINCIA DE LAMBAYEQUE

Historia: En la ciudad de Lambayeque se dio el primer pronunciamiento de la independencia del Perú, el 27 de diciembre de 1820 por ello, se le llama Cuna de la Libertad en el Perú. Posee casonas virreinales muy bien conservadas como la Casa Cúneo y la Casa Descalzi.

La provincia fue creada mediante Ley del 7 de enero de 1872, durante el gobierno del Presidente José Balta. (Lambayeque, 2016)

Ubicación: La provincia de Lambayeque se encuentra ubicada en el norte de la costa peruana, aproximadamente entre las coordenadas geográficas 5 28'36" y 7 14'37" de latitud Sur y 79 41'30" y 80 37'23" de longitud oeste del Meridiano de Greenwich, específicamente, en el noroeste y este de la región Lambayeque; al lado izquierdo del río Lambayeque a una altura de 18 m.s.n.m. y a 11,4 Km. de la ciudad de Chiclayo.

Límites: Por el Noroeste con Piura y Morropón, por el norte con Huancabamba – Piura, por el sur con Chiclayo y Ferreñafe, por el este con Jaén y Ferreñafe, y por el oeste con Océano Pacífico. (Ver Plano N° 01). Conformación del Territorio. La

provincia de Lambayeque está conformada política y administrativamente por 11 distritos rurales y un distrito urbano en calidad de capital de la provincia.

Clima: Estación muy marcada, el verano con poca presencia de lluvias, donde la temperatura se eleva hasta alcanzar los 34° C. el resto el año presenta un clima otoñal, con permanente viento y temperaturas que oscilan entre los 17° y 25° C. En general el Departamento presenta un clima benigno, con bajo porcentaje de humedad y con una media anual de 23° C.

Extensión Territorial: Su extensión es de 11,217.36 km² es la más extensa del departamento, posee el 67.63% de la superficie departamental, por decreto del Gobierno Militar, se le recortó 2849 km², si se atiende a esa resolución su extensión sería de 8,368.36 km².

Relieve: Su suelo tiene extensas planicies, de mayor dimensión que de las provincias de Chiclayo y Ferreñafe, la fertilidad de sus tierras es extraordinaria, sobre todo en Olmos, y Mórrope, pero de escasos recursos hídricos superficiales. Las planicies se ven interrumpidas por cerros rocosos no muy elevados. En Mórrope, se presenta una extensa depresión, que se aprecia en épocas de intensas lluvias como las de 1983 y 1984, por la formación de grandes lagunas de agua dulce. Sus valles principales con La Leche y Motupe., el de Olmos y Cascajal son pequeños. (Lambayeque, 2016)

División Administrativa: La provincia tiene una extensión de 9 364,63 kilómetros cuadrados y se divide en doce distritos: Lambayeque, Chóchope, Íllimo, Jayanca, Mochumí, Mórrope, Motupe, Olmos, Pacora, Salas, San José.



SECTOR PEDRO RUIZ GALLO

El sector Pedro Ruiz Gallo es creado en el año 2004, por un grupo de familias y estudiantes universitarios que ante la necesidad de vivienda, el 13 de junio del año 2004 invaden parte de los terrenos pertenecientes a la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Actualmente se encuentran habitando de manera informal, y no cuentan con servicios básicos de saneamiento, alumbrado eléctrico domiciliario con medidores individuales, tampoco cuentan con pistas y veredas.

Hoy es denominado Asentamiento Humano Pedro Ruiz Gallo, el cual está conformado por los sectores: Primero de Octubre, Seis de Octubre, Señor de los Milagros, Cruz de Chalpón, Frente Universitario y Ampliación Seis de Octubre. El Asentamiento Humano Pedro Ruiz Gallo está ubicado al lado oeste de la ciudad de Lambayeque.

Actualmente el Asentamiento Humano Pedro Ruiz Gallo está organizado a través de un Comité de Gestión Pro-titulación el cual está conformado por su Presidente Sr. Edzgar Cayao Corrales, vice presidenta la Sra. María Villegas Flores, un secretario el Sr. Eliborio Santa María Llontop, tesorera la Sr. Jovany Farías Gómez, fiscal Prof. Carlos Ventura Sandoval y como vocales la Sra. Flor Reyes Peches y la Sra. Romelia Vásquez Portocarrero, elegidos democráticamente y bajo la veeduría de la Municipalidad Provincial de Lambayeque la cual les reconoce con Resolución de Alcaldía N° 0199-2015, la población y los dirigentes vienen trabajando en coordinación con la Municipalidad Provincial de Lambayeque para la formalización de su sector.

El Asentamiento Humano Pedro Ruiz Gallo ha tenido bastantes avances gracias al esfuerzo y gestión de sus pobladores y dirigentes, como es que en el año 2004 se les construyó las piletas de las cuales se agencian de agua potable, en el año 2004 se crea como nido un lugar que acoge a los niños del sector, en agosto del año 2010 ha tenido acceso al alumbrado eléctrico y en el 2010 se creó el Centro Educativo

Inicial 336 “Nido de Arena”. En lo que respecta a salud ellos acuden para ser atendidos en el Establecimiento de Salud de San Martín. (Corrales., 2017)

1.2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. La salud

La salud es una de las principales condiciones para el buen funcionamiento de la sociedad y por ende su pleno desarrollo, hoy en día la salud es una de las principales preocupaciones de la sociedad, la salud referida tanto como un estilo de vida saludable, así como la prevención de enfermedades.

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (Cavas, 2017)

Según la OMS la mayoría de enfermedades pueden prevenirse, ya sea a través de vacunas así como los modos de cuidado de la salud tanto personales como sociales, son las prácticas sociales de la población las cuales van determinando si los estilos de vida son beneficiosos para nuestra salud, o si las prácticas sociales en los estilos de vida de la población se convierten en una amenaza para la salud de las personas.

“Es que la salud ha superado el estricto cauce individual, para convertirse en un asunto social, es reconocido actualmente por la mayoría de los profesionales y del público. Salud y enfermedad no son acontecimientos individuales, sino sociales, y aunque se intentara tratarlos como hechos individuales, el hombre al ser miembro de una sociedad de la que deriva en buena parte su personalidad y estilo de vida, se convertirían en sociales. Para ser una persona sana, el hombre necesita de relaciones sociales con ciertas características y, cuando pierde la salud, aunque la causa sea fundamentalmente fisiológica, su curación se acelera si mantiene unos contactos sociales adecuados. El hombre enfermo o sano necesita el apoyo de los demás seres que se relacionan normalmente con él como

representantes de diversos grupos con sus valores, objetivos y formas de comportamiento específicos". (Morogas, 1976)

La **Revolución Rusa**, marcó un hito importante, con ella se creó el Sistema Soviético de Servicios de Salud, con servicios gratuitos tanto en lo preventivo como en lo curativo. Todo el personal del sistema, tanto médicos como demás personal sanitario se convirtieron en empleados del Estado. Y los hospitales y otros establecimientos médicos pasaron a ser propiedad del gobierno y dirigidos por él. (Morkovkin, 2018)

El **Servicio Nacional de Salud Británico** dispuso un servicio de salud total, curativa y preventiva para todo residente en las Islas Británicas, la mayoría de los hospitales quedaron bajo la órbita del gobierno y todos los especialistas de los hospitales recibieron un sueldo. Se siguió conservando la práctica privada de consultorio que se fue modificando con la creación de Centros de Salud Vecinales.

En general todos los países europeos fueron modificando sus sistemas de seguridad social. El país que más tarde introdujo modificaciones fue Suecia. Esto se debió a que al no haber entrado en Guerra la presión de los médicos fue más fuerte que las demandas públicas de servicios de salud, por esa razón se fue retrasando hasta 1955 que entró en vigor la ley que aseguraba la atención para el 100% de la Población, Luego, en 1957 algo similar ocurrió en Noruega. (Sigerist, 1981)

1.2.2. Determinantes de la salud

A partir de la segunda mitad del siglo XX, con el desarrollo de la conceptualización de la salud, se plantea el estudio de los determinantes de la salud como un conjunto de factores personales, sociales, culturales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

Aparecieron varios modelos para intentar explicar los determinantes de la salud, entre los que destacan el modelo holístico de Laframbois (1973) (HL., 2015), el

ecológico de Austin y Werner (1973) y el de bienestar Travis (1977). El esquema de Laframbois, fue desarrollado por (Lalonde, 1998) ex ministro de Sanidad canadiense; en el informe “*A new perspective on the health of Canadians*” (1974). El citado informe afirma que un gran número de muertes prematuras y de incapacidades, ocurridas en su país, podrían ser prevenidas.

(Lalonde, 1998)

Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad estaría influido por cuatro grandes grupos de determinantes:

1) **Biología humana:** condicionada por la constitución, carga genética, crecimiento y desarrollo y envejecimiento. Este grupo de factores han sido considerados hasta finales del siglo XX, como aquellos que presentaban menor capacidad de modificación. Sin embargo, con los avances de la ingeniería genética y su implicación en el desarrollo preventivo de enfermedades crónicas, se dota al conjunto de factores asociados a la biología humana de una mayor responsabilidad como causa de salud. (p. 231)

2) **Medio ambiente:** contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural. La acción individual o colectiva de cada uno de ellos origina un gran número de patologías, por tanto, el control de sus efectos reduce la proporción de enfermedad y mortalidad. (p. 230)

3) **Estilos de vida y conductas de salud:** drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducta sexual insana, conducción peligrosa y mala utilización de los servicios sociosanitarios. Debemos tener en cuenta que determinadas conductas de riesgo pueden influir negativamente en la salud. Se trata de comportamientos que actúan negativamente sobre la salud, a los que el sujeto se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control. Como veremos posteriormente, este es el grupo que más influencia tiene en la salud. (p. 210)

4) **Sistema de cuidados de salud:** beneficios de las intervenciones preventivas y terapéuticas, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de esperas excesivas y burocratización de la asistencia. (p. 210)

Debemos remarcar que en el momento actual se considera que casi todos los factores que integran los determinantes de la salud son modificables. Incluso, la biología humana, considerada hasta hace relativamente poco tiempo como poco influenciable, puede modificarse gracias a los nuevos descubrimientos genéticos, diagnósticos y de terapias basadas en la biotecnología.

Además, según Girón Daviña, estos conjuntos de determinantes de salud no son disjuntos, es más, a veces es difícil separarlos y asignarlos a un único grupo, pues de hecho suelen estar relacionados, como por ejemplo, la clase social del individuo y ciertos hábitos saludables o factores de riesgo. En este sentido podríamos referirnos a la drogadicción, que es un hábito de conducta negativo de salud, pero a la vez es una contaminación sociocultural del ambiente. El modelo de Lalonde supone situaciones en las que varias causas pueden producir varios efectos simultáneamente, aunque ninguna por sí sola es suficiente para originar un determinado efecto; es decir, se establece el tránsito de un modelo causal determinístico a un modelo causal probabilístico que pretende ser integrador, al tratar de incluir todos los determinantes conocidos de la salud. (Daviña., 2014)

1.2.3. Los estilos de vida y la salud desde el aporte de las ciencias sociales.

(Oreamuno, 2014)

Es interesante observar que la contribución que Weber hizo a la conceptualización de los estilos de vida permitió desarrollar posteriormente un análisis en torno a los estilos de vida en salud desde la teoría de la Racionalidad Formal, pues algunos autores han sugerido que el concepto de racionalidad formal y las ideas sobre los estilos de vida pueden ser aplicados a las tendencias actuales de los estilos de vida en salud. Weber señalaba que el comportamiento de las personas estaba asociado a conductas racionales en lo que él denominó la racionalidad formal y la racionalidad

sustantiva, en que la primera se caracteriza por ser un comportamiento calculado lógicamente, eficiente y objetivo que persigue metas y provee libertad a los individuos para decidir, actuar y experimentar, lo que promueve la creatividad y busca el mejoramiento del ser, en esencia Weber trata de explicar la evolución como una forma de vida que cambia la sociedad. (William C. Cockerham, 1993)

Es precisamente esta libertad para decidir y actuar en los diversos aspectos de la vida en que la participación del ser humano mediante los estilos de vida puede ser considerada como un acto liberador, pues involucra el asumir el control y la responsabilidad de la propia salud al tomar decisiones frente a la vida. Por ejemplo, el acto de elegir un alimento frente a otro tomando en cuenta su contribución a la salud del cuerpo, el realizar actividad física en miras de mantener la salud y el acto de buscar actividades de recreación sanas para tener una buena salud mental, entre otros, son ejemplos que requieren de un proceso de análisis de parte de la persona para elegir lo que mejor le convenga de acuerdo con su situación buscando un objetivo determinado.

Según los autores supra citados, si Weber reconoce que el proceso de racionalización es un fenómeno universal que puede asumir varias formas, entonces los estilos de vida en salud pueden constituir en la sociedad occidental una forma de expresión de la racionalidad formal, ya que estos involucran el ejercicio de la toma de decisiones estudiadas para alcanzar el fin de tener un cuerpo saludable. Se dice que es precisamente la racionalidad formal la que le dio al mundo occidental la oportunidad de desarrollo e industrialización y de avance hacia el capitalismo. La racionalidad sustantiva en cambio se basa en un comportamiento de devoción personal, piedad, tradición y costumbre, que no contempla ese marco de libertad de acción característico de la racionalidad formal y parece que tuvo su influencia en los estilos de vida de la gente a principios del siglo XIX. Desde la perspectiva de salud, Cockerham, Abel y Lüschen han elaborado un análisis sobre la evolución que ha tenido el término estilo de vida en salud, el cual asume tanto el

enfoque de racionalidad sustantiva como de racionalidad formal (William C. Cockerham, 1993):

- Green's en 1986 documentó el desarrollo de actividades en salud y buen estado físico en el período comprendido entre 1830 a 1940, encontrando que a principios del siglo XIX, el sentimiento religioso estaba asociado a la salud, ya que algunos líderes religiosos argumentaban que en la siguiente venida de Cristo, el ser humano debía alcanzar un estado de gracia y perfección, el cual incluía un cuerpo saludable, libre de debilidad y enfermedad. Otros aspectos descubiertos por Green's incluían el asociar la salud con la vitalidad de la nación, la asunción de que los campesinos tenían una mejor salud, la asociación de la salud con la belleza y la salud como algo necesario para el movimiento de los inmigrantes entre otros. En este espectro de los estudios de Green's es predominante la racionalidad sustantiva de acuerdo con la propuesta de Weber. (Green's, 1986)

- En sus escritos de 1984 Salgado coincide con el enfoque religioso de que la participación de la población americana en actividades para estar en buen estado de salud estaba influenciada por la religión. Sin embargo, sus estudios se enfocaron específicamente en la actividad física de trote, la cual tuvo un auge importante y tomó un nuevo rumbo luego de que en los setentas se incrementó el interés de la población por correr, debido al efecto de este tipo de actividad física en la función cardiovascular del organismo. (Salgado Paredes, 2013)

Lo anterior se enfocaba más a la racionalidad formal, en vista de la justificación que las personas tenían para practicar dichas actividades: el mejoramiento de la función cardiovascular y el control de su propia salud, por eso el éxito de su trabajo radica en el valor del ejercicio físico.

- En 1984 Crawford explica la razón del por qué la racionalidad formal emerge en esos años partiendo del enfoque de promoción de la salud. Surge el reconocimiento de que los patrones de enfermedad habían cambiado de un perfil de enfermedades infecciosas a un perfil de enfermedades crónicas, las cuales no podían ser curadas

en forma exclusiva por la medicina, ya que varias de estas patologías eran causadas por ciertos estilos de vida de la gente. (Crawford, 1984)

Adicionalmente los medios de comunicación y los profesionales en salud abogaban por un cambio en el estilo de vida y la responsabilidad que cada individuo tenía sobre su salud. Él sugirió también que la abundancia de información y noticias sobre los estilos de vida y salud podían tener un efecto contrario a la búsqueda de una condición saludable, pues el bombardeo de productos comerciales conducía más bien a una especie de salud fabricada.

1.2.4. La intervención en los estilos de vida

Las intervenciones que intentan ayudar a las personas a adoptar (o mantener) un estilo de vida saludable comparten una serie de principios comunes. (Molías, 2009) Algunos de ellos son:

- Las personas deben tener un papel proactivo en el proceso del cambio.
- Adquirir una nueva conducta es un proceso, no un hecho puntual, que, a menudo, requiere un aprendizaje basado en aproximaciones sucesivas.
- Los factores psicológicos, como creencias y valores, influyen en la conducta y ésta, a su vez, influye en los valores y en la experiencia de las personas.
- Las relaciones y las normas sociales tienen una influencia sustantiva y persistente.
- La conducta depende del contexto en que ocurre; la gente influye y está influenciada por su entorno físico y social.
- Cuanto más beneficiosa o gratificante es una experiencia, más posibilidades hay de que se repita; cuanto más perjudicial o displacentera, menos probable es que se repita.

Para intentar explicar por qué las personas se comportan de una manera determinada es importante conocer los modelos y teorías del cambio de conductas

en salud, ya que nos proporcionan algunos elementos claves para comprender los mecanismos subyacentes y la manera de intervenir en los estilos de vida relacionados con la salud.

Podemos ver algunos puntos acerca del objeto de estudio, tales como:

1.2.4.1. Factores condicionantes de los estilos de vida (prácticas sociales)

Un estilo de vida saludable está integrado por un conjunto de prácticas sociales o factores que deben funcionar de forma armoniosa y completa. A continuación vamos a describir algunas prácticas sociales que la investigación ha demostrado como más influyentes en la salud de la población, dichas prácticas sociales están relacionadas con: los hábitos alimentarios, la actividad física, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y los comportamientos sexuales.

a) Alimentación y dieta

Los hábitos alimentarios constituyen un factor determinante del estado de salud, tanto a nivel individual como poblacional (Hu, 2002). La modernización de la sociedad ha supuesto una serie de cambios sociológicos y/o culturales que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias (Dura Trave & Castroviejo Gandarias, 2011). Por ejemplo, cada vez se dedica menos tiempo a la compra de alimentos y elaboración de las comidas y, en contraposición, se prefieren los alimentos procesados que, generalmente, conllevan un consumo excesivo de alimentos de origen animal, especialmente de carnes y derivados, y de azúcares refinados, con el consecuente incremento de grasas saturadas y colesterol en la dieta y, al mismo tiempo, un bajo consumo de alimentos de origen vegetal. Todo ello se traduce en una disminución en el aporte porcentual de energía a partir de hidratos de carbono complejos y proteínas de origen vegetal, y un aumento en la proporción de grasas saturadas e hidratos de carbono simples. (HL., 2015)

Los hábitos alimentarios inadecuados, tanto por exceso como por defecto, se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad (enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, obesidad, osteoporosis, anemia, caries dental, cataratas y ciertos trastornos inmunitarios, entre otras). Estas modificaciones en la dieta se acompañan de importantes cambios en el entorno, en los estilos de vida y en una progresiva disminución de la actividad física y el gasto energético derivado de la deambulación, el trabajo y el mantenimiento del equilibrio térmico.

Los factores que determinan la selección de los alimentos que integrarán la dieta de un individuo son de naturaleza compleja y no están del todo bien definidos. No obstante, podemos asumir que en la selección de unos determinados alimentos, y no otros, estarían implicados numerosos factores, aunque básicamente la tipología alimentaria está supeditada a factores socioculturales y familiares junto con la capacidad de elección, determinada por la disponibilidad económica, el grado de educación nutricional y el estado de salud del individuo. Dentro de los condicionantes socioculturales se englobarían diversos factores, como creencias religiosas, costumbrismo y tradiciones, modas y las campañas de publicidad y marketing que pretenden promocionar una determinada cultura o modelo alimentario (Serra Majem, Ribas Barba, Álvarez León, & Ramon Torrell, 2008).

b) Actividad Física

En los últimos 40 años ha habido un incremento muy importante del sedentarismo, ligado a una disminución progresiva de la cantidad de ejercicio físico que realizan las personas.

Los avances tecnológicos y en el transporte (multitud de ingenios mecánicos que nos hacen la vida más cómoda pero más sedentaria como por ejemplo, los ascensores y las escaleras mecánicas) han provocado que las personas reduzcan progresivamente su actividad física en las actividades de la vida diaria, disminuyendo el gasto energético asociado a ello y por tanto, se conviertan en sedentarios. Además, es difícil imaginar que esta tendencia no vaya a continuar en el futuro.

A todo ello, hay que añadir un entorno urbanístico poco favorable a la práctica de actividad física. Por lo que, se necesitan urgentemente medidas de salud pública eficaces para promover la actividad física y mejorar la salud pública en todo el mundo. (McGregor, 2006)

La actividad física y el ejercicio no son términos intercambiables y, aunque se trata de conceptos diferentes, sus límites son a veces imprecisos. (Caspersen, 1985)

La actividad física se define como el movimiento corporal producido por la contracción del músculo esquelético que aumenta el gasto energético por encima del nivel basal. Así pues, al hablar de actividad física debemos valorar las actividades que la persona realiza durante las 24 horas del día (como, por ejemplo, el trabajo, las tareas del hogar, las actividades de ocio o de tiempo libre y el transporte). Se trata, por tanto, de un término amplio que engloba al de ejercicio físico.

Mientras que el término "ejercicio físico" se utiliza para indicar la actividad física que es programada, estructurada y repetitiva que produce un mayor o menor consumo de energía, y cuyo principal objetivo es la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la forma física.

Tanto el ejercicio físico como la actividad física se definen por 4 componentes: tipo (modalidad del ejercicio), intensidad (consumo energético por unidad de tiempo), frecuencia (número de veces que se realiza la actividad física durante una semana) y duración (tiempo durante el cual se realiza la actividad física).

c) Tabaquismo

El tabaquismo es un importante factor de riesgo para la salud y es la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados. Está ampliamente estudiada la relación entre el consumo de tabaco y la mortalidad. El consumo de tabaco favorece la aparición de numerosas enfermedades, como cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, bronquitis crónica y enfisema, entre otras. No hay un umbral de consumo

por debajo del cual los riesgos para la salud desaparezcan: fumar cualquier cantidad de tabaco comporta riesgos para la salud. Ahora bien, según el *US Department of Health and Human Services* (2004) el riesgo de padecer enfermedades causadas por tabaco se incrementa al aumentar el número de cigarrillos fumados. (Lopez, 2004)

d) Consumo de alcohol

El alcohol representa una inusual paradoja desde la perspectiva de la salud porque la humanidad lo ha ingerido durante milenios con un aceptable margen de seguridad y con gran satisfacción, ocupando, incluso, un importante papel en numerosas ceremonias religiosas y seculares. Por si fuera poco, múltiples estudios evidencian que un consumo moderado y habitual de alcohol de entre 10 y 30 g/día, reduce el riesgo de padecer enfermedad isquémica. (Baer, Hvidtfeldt, Mukamal & Rimm, E. Rimm, & E. B. Rimm)

e) Consumo de otras drogas

El consumo de drogas (ilegales) es uno de los problemas que mayor interés ha despertado en las últimas décadas debido a la creciente implicación de los adolescentes y jóvenes en estas conductas. Además, constituye un auténtico problema de salud pública y social debido a los costes humanos, sociales y económicos que conlleva, y que se confirma por los datos epidemiológicos sobre el consumo. Debemos tener en cuenta que la juventud de los países desarrollados está expuesta desde muy temprana edad a entrar en contacto con la oferta de diferentes tipos de drogas.

Siguiendo la clásica definición de la OMS, entendemos por droga “toda sustancia (terapéutica o no) que, una vez introducida en el organismo, es capaz de modificar una o más funciones de éste” y, por droga de abuso “cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral”. Se trata de un concepto intencionadamente amplio, sólo delimitado por los conceptos de dependencia, tolerancia y abstinencia. (Organización Mundial de la Salud, 2013.)

f) Otros hábitos

f.1) Conducta sexual

La sexualidad es una dimensión importante de la personalidad y estado de salud, que se expresa a lo largo de la vida de manera diversa y diferente en cada una de las personas. No todos tenemos el mismo concepto de lo que es la sexualidad ni la expresamos de la misma forma. Cada grupo social y cultural construye y recrea imaginarios sociales particulares. Esta complejidad hace difícil su estudio y en parte justifica la falta de una robusta evidencia sobre la efectividad de las intervenciones.

La OMS define la sexualidad humana como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”. (Organización Mundial de la Salud, 2013.)

f.2) Higiene dental

Las enfermedades bucodentales constituyen un problema de salud pública frecuentemente subestimado, pero de importante relevancia por su posible morbilidad, elevada prevalencia, por el coste del tratamiento y por su impacto en términos de dolor, malestar y limitación funcional, así como de su efecto sobre la calidad de vida (Sheiham, 2005).

La fluoración en el suministro de aguas por la red de alcantarillado público es el método preventivo más rentable utilizado para prevenir las enfermedades bucodentales. Éste, junto al uso de flúor tópico, son los métodos más usados para prevenir la caries en las últimas décadas. Pero, a pesar de que se ha reducido

drásticamente la incidencia de caries dental en niños, este problema se encuentra muy lejos de ser erradicado. (WHO, 1994)

f.3) Seguridad Vial

Los accidentes de tráfico constituyen uno de los problemas de salud pública más preocupantes en los países occidentales por la magnitud del problema y porque afecta en mayor proporción a personas jóvenes. Según estimaciones de la OMS, las lesiones por accidente de tráfico ocuparán en el año 2020, el tercer lugar entre las diez principales causas de muerte en todo el mundo.

Existen gran cantidad de medidas para prevenir los accidentes y también muchas medidas de promoción y educación para la salud para modificar aquellas conductas que pueden ayudar a que los accidentes no se produzcan o que, en caso de que se produzcan, repercutan lo menos posible en la salud de quienes los sufran.

f.4) Ambientes Obesogénicos

Tradicionalmente, el sobrepeso y la obesidad se abordan como si fueran problemas de individuos aislados. Muchas de las actuales estrategias para prevenir y revertir el incremento de obesidad entre la población están centradas en que cada persona cambie individualmente sus hábitos alimenticios (consumiendo más productos ricos en proteínas, vitaminas y minerales, y menos grasas saturadas y carbohidratos) o en que incremente su actividad física. Aunque este enfoque es por supuesto correcto y necesario, dado que la única manera de revertir el sobrepeso y la obesidad es cambiando conductas y hábitos, lo cierto es que hay un factor del que muchos estudios y programas sociales suelen dejar de lado: el ambiente en el que los hábitos se desarrollan y en el cual pretenden modificarse.

Sin embargo, algunos estudios realizados en México y Estados Unidos, entre otros países, han definido que uno de los factores determinantes para la pandemia de sobrepeso es que las poblaciones de la actualidad conviven en un ambiente obesogénico. Éste se puede definir como “la suma de las influencias que el entorno, las oportunidades o las condiciones de vida tienen en la promoción de la obesidad

de los individuos o de las poblaciones”. Un ambiente obesogénico juega un papel fundamental a la hora de entender cómo se generalizan ciertos hábitos alimenticios y de actividad física en grandes grupos de gente.

La evidencia más clara para detectar la obesogenicidad de un ambiente tiene que ver con la oportunidad de ingesta y de actividad física. Si pensamos en los ambientes urbanos (en los cuales vive más del 50% de la población mundial actual, según cifras de la ONU), no es difícil darse cuenta de que vivimos en ambientes obesogénicos: para recorrer grandes distancias en las ciudades es casi obligatorio moverse en transportes motorizados que limitan nuestra actividad física; la actividad laboral es mayormente sedentaria; la oferta alimentaria en las cercanías de los centros de trabajo suele ser deficiente, nutricionalmente hablando; los parques, ciclo vías y espacios para realizar deporte son pocos o tienen un costo que pocos pueden solventar. En palabras de Hans-Rudolf Berthoud, del laboratorio de neurobiología de la nutrición de la Universidad de Lousiana, “el modo en que vivimos, particularmente en lo relacionado con qué, cuándo y cómo comemos y trabajamos ha cambiado drásticamente con la transformación gradual de la sociedad agrícola a la sociedad de consumo en los últimos 50 años. La comida está fácilmente disponible para un enorme segmento de la población, mientras que la oportunidad de realizar trabajo físico y gastar energía ha disminuido”.

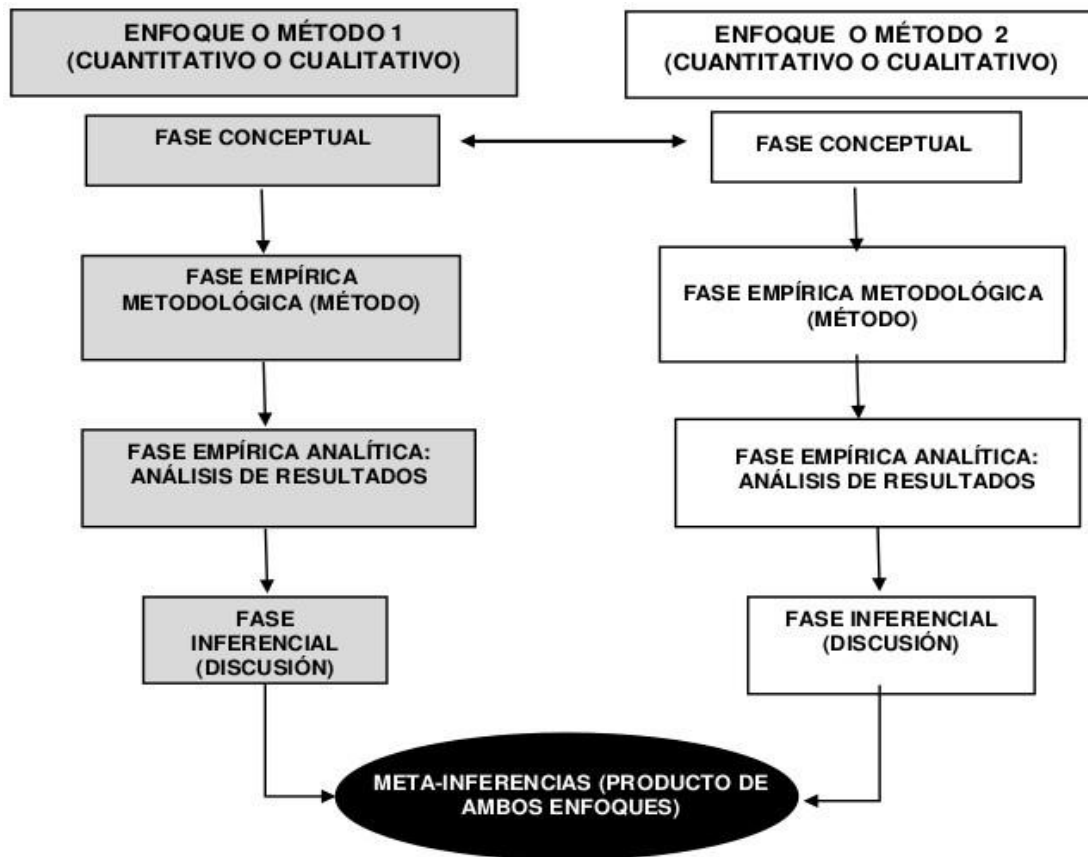
El ambiente obesogénico no se limita a la educación familiar o escolar (donde la necesidad de los niños por socializar, así como la oferta de productos existente en tienditas y cooperativas, influye en la ingesta y actividad física de los infantes), sino que incluso se extiende a la ubicación de su hogar y a los trayectos que la familia debe hacer a la escuela o al lugar de trabajo, e incluso a la distancia que existe entre el hogar y los supermercados, mercados o mini supermercados. “El vivir a menos de 400 metros de una tienda de conveniencia aumenta el riesgo de sobrepeso/obesidad hasta 4 veces en niñas escolares. El vivir cerca de un mercado o tianguis disminuye sensiblemente la incidencia”, aseguran Leung CW et al. En su estudio “The Influence of Neighborhood Food Stores on Change in Young Girls’

Body” (Mass Index 2011; 41(1), 43-51). Factores como la inseguridad, la falta de alumbrado público, la cercanía a grandes avenidas o la falta de parques y jardines en los centros de población, orillan a que los padres prefieran mantener a sus hijos, ya sean niños o adolescentes, dentro del techo familiar, lo cual suele traducirse en pasatiempos en espacios cerrados y, por tanto, sedentarios: en vez de salir a andar en bicicleta, los hijos primero se verán obligados a pasar tiempo frente a la televisión o con videojuegos, y más tarde esa conducta repetida se volverá hábito y muy probablemente, incluso, preferencia.

1.3. METODOLOGÍA EMPLEADA

1.3.1. Diseño Transformativo concurrente (DISTRAC)

Este diseño conjunta varios elementos de los diversos diseños mixtos de investigación: recolectan datos cuantitativos y cualitativos en un mismo momento (concurrente) o pueden darse o no mayor peso a uno u otro método, pero al igual que el diseño transformativo secuencial, la recolección y el análisis son guiados por una teoría, visión, ideología o perspectiva, incluso un diseño cualitativo o cuantitativo. Una vez más, este armazón teórico o metodológico se refleja desde el planteamiento del problema y se convierte en fundamento de las elecciones que tome el investigador respecto al diseño mixto, las fuentes de datos y el análisis, interpretación y reporte de los resultados,. Puede adquirir el formato anidado o triangulación (O’Brien, 2013). Su finalidad es hacer converger la información cuantitativa y cualitativa, ya sea anidándola, conectándola o haciéndola confluir. (Hernández, 1996)



1.3.2. Población y muestra.

Nuestra población está conformada por 1150 familias que viven en el Sector “Pedro Ruiz Gallo” de la ciudad de Lambayeque, a continuación explicamos la fórmula estadística para la obtención de la muestra:

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

N: Tamaño de población o muestra = 1150

K: Nivel de confianza = 1.96

e: Error muestral deseado = 5%

p: población que posee la misma característica = 0.5

q: individuos que no poseen esa característica = 0.5

n: Tamaño de la muestra

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 1150}{(5^2 * (1150 - 1)) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 288$$

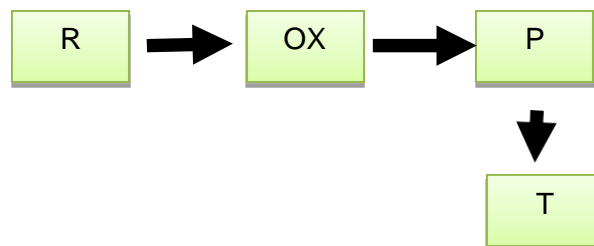
La muestra se trabaja con 288 familias para lo cuantitativo y 36 familias para lo cualitativo, se ha utilizado el muestreo no probabilístico discrecional, teniendo en cuenta que las encuestas o entrevistas, testimonios son personalizados los cuales se trabajarán con una persona por familia que viven en el sector “Pedro Ruiz Gallo”. Recordar que las familias han sido elegidas de manera representativa por el autor con apoyo de los dirigentes del sector.

1.3.3. Diseño de investigación

El trabajo de investigación está diseñado en dos fases: En la primera he considerado el diagnóstico situacional y poblacional que me permitió seleccionar las técnicas de investigación.

En la segunda fase he desagregado las variables, haciendo hincapié en la variable independiente que guarda relación con la elaboración de la propuesta.

La investigación adopta el siguiente diseño:



Leyenda:

R = Realidad observada

OX = Observación de las dificultades de la realidad

P = Propuesta

T = Teoría que da sustento al modelo

1.3.4. Métodos y Procedimientos.

- **Método estadístico:** nos permite realizar el análisis estadístico y la confirmación de la hipótesis.
- **Método analítico:** para elaborar el marco teórico y la propuesta de la investigación.
- **Método inductivo – deductivo:** para comprobar la eficacia del modelo de prácticas sociales para mejorar la salud de la población del sector Pedro Ruiz Gallo.

1.3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
PRIMARIAS	
ENTREVISTA	Guía de entrevista
	Pauta de registro de entrevista
OBSERVACIÓN	Guía de Observación
	Pauta de registro de Observación
LISTA DE COTEJOS	Cuestionario
TESTIMONIO	Grabación. Redacción.
ENCUESTA	Guía de encuesta Cámara fotográfica

TECNICA	INSTRUMENTOS
SECUNDARIA	
Fichaje	Bibliográfica
	Textual

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS

- **Seriación:** codificar el instrumento.
- **Codificación:** asignar un código a las categorías de cada ítem.
- **Tabulación:** elaboración de cuadros estadísticos.

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Para realizar el presente trabajo de investigación se ha recurrido a tesis, y boletines internacionales de la OMS, además de una revista de la DIGESA, con la finalidad de encontrar trabajos relacionados y tener sustentos teóricos que sirvan de guía. En este afán hemos encontrado los siguientes:

- **El boletín de la Organización Mundial de la Salud** (2011), acerca de las “Determinantes sociales de la salud: soluciones prácticas para tratar un problema ampliamente reconocido”, menciona una serie de circunstancias que se pueden contrarrestar en las prácticas sociales afirmando que el problema no solo consiste en las opciones en cuanto a los modos de vida y los hábitos alimenticios de la gente, sino además en la falta de disponibilidad de alimentos saludables y accesibles además del poder, la distribución del dinero, y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (Salud, 2018)
- Asimismo **la DIGESA (Dirección General de Salud Ambiental)**, en su revista de “**Prácticas sociales y salud pública**”, ayuda a comprender la interacción entre Cultura, capital social y prácticas sociales y como éstas influyen en el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y de la salud en donde la única forma de alcanzar dicho objetivo es desarrollando la capacidad de participación en la ciudadanía. (Ca, 2017)
- **López Castro, Martín** en su tesis “Experiencias sociológicas en el programa de salud de la comunidad campesina Motupillo” (2014), realiza un informe técnico sobre las actividades asumidas y desarrolladas

integrando el equipo técnico en calidad de sociólogo, del programa de salud de la Comunidad Campesina Motupillo. (López Castro, 2014)

- **Arredondo Armijo, Félix.** (2008), En su tesis para optar el título profesional de sociólogo: “Participación Comunitaria y Salud Primaria: el caso de los Consejos de Desarrollo Local de la comuna de La Pintana”. tiene como objetivo: “Conocer la experiencia de participación social en salud en la comuna de La Pintana desde sus distintos actores, así como la visión que ellos tienen de la participación social en salud, en el marco de la discusión sobre promoción de salud y participación ciudadana”. Intentando así entregar elementos para aportar a la discusión en torno a la promoción de estilos de vida saludable desde la participación comunitaria, y de manera más amplia, al debate en torno a la participación social, a la democratización, y a la extensión de la ciudadanía en los espacios locales comunales.

“La salud de las personas es un fenómeno eminentemente social, o al menos es más social de lo que estamos acostumbrados a pensar desde el sentido común dominado por una visión médica de entender la salud. Así como Durkheim logró probar que el suicidio no era sólo un fenómeno psicológico e individual, si no que podía ser explicado desde la pertenencia de las personas a un grupo social y a la conciencia colectiva de ese grupo, un enfoque sociológico de la salud, debería aportar a una comprensión compleja del fenómeno, que integre en su comprensión distintas dimensiones de la realidad social: dimensiones culturales, históricas, urbanísticas”. (Arredondo Armijo, 2008)

- **Acuña Castro, Yessica y Cortes Solís, Rebeca,** (2012), en su tesis “Promoción de estilos de vida saludable área de salud de Esparza”, tiene como objetivo general: Promover un estilo de vida saludable en la población adscrita al Área de Salud de Esparza. A través de la promoción de estilos

de vida saludable en el área de salud de Esparza, mediante la elaboración de un diagnóstico de la situación actual, identificación de oportunidades y la elaboración nos dice que los habitus (hábitos), configuran los comportamientos, las acciones, las reglas (implícitas y explícitas) de las diversas prácticas y estructuras sociales. de un diagnóstico de la situación actual, identificación de oportunidades y la elaboración de un programa de estilos de vida saludable para la población. (P.Bourdieu, 'une Theorie de la Pratique precede de trois études d'ethnologie kabyle, 1972; pp. 162.)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. TEORÍA DE LAS PRÁCTICAS SOCIALES DE PIERRE BOURDIEU

Bourdieu en su teoría general de las prácticas sociales supera la alternativa objetivista y subjetivista por lo que él denomina “campo intelectual”, o también denominado conocimiento praxeológico tiene por objeto de estudio no solamente las relaciones objetivas que construye el modo de conocimiento objetivista, también las relaciones dialécticas entre esas estructuras objetivas y las disposiciones estructuradas en las cuales ellas se actualizan y que tienden a producirlas, es decir estudian el doble proceso de interiorización de la exterioridad y de la exteriorización de la interioridad (P.Bourdieu, 'une Theorie de la Pratique precede de trois études d'ethnologie kabyle, 1972; pp. 162.)

Para Bourdieu la lógica de la práctica se halla en la relación entre la estructura y el agente, que es en todo caso una relación dialéctica (recíproca). Bourdieu sintetiza esa relación en la siguiente fórmula:

$$[(\text{Habitus}) (\text{capital})] + \text{Campo} = \text{Práctica Social}.$$

Dicha fórmula puede servir como una manera sencilla de presentar y sintetizar la principal postura de la teoría de Pierre Bourdieu, en dicha fórmula

aparece perfectamente visible la relación entre esos “dos modos de existencia de los social, el habitus y el campo, la historia hecha cuerpo y la historia hecha cosa” representando así una relación ingenua entre el individuo y la sociedad.

No es lo mismo habitus que inconsciente, espontaneo o al margen del cálculo racional es habitus; y, en segundo lugar en el habitus no todo es espontaneidad o automatismo. El habitus es matriz de la práctica pero, también Bourdieu se encarga de avisarnos, no se puede hacer de ello el principio exclusivo de toda practica: “si es verdad que las practicas producidas por los habitus, las maneras de andar, de hablar, de comer, los gustos y las repugnancias, etc., presentan todas las propiedades de las conductas instintivas, y en particular el automatismo, queda una forma de consciencia parcial, lagunosa, discontinua, que acompaña siempre las prácticas”. (P.Bourdieu, 'une Theorie de la Pratique precede de trois études d'ethnologie kabyle, 1972, pp. 200.) Es decir un margen de indeterminación o de imprevisibilidad, según las situaciones, los campos y los habitus, que no permite leer la practica en términos de cálculo racional absoluto.

El cuerpo funciona como estructura mnemotécnica que retiene y reproduce la estructura socializada y aprehendida. En esta aprehensión de la realidad reside la aprehensión de la estructura social a través de la realidad *sensible* y *sensitiva* que se presenta en las taxonomías prácticas que establecen en núcleo creador del habitus. Dichas taxonomías componen el esquema de percepción y de construcción de la realidad social y se expresan a su vez en categorías para el análisis social. Por eso el habitus no es un concepto abstracto sino que es parte de la conducta del individuo, traducida tanto en maneras corporales como en actitudes o apreciaciones morales.

La relación de la teoría de las prácticas sociales con nuestro proyecto en estudio se basan en que las diversas enfermedades que aqueja nuestra

población son prevenibles y que muchas de éstas están relacionadas con las prácticas diarias de la población como diríamos el comportamiento social, entonces desde el enfoque de la teoría de Bourdieu diríamos que las prácticas sociales (los hábitos) se modifican o construyen a través de las decisiones y acciones individuales y colectivas.

2.2.2. TEORÍA DE LA CONDUCTA PROBLEMA DE JESSOR & JESSOR, 1977.

Teoría del comportamiento del problema es un marco conceptual sistemático, multivariante, social y psicológico derivado inicialmente de los conceptos básicos de valor y expectativa social. La premisa fundamental de la teoría, todo el comportamiento es el resultado de la interacción de la persona y el medio ambiente, refleja una perspectiva de la "teoría de campo" en ciencias sociales (Lewin, 1951). El comportamiento del problema es el que socialmente se define como un problema, como una fuente de preocupación o como indeseables por las normas sociales y jurídicas de la sociedad convencional y sus instituciones de la autoridad; es un comportamiento que normalmente provoca algún tipo de respuesta de control social, ya sea mínima, como una declaración de desaprobación, o extremo, como el encarcelamiento. La primera formulación de lo que más tarde llegó a ser conocido como problema - comportamiento es una teoría desarrollada en la década de 1960 para guiar un estudio exhaustivo de abuso de alcohol y otros comportamientos de problema en una comunidad pequeña, tri-étnicas en Colorado suroeste (Jessor, GravesHanson y Jessor, 1968). Después de su aplicación inicial en el proyecto de investigación de Tri-Ethnic, el marco fue revisado en la década de 1960 para un estudio longitudinal de la socialización del comportamiento del problema entre los estudiantes de secundaria y universitarios (véase Jessor y Jessor, 1977), y es esta versión de la teoría de que es más conocida y citada.

La estructura conceptual de la teoría del comportamiento del problema es complejo y amplio, originalmente el marco teórico incluye tres sistemas principales de variables explicativas: el sistema de entorno percibido, el sistema de personalidad y el sistema de comportamiento. Cada sistema se compone de variables que sirven como instigación para participar en el comportamiento del problema o controles contra la participación en el comportamiento del problema. Es el equilibrio entre la instigación y controles que determina el grado de propensión de comportamiento problema dentro de cada sistema. El nivel general de propensión de comportamiento del problema, en todos los tres sistemas, refleja el grado de convencionalidad-unconventionality psicosocial caracterizar a cada adolescente.

Los conceptos que constituyen el sistema de entorno incluyen soporte, modelos y controles sociales. Las variables de entorno percibido se distinguen de la causalidad o cercanía conceptual de sus relaciones al comportamiento del problema. Proximales variables (por ejemplo, modelos de pares para el uso del alcohol) implican directamente a un comportamiento particular, considerando que son más remotas de la cadena causal variables (por ejemplo, apoyo de los padres) y por lo tanto, requieren teórica vinculación al comportamiento.

Esta teoría plantea un modelo integrador que incorpora elementos de diversas orientaciones teóricas (cogniciones, aprendizajes, relaciones interpersonales y constructos intrapersonales) como predictores del comportamiento problemático en la edad adolescente: conductas de riesgo para la salud, conductas de inadaptación escolar y delincuencia juvenil.

Esas conductas problema, según estos autores, manifiestan una predisposición hacia la no-convencionalidad, conforman un síndrome y comparten un conjunto de factores determinantes de naturaleza psicosocial que se agrupan en los siguientes grandes grupos: variables de la estructura sociodemográfica, aspectos de la socialización, variables del sistema de

personalidad, variables del ambiente percibido, características biológicas y genéticas, características del ambiente social y otras conductas relacionadas que practica la persona. (Bennassar Veny M. , 2011)

2.2.3. MODELO DE LOS ESTADIOS DEL CAMBIO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE

De las diversas teorías que han intentado explicar por qué las personas se comportan de una manera determinada, cabe resaltar el modelo de los estadios del cambio o modelo transteórico del cambio (Prochaska J. O., 1983). Este modelo fue inicialmente utilizado para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores. Sin embargo, en los últimos años, el modelo ha ido adquiriendo consistencia y ha sido aplicado en un amplio espectro de cambios de conducta, tales como la disminución de prácticas de riesgo para la infección por el VIH, fomento de la actividad física, dieta saludable, etc. Según este modelo, cambiar una conducta es un proceso por el cual las personas generalmente se mueven a través de una serie de etapas o estadios, Etapas o estadios del proceso del cambio de una conducta:

- **Precontemplación:** La pre-contemplación es la fase en la cual las personas no están interesadas en cambiar o tomar acciones en el futuro cercano, generalmente medido en términos de “los siguientes 6 meses.” Las personas pueden estar en esta fase porque no están informados o están mal informados acerca de las consecuencias de sus comportamientos. Pueden haber intentado cambiar en diversas oportunidades y se han desmoralizado en sus habilidades para lograrlo. También pueden estar defensivos, negando que existe un problema. Las personas en esta fase evitan la lectura, hablar o pensar en sus comportamientos de elevado riesgo. A menudo son caracterizados en otras teorías como clientes resistentes, no motivados o que no están preparados para la terapia o los programas

de promoción de la salud. Los programas de tratamiento tradicional no estaban diseñados para esos individuos y, por lo mismo, no estaban especialmente motivados para encajar con las necesidades de aquellos.

- **Contemplación:** La contemplación es la fase en la cual las personas intentan cambiar en los 6 meses siguientes. Aunque están muy conscientes de los pro del cambio, también están muy conscientes de los contra. Cuando las personas comienzan a contemplar actuar seriamente, su conciencia de los costos del cambio puede aumentar. No existe un “cambio gratis.” El equilibrio entre los costos y los beneficios del cambio puede provocar una ambivalencia profunda. Esta ambivalencia puede reflejar una relación del tipo odio-amor, como con una sustancia adictiva o una relación destructiva, y puede inmovilizar a las personas en esta fase durante largos períodos.
- **Preparación:** También llamada etapa de “Determinación”. La persona está motivada hacia el cambio y tiene la intención de adoptar medidas en el futuro inmediato. Estas personas tienen un plan de acción, tales como la educación para la salud que entran a una clase, la consulta de un consejero, hablar con su médico. Comprar un libro de autoayuda o basarse en un enfoque de libre cambio.
- **Acción:** La acción es la fase en la cual las personas han hecho modificaciones observables en su estilo de vida dentro de los últimos 6 meses. Debido a que la acción es observable, a menudo los cambios conductuales han sido igualados con la fase de acción.
- **Mantenimiento:** En la fase de mantención, las personas están trabajando para impedir la recaída, pero no aplican los procesos de cambio como lo hace con frecuencia las personas en la fase de acción.

Están menos tentados a las recaídas y se confían más en que pueden continuar con el cambio.

- **Finalización:** En esta última fase, los individuos experimentan cero tentación y 100% de autoeficacia.

Independientemente que estén deprimidos, ansiosos, aburridos, solos, con rabia o estresados, tienen confianza que no retornarán a sus antiguas pautas ni saludables como una forma de afrontar esos estados. Es como si nunca hubieran adquirido esas pautas al principio. (Prochaska J. &, 1983)

CAPITULO III

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Esta parte se refiere a la forma de utilizar la estadística para poder interpretar los datos obtenidos en el campo de investigación. Es la agrupación de datos en rangos significativos conforme a una selección adecuada que resulte en una interpretación útil para el investigador (MOYA, 2007).

En esta parte el investigador <<sintetiza la información fuente – conocida también como información bruta-, esto es, reunir, clasificar, organizar y presentar la información en cuadros estadísticos, gráficas y relaciones de datos con el fin de facilitar su análisis e interpretación>> esto es muy importante porque trata de la naturaleza del problema, por tanto primero deberíamos hacer diferencias claras entre lo que es analizar e interpretar.

Estos procesos se encuentran ligados, por lo cual suele confundirseles. El análisis consiste en separar los elementos básicos de la información y examinarlos con el propósito de responder a las distintas cuestiones planteadas en la investigación. La interpretación es el proceso mental mediante el cual se trata de encontrar un significado más amplio de la información empírica recabada. Para ello, es necesario ligar los hallazgos con otros conocimientos disponibles y manejadores en el planteamiento del problema y en el marco teórico y conceptual.

RESULTADOS DE ENCUESTA

CUADRO N°01: SEXO DE LOS ENCUESTADOS

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	132	45.8%
Femenino	156	54.2%
Total	288	100.0%

FUENTE: Cuestionario aplicado a los pobladores del sector Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque.

De las 288 personas que respondieron el test, 156 (54.2%) fueron mujeres y 132 (45.8%) fueron varones. Podemos decir que las mujeres fueron quienes más respondieron al test debido a que pasan mayor tiempo en sus viviendas y mostraron pre disponibilidad para contestar las preguntas formuladas.

CUADRO N°02: EDAD DE LOS ENCUESTADOS

	Frecuencia	Porcentaje
17 – 27	74	25.7%
28 – 38	112	38.9%
39 – 49	65	22.6%
50 – 60	37	12.8%
Total	288	100.0%

FUENTE: Cuestionario aplicado a los pobladores del sector Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque.

Respecto a la edad de las personas que respondieron el cuestionario sobre los estilos de vida, encontramos personas en edades de oscilan desde los 17 a 60 años de edad. Teniendo que el 38.9 % se encuentran entre los 28 y 38 años de edad, seguidos del 25.7% los cuales están entre los 17 y 27 años. De éste cuadro podemos inferir que la población que mayormente vive en el Sector Pedro Ruiz Gallo es una población joven, donde más del 80 % de la población se encuentra por debajo de los 50 años de edad. Esto podemos explicarlo debido a la reciente formación del sector, recordemos que el sector Pedro Ruiz Gallo es fruto de una invasión, pudiendo claramente observar que las personas que han ido a vivir en estos lugares son familias que recién se están formando, y la necesidad de una vivienda es que ha conllevado a habitar a dicho sector.

CUADRO N° 03: RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

Estilos de Vida		Adecuado		Intermedio		Inadecuado	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Familia, amigos	Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mi	50	17.4%	115	39.9%	123	42.7%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
	Doy y recibo cariño	57	19.8%	112	38.9%	119	41.3%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
	Me cuesta saludar, dar las gracias o pedir disculpas	84	29.2%	114	39.6%	90	31.3%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
Actividad física, asociatividad	Soy integrante de organizaciones sociales y/o voluntariados	37	12.8%	122	42.4%	129	44.8%
		Participo activamente		Rara vez participo		Nunca he participado	
	Realizo actividad física por 30 minutos diariamente	64	22.2%	107	37.2%	117	40.6%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
Nutrición y alimentación	Consumo verduras y frutas	36	12.5%	63	21.9%	189	65.6%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
	Consumo mucha azúcar, sal, comida chatarra o grasas	67	23.3%	101	35.1%	120	41.7%
		Casi nunca		A veces		Casi siempre	
	Mi alimentación es balanceada	78	27.1%	93	32.3%	117	40.6%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
Tabaco, dependencia	Fumo cigarrillos	83	28.8%	97	33.7%	108	37.5%
		No, hace 5 años		No, el último año		Sí, éste año	
	Cuántos cigarrillos fumo al día	82	28.5%	115	39.9%	91	31.6%
		Ninguno		De 1 a 10		Más de 10	

	Uso medicamentos sin prescripción médica o me auto medico	38	13.2%	100	34.7%	150	52.1%
		Casi nunca		A veces		Casi siempre	
Alcohol	Número promedio de días a la semana que consumo bebidas alcohólicas	80	27.8%	110	38.2%	98	34.0%
		Ningún día		1 día		2 o más días	
	Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión	78	27.1%	103	35.8%	107	37.2%
		Casi nunca		A veces		Casi siempre	
	Bebo té, café, gaseosa, bebidas energizantes	61	21.2%	109	37.8%	118	41.0%
		Casi nunca		A veces		Casi siempre	
Sueño, estrés	Duermo bien y me siento descansado	75	26.0%	99	34.4%	114	39.6%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
	Me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida	78	27.1%	101	35.1%	109	37.8%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
	Me relajo y disfruto mi tiempo libre	84	29.2%	100	34.7%	104	36.1%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
Trabajo y personalidad	Parece que ando apresurado, tenso y/abrumado	35	12.2%	138	47.9%	115	39.9%
		Casi nunca		A veces		Casi siempre	
	Me siento enojado o agresivo	64	22.2%	127	44.1%	97	33.7%
		Casi nunca		A veces		Casi siempre	
	Me siento contento con mi trabajo y actividades	54	18.8%	134	46.5%	100	34.7%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
Introspección	Soy un pensador positivo	74	25.7%	120	41.7%	94	32.6%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
	Me siento deprimido o triste	37	12.8%	119	41.3%	132	45.8%
		Casi nunca		A veces		Casi siempre	

Control de salud, sexualidad	Me realizo controles de salud en forma periódica	20	6.9%	96	33.3%	172	59.7%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
	Converso con mi pareja o familia aspectos de sexualidad	32	11.1%	127	44.1%	129	44.8%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
	En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja	28	9.7%	121	41.9%	140	48.4%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
Otros	Como peatón, pasajero del transporte público, sigo las reglas	39	13.5%	114	39.6%	135	46.9%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
	Uso cinturón de seguridad	58	20.1%	107	37.2%	123	42.7%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
	Tengo claro el objetivo de mi vida	46	16.0%	125	43.4%	117	40.6%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
	Me lavo las manos antes de comer y después de ir al baño	92	31.9%	95	33.0%	101	35.1%
		Casi siempre		A veces		Casi nunca	
Resumen de los Estilos de Vida		59	20.6 %	109	37.8%	120	41.5%
		Adecuado		Intermedio		Inadecuado	

FUENTE: Test aplicado a los pobladores del sector Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque.

El cuadro N° 03 nos muestra los estilos de vida de la población según el cuestionario aplicado a los vecinos del Sector Pedro Ruiz Gallo, en la Ciudad de Lambayeque. El cuestionario fue respondido por 288 personas, de los cuales 132 fueron hombres y 156 mujeres. Los resultados nos muestran que 41.5% de la población tiene estilos de vida inadecuados, el 37.8 % se encuentra con estilos de vida intermedios y solo el 20,6 % tiene estilos de vida adecuados.

En la primera pregunta tenemos que, cuando se les pregunta a las personas si tienen con quien hablar sobre las cosas que consideran importantes para ellas, el

42.7 % de los interrogados dice que casi nunca tienen con quien hablar, el 39.9 % menciona que a veces si tiene con quien hablar y solo el 17.4 % dice que siempre tiene con quien hablar y compartir sobre los temas considerados importantes para ellos.

En la Pregunta dos, se les consulta si dan y reciben cariño, a lo que el 41.3 % dice que casi nunca siente dar y recibir cariño, el 38.9 % menciona que a veces da y recibe cariño y solo un 19.8 % de los consultados menciona que casi siempre da y recibe cariño.

En la pregunta tres, se les pregunta a los entrevistados sobre el saludo, dar las gracias y el pedir disculpas. El 39.6 % de los consultados mencionaron que a veces les cuesta saludar, dar las gracias o pedir disculpas, el 31.3 % menciona que para ellos les es fácil o común saludar, dar las gracias y pedir disculpas si es necesario, finalmente tenemos que a un 29.2 % de los encuestados casi siempre les cuesta saludar, dar las gracias o pedir disculpas.

En la pregunta número cuatro, las personas entrevistadas son consultados si integran o participan en alguna organización social y/o voluntariado, a lo que el 44.8% manifestó que nunca ha participado en organizaciones sociales y/o voluntariados y, un 42.4 % respondieron que rara vez participan en éste tipo de organizaciones.

En la pregunta número cinco, se les consulta si realizan algún tipo de actividad física, practicar algún deporte o caminar al menos 30 minutos al día. El 40.6 % de los encuestados mencionaron que casi nunca realizan alguna actividad física, el 37.2 % manifestó que a veces realiza al menos 30 minutos al día de actividad física, y un 22.2 % dijo que casi siempre realiza actividad física mínima de 30 minutos al día, ellos mencionan que la actividad que más practican es caminar

En la pregunta número 6, se les pregunta a los entrevistados si consumen verduras y frutas, a lo que el 65.6 % manifestó que casi nunca consume verduras y frutas, el 21.9 % dijo que a veces si consume frutas y verduras y solamente un 12.5 % expresó que casi siempre consume frutas y verduras.

En la pregunta número 7, se les consultó sobre si consumen mucha azúcar, sal, comida chatarra o grasa. El 41.7 % de los encuestados dijo que casi siempre consume mucha azúcar, sal, comida chatarra o grasas, por otro lado el 35.1 % respondió que a veces consume mucha azúcar, sal, comida chatarra o grasas. Solo el 23.3 % dijo no consumir ningún tipo de comidas mencionada en la pregunta.

En la pregunta número 8, los encuestados son consultados si consideran si su alimentación es balanceada, a lo que el 40.6 % de las personas consultadas manifestó que casi nunca su alimentación es balanceada, el 32.3 % dijo considerar que su alimentación a veces es balanceada y tenemos que un 27.1 % de los entrevistados dijo que su alimentación casi nunca es balanceada. Esto nos puede mostrar un hábito inadecuado respecto a la alimentación por el desconocimiento de los beneficios de los alimentos y su combinación.

Siguiendo con el análisis en la pregunta número 9, se les pregunta a los encuestados si beben ocho vasos de agua al día, a lo que un 45.8 % manifestó que casi nunca bebe los ocho vasos de agua diariamente, el 29.9 % de los entrevistados dijo que a veces beben ocho vasos de agua al día y un 24.3 % manifestó que casi siempre bebe ocho vasos de agua al día. Considerando al agua como fundamental para el mantenimiento del cuerpo humano. A esto podemos añadir que el entorno en que vive la población no es favorable debido a que no cuentan con agua potable domiciliaria, teniendo que abastecerse de pilones de agua o trayendo agua de otras partes de la ciudad en temporada de verano.

En la pregunta número 10 se les pregunta a los encuestados sobre el consumo de cigarrillo, el 37.5% de los encuestados dijo que en el último año ha fumado cigarrillos, el 33.7 % manifestó no haber fumado el último año y solo un 28.8 % de los encuestados dijo no haber fumado cigarrillos desde hace 5 años.

En la pregunta número 11 se les pregunta sobre cuantos cigarrillos al día consumen, el 31.6 % dijo consumir más de 10 cigarros al día, el 39.9 % manifestó consumir entre 1 y 10 cigarrillos al día y el 28.5 % de los entrevistados dijo no fumar ningún cigarrillos al día.

En la pregunta número 12 se les consulta a los entrevistados si utilizan medicamentos sin prescripción médica o se auto medican, a lo que un 52.1 % respondió que casi siempre utiliza medicamentos sin prescripción médica o se auto medican, un 34.7 % de las personas consultadas dijo que a veces utiliza medicamentos sin prescripción médica y se auto medican, y solo un 13.2 % mencionó que casi nunca usa medicamentos sin prescripción médica.

En la pregunta número 13 los entrevistados son consultados sobre cuantos días en promedio a la semana consumen bebidas alcohólicas, a lo que un 38.2 % respondió que en promedio consume bebidas alcohólicas un día a la semana, el 34 % dijo consumir bebidas alcohólicas dos o y un 27.8 % de las personas consultadas dijo que ningún día a la semana consume bebidas alcohólicas.

En la pregunta número 14 se les consulta sobre las veces que consumen bebidas alcohólicas si beben más de 4 bebidas en la misma ocasión, a lo que el 37.2 % de los encuestados dijo que casi siempre bebe más de cuatro bebidas alcohólicas por ocasión, el 35.8 % manifestó que a veces bebe más de cuatro bebidas alcohólicas por ocasión y tenemos que un 27.1 % de los encuestados manifestó que casi nunca bebe más de cuatro bebidas alcohólicas por ocasión.

En la pregunta número 15 se les pregunta a los encuestados si beben té, café, gaseosas o bebidas energizantes. A lo que un 41 % de los encuestados dijo consumir casi siempre las bebidas mencionadas anteriormente, seguido de un 35.8% que manifestó que a veces bebe té, café, gaseosas o bebidas energizantes y finalmente solo un 27.1 % dijo que casi nunca bebe las bebidas que le son consultadas.

En la pregunta número 16 los entrevistados son consultados si duermen bien y se sienten descansados, a lo que un 39.6 % manifestó que casi nunca sienten dormir bien y se sienten descansados, el 34.4 % expresó que a veces duerme bien y se sienten descansados, finalmente tenemos a un 27.1 % de los encuestados manifestaron que casi siempre duermen bien y se sienten descansados.

En la pregunta número 17, los encuestados son consultados si se sienten capaces de manejar el estrés o la tensión en su vida diaria; a lo que un 37.8 % respondió que casi nunca se sienten capaces de manejar el estrés o la tensión, seguido de un 35.1 % que manifestó a veces sentirse capaz del manejo del estrés o tensión en su vida diaria, finalmente tenemos que un 27.1 % dijo que casi siempre es capaz del manejo de estrés y tensión.

En la pregunta número 18 los entrevistados son consultados si se relajan y disfrutan su tiempo libre, a lo que un 36.1 % dijo que casi nunca se sienten relajados y disfrutan de su tiempo libre, seguido de un 34.7 % manifestó que a veces se sienten relajados y disfrutan de su tiempo libre, finalmente tenemos que un 29.2 % respondió que casi siempre se sienten relajados y disfrutan de su tiempo libre. Podemos decir que en la ciudad también se observa la ausencia de lugares públicos recreacionales.

Continuando con el análisis en la pregunta 19, los entrevistados son consultados sobre si se sienten apresurados, tensos y/o abrumados. A lo que un 47.9 % de las personas consultadas dijo que a veces se sienten apresurados, tensos y/o abrumados, seguido de un 39.9 % que manifestó casi siempre sentirse apresurados, tensos y/o abrumados. Y solo un 12.2 % dijo que casi nunca presenta dichas características por las cuales fueron consultados.

En la pregunta número 20 los entrevistados son consultados si se sienten enojados o agresivos, a lo que 44.1 % expresó que a veces se sienten enojados o agresivos, seguido de un 33.7 % que manifestó casi siempre sentirse enojados o agresivos, y solo un 22.3 % dijo casi nunca sentirse enojados o agresivos.

En la pregunta número 21 los entrevistados son consultados si se sienten contentos con su trabajo y actividades que realizan, a lo que un 46.5 % de las personas entrevistadas respondió que a veces se sienten contentos con su trabajo y con sus actividades que realizan, seguido de un 34.7 % que mencionó casi nunca estar contentos con su trabajo y actividades que realizan, tenemos que solo un 18.8 % de los consultados dijo estar contento con sus trabajos y actividades.

En la pregunta número 22, los entrevistados son consultados si sus pensamientos son positivos, a lo que un 41.7 % de los consultados dijo que a veces sus pensamientos son positivos (optimistas), segundo de 32.6 % mencionaron casi nunca tener pensamientos positivos y finalmente tenemos a un 25.7 % de los encuestados quienes mencionaron que casi siempre tienen pensamientos positivos.

Luego en la pregunta 23, se les pregunta a los entrevistados si se sienten deprimidos o tristes, un 45.8 % de las personas consultadas respondieron casi siempre sentirse deprimidos o tristes, seguido de un 41.3 % quienes respondieron que a veces se sienten deprimidos o tristes y finalmente tenemos que solo un 12.8 % dijo que casi nunca se sienten deprimidos o tristes.

En la pregunta número 24, los entrevistados son consultados si se realizan controles de salud de manera periódica, a lo que un 59.7 % dijo casi nunca realizarse controles de salud de manera periódica, seguido de un 33.3 % quienes respondieron que a veces se realizan controles de salud de manera periódica y solo un 6.9 % respondió realizarse controles de salud de manera periódica casi siempre. Podemos observar que para la gran mayoría les resulta difícil realizarse controles de salud de manera preventiva y solo acude al médico con cuando presenta algún síntoma o algún dolor en el cuerpo.

En la pregunta número 25, los entrevistados son consultados si conversan con su pareja o familia aspectos de sexualidad, a dicha pregunta el 44.8 % respondió casi nunca conversar con su pareja o familia aspectos de sexualidad, seguido de un 44.1 % mencionaron que a veces conversan con su pareja o familia aspectos de sexualidad y solamente un 11.1 % dijo si conversar con su pareja o familia aspectos de sexualidad. Dichas cifras nos muestran que los temas de sexualidad son poco hablados con la pareja y la familia en lo cual se tienen que reforzar.

En la pregunta número 26, los entrevistados son consultados si en su conducta sexual se preocupan por el autocuidado y cuidado de su pareja, teniendo como resultados que un 48.4 % mencionó que casi nunca en su conducta sexual se

preocupan por su autocuidado y cuidado de su pareja, seguido de un 41.9 % que respondieron a veces preocuparse por auto cuidado y cuidado de su pareja.

En la pregunta número 27, los entrevistados son consultados si en su condición de peatones y pasajeros del transporte público siguen las reglas. A lo cual tenemos los siguientes resultados: el 46.9 % manifestó que casi nunca cumplen las reglas como peatones y como pasajeros, seguido de un 39.6 % mencionaron que a veces cumplen las reglas en su condición de peatones y pasajeros, finalmente encontramos que solo un 13.5 % de los entrevistados mencionó que en su condición de peatones y pasajeros del transporte público si cumplen con las reglas. Según los resultados encontrados podemos decir que la educación vial es fundamental en las personas.

Continuando con la presentación de los resultados, encontramos que en la pregunta número 28 las personas son consultadas sobre el uso del cinturón de seguridad, teniendo como resultados que un 42.7 % de los encuestados mencionó casi nunca utilizar el cinturón de seguridad, seguido de un 37.2 % quienes mencionaron que a veces utilizar el cinturón de seguridad, y solamente el 20.1 % de los encuestados dijo si utilizar cinturón de seguridad.

En la pregunta número 29 los entrevistados son consultados si tienen claro el objetivo en su vida, a lo que un 43.4 % respondió que a veces si tienen claro los objetivos en sus vidas, seguido de un 40.6 % de los encuestados quienes mencionaron que casi nunca tienen un objetivo claro en sus vidas, y encontramos que solo un 16 % de los encuestados quienes mencionaron que casi siempre tienen objetivos claros en sus vidas.

Finalmente en la pregunta número 30 los entrevistados son consultados si se lavan las manos antes de comer y después de ir al baño, a lo que el 35.1 % de los entrevistados respondieron casi nunca lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, seguido de un 31.9 % que respondió casi siempre lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, finalmente encontramos que un 33 % de los encuestados quienes dicen que a veces se lavan las manos antes de

comer y después de ir al baño. Por lo que es fundamental la práctica del lavado de manos.

3.1.1. Resultados de guía de Entrevistas.

Nuestra investigación es de tipo mixta, por lo que en seguida vamos a desarrollar la interpretación de las entrevistas, cuando preguntamos a la población:

3.1.1.1. Cuidado del Estado de Salud

¿De qué manera cuidan el buen estado de su salud?, La mayoría de ellos señala que el buen estado de la salud se logra a través de una buena alimentación, así como el aseo y evitando las comidas que nos puedan hacer mal. Entonces podríamos decir que la noción de cuidado de la salud, está en los pobladores, solo tendríamos que fortalecer esa noción y contribuir para que lo pongan en práctica.

“Haciendo ejercicio, saliendo a correr por las mañanas, comiendo comidas sanas.”

Brayan Anthony Villar Farías.

“Alimentándome bien, tener todo limpio.”
Martha Macalopú Flores.

3.1.1.2. Razones del cuidado de su salud.

Cuándo se les consulta *¿por qué deciden cuidar su salud?*, muchos de ellos señalan que cuidan su salud porque quieren vivir sanos, porque no quieren estar enfermos, no desean tener enfermedades, acá debemos de desarrollar la idea de bienestar personal y lo de bienestar de la familia para así poder lograr un mayor compromiso e involucramiento de los participantes.

“Prácticamente es cuando uno se quiere, cuando uno se quiere se cuida.”
Gasdaly De La Cruz De La Cruz.

“Para no enfermarme, para estar sanos.”
Hermelinda Meoño Juárez.

Respecto a los servicios que reciben en su sector, las opiniones son divididas, en general casi en partes iguales califican de buenos y de malos a los servicios, pero si particularmente con respecto a la energía eléctrica lo califican de bueno, el agua reciben a través de piletas públicas y por horas, muchas veces el motivo del agua genera discusiones entre los vecinos, con respecto a desagüe, no cuentan con dicho servicio, por lo que la mayoría cuenta con pozo ciego y los que no cuentan hacen sus necesidades al aire libre, para el lado de la arena. Generando muchas molestias en los vecinos por la generación de moscas. Recordemos que de vez en cuando pasa el camión recolector por lo que algunos vecinos votan la basura en la parte continua del sector, al lado oeste, siendo un latente foco infeccioso.

3.1.1.3. Participación ciudadana

Cuando se les consulta *¿cómo es su participación en su sector?*, muchos de ellos muestran una participación pasiva, asistiendo a las reuniones y dando las cuotas que acuerdan, y también tenemos los que participan activamente, en gestión y en todo lo que se les solicite.

A los entrevistados se les consultó sobre de qué manera hacen ejercicio de su ciudadanía, la gran mayoría manifestó no saber qué es lo que es ciudadanía, algunos prefirieron mantenerse callados, otros relacionan ciudadanía con la forma de comportarse en la sociedad, podemos decir que ciudadanía es un tema por desarrollar.

En la siguiente pregunta se les consulta sobre cómo es su organización para el exigir el acceso y/o mejoramiento de los servicios, ellos manifiestan que se encuentran organizados en una junta directiva, la cual es la encargada de hacer todos los trámites y reclamos, resaltan que los acuerdos lo toman en reuniones y no lo hace solo la junta directiva, algunas amas de casa manifiestan que se organizan entre ellas y van a reclamar muchas veces a epsel por el tema del agua.

“Estamos organizados en una junta directiva, por el momento no estamos viendo el tema de la posta, pero estamos proyectándonos para que el siguiente año se

haga el puesto de salud, pero si tenemos ya el área para construir el puesto de salud.”

Edzgar Cayao Corrales.

Respecto a la influencia en sus actividades diarias al padecer una enfermedad, las opiniones son diversas, algunos manifiestan que si les afecta terriblemente debido que no van al trabajo y no pueden desempeñarse con normalidad en sus actividades, mientras que algunos manifiestan y mayormente las amas de casa dicen que tienen que seguir con sus actividades porque no hay quien les ayude, y solo si les afecta cuando la enfermedad es fuerte.

“A veces por decir un ratito me acuesto y sigo haciendo mis cosas, a veces vienen mis hermanas a hacer la comida para mis hijos, pero después tengo que levantarme a hacer mis cosas, tengo que lavar mi ropa.”

Hermelinda Meoño Juarez.

“Terriblemente, Pues baja la economía, hay que trabajar para comer.”

Mercy Puelles Chicama.

También nos interesó conocer cuál es el concepto, o idea de salud que tiene la población en estudios, para en el momento en que desarrollemos la propuesta veamos como modificamos o fortalecemos el concepto que ellos mismos tienen, encontramos que casi todos relacionan salud y enfermedad, ellos dicen que salud es estar bien, no padecer ninguna enfermedad, para ellos salud es estar sanos otros relacionan con el concepto de bienestar e incluso con felicidad.

“Es estar bien, tu cuerpo, no padecer ninguna enfermedad, más dicho que te sientas feliz.”

Oscar Díaz.

“Se interpreta como el bienestar de los seres humanos, la persona está llena de vida, contenta, en cambio una persona enferma está triste, decaída.”

Dangler Alighieri Mas Chiquilla.

También necesitamos conocer cuál es el momento en que los pobladores dicen estar mal, en que momento ellos reconocen que su salud está en mal estado, y a donde acuden para hacerse ver. Encontramos que el dolor es una constante en los entrevistados para reconocer que están enfermos, también manifiestan el fastidio

del cuerpo, el malestar general, y la fiebre. Y con respecto a donde acuden cuando se sienten mal, la mayoría dice acudir a una botico y/o farmacia para auto medicarse o tomar lo que les indica el vendedor, algunos al centro de salud y si es más grave a un hospital o una clínica, algunos refieren al hospital Belén de Lambayeque y al hospital Solidaridad de Chiclayo como los centros donde se atienden.

“Cuando tenemos un dolor, un fastidio en el cuerpo, siempre esperamos que nos duela algo para saber que estamos enfermos. Mayormente mis hijos al centro de salud, yo y mi esposa a las boticas nos auto medicamos, pero si es más fuerte acudimos al centro de salud.”

Dangler Alighieri Mas Chiquilla.

Respecto a que es lo que hacen para alcanzar vivir más, las respuestas más comunes es cuidarse en la alimentación, otros dicen que ellos no pueden hacer nada para vivir más porque Dios es el que decide con sus vidas, también relacionan el vivir más con acumulación de dinero y éxito.

“Voy a acumular dinero ahora en mi trabajo, para después poner mi negocio.”
Homero Puse Parra

“Yo no puedo hacer nada, eso depende de Dios él decide, yo mañana puedo morir.”
Domenican Gonzales.

“La vida nadie lo tiene seguro eso depende de Dios, porque a veces uno quiere vivir más y más rápido se va.”
Martha Macalopú Flores

También nos interesó conocer como es la población cuando dice estar bien, entonces les preguntamos ¿cómo se manifiesta su estado de bienestar en su vida diaria?, a lo que muchos de ellos nuevamente relacionan con dolor, claro que ahora dicen no sentir ningún dolor, no tener ningún malestar, para ellos es estar tranquilos, estar feliz.

“No sintiendo dolores, uno se levanta bien, con ganas de trabajar o estudiar.”
Oscar Díaz.

“Salgo a pasear, me dedico a estar con mi hija tranquila, nos ponemos a bailar, salimos a pasear.”

Domenican Gonzales.

Respecto a los gastos, específicamente la priorización de sus gastos de los entrevistados tenemos, casi todos coinciden que priorizan en su alimentación, luego en pagar sus servicios, luz y agua. Además también mencionan en manera general en gastar en lo que les es útil.

“Primero mis alimentos, luego servicios, agua, luz, teléfono, si me sobra gasto en cerveza o ropa.”

Homero Puse Parra.

“Mi esposo no tiene un trabajo seguro, estamos pagando la luz y otras cosas y bueno lo que es pues la comida, ya si queda se compra una cosa por ahí.”

Martha Macalopú Flores.

“En la comida de mis hijos, voy compro 5 kilos de arroz, azúcar, aceite, leche, avena, para que no me falte nada y lo que queda para algo sobre el pescado, pollo y para el pan.”

Hermelinda Meoño Juarez.

También nos interesó conocer cuáles son las fuentes de ingreso económico de nuestra población objeto de estudio, según las entrevistas realizadas tenemos, que la mayoría de mujeres por lo general no trabaja, esperando el sustento del esposo o hijos en algunos casos, los varones no hay un trabajo generalizado, algunos se dedican al comercio, otros se generan sus propias fuentes de trabajo o realizan un trabajo independiente, así como también encontramos a grupos que estudian y a la vez se dedican a la moto taxi.

“Yo no trabajo, trabaja mi esposo y mi hijo nada más.”

María Pinedo.

“Yo mi casa no trabajo, los niños pequeños no puedo, mi esposo trabaja en construcción gana un promedio de 500 mensual.”

Mery Puelles Chicama.

“Tengo mi taller de mecánica, y en la noche moto taxista.”

Dangler Alighieri Mas Chiquilla.

*“Yo estudio, pero trabajo en moto taxi medio día o mis días libres.”
Denis Jol Vega Fernández.*

Respecto a cómo influyen sus ingresos económicos en su vida diaria, pues se reafirma el dinero como fundamental para el desarrollo diario de las persona, conversando con los pobladores nos dicen que sin plata no somos nada, la plata es para todo hasta para comer, son algunos que dicen que si les alcanza el dinero, otros manifiestan que a las justas les alcanza el dinero e incluso algunos manifiestan que les falta el dinero.

*“La plata es para todo. A veces lo que gana mi esposo no alcanza, lo que gana es solo para pasar los días.”
María Pinedo.*

*“Cuando tengo más ingresos estoy más satisfecho, me siento realizado, cuando estoy bien económicamente voy a una buena clínica, un buen chequeo, y cuando no voy al hospital es terrible.”
Homero Puse Parra.*

*“De manera negativa, porque no me permite acceder a productos beneficiosos para mí, porque cuando quieres comer un pescado, un ceviche, tienes que pensarlo dos veces, mejor te comes un huevo frito y ya está.”
Edzgar Cayao Corrales.*

Finalmente en la entrevista realizada a los pobladores del sector Frente Universitario, en el asentamiento humano, Pedro Ruiz Gallo, les consultamos sobre cuáles son las enfermedades más frecuentes, que padecen ellos o sus familiares que viven con ellos, encontramos como constante la gripe, el dolor de estómago o de barriga, diarrea, dolor de cabeza, fiebre y el riñón, es así como ellos identifican a los principales males que padecen.

3.2. PROPUESTA TEÓRICA

“MODELO DE PRÁCTICAS SOCIALES PARA MEJORAR LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DE LOS POBLADORES DEL SECTOR “PEDRO RUIZ GALLO” EN LA CIUDAD DE LAMBAYEQUE”

PRESENTACIÓN

La salud y los estilos de vida son conceptos recíprocos e inseparables, donde la salud es una condición esencial para el desarrollo social por la repercusión que tiene en la capacidad de trabajo de las personas y en el establecimiento de los climas de estabilidad, tranquilidad y progreso social como producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, psicológicos, ecológicos, socioeconómicos, culturales y políticos que ocurren en la sociedad.

Así mismo consideramos que siendo la familia una institución natural y fundamental de la sociedad que constituye la unidad básica de salud y los estilos de vida, es en ella donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo, es el primer agente socializador, donde se construyen valores, cultura y relaciones interpersonales; donde se conjugan prácticas, funciones y se reconocen a las personas con sus especificidades.

Es en este contexto se considera a la familia como la unidad básica de salud y teniendo como primer lineamiento a la promoción de la salud es que se propone el desarrollo del Programa Integral “Un estilo de vida fantástico”. Este programa comprende un conjunto de acciones integradas, orientadas a incentivar comportamientos y hábitos que generen estilos de vida saludables entre los miembros de una familia, así como mecanismos de prevención, buscando que el grupo familiar genere capacidades en la mejora de sus condiciones y que los estilos se ajusten a estándares locales y regionales.



Fuente: Elaborado por el investigador.

3.2.1. Realidad Problemática.

La deficiente armonía y equilibrio en el cuerpo de los vecinos del sector Pedro Ruiz Gallo, manifestado a través de una dieta alimentaria desbalanceada, actividad o ejercicio físico escaso, vida sexual no sana, conducción insegura, manejo del estrés inadecuado, capacidad intelectual baja, falta de recreación (sobre todo al aire libre) sin descanso, mala higiene, sin obtener paz espiritual ni buenas relaciones interpersonales, así como también la relación con nuestro entorno deficiente entre otras.

Se sabe que durante la adolescencia se aprenden comportamientos que tienen una importante repercusión sobre la salud de las personas. Estos se consolidan en la juventud y son difíciles de modificar en la edad adulta. Por lo que la enseñanza de hábitos de vida saludables ocupa un papel muy importante en la infancia y la adolescencia, ya que es en este momento cuando deben adquirirse unos conocimientos, habilidades y actitudes, que permitan el desarrollo de unos comportamientos sanos. Está plenamente asumido que los principales problemas de salud en los jóvenes están relacionados con sus estilos de vida. Cuando hablamos de estilos de vida nos referimos a una serie de comportamientos que modulan la salud, a los cuales los individuos se exponen deliberadamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control, evitándolos o reforzándolos.

3.2.2. Objetivos de la Propuesta.

General: Diseñar un Modelo de prácticas sociales, con estilos de vida físico emocional, para mejorar los niveles de la salud en la población del sector “Pedro Ruiz Gallo” – Distrito y Provincia de Lambayeque.

Específicos:

- Diagnosticar las prácticas sociales en los estilos de vida físico emocional y sus implicancias en la salud de los pobladores del sector “Pedro Ruiz Gallo” de la ciudad de Lambayeque.
- Fundamentar teóricamente la propuesta e involucrar a representantes y autoridades del sector en la participación de las actividades que ayuden a mejorar los estilos de vida saludable.
- Elaborar una estrategia pertinente para superar las deficientes prácticas sociales a favor de la salud de los conciudadanos.

3.2.3. Fundamentación teórica de la propuesta.**3.2.3.1. Fundamentación teórica**

Nuestro Modelo se sustenta en la Teoría de las prácticas sociales la cual nos dice que los habitus (hábitos), configuran los comportamientos, las acciones, las reglas (implícitas y explícitas) de las diversas prácticas y estructuras sociales. La Teoría del comportamiento del problema cuya premisa fundamental de la teoría es que todo el comportamiento es el resultado de la interacción de la persona y el medio ambiente, refleja una perspectiva de la "teoría de campo" en ciencias sociales. De las diversas teorías que han intentado explicar por qué las personas se comportan de una manera determinada, cabe resaltar el modelo de los estadios del cambio o modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente. (Prochaska J. O., 1983)

3.2.3.2. Fundamentación Epistemológica

Tienen que ver con la concepción de conocimiento, de saber, de ciencia y de investigación que se maneje en el caso de nuestro trabajo todo lo referente a la buena conservación de la salud, así como el papel que todo ello desempeña en el desarrollo de la sociedad. (Lalonde, 1998)

Epistemología, gestión y evaluación

- La ciencia resuelve problemas y elabora nuevos conocimientos.
- La ciencia reconstruye.
- El tiempo que demanda el trabajo científico es de largo aliento.
- La aceptación de nuevas teorías es un proceso lento y en consenso, el estudiante lo asume en un proceso cognitivo personal mediato y trata de plasmarlo en un modelo que afiance su conocimiento en un grupo poblacional.
- La ciencia está muy especializada.

3.2.3.3. Fundamentación Legal

Se refiere al espíritu de las principales normas que sustentan la formación de nuevos profesionales y su aporte social. (Ca, 2017)

3.2.3.4. Fundamentación Filosófica

Se expresa en torno a la concepción del tipo de hombre que se desea formar.

La explicitación considera que el ser humano está condicionado por las relaciones sociales existentes (entorno en que nos encontramos) y por las exigencias, aspiraciones y características de la civilización universal (interdependencia, la cual debe estar reflejada en nuevos hábitos para conservar la salud en cada poblador). (Ca, 2017)

Además la concepción filosófica del hombre asume en él tres componentes:

- El hombre como ser cultural
- El hombre como ser histórico
- El hombre como ser social

Consecuencias

- La gestión y evaluación debe contribuir a formar el hombre cultural, histórico y social.
- La persona en el estadio que se encuentre siempre debe procurar mantener el cuidado de su salud a partir de la experiencia y propiciar la participación de los miembros de su comunidad.
- Promover la elaboración de conocimientos, habilidades, destrezas y valores necesarios para la formación individual y la participación social en las buenas prácticas para conservar su salud.

3.2.3.5. Fundamentación Sociológica

Nos puede dar elementos para entender el para qué de la salud de la población.

La formación científica, aclara las relaciones con la sociedad en que el sujeto vive e incorpora de este modo al individuo en su comunidad, al proporcionarle una forma de educación mediante la cual su crecimiento se relaciona vitalmente con las necesidades de salud en las sociedades. La Sociología nos permite comprender el entorno social y su relación entre pares.

Observamos que la sociedad incorpora en sí misma el hecho saludable y educativo.

Si comprendemos este contexto social tendremos elementos adecuados para conservar la salud de nuestros pobladores. (P.Bourdieu, 'une Theorie de la Pratique precede de trois études d'ethnologie kabyle, 1972, pp. 200.)

Se dan varias dimensiones sobre los valores, a tener en cuenta:

1. Valores e intereses que se deben fomentar y los espacios en que se deben desarrollar, para esto se requiere el área social-humanista.

2. Valores sobre las aptitudes y habilidades que se requieren para el desempeño de su trabajo y horarios adecuados para practicas de deportes.

Valores Éticos

Deben estar presentes en la formación, que le permitan negociar, tomar partido, manejar sus pasiones por la salud.

La persona cambia con los años y la sociedad va cambiando con nuevos retos que se van presentando y si hay una ética firme, el profesional puede afrontar con altura esos retos, uno de esos retos es lograr estilos de vida saludables en nuestra sociedad.

3.2.3.6. Fundamentos Pedagógicos

Proporciona orientaciones para la organización del proceso de formación en estilos de vida de nuestros estudiantes. (Cavas, 2017)

3.2.4. Estructura de la Propuesta.

La propuesta consta de un programa conformado por el resumen, la fundamentación, objetivos, temática, metodología, evaluación, conclusiones, recomendaciones y bibliografía. El programa es una formulación racional de actividades específicas, graduadas y sistemáticas para cumplir los objetivos del programa.

PROGRAMA INTEGRAL: “UN ESTILO DE VIDA *FANTÁSTICO*”

Resumen:

Los estilos de vida son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, tal vez el momento clave o el inicio de esta tendencia se generó por una declaración de la Organización Mundial de Salud, para mejorar los factores de riesgo como alimentación poca saludable y sedentarismo.

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Salud, 1986), considera los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud. "La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud".

Objetivo: Mejorar de manera objetiva los estilos de vida saludable.

Fundamentación: Se sustenta en la **Teoría de las prácticas sociales** la cual nos dice que los habitus (hábitos), configuran los comportamientos, las acciones, las reglas (implícitas y explícitas) de las diversas prácticas y estructuras sociales. **La Teoría del comportamiento del problema** cuya premisa fundamental de la teoría es que todo el comportamiento es el resultado de la interacción de la persona y el medio ambiente, refleja una perspectiva de la "teoría de campo" en ciencias sociales. De las diversas teorías que han intentado explicar por qué las personas se comportan de una manera determinada, cabe resaltar el modelo de los estadios del cambio o **modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente**.

Temáticas:



Fuente: Elaborado por el investigador.

FASE 1: FAMILIA Y AMIGOS

➤ Mi relación con los demás.

El ser humano es un ser social por naturaleza. Vivimos en una sociedad en la que todos necesitamos de todos; sin embargo, la calidad de las relaciones con los demás ha ido decreciendo conforme somos más y tenemos más ocupaciones. ¿Sabes cómo puedes mejorar esto? Aquí te compartimos 10 claves para mejorar tu relación con los demás.

Uno de los puntos más importantes a tomar en cuenta es aprender a ponerte en los zapatos de los demás. No juzgues a la primera. Observa cómo es la vida de los otros y cuáles son sus problemas. Quizá te ayude a saber por qué se comportan así algunas personas. De esta forma te será más fácil respetar. El respeto es algo que parece pasado de moda, pero no lo es. Respeta a los demás, su espacio, su forma de pensar, y los demás te respetarán a ti.

También busca lo bueno en las situaciones; todas tienen un lado positivo; aprende a compartirlo. La interacción positiva puede convertir los ambientes negativos en algo mucho más llevadero. Una

buena forma de mejorar el ambiente es elogiar sinceramente a los otros. Siempre es bonito recibir un elogio y lo es mucho más si es sincero. Cuando alguien haga bien las cosas o cuando te guste algo de los otros no temas decirlo.

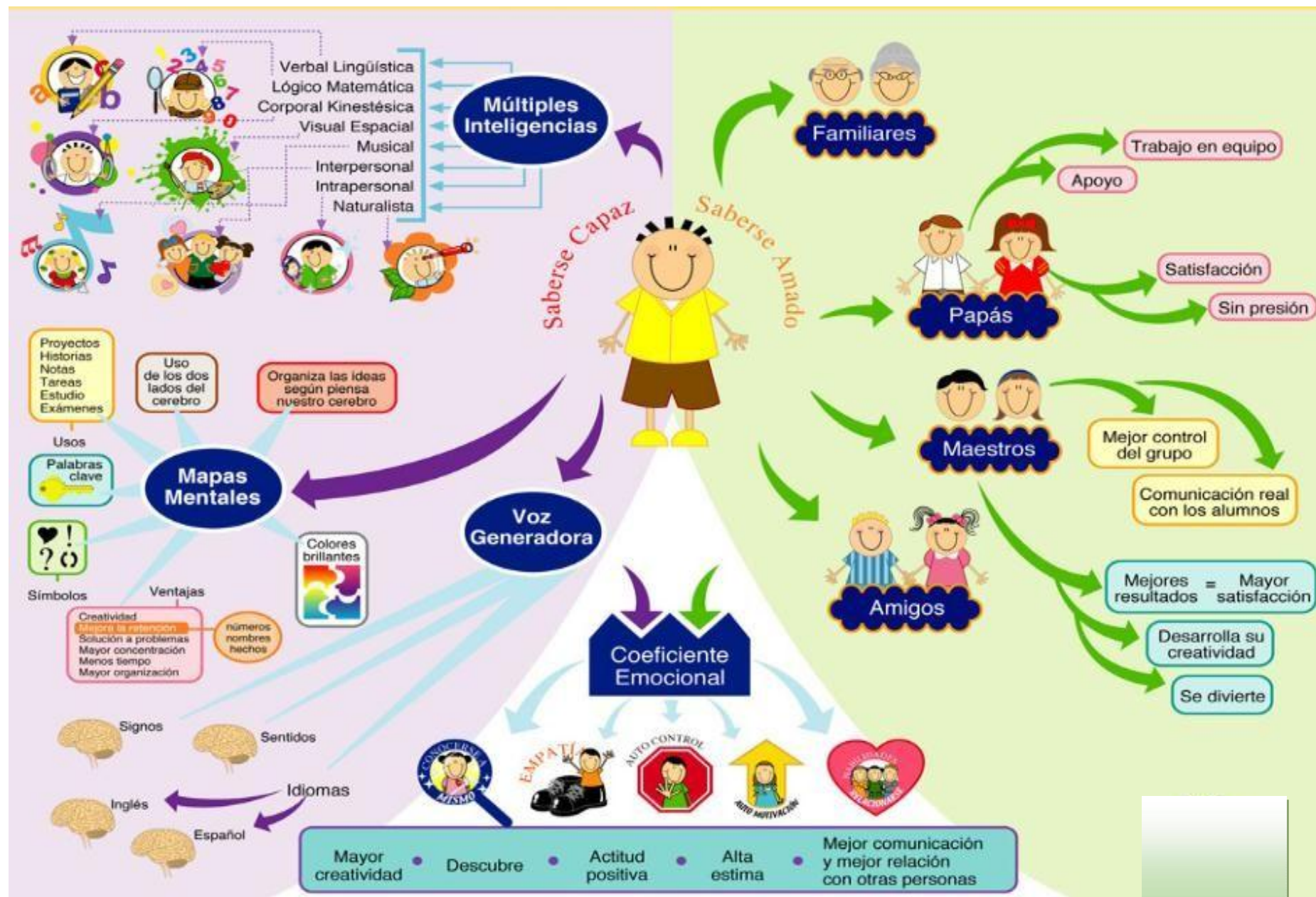
Nada es más molesto para los demás que alguien que no admite sus errores; así sean los más evidentes intenta admitir cuando te equivocas, y del mismo modo sé tolerante con los errores y las diversas formas de pensar. Aprende a vivir con personas diferentes y respeta sus puntos de vista. Que no estés de acuerdo con ellos no significa que no puedan convivir.

Quererte es importante. Cuando te quieres, se nota en la **forma en que te relacionas**. Eres más segura, más positiva y puedes aceptar a los otros fácilmente. Acepta aquello que no puedes cambiar de ti misma y trabaja en mejorar tus puntos débiles.

No tengas miedo. Muchas veces evitamos relacionarnos con los otros por miedo a ser o parecer vulnerables. Eso te llevará a relacionarte de forma agresiva con los demás, mediante gritos, regaños o descalificaciones para que “no noten” tus temores. No tengas miedo de expresar lo que realmente sientes o piensas.

Comunica tus deseos y necesidades desde tu punto de vista personal sin agredir a los demás y siendo clara, precisa y directa en lo que quieres decir. Elige adecuadamente tus palabras. Aprende a escuchar. Muchas veces sólo oímos a quienes nos rodean sin poner atención a lo que nos dicen, pero, como mencionan en el [blog de David Nadim](#) “, saber tratar a los demás implica comprender no sólo sus acciones, sino sus reacciones”, y esto sólo puedes logrando mediante la escucha y el interés hacia lo que los otros te comunican.





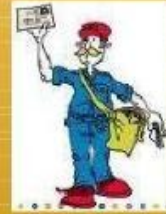
FASE 2: ACTIVIDAD FÍSICA

Actividad física es



Diversión-deporte

Todo movimiento
muscular voluntario
incluye Ejercicio Físico y
Deporte



ocupaciones



Cuanto de Actividad Física debemos practicar?

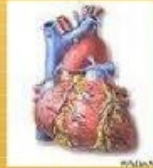


Frecuencia: 3 veces por semana como
mínimo. Lo ideal: "todos los días".

Duración: de 30 a 60 minutos.

¿Cuáles son los beneficios?

**Mayor eficiencia
del Sistema
Cardiovascular**



**Incremento de la
capacidad del
Sistema Respiratorio**

**Cambios de
Composición
Corporal**



**Mayor
eficiencia
del Sistema
Nervioso**

**Mejor
Sistema
Músculo-
esquelético**



**Cambios
Psicológicos
(Salud
Mental)
mejora
autoestima**

Cual es la diferencia entre estar y no estar en forma?

Persona Activa



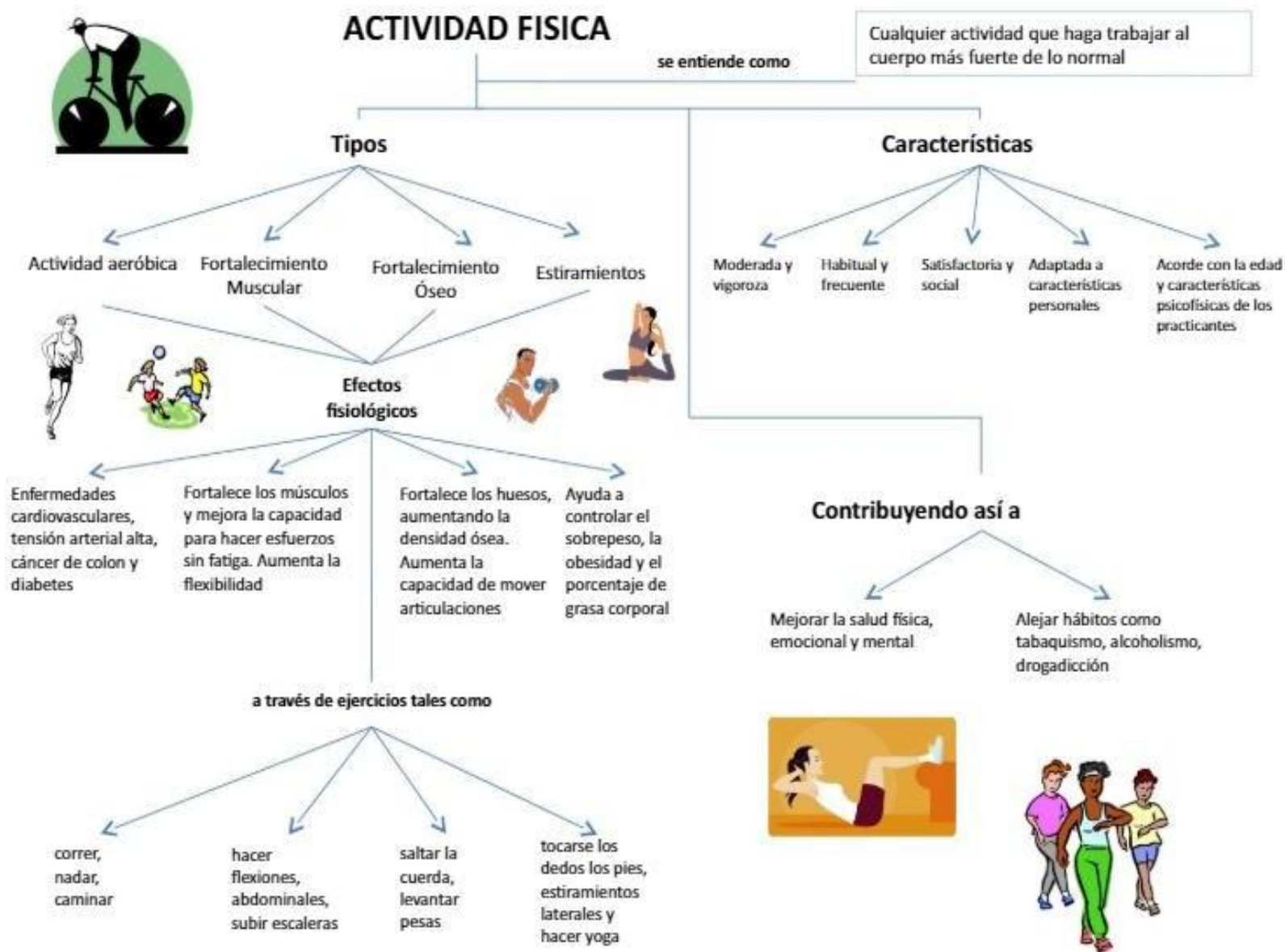
- Alto rendimiento físico
- Menor porcentaje de grasa corporal
- Bajo riesgo cardiaco
- Mayor autoestima
- Mayor tiempo de vida

Persona Sedentaria

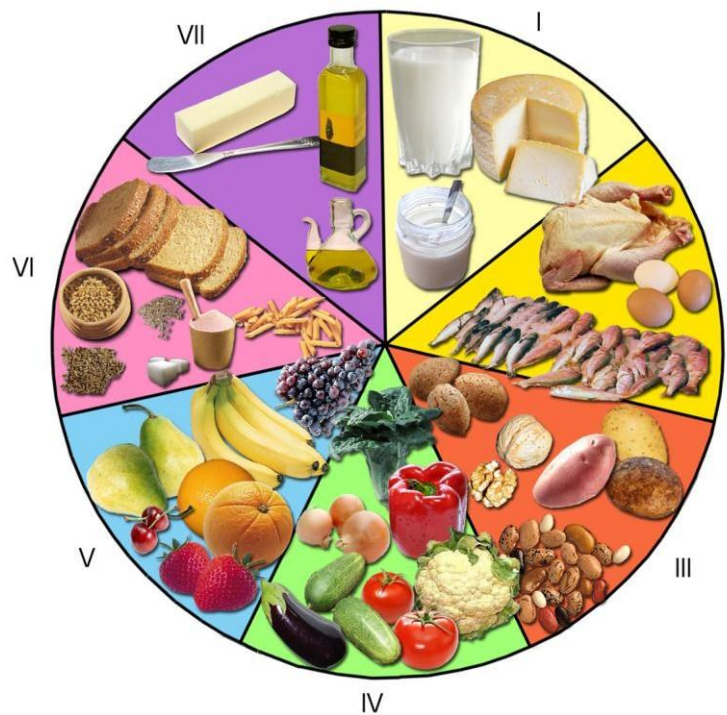
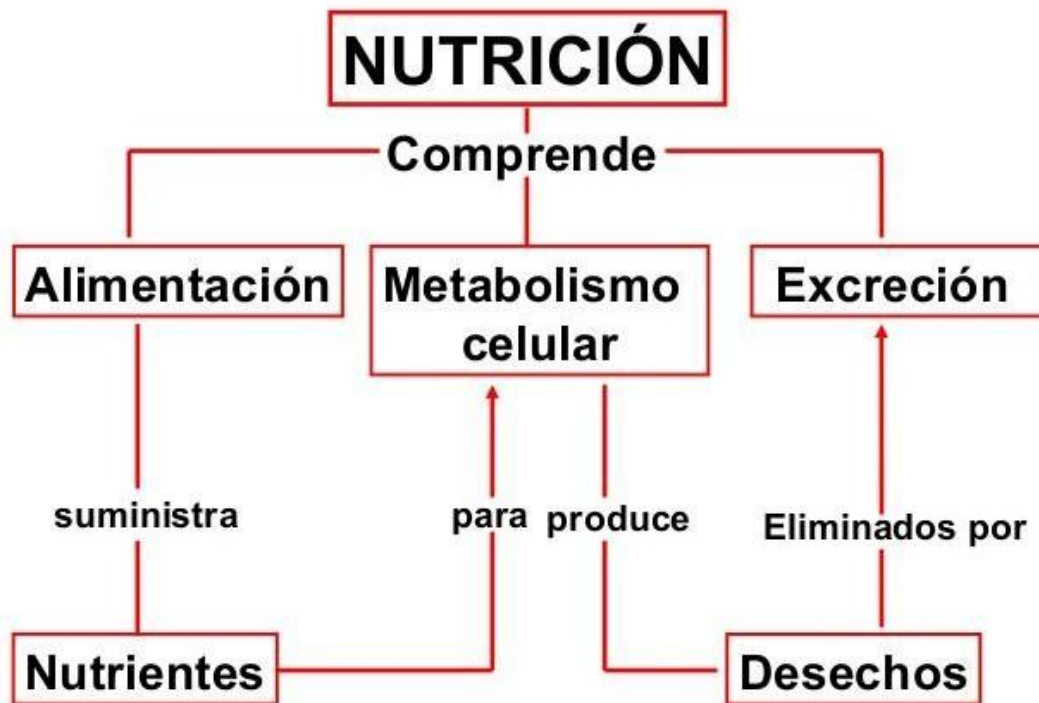


**Grandes
diferencias**

- Cansancio, baja capacidad física
- Obesidad
- Afecciones cardiacas, arteriales y pulmonares
- Mayor enfermedad
- Muerte prematura



FASE 3: NUTRICIÓN



NUTRICIÓN

CUATRO PROCESOS

DIGESTIÓN

RESPIRACIÓN

REPARTO SUST.

EXCRECIÓN

Ap. Digestivo



Toma los alimentos y los convierte en nutrientes mediante la digestión

Expulsa las heces (excreción sólida que no aprovechamos de los alimentos tomados)

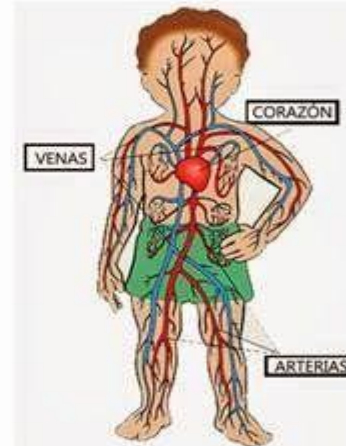
Ap. Respiratorio



Introduce en el cuerpo el oxígeno filtrando el aire que tomamos del exterior al respirar

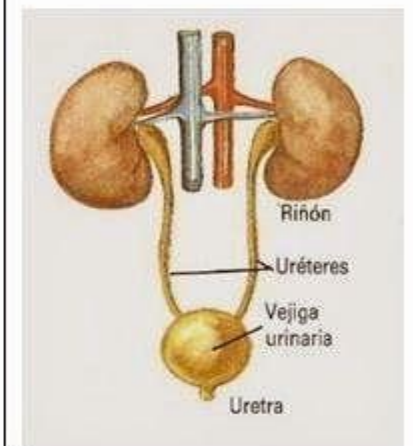
Expulsa el dióxido de carbono (excreción de gases que nuestro cuerpo no utiliza)

Ap. Circulatorio



Reparte las sustancias nutritivas y el oxígeno y recoge los desechos del organismo para llevarlos a los órganos que se encargan de expulsarlos

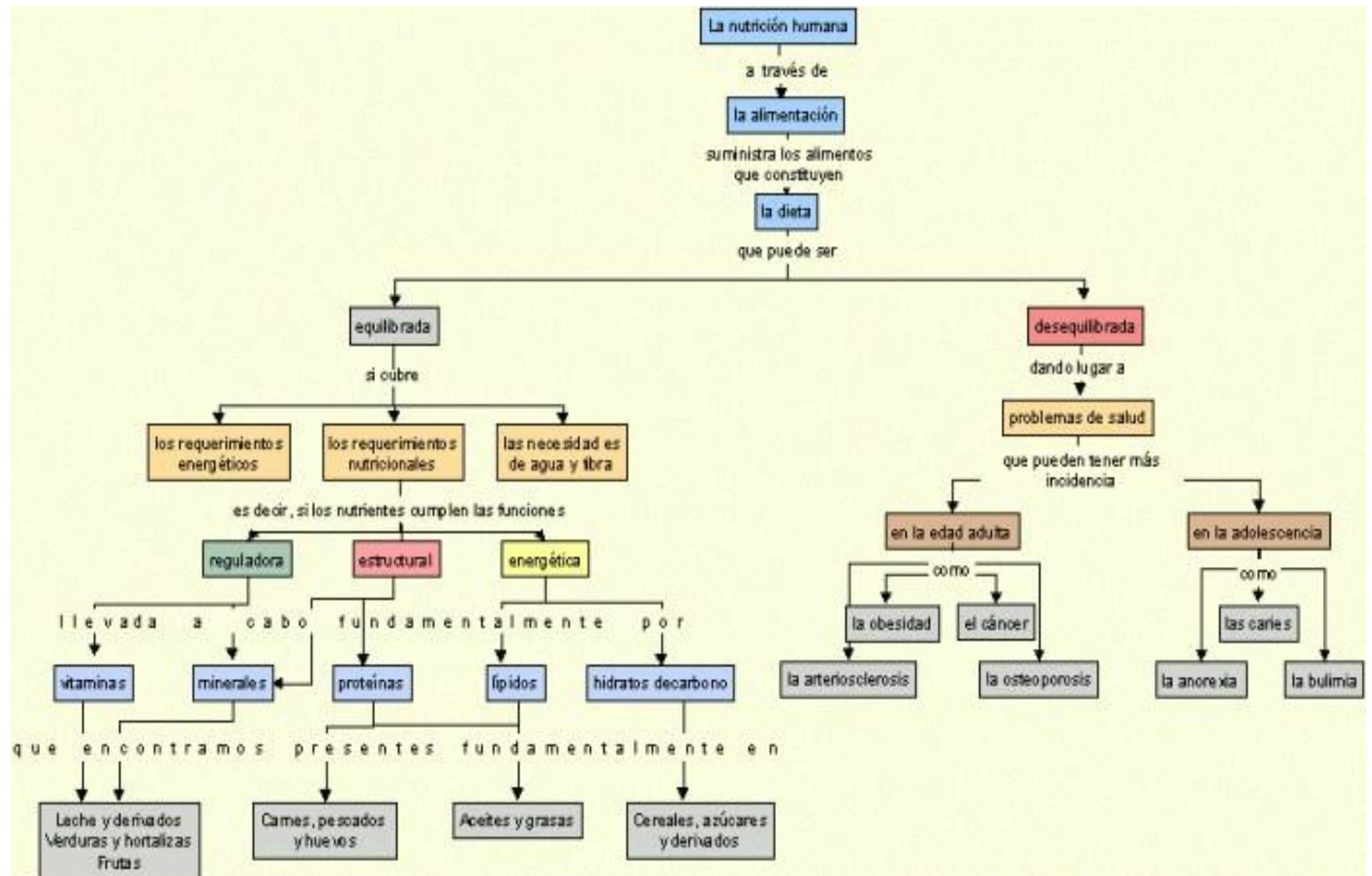
Ap. Excretor



Filtra la sangre para expulsar los desechos que trae

Excreción líquida a través de la orina y el sudor.

I
N
T
E
R
V
I
E
N



FASE 4: TABACO

Tabaco y ahorro:

Cierto día caminaba por la calle un hombre fumando un cigarrillo. Al llegar a una esquina se encontró con otro que tomaba un billete de \$100 y lo quemaba a la vista de todos con la mayor naturalidad. El fumador, aún con su cigarrillo en la boca le recriminó asombrado:

- ¡Señor por qué hace semejante barbaridad!

El otro le respondió:

- ¡Querido amigo!... si usted quema por semana el doble de este dinero en su vicio... ¡déjeme a mí con el mío!

Ninguno tiene razón. Uno y otro, hacen lo mismo, queman el dinero pero, aún así, el segundo no hace daño a su salud ni a los demás. Asombra el presupuesto que, en cada familia fumadora, dedica a lo que ellos mismos llaman "vicio del tabaco".



***Fumar no te da personalidad,
ni madurez,
¡te da cáncer!
Tienes la decisión en tu mano.***

Mitos y realidades sobre el tabaco



*Fumar poco no es
malo para la salud.
"Por una no pasa
nada"*



*"Fumo, pero
cuando quiera lo
puedo dejar"*



*El tabaco de liar es
menos malo que el
otro*





¿POR QUÉ LOS JOVENES TOMAN ALCOHOL?

- La mayoría de los jóvenes toman bebidas alcohólicas:
- Para sentirse bien y divertirse.
- Para descansar y olvidar el estrés.
- Para escapar.
- Porque les gusta el sabor de las bebidas alcohólicas.
- Para estar más a gusto en reuniones.
- Para ser parte del grupo.
- Para emborracharse.

BEBIDAS MAS FRECUENTES QUE CONSUMEN LOS JOVENES

- Cerveza
- Vino
- Vodka
- Fernet
- Tequila



ENFERMEDADES CAUSADAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

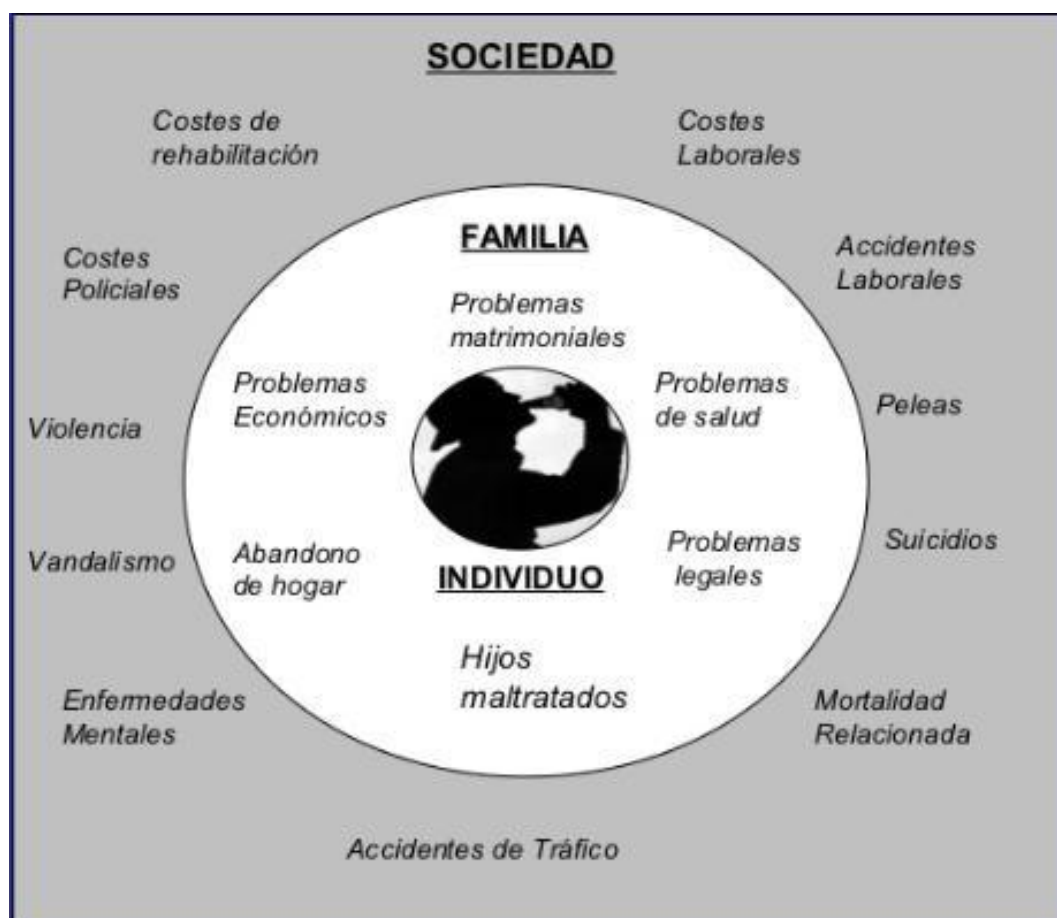
Las mas frecuentes son:

- Cirrosis
- Cáncer Hepático
- Cáncer de Colon y recto
- Depresión del sistema nervioso central (dando trastornos mentales)
- Impotencia sexual
- Dificultad para la absorción de vitaminas, proteínas, nutrientes
- Depresión del sistema inmune



Consecuencias del consumo de Alcohol

- Accidentes de tránsito
- Problemas psicológicos y sociales
- Violencia física y verbal
- Problemas de convivencia familiar
- La sobredosis puede causar la muerte



- **IMPORTANCIA DE LA NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.**
- El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad.



Factores biofisiológicos.

- **Ejercicio** : Una cantidad moderada favorece el sueño, pero en exceso hace difícil conciliar el mismo. El ejercicio dos horas antes de acostarse, favorece la relajación.
- **Nutrición** : La ganancia de peso causa períodos de sueño más prolongados y la pérdida, una reducción de la cantidad total y un despertar temprano .Comer mucho o tener hambre antes de acostarse influye en el sueño.

Estado de salud:

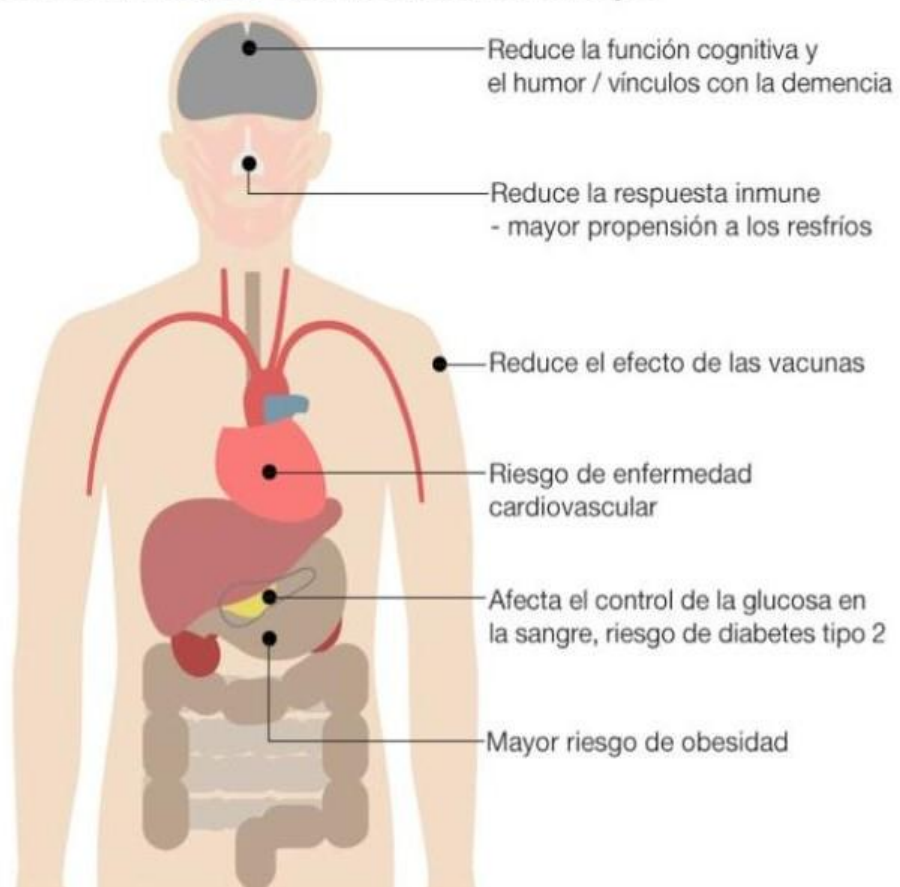
- Las personas satisfacen de manera diferente esta necesidad cuando se ven
- influidas por su estado de salud.

Cuidados para evitar trastornos del sueño

- Padecer trastornos del sueño es mucho más común de lo que nosotros imaginamos, algunas personas padecen desde un insomnio de vez en cuando hasta los malestares crónicos de este tipo de malestar ya que se pasan las noches enteras sin descansar o poder dormir, y esto puede llegar a producir diversas alteraciones en el organismo.



Cómo la falta de sueño afecta tu cuerpo



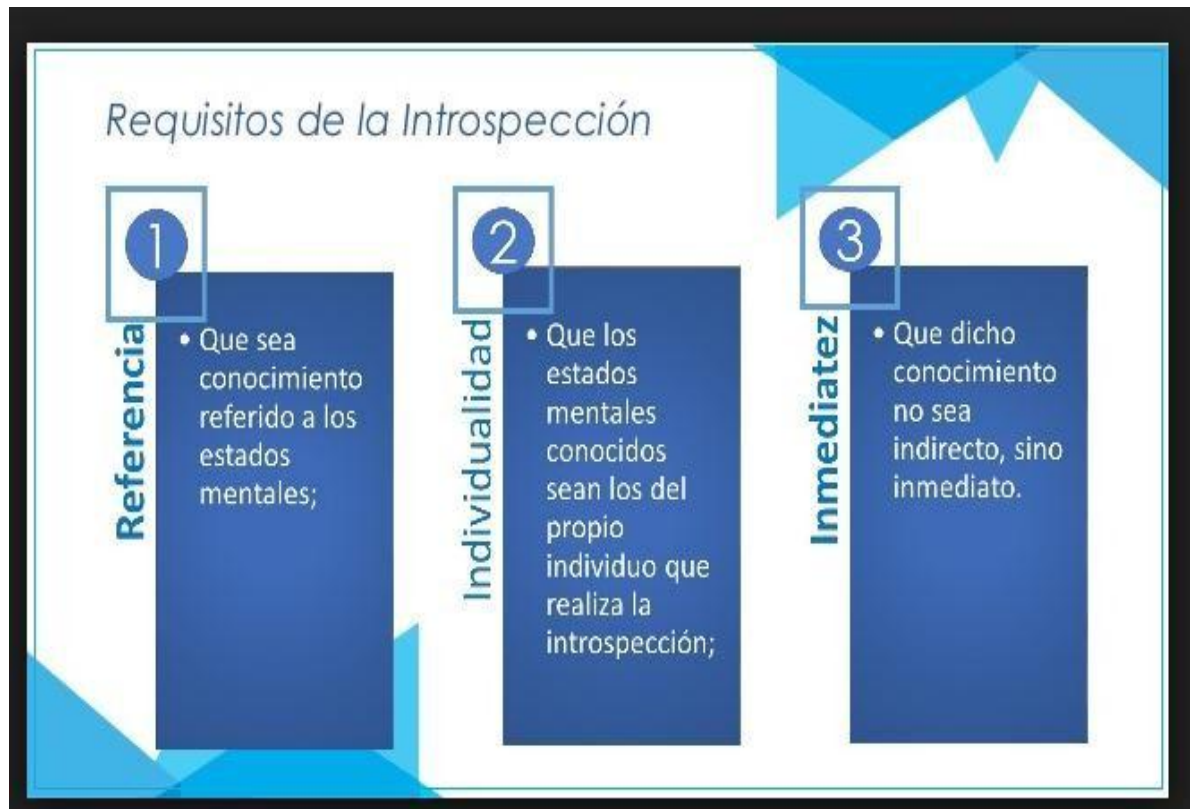
FASE 7: TIPO DE PERSONALIDAD



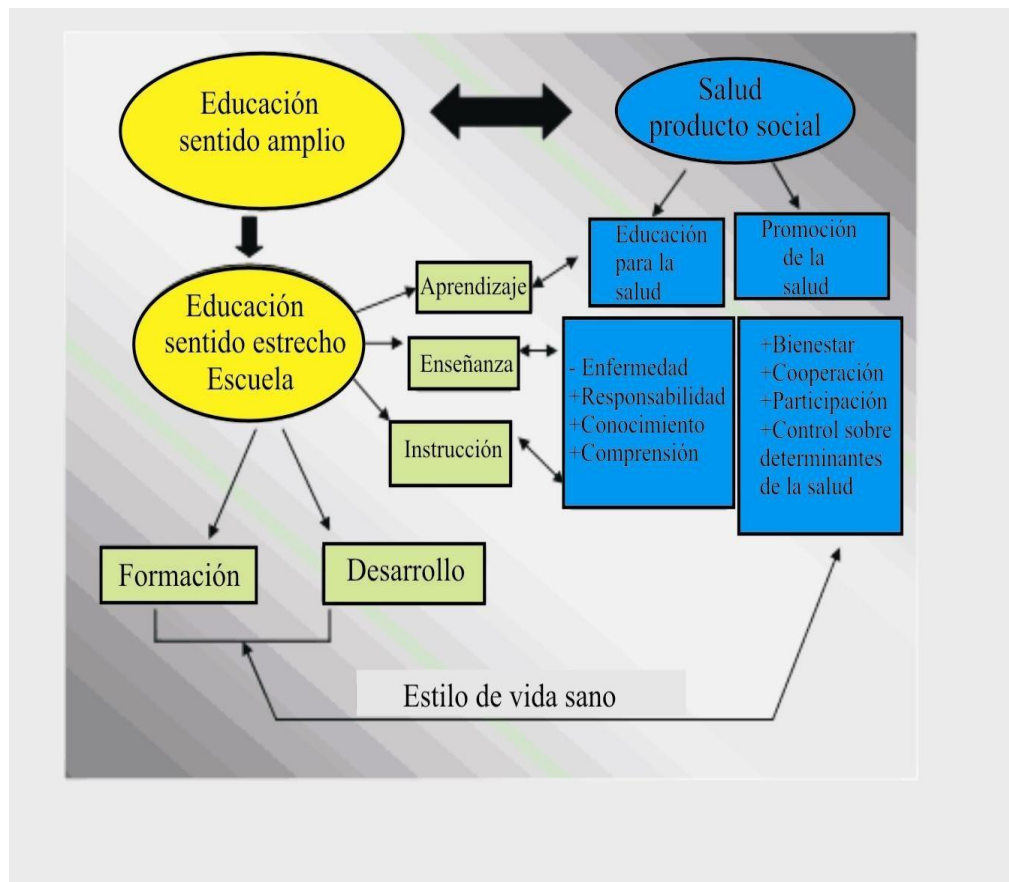
FASE 8: INTROSPECCIÓN

ESTUDIO DE LA INTROSPECCIÓN





FASE 9: CONTROL DE SALUD





TODOS SOMOS PEATONES

Al cruzar la calle, respeta a todos los usuarios, adultos mayores, niños/as y personas con movilidad reducida. Si te bajas del auto, cuando dejas la bicicleta, si eres runner o utilizas el transporte público, **también eres un peatón**.

DEBERES EN LA VÍA PÚBLICA



La movilidad exige la puesta en práctica de normas de comportamiento que permitan el desplazamiento ágil y seguro en la vía pública. Como usuarios de la vía tenemos unos deberes ciudadanos que cumplir para la sana convivencia.

DERECHOS DEL PEATÓN

- Desplazarse con seguridad y comodidad en las vías públicas.
- Tener un trato amable y justo por parte de las autoridades y los demás actores viales.

DEBERES DEL PEATÓN

- Cruzar por las esquinas, pasos peatonales y bocacalles.
- Utilizar los puentes y semáforos peatonales.
- Transitar por el lado derecho de las aceras.
- Utilizar los paraderos autorizados, cuando se va a abordar un servicio público.



EL LAVADO DE MANOS ADECUADO ES ESENCIAL PARA:

- Eliminar gérmenes nocivos para la salud presentes en las manos.
- Disminuir el riesgo de padecer infecciones.
- Garantizar buena higiene personal.
- Gozar de buena salud.



Al comenzar, humedecer las manos con agua y jabón



PALMA CON PALMA



ENTRE LOS DEDOS



DETRÁS DE LAS MANOS



PULGARES



DETRÁS DE LOS DEDOS



UÑAS



MUÑECAS



ENJUAGAR Y SECAR

Desarrollo Metodológico

Para la realización de este Programa y alcanzar los objetivos propuestos se plantea seguir un proceso metodológico de tres momentos para cada fase propuesta.

Partes componentes del Programa	Acciones
Introducción	Motivación. Comunicación de los objetivos de la reunión. Repaso y/o control de los requisitos.
Desarrollo	Presentación del tema por el facilitador, utilizando el tipo de razonamiento previsto. Realización por los participantes de ejercicios prácticos de aplicación (individuales o en grupo). Evaluación formativa del progreso de los participantes. Refuerzo por parte del facilitador, con el fin de asegurar el aprendizaje logrado.
Conclusión	Evaluación del aprendizaje logrado en relación con los objetivos de la reunión. Comunicación a los participantes de los resultados de la evaluación y refuerzo con el fin de corregir y fijar el aprendizaje logrado. Síntesis del tema tratado en la reunión. Motivación del grupo mostrando la importancia y aplicabilidad de lo aprendido. Anuncio del tema que será tratado y/o actividad que será realizada en la reunión siguiente.

Agenda Preliminar de la Ejecución del Programa

Mes: Mayo - Julio 2018.

Periodicidad: Una semana por cada actividad

Desarrollo

Mes y fecha	Mayo				Junio				Julio	
Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Presentación del taller y explicación de la metodología	15 min.	15 min.	15 min.	15 min.	15 min.	15 min.	15 min.	15 min.	15 min.	15 min.
Exposición de la temática	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.
Desarrollo individual y opiniones	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.
Trabajos grupales	30 min.	30 min.	30 min.	30 min.	30 min.	30 min.	30 min.	30 min.	30 min.	30 min.
Receso	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.	20 min.
Presentación de los trabajos grupales	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.
Comparaciones de los trabajos	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.	40 min.
Conclusiones: Comentarios, socialización de ideas y evaluación de lo logrado	120 min.	120 min.	120 min.	120 min.	120 min.	120 min.	120 min.	120 min.	120 min.	120 min.
Tiempo Total	325 min.	325 min.	325 min.	325 min.	325 min.	325 min.	325 min.	325 min.	325 min.	325 min.

Evaluación del Programa

La evaluación está orientada a recoger las opiniones de las personas que estén presentes en el taller. Son ellos los que nos darán a conocer los logros y vacíos que deja.

Programa:.....

Fecha:.....

Facilitador:.....

Institución:.....

Opciones de Evaluación (puntuaciones)

Por favor evalúe con una X de acuerdo a las siguientes valoraciones:

1 = Deficiente

2 = Regular

3 = Bueno

4 = Muy Bueno

5 = Excelente

Evaluación del Facilitador

- Mostró dominio del tema:
- Motivó la participación del grupo:
- La forma de comunicarse y plantear sus temas fue:
- Solventó las dudas de manera:
- La metodología aplicada en esta estrategia fue:
- La relación entre el facilitador y los participantes fue:

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

¿Qué comentario o sugerencia daría al Facilitador?

.....

Evaluación de las Temáticas del Programa

- La revisión de los contenidos se cumplió de manera:
- La claridad y secuencia de los temas presentados fue:
- La interacción entre la teoría y práctica fue:
- Los conocimientos que adquirió son aplicables al trabajo de manera:
- Los contenidos tratados se adecuan a la realidad y ofrecen una solución:
- La duración del programa lo considera:

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

- La puntualidad en el inicio del desarrollo de la estrategia fue:

¿Qué comentario o sugerencia daría para mejorar el taller?

.....

Aspectos Generales del Programa:

- La hora de inicio definida fue:
- La limpieza y orden de las instalaciones antes de empezar fue:
- El material estaba ordenado de manera:
- El ambiente de atención y control de interrupciones externas fue:
- Las instalaciones y espacios para la realización fueron:
- La calidad de la alimentación y servicio ofrecida fue:

1		2	3	4	5
1		2	3	4	5
1		2	3	4	5
1		2	3	4	5
1		2	3	4	5
1		2	3	4	5

¿Qué comentario o sugerencia daría a la organización del programa para mejorarlo?

.....

Conclusiones:

1. Conocer los estilos de vida “FANTÁSTICO” nos ha ayudado a salir de lo cotidiano sino más bien a mejorar nuestros hábitos.
2. El análisis y estudio de cada tema nos permite abordar en esta parte de manera teórica y práctica el modo como debemos analizar las diferentes formas de conservar nuestra salud.

Recomendaciones

1. Ampliar las dinámicas con la finalidad de impulsar los buenos hábitos en poblaciones aledañas.
2. Aplicar estas dinámicas para poder alcanzar objetivos concretos en nuestra sociedad.

Bibliografía

- HERNÁNDEZ, Roberto. 2015. Metodología de la investigación Editorial Mc.Graw-Hill México
- LONDOMO, Alejandro. 2009. Dinámicas de Grupo Desde la Vida: Como Crearlas San Pablo Editores. Bogotá. Colombia.
- RODRIGUEZ, Sonia. 2004. Dinámicas: Actividades para el proceso enseñanza aprendizaje. Colombia.

CONCLUSIONES

1. Las prácticas sociales en los estilos de vida físico emocional influyen directamente en los niveles de salud de la población del sector Pedro Ruiz Gallo del Distrito de Lambayeque.
2. Los pobladores del sector Pedro Ruiz Gallo del Distrito de Lambayeque, presentan inadecuadas prácticas sociales las cuales afectan su salud.
3. Las prácticas sociales de la población están influenciados por factores psicológicos, físicos, económicos y sociales. Dependiendo de factores personales como factores externos tales como el acceso a servicios.
4. La hipótesis ha sido comprobada.

RECOMENDACIONES

1. Aplicar la propuesta a través de diversas instituciones, como la Municipalidad Provincial de Lambayeque y el Centro de Salud de San Martín.
2. Continuar con el desarrollo de investigaciones en el sector Pedro Ruiz Gallo del Distrito de Lambayeque para contribuir en mejorar el nivel de salud de la población.
3. Se recomienda ejecutar la propuesta para mejorar los niveles de salud de la población del sector Pedro Ruiz Gallo del Distrito de Lambayeque.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña Castro, Y. y. (2012). *Tesis "Promoción de estilos de vida saludable área de salud de esparza"*. Esparza: Rebek.
- Arredondo Armijo, F. (2008). *"Participación Comunitaria y Salud Primaria: el caso de los Consejos de Desarrollo Local de la comuna de La Pintana"*. Chile.
- Baer, e. a., Hvidtfeldt, e. a., Mukamal & Rimm, 2., E. Rimm, 2., & E. B. Rimm, W. F. (s.f.). Alcoholismo. En e. a. Baer, e. a. Hvidtfeldt, 2. Mukamal & Rimm, 2. E. Rimm, & W. F. E. B. Rimm, *Alcoholismo*.
- Bembibre, V. (3 de Julio de 2018). <http://www.definicionabc.com/ciencia/analisis.php>. Obtenido de <http://www.definicionabc.com/ciencia/analisis.php>: <http://www.definicionabc.com/ciencia/analisis.php>
- Bennassar Veny, M. (2011). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud*. Universidad de les Illes Balears.
- Bennassar Veny, M. (2011). *Tesis doctoral. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud*. Universidad de les Illes Balears.
- Bowling, A. (1994). La medida de la salud. Revisión de escalas de medida de la calidad de vida. Cuestionario de salud general (GHQ). En A. Bowling, *La medida de la salud*. (pág. 221). Barcelona: Masson.: Barkal.
- Ca, B. (13 de 12 de 2017). *Prácticas Sociales y Salud Pública*. Obtenido de Prácticas Sociales y Salud Pública: http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/salud_americanas/05--CH5--49-58.pdf
- Carvajal, L. (14 de 12 de 2017). *Metodología de la investigación*. Obtenido de Metodología de la investigación: http://www.ecured.cu/index.php/Objeto_de_Investigaci%C3%B3n
- Caspersen, P. &. (1985). *Actividad física, fuente de vida*.
- Cavas, J. (19 de 05 de 2017). <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>. Obtenido de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Corrales., E. C. (01 de 08 de 2017). Realidad local. (M. M. Auner, Entrevistador)
- Crawford, C. (1984). *Storm Model Management*.
- Daviña., P. R. (2014). *Fuentes de Información en Ciencias de la Salud y la Vida*. Madrid: McGraw-Hill.
- Diclemente, P. y. (1983). *Modelo transteórico del cambio*.
- González Hernández, G. (26 de 12 de 2017). http://www.ecured.cu/index.php/Objeto_de_Investigaci%C3%B3n. Obtenido de http://www.ecured.cu/index.php/Objeto_de_Investigaci%C3%B3n: http://www.ecured.cu/index.php/Objeto_de_Investigaci%C3%B3n
- Green's. (1986). *Cirugía de Mano por Green*.

- Hernández, R. y. (1996). *"Metodología de la investigación"*. México: Mc.Graw-Hill Interamericana Editores.
- HL., L. (2015). *Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos*. Can Med Assoc.
- INFORMÁTICA, I. N. (2014). *"CONDICIONES DE VIDA EN EL PERÚ"*. Lima: Informe Técnico N° 4.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *"CONDICIONES DE VIDA EN EL PERÚ"*. Lima: Informe Técnico.
- Lalonde, M. (1998). *Constitutional reform*.
- Lambayeque, J. (23 de 11 de 2016). <http://www.enperu.org/departamento-de-lambayeque-peru-informacion-util-clima-como-llegar.h>. Obtenido de <http://www.enperu.org/departamento-de-lambayeque-peru-informacion-util-clima-como-llegar.h>: <http://www.enperu.org/departamento-de-lambayeque-peru-informacion-util-clima-como-llegar.h>
- Lewin, K. (1951). *La evolución psicológica*.
- López Castro, M. (2014). *"Experiencias sociológicas en el programa de salud de la comunidad campesina Motupillo"*. Lambayeque.
- López Juárez, S. (01 de 02 de 2016). https://es.wikipedia.org/wiki/Departamento_de_Lambayeque#cite_note-10. Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Departamento_de_Lambayeque#cite_note-10: https://es.wikipedia.org/wiki/Departamento_de_Lambayeque#cite_note-10
- López Mazzotti, D. (13 de 09 de 2017). *A MOCHILA EN PERU*. Obtenido de A MOCHILA EN PERU.: https://es.wikipedia.org/wiki/Departamento_de_Lambayeque#cite_ref-ineipobind_7-0
- Lopez, E. &. (2004). *Tabaquismo*.
- McGregor, D. (2006). *The Manager Professional de McGregor*. Logman: 1971.
- Molías, M. (2009). *Estilos de vida*.
- Morkovkin, A. (13 de 09 de 2018). *Sistema médico soviético*. Obtenido de Sistema médico soviético: <https://es.rbth.com/historia/80999-sistema-medico-sovi%C3%A9tico>
- Morogas, R. (1976). *Enfoque sociológico de diversas concepciones de salud*. *Revista de Sociología*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Oreamuno, S. V. (2014). *Los estilos de vida en la salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2013.). *INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO*. Luxemburgo.: Gedisa.
- P.Bourdieu, E. (1972). 'Une Theorie de la Pratique precede de trois études d'ethnologie kabyle. En E. P.BOURDIEU, 'Une Theorie de la Pratique precede de trois études d'ethnologie kabyle (pág. 162).
- P.Bourdieu, E. (1972, pp. 200.). 'une Theorie de la Pratique precede de trois études d'ethnologie kabyle. Genève, Droz.

- P.Bourdieu, E. (1972; pp. 162.). *'une Theorie de la Pratique precede de trois études d'ethnologie kabyle*. Genève, Droz.
- Perú, I. E.-B. (24 de 11 de 2018). *Proyeccion-Institucional_Encuentros-Regionales*. Obtenido de Proyeccion-Institucional_Encuentros-Regionales: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Proyeccion-Institucional/Encuentros-Regionales/2008/Lambayeque/Informe-Economico-Social/IES-Lambayeque.pdf>
- Prochaska, J. &. (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Prochaska, J. O. (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change*. *J Consult Clin Psychol*.
- Salgado Paredes, M. (2013). *Experiencias sociológicas en el programa de salud*. Piura.
- Salud, O. M. (10 de 02 de 2018). *Determinantes Sociales de la Salud*. Obtenido de Determinantes Sociales de la Salud: http://www.who.int/social_determinants/es/
- Sigerist, H. (1981). *"Los modelos cambiantes de la atención médica", capítulo V de "Hitos en la Historia de la Salud Pública"*. México: Siglo XXI editores.
- WHO. (1994). *Higiene de dientes*.
- William C. Cockerham, T. A. (1993). *The Sociological Quarterly*.

ANEXOS



NOMBRE:

EDAD: SEXO:

Estilos de Vida		2	1	0
Familia, amigos	Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mi	Casi siempre	A veces	Casi nunca
	Doy y recibo cariño	Casi siempre	A veces	Casi nunca
	Me cuesta saludar, dar las gracias o pedir disculpas	Casi siempre	A veces	Casi nunca
Actividad física, asociatividad	Soy integrante de organizaciones sociales y/o voluntariados	Participo activamente	Rara vez participo	Nunca he participado
	Realizo actividad física por 30 minutos diariamente	Casi siempre	A veces	Casi nunca
Nutrición y alimentación	Consumo verduras y frutas	Casi siempre	A veces	Casi nunca
	Consumo mucha azúcar, sal, comida chatarra o grasas	Casi siempre	A veces	Casi nunca
	Mi alimentación es balanceada	Casi siempre	A veces	Casi nunca
	Bebo ocho vasos de agua al día	Casi siempre	A veces	Casi nunca
Tabaco, dependencia	Fumo cigarrillos	No, hace 5 años	No, el último año	Sí, éste año
	Cuantos cigarrillos fumo al día	Ninguno	De 1 a 10	Más de 10
	Uso medicamentos sin prescripción médica o me auto medico	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Alcohol	Número promedio de días a la semana que consumo bebidas alcohólicas	Ningún día	1 día	2 o más días
	Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión	Casi nunca	A veces	Casi siempre

	Bebo té, café, gaseosa, bebidas energizantes	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Sueño, estrés	Duermo bien y me siento descansado	Casi siempre	A veces	Casi nunca
	Me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida	Casi siempre	A veces	Casi nunca
	Me relajo y disfruto mi tiempo libre	Casi siempre	A veces	Casi nunca
Trabajo y personalidad	Parece que ando apresurado, tenso y/abrumado	Casi nunca	A veces	Casi siempre
	Me siento enojado o agresivo	Casi nunca	A veces	Casi siempre
	Me siento contento con mi trabajo y actividades	Casi siempre	A veces	Casi nunca
Introspección	Soy un pensador positivo	Casi siempre	A veces	Casi nunca
	Me siento deprimido o triste	Casi nunca	A veces	Casi siempre
Control de salud, sexualidad	Me realizo controles de salud en forma periódica	Casi siempre	A veces	Casi nunca
	Converso con mi pareja o familia aspectos de sexualidad	Casi siempre	A veces	Casi nunca
	En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja	Casi siempre	A veces	Casi nunca
Otros	Como peatón, pasajero del transporte público, sigo las reglas	Siempre	A veces	Casi nunca
	Uso cinturón de seguridad	Siempre	A veces	Casi nunca
	Tengo claro el objetivo de mi vida	Casi siempre	A veces	Casi nunca
	Me lavo las manos antes de comer y después de ir al baño	Siempre	A veces	Casi nunca
Sub Total				

Fuente: Adaptación del Test FANTASTICO y operacionalización de variables.

Guía de entrevista

I. Entrevistado:

Edad: Sexo:

1. ¿De qué manera usted cuida el buen estado de salud?

.....
.....

2. ¿Qué es lo que toma en cuenta para decidir sobre el cuidado de su salud?

.....
.....

3. ¿Cómo percibe los servicios que recibe en su comunidad?

.....
.....

4. ¿Cómo es su participación dentro de su comunidad?

.....
.....

5. ¿De qué manera hacen ejercicio de su ciudadanía?

.....
.....

6. ¿Cómo se organizan para exigir el acceso a servicios (salud)?

.....
.....

7. ¿Cómo influye en su vida diaria cuando usted padece una infección o una enfermedad?

.....
.....

8. ¿Qué entiende usted por salud?

.....
.....

9. ¿Cómo usted se da cuenta que está mal su estado de salud? ¿A qué lugares acude para atenderse cuando usted está mal de salud?

.....
.....

10. ¿Qué hace usted para alcanzar una buena esperanza de vida?

.....
.....

11. ¿Cómo se manifiesta su estado de bienestar en su vida diaria?

.....
.....

12. ¿Qué factores toma en cuenta para priorizar sus gastos?

.....
.....

13. ¿Cuáles son sus actividades o acciones para mantener sus ingresos económicos?

.....
.....

14. ¿Cómo influyen sus ingresos económicos en su vida diaria?

.....
.....

15. *¿Qué enfermedades son las más frecuentes que padece usted o en su hogar?*

.....
.....