ISNN 1992 - 5166

# INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA

Vol. 3 2007 N° 2



- Ciencias de la Salud
- Educación y Ciencias Sociales

Pucallpa - Perú

ISSN 1992 - 5166

# INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA

Investg. Univ.

Vol. 3 2007 Nº 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
Vicerrectorado Académico
Dirección General de Investigación

PUCALLPA , PERÚ

**DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN**

Director : Ing. Manuel Iván Salvador Cárdenas, M. Sc.

**COMITÉ EDITOR**

Blgo° Emilio Pascual Valentín, Mg.
Ing° Manuel Iván Salvador Cárdenas, M. Sc.
Ing° Fernando Velásquez de la Cruz, M.Sc.
Lic° Javier Mendoza Padilla
Lic° Rosa del Carmen Delgado Soria
Ing° Giraldo Almeida Villanueva, M. Sc.
Econ° Moisés Romero Tovar
Abog° Jesús Alcibiades Morote Mescua

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**
Carretera Federico Basadre Km 6
Teléfono: (061) 57-9962-Anexo 203
Fax:(061) 59-2236
Email: dgiunu@gmail.com
Pucallpa, Perú

Periodicidad: anual

ISSN 1992 - 5166

Título clave: Investigación Universitaria

Título clave abreviado: Investg. Univ.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nº 2006 - 8356

Distribución: gratuita o canje

# CONTENIDO

VOL. 3 2007 N°2

**ENFERMERÍA** 5

Nelly G. Tafur F., Otilia Hernández P., Isabel Esteban R., Aída N. Paredes P.
"VISITA DOMICILIARIA COMO ESTRATEGIA EN LOS CONTACTOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL N° 01 DE PUCALLPA - 2006" 7

Auristela Chávez V., Teresa de J. Eléspuro N., Yolanda G. Santos V., Margarita Pérez
APLICACIÓN DE UN PROGRAMA TERAPÉUTICO Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI. PUCALLPA, PERÚ 12

Isabel Ramírez Ch., Rolinda Falcón R. , Eldalaine Torres V. , Isabel Esteban R.
"HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU RELACIÓN CON ESTILOS DE VIDA EN LA COMUNIDAD NATIVA DE SAN FRANCISCO Y EL AA.HH. FAUSTINO MALDONADO PUCALLPA-2005 16

Nelly G. Tafur F. , Rolinda Falcón R., Otilia Hernández P., Aída N. Paredes P., Isabel Esteban R., César E. Llaja R., Washinton T. Quintanilla O.
"INFLUENCIA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS REGIONALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE 06 A 14 AÑOS EN EL ASENTAMIENTO HUMANO MARÍA LUISA CUCULIZA. PUCALLPA,2004" 23

Otilia Hernández P. , Yolanda G. Santos V., Nelly G. Tafur F., Hugo E. Guimaray O.
"EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ENSEÑANZA A GESTANTES EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y ENFERMEDADES DIARREICAS DE LACTANTES A.A.H.H. JAIME YOSHIYAMA, PUCALLPA - 2006" 30

Ynés del C. Tavera A., Teresa de J. Eléspuro N., Emilio Pascual V., Gaby L. Panduro S.
"EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DESARROLLADO A TRAVÉS DE DOS MÉTODOS EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS DEL AA. HH. PRÓCERES DE LA INDEPENDENCIA EN EL AÑO 2005" 37

**MEDICINA HUMANA** 43

Ángel C. Terrones M., Leonardo S. Medina A., Teresa Eléspuro N.,Rosa Escobedo S. 45
FACTORES SOCIOCULTURALES Y PSICOPATOLÓGICOS DE LOS VIOLADORES SEXUALES DEL INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO-ESTABLECIMIENTO PENAL - PUCALLPA 2006.

**EDUCACIÓN Y CIENCIAS SOCIALES** 52

Arcadio Aguirre R., Jesús T. Dávila F. 54
"LA TOPONIMIA EN LOS PRINCIPALES CENTROS POBLADOS DE CAMPO VERDE".

Esther I. Reina C., César E. Llaja R., Yolanda Palazuelos P. 61
PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS (AS) MENORES DE TRES AÑOS DEL DISTRITO DE TOURNAVISTA 2006

# EDITORIAL

En lo que a investigación se refiere, el rol de las universidades, es evidente la necesidad del establecimiento de vínculos con las empresas, el Estado y la cooperación internacional, así como de capacitar a los recursos humanos para la investigación. Se cuenta con pocos investigadores quienes, por otra parte, no tienen la dedicación exclusiva a las actividades de investigación.

Si bien en los últimos años, en el Perú ha aumentado notablemente la cantidad de graduados universitarios tanto a nivel de pregrado como de postgrado, sería interesante analizar cuántos de esos nuevos titulados se dedican a la investigación.

En las universidades, es fundamental el incentivar en los estudiantes el interés por la investigación. Además, deben existir mecanismos para dar a conocer las posibilidades de financiamiento, información sobre cómo funcionan las agencias de cooperación, etc.; en otras palabras, crear un entorno que garantice la posibilidad de hacer investigación.

Al mismo tiempo, es necesario que se desarrollen políticas donde se definan objetivos con una visión clara respecto a las áreas en que se va a hacer investigación, lo que en coordinación con otras instancias permitirá evitar que haya duplicación de temas investigados.

Las universidades deben tener plenamente identificadas sus políticas y prioridades de investigación, de manera que se establezcan lineamientos bien definidos y a largo plazo. Por ello es importante que todo esto se enmarque en una política más general, tanto a nivel regional como nacional, en función de qué se quiere, qué se espera de la investigación, y qué tipo de país se quiere tener, lo que implica el esfuerzo coordinado y el compromiso entre diferentes instancias, con una visión de colaborar más que de competir entre sectores, entre universidades o entre institutos de investigación.

En el Perú, el trabajar de manera coordinada y sumando esfuerzos, debe ser un derrotero impostergable. "No se debe permitir el monopolio del conocimiento y de la información. Tiene que haber un gran intercambio de experiencias, de investigación, de proyectos, y de datos".

Por ello, es necesario que en los centros universitarios y académicos en general, la investigación sea una prioridad. Lo que nos hace falta son políticas de investigación, lineamientos claros que coordinen los esfuerzos, en función de fines bien definidos e identificados.

El Director


ENFERMERÍA

# VISITA DOMICILIARIA COMO ESTRATEGIA EN LOS CONTACTOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL N° 01 DE PUCALLPA - 2006

# HOUSE VISITS AS STRATEGY IN THE CONTACTS FOR THE PREVENTION OF THE PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE N° 01 HOSPITAL OF PUCALLPA - 2006

Nelly G. Tafur F. [1],Otilia Hernández P.[2]Isabel Esteban R.[3],Aída N. Paredes P.[4]


## RESUMEN

Durante la investigación se ha visitado a 40 familias con TBC pulmonar que acuden al hospital Nº 01 de Pucallpa, realizando examen de BK Seriado captándose 20 contactos o nuevos casos, siendo total 60 pacientes, el examen fue durante 3 meses. El objetivo fue determinar el efecto que tiene la visita domiciliaria como estrategia en la prevención de la TBC. Del total 63.33% de sexo masculino y 36.67% de sexo femenino. Resultado del examen baciloscópico (66.66%) pacientes positivo con una cruz y 16.67% pacientes positivos con dos y tres cruces, significa resistentes al tratamiento. El 90% abandonaron el tratamiento y retomaron después de la visita domiciliaria que efectuaron las investigadoras; debido a que la mayoría no fue visitado por personal de salud del Programa del Control de la TBC, 25% recuperaron la salud, y 74.99% continuaron con el tratamiento. Además se dedican en su mayoría a la venta ambulatoria de alimentos, y vendedores ambulantes de productos de pasamanería y desconocen la gravedad de la enfermedad, ocasionándoles hemoptisis hemorragia pulmonar.


**Palabras clave:** Visita domiciliaria, estrategias en prevención de TBC, tratamiento,


## ABSTRACT

During the investigation it had visited 40 families with pulmonary TBC that go to the Nº 01 hospital of Pucallpa, making sampling of serial BK attracting 20 new cases, being 60 patients in total, the proof lasted 3 months. The objective was to determine the effect that has the house visit as strategy in the prevention of the TBC. Of the total 63,33% of masculine sex and 36,67% feminine sex. Result of the bacilluscopic proof 66,66% patient positive with a cross, 16,67% positive with two and three crossings, means resistant to the treatment. 90% they left the treatment and they retook after the house visit that the investigators carried out; because the majority was not visited by personnel of health of the Control Program of the TBC, 25% recovered the health, 74,99% continued with the treatment. In addition they are dedicated in their on sale ambulatory majority of foods, and ornaments and do not know the gravity of the disease, causing to them in some cases hemoptisis pulmonary bleeding.


**Key words:** House visit, strategies in prevention of TBC, treatment, resistant to the treatment, serial bacilluscopic BK.

## INTRODUCCIÓN

La investigación se ha desarrollado en colaboración con el Programa de Tuberculosis pulmonar del hospital Nº 1 de Pucallpa quienes nos proporcionaron las facilidades en la toma de muestra y las encuestas a los pacientes y a los nuevos casos, nos dieron la oportunidad de comunicarnos directamente con los pacientes quienes demostraron recelo y vergüenza ya que no querían reconocer que tienen la enfermedad, se les ubicó con dificultad; a un porcentaje no considerable se logró recuperar con el tratamiento de 6 meses los demás abandonaron el tratamiento, se les ubicó y recomendó que acudan al hospital para iniciar nuevo tratamiento. Además les recomendamos que no trabajen vendiendo alimentos y se les explicó el motivo, sin embargo, ellos continuaron realizando ese trabajo; manifiestan estar bien de salud. El personal de salud específicamente el programa

[1] Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias de la salud - UNU.

[2] Profesora Principal de la Facultad de Ciencias de la Salud - UNU.

[3] Profesora Principal de la Facultad de Ciencias de la Salud - UNU.

[4] Jefe de práctica de la Facultad de Ciencias de la Salud - UNU.

quedó comprometido a visitarlos para darles el tratamiento ya que los pacientes aducen que no tienen dinero para ir al hospital. Se ha planteado el problema ¿Tiene efecto la visita domiciliaria como estrategia en la prevención de los contactos en la TBC. Pulmonar? y los objetivos: Determinar la importancia de la visita domiciliaria como estrategia en la prevención de la tuberculosis pulmonar; Identificar los contactos de las familias con tuberculosis pulmonar. Identificar nuevos casos, abandono del tratamiento y recaídas de la tuberculosis pulmonar. Identificar las visitas domiciliarias que recibieron del personal de salud y de las investigadoras. Demostrar la recuperación de los pacientes con tuberculosis pulmonar a través de la visita domiciliaria. Se encontró que la visita domiciliaria como estrategia en la prevención de la tuberculosis pulmonar es efectiva porque es un medio de captar los casos, prevenir y recuperar la salud.

## MATERIAL Y MÉTODO

Investigación tipo descriptivo. Se utilizó la técnica de observación, participante e instrumento, las historias clínicas de los pacientes que acuden al hospital para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Toma de muestra para el examen de B.K. seriado a los familiares y pacientes que abandonaron el tratamiento. Población los pacientes captados en el mes de febrero a agosto, con tuberculosis pulmonar que acuden al Hospital N° 01 de Pucallpa durante el año 2006. Muestra 40 pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al hospital N° 01 de Pucallpa. Todos los familiares que viven en el hogar de los pacientes. Recolección de esputo y examen bacteriológico a través del BK seriado (tres muestras) de los contactos y sintomáticos del grupo familiar, obteniéndose 20 miembros de la familia con baciloscopía positiva paralelamente se brindó las charlas a través de la visita domiciliaria.

## RESULTADO

Tabla 1: Pacientes con tuberculosis pulmonar según edad y sexo en el hospital N° 01 de Pucallpa.

| Sexo / Edad | FEMENINO | | MASCULINO | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| 1 a 15 | 05 | 8.33 | 02 | 3.33 | 07 | 11.66 |
| 16 a 25 | 07 | 11.67 | 14 | 23.33 | 21 | 35.00 |
| 26 a 35 | 04 | 6.67 | 09 | 15.00 | 13 | 21.67 |
| 36 a 45 | 02 | 3.33 | 03 | 5.00 | 05 | 8.33 |
| 46 a 55 | 01 | 1.67 | 04 | 6.67 | 05 | 8.34 |
| 56 a 65 | 01 | 1.67 | 03 | 5.00 | 04 | 6.67 |
| 66 a 75 | 01 | 1.67 | 02 | 3.33 | 03 | 5.00 |
| 75 a más | 01 | 1.67 | 01 | 1.67 | 02 | 3.34 |
| TOTAL | 22 | 36.68 | 38 | 63.33 | 60 | 100.00 |

60 pacientes con TBC pulmonar, 38 (63.33%) sexo masculino, ocurrieron entre 16 a 25 años de edad la edad promedio de 16 a 35 años. 22 (36.68%) sexo femenino, ocurrió en las edades de 1 a 25 años, promedio de 1 a 25 años. El método diagnóstico fue la baciloscopía.

Tabla 2: Pacientes con tuberculosis pulmonar según ocupación del Hospital N° 01 de Pucallpa.

| Ocupación de los pacientes con TBC pulmonar | PACIENTES | |
|---|---|---|
| | N° | % |
| Comerciante | 10 | 17.00 |
| Vendedor de alimentos ambulatorio | 18 | 30.00 |
| Carbonero | 08 | 13.00 |
| Ama de casa | 14 | 23.00 |
| Estudiante | 10 | 17.00 |
| TOTAL | 60 | 100.00 |

60 (100%) 18 (30%) se ocupan de vendedores de alimentos ambulatorios, 14 (23%) ama de casa, 10 (17%) son comerciantes y estudiantes,8 (13%) se ocupan de carboneros.

Tabla 3: Pacientes con tuberculosis pulmonar según examen baciloscópico en el Hospital N° 01 de Pucallpa.

| Examen de baciloscopía BK Positivo | PACIENTES | |
|---|---|---|
| | N° | % |
| BK + | 40 | 66.66 |
| BK + + | 10 | 16.67 |
| BK + + + | 10 | 16.67 |
| TOTAL | 60 | 100.00 |

El resultado baciloscópico es: 40 (66.66%) positivo con una cruz, 10 (16.67%) pacientes positivos dos y tres cruces. Los pacientes positivos de 2 a 3 cruces significan la gravedad de los casos, debido a que la mayoría de los pacientes visitados desconocían la gravedad de la enfermedad.

Tabla 4 : Familias infectadas con tuberculosis pulmonar según examen baciloscópico por los pacientes en el Hospital N° 01 de Pucallpa.

| Examen BK Positivo | Pacientes con TBC. | | Pacientes Contagiados o nuevo casos | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| BK + | 30 | 50.00 | 10 | 16.67 | 40 | 66.66 |
| BK + + | 02 | 3.33 | 08 | 13.33 | 10 | 16.67 |
| BK + ++ | 08 | 13.33 | 02 | 3.33 | 10 | 16.67 |
| TOTAL | 40 | 66.66 | 20 | 33.33 | 60 | 100. |

De 60 (100%) pacientes, 40 (66.66%) correspondían a pacientes antiguos, 20 (33.33%) nuevos casos de TBC pulmonar del grupo familiar.

Tabla 5: Pacientes con tuberculosis pulmonar que abandonaron el tratamiento en el programa de TBC antes de la visita domiciliaria el Hospital N° 01 de Pucallpa.

| Examen baciloscopía BK Positivo | Pacientes con TBC. que abandonaron el tratamiento | | | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | % | NO | % | N° | % |
| BK + | 25 | 41.67 | 15 | 25.00 | 40 | 66.67 |
| BK + + | 10 | 16.67 | 00 | 00 | 10 | 16.66 |
| BK + + + | 05 | 8.33 | 05 | 8.33 | 10 | 16.66 |
| TOTAL | 40 | 66.67 | 20 | 33.33 | 60 | 100.00 |

60 (100%) pacientes, 40 (66.67%) abandonaron el tratamiento de TBC. 20 (33.33%) continuaron con el tratamiento de TBC pulmonar.

Tabla 6: Pacientes con tuberculosis pulmonar que retomaron el tratamiento en el programa de TBC. Después de la visita domiciliaria en el Hospital N° 01 de Pucallpa.

| Examen de baciloscopia BK Positivo | Pacientes con TBC. Que retomaron el tratamiento | | | |
|---|---|---|---|---|
| | SI | % | NO | % |
| BK + | 35 | 58.33 | 05 | 8.33 |
| BK + + | 09 | 15.00 | 01 | 1.66 |
| BK + + + | 10 | 16.67 | 00 | 00 |
| TOTAL | 54 | 90.00 | 06 | 9.99 |

60 (100%) pacientes, 54 (90%) retomaron el tratamiento. 6 (9.99%) no retomaron o continuaron el tratamiento.

Tabla 7: Pacientes con tuberculosis pulmonar que recuperaron la salud después de la visita domiciliaria el hospital N° 01 de Pucallpa.

| Examen de baciloscopia BK Positivo | Pacientes con TBC. que recuperaron la salud | | | |
|---|---|---|---|---|
| | SI | % | NO | % |
| BK + | 10 | 16.67 | 30 | 50.00 |
| BK + + | 02 | 3.33 | 08 | 13.33 |
| BK + + + | 03 | 5.00 | 07 | 11.66 |
| TOTAL | 15 | 25.00 | 45 | 74.99 |

60 (100%), de pacientes, 15 (25%) recuperaron la salud. 45 (74.99%) no recuperaron la salud, continuaron con el tratamiento.

Tabla 8: Pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Nº 01 de Pucallpa que recibió visita domiciliaria.

| Personal que realizó las Visitas domiciliarias | Pacientes | |
|---|---|---|
| | Nº | % |
| Investigadoras de la Universidad Nacional de Ucayali | 45 | 74.99 |
| Programa de la T.B.C. pulmonar el Hospital de Pucallpa | 15 | 25.01 |
| TOTAL | 60 | 100.00 |

60 (100%) pacientes, 45 (74.99%) recibieron visita domiciliaria por los investigadores de la Facultad de Ciencias de la Salud, 15 (25.01%) recibieron visita domiciliaria por el personal técnico de enfermería del programa de TBC pulmonar del Hospital de Pucallpa

Tabla 9: Causas de recaídas de los pacientes con tuberculosis pulmonar Hospital N° 01 de Pucallpa.

| CAUSAS DE RECAÍDAS | SI | | NO | |
|---|---|---|---|---|
| | N°. | % | N°. | % |
| Hacinamiento | 29 | 48.33 | 08 | 13.33 |
| Percepción errada de la TBC. | 08 | 13.33 | 02 | 3.33 |
| Tratamiento irregular | 07 | 11.66 | 01 | 1.66 |
| Desconocimiento del programa | 05 | 8.33 | 0 | 0 |
| TOTAL | 49 | 69.99 | 11 | 18.32 |

Las causas de recaída de los pacientes con TBC pulmonar son: el mayor porcentaje 48.33% por hacinamiento, 13.33% por tener conocimiento errado de la TBC. (11.66%) tienen un tratamiento irregular, 8.33% no conocen la existencia del programa de TBC. 11 (18.32 %) no han presentado recaídas y llegaron a recuperar la salud.

## DISCUSIÓN

La tuberculosis pulmonar en el Hospital Regional Nº 01, se debe al contagio entre los miembros de la familia y a la falta de seguimiento a través de las visitas que según ley de salud debe realizar el Programa de Tuberculosis Pulmonar, sin embargo los pacientes en su mayoría no fueron visitados. La Universidad Nacional de Ucayali a través de la Dirección de Investigación ha hecho posible que se programe la investigación de modo que cuando se realizó la visita a los 40 casos captados en el grupo familiar se encontró 20 casos nuevos, 15 recuperaron la salud y los demás pacientes retomaron el tratamiento que abandonaron antes de nuestra visita domiciliaria.

## CONCLUSIÓN

La visita domiciliaria como estrategia en la prevención de la tuberculosis es favorable ya que los pacientes en mayor porcentaje manifestaron que no les visitó el personal de salud, considerando que es una enfermedad infectocontagiosa y si abandonan el tratamiento se vuelven resistentes al tratamiento, siendo casos en potencia para contagiar a la persona que ingieren los alimentos preparados por ellos porque la mayoría se dedica a la venta de alimentos en forma ambulatoria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brunner. 1990. Atención de Enfermería a pacientes con TBC. Pulmonía. 7ma.Edic.Volumen II. Edit. Interamericana. México

2. B. Abrass Itamar. 2000. Atención en problemas pulmonares. 3era. Edic. Edit. Mc Graw Interamericana. México.

3. Cecil. 1988. Tratado de Medicina Interna. 17ava. Edc. Volumen I Edit. Interamericana. México.

4. Morrison. 2000. Fundamentos de salud del paciente con TBC. 1era. Edic. Edit. Mc Graw Interamericana. México.

# APLICACIÓN DE UN PROGRAMA TERAPÉUTICO Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI. PUCALLPA , PERÚ

# APPLICATION OF A THERAPEUTIC PROGRAM AND ITS INFLUENCE IN THE LEVEL OF ANXIETY AND DEPRESSION AND ACADEMIC PERFORMANCE IN STUDENTS OF INFIRMARY OF THE NATIONAL UNIVERSITY OF UCAYALI. PUCALLPA, PERU

Auristela Chávez V.[1], Teresa de J. Eléspuro N.[2], Yolanda G. Santos V.[3], Margarita Pérez[4]


## RESUMEN

Cumpliendo el rol de enfermería que es el apoyo psicológico en la protección de la salud, se investigó a estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Ucayali, aplicando un programa terapéutico basado en áreas; sensibilización, proyecto de vida, autoestima, afectividad y habilidades sociales; demostrando el efecto al comprobar la hipótesis: existe influencia significativa de un programa terapéutico en el decremento del nivel de ansiedad y depresión e incremento del rendimiento académico. Diseño cuasi experimental en 22 unidades de análisis seleccionadas por conveniencia, mediante la observación participante se aplicó test de ZUNG, el programa se ejecutó de abril a agosto del 2006 durante cinco sesiones terapéuticas en grupos conformados por seis estudiantes. Se procesó los datos en SPSS/PC versión 10, en el análisis de los datos ex y post intervención se utilizó la prueba t de Student de comparación de medias con grado de confiabilidad comprendidos entre 0,05 y 0,001; conclusiones: 1. Los estudiantes reflejan un decremento en el nivel de los trastornos, 63,6% no presentan trastornos, 31,8% muestran ansiedad y depresión leve y 4,5% presenta ansiedad y depresión moderada. 2. El promedio del rendimiento académico incrementó posterior a la intervención de 12,04 a 12,70. 3. El programa terapéutico es efectivo en estudiantes con ansiedad y depresión.


**Palabras Clave:** Programa terapéutico, rendimiento académico, ansiedad, depresión, transtorno, autoestima.


## ABSTRACT

In compliance with the role of infirmary which the psychological is to give a support in the protection of the health, it investigated some students of infirmary of the National Ucayali University, applying a therapeutic program based on areas; sensitization, project of life, self-confidence, sensitivity and social skills; demonstrating the effect on having verified the hypothesis: that exists significant influence of a therapeutic program in the decline of the level of anxiety and depression and increase of the academic performance. Quasi-experimental design in 22 units of analysis selected by convenience, by means of the observation participant applied the ZUNG's test to them, the program was executed from April to August, 2006 during five therapeutic clinics in groups made up by six students. It processed the data on SPSS/PC version 10, in the analysis of the information ex-and post intervention it used the proof "t" of Student of comparison of averages with degree of reliability included among 0,05 and 0,001, conclusions:
1. The students reflect a decline in the level of the disorders, 63,6 % does not present disorders, 31,8 % prove to be anxiety and slight depression and 4,5 % present anxiety and moderate depression. 2. The average of the academic performance increased after the intervention from 12,04 to 12,70. 3. The therapeutic program is effective in students with anxiety and depression.


**Key words:** Therapeutic program, academic performance, anxiety, depression, disorders, self-confidence.

[1] Profesora Asociada de la Facultad Ciencias de la Salud, UNU.
[2] Profesora Asociada de la Facultad Ciencias de la Salud, UNU.
[3] Profesora Asociada de la Facultad Ciencias de la Salud, UNU.
[4] Profesora Auxiliar de la Facultad Ciencias de la Salud, UNU.

## INTRODUCCIÓN

Según la OMS la depresión (10.4%), el trastorno de ansiedad generalizada (7,9%) y la dependencia alcohólica (2.7%) fueron los tres trastornos de mayor prevalencia en centros de salud de 15 países del mundo.

En América Latina y en el Perú, son referidos de primera línea asistencial a centros de salud pacientes que presentan morbilidad psiquiátrica. Ansiedad y depresión son los dos trastornos más comunes que requieren de intervención específica, aunque no siempre especializada incluyendo la medicación.

La postura clásica de Ericsson, considera que el adolescente obtiene una identidad, viéndose alterada de alguna manera cuando entra en crisis causado por la familia, la cultura y la sociedad, solo al final de la adolescencia se integran cuerpo y esquema corporal, y el adulto puede entrar en la adultez Joven, edad susceptible de adquirir trastornos psicosomáticos y mentales y se evidencian tardíamente en el plano neurótico, psicopático o sicótico, o en el fracaso total del suicidio.

Según VAUX (1988), "el apoyo social es visto como una meta que involucra varios componentes como interacciones con individuos o instituciones para lograr afecto, consejo, asistencia o simplemente para tener confort, estas relaciones y la ocurrencia de interacciones conducen al individuo a sentirse apoyado, al ser amado, protegido, estimado, involucrado y capaz de seguir realizando sus actividades diarias".

Los objetivos fueron: Evaluar el nivel de ansiedad, depresión y rendimiento académico en estudiantes de enfermería mediante el test de ZUNG pre y post aplicación del programa terapéutico.

## MATERIAL Y MÉTODO

Diseño cuasi experimental en una muestra de 22 estudiantes de enfermería seleccionadas por conveniencia, mediante la técnica de observación participante se aplicó test de ZUNG, durante el programa se desarrolló cinco sesiones terapéuticas consistente en; sensibilización, proyecto de vida, autoestima, asertividad y habilidades sociales; ejecutándose de abril a agosto del 2006 en grupos conformados por seis estudiantes. El proceso de datos se basó en el programa SPSS/PC versión 10, en el análisis de los datos ex y post intervención se utilizó la prueba t de Student de comparación de medias con grado de confiabilidad comprendidos entre 0,05 y 0,001.

## RESULTADO

Tabla 1: Nivel de ansiedad y depresión pre y post aplicación del programa terapéutico

| NIVEL | ANTES | DESPUÉS |
|---|---|---|
| Leve | 15 | 7 |
| Moderada | 7 | 1 |
| No ansiedad - Depresión | 0 | 14 |
| TOTAL | 22 | 22 |

Fuente: Test de autoevaluación de Zung.

Tabla 2: Comparación de medias entre los puntajes obtenidos pre y post aplicación del programa terapeùtico

| Nº | INDICADOR | t calculado | Grado de significancia |
|---|---|---|---|
| 1 | Me siento triste y deprimido | 1.964 | N.S. |
| 2 | Por las mañanas me siento peor que por las tardes | 1.234 | N.S. |
| 3 | Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro | 1.702 | N.S. |
| 4 | Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche | 1.128 | N.S. |
| 5 | Ahora tengo menos apetito que antes | -0.182 | N.S. |
| 6 | Me siento menos atraído (a) por el sexo opuesto | 1.727 | N.S. |
| 7 | Creo que estoy adelgazando | 0.595 | N.S. |
| 8 | Estoy estreñido (a) (constipado (a)) | 2.084 | S |
| 9 | El corazón me late más de prisa que de costumbre | 2.090 | S |
| 10 | Me canso por cualquier cosa | 3.887 | A.S |
| 11 | Mi cabeza no está despejada como antes | 4.074 | A.S |
| 12 | No hago las cosas con la misma facilidad que antes | 2.338 | S |
| 13 | Me siento agitado (a) e intranquilo (a) y no puedo estar quieto (a) | 3.039 | S |
| 14 | No tengo esperanza y confianza en el futuro | 1.375 | N.S. |
| 15 | Me siento más irritable que habitualmente | 2.811 | S |
| 16 | Encuentro difícil la toma de decisiones? | 1.419 | N.S. |
| 17 | No me creo útil y necesario para la gente | 0.845 | N.S. |
| 18 | No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena | 1.570 | N.S. |
| 19 | Creo que sería mejor para los demás que me muriera | 0.529 | N.S. |
| 20 | No me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban | 1.938 | N.S. |
| | TOTAL | 3.602 | A.S. |

Tabla 3: Rendimiento académico antes y después de aplicar el programa terapéutico en estudiantes con ansiedad y depresión.

| Estudiante | PROMEDIO PONDERADO SEMESTRAL | | Estudiante | PROMEDIO PONDERADO SEMESTRAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ANTES | DESPUÉS | | ANTES | DESPUÉS |
| 1 | 13.40 | 12.56 | 12 | 12.00 | 13.31 |
| 2 | 14.00 | 13.13 | 13 | 11.00 | 10.50 |
| 3 | 11.50 | 12.00 | 14 | 13.00 | 13.50 |
| 4 | 11.00 | 11.33 | 15 | 12.00 | 13.29 |
| 5 | 12.00 | 12.50 | 16 | 11.00 | 11.00 |
| 6 | 12.00 | 13.00 | 17 | 11.00 | 12.09 |
| 7 | 11.00 | 12.32 | 18 | 11.00 | 11.94 |
| 8 | 14.50 | 13.85 | 19 | 13.00 | 13.00 |
| 9 | 13.00 | 13.55 | 20 | 12.00 | 12.88 |
| 10 | 12.00 | 13.10 | 21 | 12.00 | 13.85 |
| 11 | 10.69 | 13.73 | 22 | 12.00 | 13.00 |
| | | | | 265.09 | 279.43 |
| Promedio | | | | 12.05 | 12.70 |

Fuente: Test de autoevaluación de Zung

## DISCUSIÓN

La tabla 01 referente al nivel de ansiedad y depresión de estudiantes de enfermería pre y post aplicación del programa terapéutico muestra, antes de la intervención 15 estudiantes de enfermería presentaron nivel leve posteriormente presentaron 07, en el nivel moderado 07 mostraron depresión y ansiedad posterior a la intervención sólo 01, de 22 estudiantes que presentaron niveles de depresión y ansiedad antes de la intervención luego no presentaron 14. Los resultados demuestran que el programa aplicado fue significativo y efectivo. Coincidiendo con Celis M. (1999) al demostrar que un programa de educación sexual influyó significativamente en el nivel de información y actitud frente a la sexualidad de los adolescentes, puesto que estos se incrementaron por efecto de dicho programa.

Así mismo estos resultados son similares a los encontrados por Rodríguez, Y. (2003), donde demostraron que las acciones de enfermería a través de la Consejería. Debe tener un alto grado de sensibilidad humana, entendiendo al sujeto que está vivenciando una experiencia única, la que hace reflexiones sobre su vida, liberando su pensamiento crítico, determinando el significado atribuido a ellos, realizando un verdadero balance de su vida.

En la tabla 2 se presenta la comparación de medias entre los puntajes obtenidos mediante el test de ZUNG pre y post intevención; los reactivos que presentaron alto grado de significancia son "estoy estreñido" con un t calculado de 2.084, "el corazón me late más de prisa que de costumbre" con t calculado de 2.070, " no hago las cosas con la misma facilidad que antes" t calculado de 2,338, "me siento agitado" t calculado 3,039 y me siento irritable que habitualmente".Estos resultados tiene relación con lo referido por Iruarizaga. I (2000), quien refiere que la intervención en problemas de ansiedad en jóvenes mejora los recursos de afrontamiento de los sujetos en las situaciones de interacción social, disminución de incidencia de pensamientos negativos, así mismo muestran incremento en conductas sociales autoinformadas, destacando por su mayor magnitud las aparecidas en situaciones de iniciación de interacciones y se ha producido un descenso generalizado del triple sistema de respuesta de ansiedad.

En la tabla 03 se refleja el rendimiento académico pre y post intervención donde hubo incremento de 12,05 a 12,70 en promedio. Al respecto Musayón CH. (1998) precisa que los estudiantes de enfermería de la Universidad Pedro Ruiz Gallo presentan en un 48.12 % estrés moderado, el 3063 % leve y el 21.25 % estrés grave; Los principales factores académicos asociados al estrés son: horario establecido por la facultad, el docente y discrepancia política entre docentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. http://reme.uji.es/artículos/airuai46203 1198/texto.html
2. Ganoza B. Liliana y otros (1999), estudiaron "Factores biosociales, culturales y los niveles de depresión y ansiedad en adolescentes y adultas jóvenes en el Hospital Regional Docente Las Mercedes".
3. Celis M. Silvia y colaboradores (1999), investigaron "Influencia del programa de educación sexual en la actitud y formación en alumnos del quinto año de educación secundaria del C.E. mixto José Domingo Atoche Patazo".
4. Musayon CH. Angélica y otros (1998) estudiaron "Factores socioeconómicos y académicos asociados al estrés en las estudiantes de enfermería de la universidad nacional Pedro Ruiz Gallo.
5. Rodriguez, Yolanda (2003). "Bases para la consejería en enfermería" tesis doctoral. Universidad Federal Río de Janeiro Brasil.
6. García Higuera, José A. (2002). "La depresión: tratamiento cognitivo conductual" Centro de Psicología Clínica. Madrid España.
7. Vidal-Alarcon. ( 1996 ) Psiquiatría. Editorial Panamericana. Argentina.

# HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU RELACIÓN CON ESTILOS DE VIDA EN LA COMUNIDAD NATIVA DE SAN FRANCISCO Y EL AA.HH. FAUSTINO MALDONADO PUCALLPA-2005

# ARTERIAL HYPERTENSION AND ITS RELATION WITH LIFESTYLES IN THE SAN FRANCISCO NATIVE COMMUNITY OF AND THE FAUSTINO MALDONADO AA.HH. PUCALLPA-2005

Isabel Ramírez Ch.[1], Rolinda Falcón R.[2] , Eldalaine Torres V.[3] , Isabel Esteban R.[4]


## RESUMEN

El propósito del estudio es disminuir la incidencia y prevalencia de la presión arterial en la población adulta mediante la adopción de medidas adecuadas de estilos de vida. El estudio pertenece al nivel descriptivo, analítico y longitudinal, el universo estuvo conformada por dos poblaciones de acuerdo a la toma de presión arterial al 100 %. Teniendo 15 hipertensos en el AA.HH. Faustino Maldonado, no sucediendo esta enfermedad crónica en la comunidad nativa de San Francisco . Los datos se procesaron mediante la informática y en la contrastación de hipótesis se aplicó la prueba estadística de Ji cuadrado con nivel de significancia de 0.05.
Los factores de riesgo de la hipertensión son: edad, sexo, ocupación, nivel cultural, los estilos de vida inadecuados, causada por presencia de estrés, dieta inadecuada, vida sedentaria, consumo de alcohol y cigarrillos, presencia de ruidos molestos ,siendo los síntomas frecuentes : palpitaciones ,mareos, nerviosismo, fatiga tinitus, alteraciones visuales, insomnio, cefalea y epistaxis, el promedio de los análisis bioquímicas(glucosa y colesterol) de los hipertensos presentan valores normales no ocurriendo con los exámenes de orina donde se presenta alteraciones fisiológicas y bioquímicas, la presencia de la hipertensión esta relacionada con los estilos de vida inadecuada de la población adulta.


**Palabras clave**: Hipertensión arterial , estilos de vida.


## ABSTRACT

The purpose of the study is to reduce the incidence and prevalence of the high blood pressure in the mature population, by means of the adoption of appropriate measures to their lifestyles. The study belongs at the descriptive and analytic and longitudinal level, the population was conformed by two populations, according to the taking of arterial pressure to 100%. Having 15 people with high blood pressure in the Faustino Maldonado AA.HH, this disease is not present in the San Francisco Native community AA.HH. The data were processed by means of the computer science and in the confirmation of the hypothesis it applied the statistical test of the square Ji with level of significance of 0.05.
The risk factors of the high blood pressure are: age, sex, occupation, cultural level, the inadequate lifestyles caused by estrés, an inadequate diet, sedentary life, alcohol consumption and cigarette, annoying noises, the frequent symptoms are: throbs, motion sickness, edginess, tires, tinitus, visual alterations, insomnia, migraines and epistaxis, the average of the biochemical analysis (glucose and cholesterol) of the people who had high blood pressure show value normal, does not happening the same with the complete urine exams where it is presented physiologic and biochemical alterations, the presence of the hypertension it's related with the inadequate lifestyles of the residents mainly the adults.


**Key words:** High blood pressure, Lifestyles

[1] Profesora Auxiliar de la Facultad Ciencias de la Salud - UNU
[2] Profesora Asociada de la Facultad Ciencias de la Salud - UNU
[3] Profesora Auxiliar de la Facultad Ciencias de la Salud - UNU
[4] Profesora Principal de la Facultad Ciencias de la Salud - UNU

## INTRODUCCIÓN

La prevalencia del la hipertensión es alta en el mundo y en el continente, ocasionando un número indeterminable de incapacidades y muerte en la población, se estima que el 18% de la población mundial de adultos sufre algún grado de presión arterial elevada y la presencia de hipertensión secundaria oscila entre el 10% de la población total hipertensa, y casi mil millones de personas en el mundo tienen hipertensión arterial esperando que este número se incremente a 1560 millones para el 2025 de acuerdo a datos emanados por the Lancet datos recopilados en 30 países del mundo con mayor prioridad en los países subdesarrollados.

La hipertensión arterial sistémica afecta aproximadamente al 20% de la población adulta de la mayoría de los países y es la primera causa de morbilidad y motiva el mayor número de consultas externas debido al mayor riesgo de enfermedad coronaria.

Según datos estadísticos se tiene la hipertensión como 8va. causa de la morbilidad de consulta externa , siendo la primera causa para la población de 45 años a 59 años con el 10.95% de casos y para la población de 60 a más el 14 .8% de los casos de consulta.

Muchos investigadores tienen preocupación por el tema y realizaron estudios sobre la homocisteina en sangre, el aumento de este aminoácido incrementa la apoplejía asociado del tabaco y la clase socioeconómica, consumiendo dosis diarias de ácido fólico mantendremos los niveles de la homocisteina normales en la sangre.

El control de la presión arterial es sin embargo, un proceso complejo y multidimensional el objetivo debe ser la prevención primaria para la detección temprana, un adecuado y oportuno tratamiento que prevenga la presencia de complicaciones.

En nuestra localidad podemos decir que existen datos estadísticos menores se tiene una tasa de mortalidad por hipertensión de 32,2 por 100,000 habitantes en la zona urbana, ésta se asocia a creencias y costumbres, estilos de vida, la nutrición, estrés y otros factores que determinan su presencia, aunque existe subregistro en nuestra localidad sobre todo en las zonas rurales, de la presencia de esta enfermedad mortal que es causante de complicaciones severas que afectan a las personas y a su entorno; planteamos como objetivo determinar la población de hipertensos, identificando las características, estilos de la vida y los factores relacionados con la hipertensión de la población en estudio, valorar el estado de la salud de los hipertensos.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó el método descriptivo, analítico y longitudinal el cual permitió caracterizar e identificar las características de los diferentes factores de riesgo de la población en estudio
La población estuvo conformada por 595 pobladores de la comunidad de San Francisco que fluctúan entre los 35 años a 61 años y 190 pobladores de 35 años a 61 años del Asentamiento Humano Faustino Maldonado.

Las poblaciones en estudio fueron sometidas a la toma de presión arterial de acuerdo a la técnica correspondiente, obteniendo como resultado que en la comunidad Nativa de San Francisco dentro de la población adulta no se encontró pacientes hipertensos, a diferencia del Asentamiento Humano Faustino Maldonado donde se encontró 15 personas con hipertensión (8%) de la población total.

La muestra estuvo constituida por el cien por ciento de hipertensos encontrados en la población en estudio de este grupo se estudió sus factores de riesgo, recurrencia de la enfermedad y exámenes de laboratorio: examen completo de orina (ECO) y el examen bioquímico (glucosa y colesterol) , estas característica se relacionó con los estilos de vida. Quedando excluidos las personas sanas que no padecen la enfermedad de ambas poblaciones.

Los materiales empleados fueron un estetoscopio biauricular, tensiómetros aneroide, ficha de registro, análisis de orina, y análisis bioquímicos(colesterol y glucosa).

## RESULTADOS

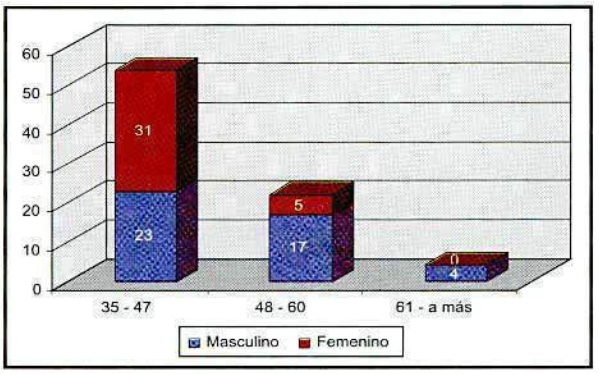



Fig. 1: Edad sin sexo de la población de la C.N. de San Francisco. Pucallpa 2005

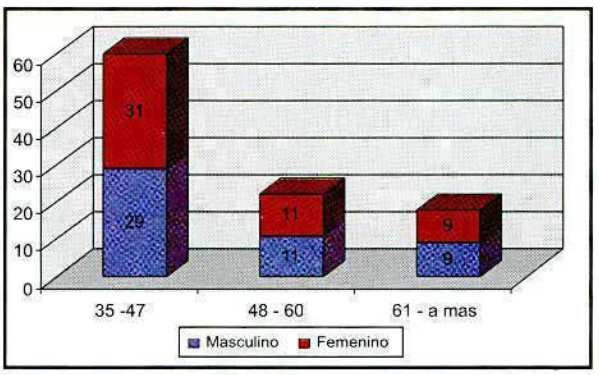



Fig. 2: Edad según sexo de la poblacion del AA.HH. Faustino Maldonado - Pucallpa, 2005

En las figuras 1 y 2 se observa la población total de la comunidad Nativa San Francisco 595(100%),con predominio del sexo femenino 333(56%)y el A.H. Faustino Maldonado 190(100), primando el sexo femenino(97%),siendo la edad de 35 a 47 (60%), de 48 a 60 (22%) y de 61 a mas (18%), deduciendo que la población de estudio es en mayor porcentaje de 35 a 47 años, con predominio del sexo femenino.

Datos que concuerdan ARRIOJA (2005) y dice " La población más afecta de problemas de hipertensión son los del sexo femenino y los de países en subdesarrollo. sobre todo en Latinoamérica siendo un problema de salud pública (1)

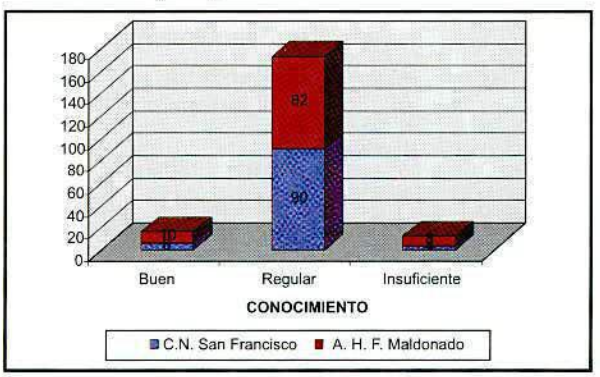



Fig. 3: Conocimiento sobre hipertension de la C.N. San Francisco y del AA.HH. Faustino Maldonado Pucallpa 2005

Como se observa en la figura ambas poblaciones conocen en forma regular la fisiología de la enfermedad, consecuencias, causa, complicaciones de la hipertensión, teniendo porcentajes mínimos de buen e insuficiente conocimiento de la enfermedad. Datos que se relacionan con lo descrito por MINSA(2007) que dice "la población conoce en forma regular los orígenes de la hipertensión y por causa de estos no se realiza medidas preventivas para disminuir la morbimortalidad de este flagelo mundial que día a día se incrementa y las complicaciones que se presenta son invalidantes para las personas llevándole a la incapacidad.(2)

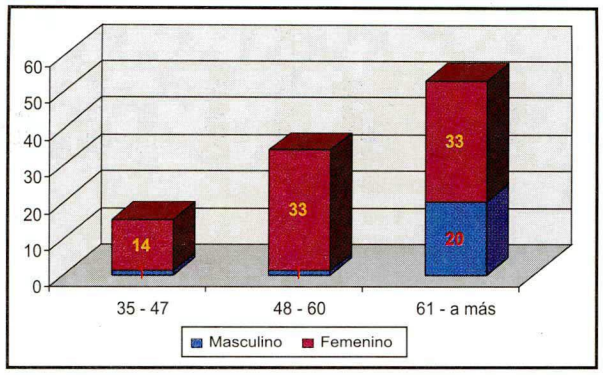



Fig. 4 : Edad según sexo de los hipertensos del AA.HH. Faustino Maldonado Pucallpa 2005

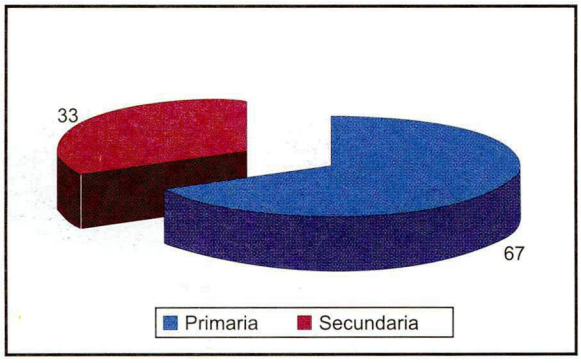



Fig. 5 : Grado de instrucción de los hipertensos del AA.HH. Faustino Maldonado Pucallpa 2005

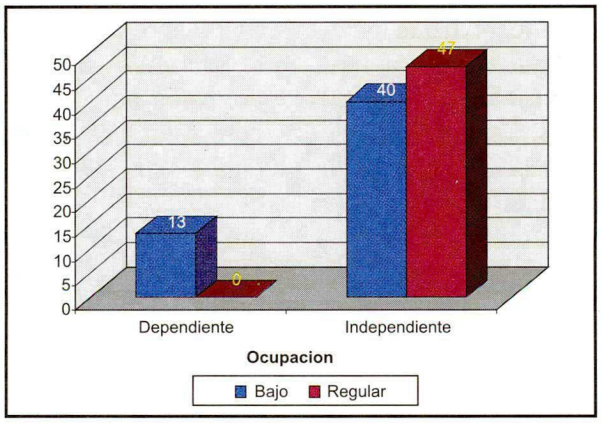



Fig. 6 : Ingreso económico según ocupación de los hipertensos del AA.HH. Faustino Maldonado Pucallpa 2005

En las siguiente figuras, existe mayor predominio de hipertensos en el sexo femenino, las edades que fluctúan son entre los 48 a 60 años en mayor porcentaje, un menor porcentaje de 35 a 47 años y 61 años a más, los hipertensos tuvieron en mayor porcentaje el grado de instrucción primaria y menor porcentaje educación secundaria, hipertensos con mayor frecuencia de ingreso económico bajo en mayor porcentaje a diferencia de regular y la gran mayoría tienen como ocupación independiente la agricultura, ambulante, motocarrista entre otros.

.Estas características son factores de riesgo que concuerda lo encontrado con la OMS (2006) "Los países en subdesarrollo tienen mayor problemas de salud pública por no tener accesos a educación e información y siendo el género femenino el más afectado (3).

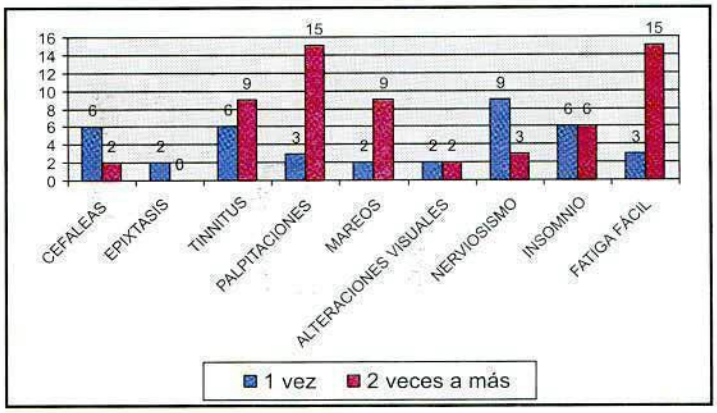



Fig. 7: Frecuencia y motivo de consulta del hipertenso del AA.HH. Faustino Maldonado Pucallpa 2005

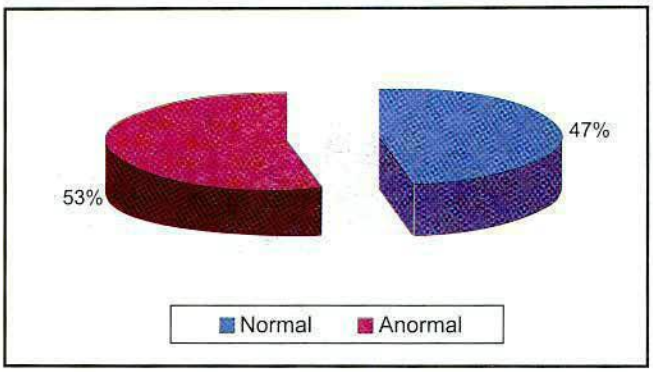



Fig. 8: Análisis de orina de los hipertensos del AA.HH. Faustino Maldonado Pucallpa 2005

Según las figuras 6 y 7 se observa que todos los hipertensos muchas veces tienen sintomatología frecuente como: cefaleas(6%), epistaxis(2%), tinitus (6%), palpitaciones(2%), areos (2%),alteraciones visuales(2%) ,nerviosismo(9%),insomnio (6%)y fatiga(15%) muchos de estos síntomas y signos se presentaron por única vez o más de dos veces alterando el comportamiento de las personas hipertensas, de su entorno familiar y comunal, frente a la presencia frecuente de estas características se opta por realizarle estudios de análisis bioquímicos como el descarte de glucosa donde 8 el promedio es de 92 mg % y colesterol es de 202 mg% ubicándose dentro de los promedios normales, así mismo se tiene los exámenes completos de orina (ECO) donde los hipertensos sufren de inflamaciones por la presencia de gérmenes que alteran el organismo de las personas datos que concuerdan con los hallazgos, ALONSO (2005) que dice "La vida sedentaria, la dieta el consumo de drogas hace que el ser humano no realice el auto cuidado de la salud lacerando su desarrollo humano y afectando la salud por no adoptar medidas adecuadas para disminuir los procesos de hipertensión (4)

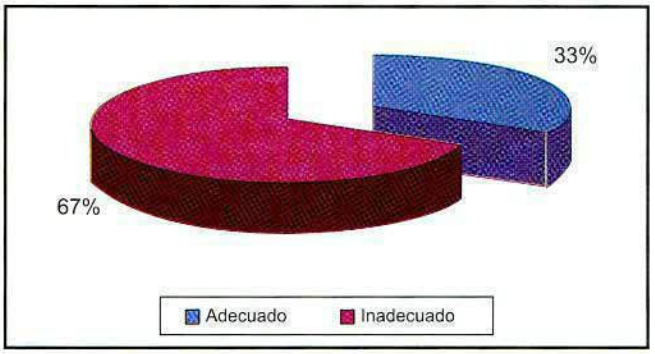



Fig. 9 : Características de los hipertensos según estilos de vida de la población del AA. HH. Faustino Maldonado Pucallpa 2005

Los estilos de vida fueron determinados en forma inadecuada porque en su mayoría consumen una dieta inadecuada(15%) por el consumo de harinas, carne, pescado salado, frituras y carnes ahumadas, sedentarismo (22%) todos realizan trabajos cotidianos no haciendo práctica de deportes o caminatas, consumo de alcohol y cigarrillos(5%) conflictos familiares (5%), presencia de ruidos molestos (10%) estrés (10%).
Coincidiendo estos hallazgos por los encontrados por CRUZ (2005) dice " Tener sentido de vida y plan de acción, Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad. Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender, Brindar afecto y mantener la integración social y familiar, tener satisfacción con la vida. Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación, Capacidad de auto cuidado.

Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.

Ocupación de tiempo libre-Comunicación y participación a nivel familiar y social, Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona (5).

## DISCUSIÓN

El número de hipertensos de la muestra se correlaciona con los hallazgos descritos por JAING He (2003) indica que los factores de riesgo de la hipertensión al valorar el grado de escolaridad en particular se demostró que el 51.8% de los pacientes tenía como grado escolar el nivel secundario, seguido del pre universitario, representándole 25.5% de los casos. Este bajo nivel de instrucción explica el porqué existe un elevado desconocimiento por parte de la población de importantes aspectos de la hipertensión arterial trayendo consigo que los pacientes no lleven a cabo, por desconocimiento de su relevancia, cambios en el modo y el estilo de vida como disminución de la ingesta de sal en las comidas, práctica sistemática de ejercicios físicos realización del tratamiento correctamente, disminución de hábitos como el alcoholismo, el tabaquismo, hechos que redundan en la aparición de hipertensión arterial y en la evolución desfavorable de la misma una vez que ésta se ha presentado (6).

En relación a la ocupación EDELSON Ed (2002) dice y corrobora lo hallado: "El vínculo laboral es otro aspecto importante a tener en cuenta a la hora de enfrentarse a un paciente hipertenso pues muchas labores conllevan a un stress físico y psíquico elevado. En la muestra de pacientes estudiados, se pudo observar ), que el 44,6 % de los pacientes en estudio eran amas de casa y solo 27 pacientes (24,5 %) eran trabajadores (7).

Los factores de riesgo por PESCIO Sergio (2001) manifiesta que la edad, de 55 a más, el tabaquismo, ingesta de alcohol, colesterol mas de 250 mg%, diabetes, antecedentes familiares, sedentarismo, son los comunes denominadores de los hipertensos datos que son semejantes a los resultados obtenidos en el presente estudio"(8)

## CONCLUSIONES

Del total de la población hipertensa el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino y se ubican dentro del grupo etáreo de 48 a 60 años.

Los factores de riesgo de la población del A.H. Faustino Maldonado que determinan la hipertensión son factores económicos bajos, nivel de escolaridad primaria, edad dentro del grupo etáreo adulto mayor, sexo femenino en mayor porcentaje, ocupación independiente .

Todos los factores mencionados se relaciona con los estilos de vida inadecuado siendo estos: el consumo de una dieta inadecuada, vida sedentaria, consumo de alcohol y cigarrillos, presencia de ruidos molestos, estrés, y violencia familiar

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. ARRIOJA MORALES, Graciela. 2005. Estilos de vida en el paciente con Hipertensión Arteria. México Pág. 3
2. MINSA .2005. " Área de Promoción de la Salud" Pucallpa
3. OMS "Participación comunitaria como acción preventiva" Boletín N° 2 Washington
4. ALONSO CASTILLO, Magdalena 2005. Apoyo Social y Estilos de vida del Paciente con Hipertensión Arterial. México .Pág.2
5. CRUZ CASTRUITA, Rosa. 2005. Factores que influyen para que el paciente con hipertensión arterial no modifique estilos de vida. Nueva León .Pág.20
6. JAING He. 2003. Intervención sobre Hipertensión Arterial. Lima Pág. 3.
7. EDELSON. Ed. 2002. La Hipertensión arterial un problema Mundial. New York Pág. 2.
8. PESCIO Sergio. 2001. Hipertensión arterial: clasificación, factores de riesgo, principios Terapéuticos, Hospital San José Lima.

# INFLUENCIA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS REGIONALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE 06 A 14 AÑOS EN EL ASENTAMIENTO HUMANO MARIA LUISA CUCULIZA - PUCALLPA, 2004

# INFLUENCES OF THE REGIONAL FOOD CONSUMPTION IN STATE NUTRICIONAL OF 06 TO 14 YEARS IN THE MARÍA LUISA CUCULIZA AA.HH. PUCALLPA, 2004

Nelly G. Tafur F. [1], Rolinda Falcón R.[2], Otilia Hernández[3], Aída N. Paredes P.[4], Isabel Esteban R.[5], César E. Llaja R[6], Washinton T. Quintanilla O.[7]

## RESUMEN

Los alimentos regionales influyen en el estado nutricional en forma positiva en la población investigada, los alimentos que mayormente consumen son: pescado, arroz, fríjol, plátano verde y maduro, yuca, fariña y frutas regionales: pijuayo, maní, humari, hungurahui. De 54 familias se ha evaluado a 78 niños 37 (47.44%) tienen estado nutricional normal. 41 (52.56%) desnutrición. 5 (6.40%) desnutrición aguda tiene déficit de peso y talla. 21 (26.94%) desnutrición crónica con déficit de talla para la edad. 15 (19.23%) presentan desnutrición global déficit del peso para la edad. El factor causal de desnutrición encontrado es por presentar enfermedad: dengue, falta de recursos económicos para adquirir los alimentos ya que en la mayoría de las familias trabajan de agricultores y cargadores percibiendo salario mensual entre 200 a 300 nuevos soles, sumado a ello la falta de medidas de higiene para evitar diarreas, tifoidea y protección del dengue.

**Palabras clave:** Estado nutricional, desnutrición.

## ABSTRACT

The regional foods influenced in the nutritional state in positive form in the investigated population the food that mainly consume are: fish, rice, tacacho, green banana, yucca, frijol peanut and regional fruits as: pijuayo, hunguragui, humari. Of 54 families it evaluated 78 children 37 (47,44%) have a normal nutritional state. 41 (52,56%) malnutriton; 5 (6,40%)a marked malnutrition and have deficit of weight and stature; 21 (26,94%) chronic malnutrition with deficit of stature by their age. 15 (19,23%) present global malnutrition with deficit of the weight by the age. The causal factor of found malnutrition is to due to show a disease as: dengue, lack of economic resources to acquire foods so most of the families work as agriculturist and shipper earning monthly between 200 to 300 nuevos soles, added to it the lack of hygiene measures to avoid diarrheas, tyfhoid and protection of the dengue.

**Key words:** Nutritional state, malnutrition.

## INTRODUCCIÓN

La Región de Ucayali tiene variedad de alimentos con alto valor nutricional que por desconocimiento el poblador, no utiliza adecuadamente, ocasionando problemas nutricionales sobre todo en la población de 06 a 14 años; porque este grupo de edad necesita mayor aporte nutricional debido al crecimiento y desarrollo pronto-estatural.

Los objetivos son: "Determinar la influencia de los alimentos regionales en el estado nutricional",y la siguiente hipótesis "La población consume alimentos de la zona", "La desnutrición se debe a otras causas" Según los nutricionistas de UNICEF refieren que la alimentación es una necesidad básica para la existencia del ser humano por contener los elementos nutritivos necesarios para el normal funcionamiento de las células.

[1] Profesora Asociada Facultad de Ciencias de la de la Salud - UNU
[2] Profesora Asociada Facultad de Ciencias de la Salud - UNU
[3] Profesora Principal Facultad de Ciencias de la Salud - UNU
[4] Jefe de Práctica Facultad de Ciencias de la Salud - UNU
[5] Profesora Principal Facultad de Ciencias de la Salud - UNU
[6] Profesora auxiliar de la Facultad de Cienicias de la Salud - UNU
[7] Profesor Asociado Facultad de Derecho y Ciencias Políticas - UNU

## MATERIAL Y MÉTODO

Investigación tipo descriptivo longitudinal. Se utilizó como técnica la observación participante y como instrumento el cuestionario. También se aplicó las tablas de valores nutricionales, establecido por el Ministerio de Salud. **Población**. Estuvo constituido por los 78 niños y niñas de 06 a 14 años del AA.H.H. **La muestra**. Constituido por 100% de los niños. **Recolección de datos.** Para conocer el tipo de alimento que consumen la población de 06 a 14 años se ha tendido en cuenta: Aplicación de un cuestionario a las 54 familias que tuvieron niños de 06 a 14 años, se evaluó: estado nutricional, mediante la antropometría en base al indicador global de nutrición: peso para talla, talla para la edad, peso para edad.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La población de 06 a 14 años consumen alimentos propios de la zona, con alto contenido nutricional la desnutrición se debe a otras causas: enfermedades diarreicas por falta de higiene y dengue por la proliferación de charcos por falta de desagüe.

Tabla 1: Estado nutricional de la población de 06 a 14 años en el A.A.H.H. María Luisa Cuculiza Km. 9

| Edad (Años) | Estado nutricional | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normal o Eutrófico | | Desnutrición aguda | | Desnutrición crónica | | Desnutrición global | | Total | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| 6 | 6 | 7.70 | 1 | 1.28 | 6 | 7.70 | 2 | 2.56 | 15 | 19.23 |
| 7 | 4 | 5.13 | 2 | 2.56 | 3 | 3.85 | - | - | 9 | 11.54 |
| 8 | 5 | 6.40 | 1 | 1.28 | 2 | 2.56 | - | - | 8 | 10.26 |
| 9 | 9 | 11.54 | - | - | - | - | 4 | 5.13 | 13 | 16.67 |
| 10 | 5 | 6.41 | - | - | 1 | 1.28 | 3 | 3.85 | 9 | 11.54 |
| 11 | 2 | 2.56 | - | - | 2 | 2.56 | 3 | 3.85 | 7 | 8.97 |
| 12 | 4 | 5.13 | - | - | 3 | 3.85 | 2 | 2.56 | 9 | 11.54 |
| 13 | 1 | 1.28 | 1 | 1.28 | 3 | 3.85 | - | - | 5 | 6.41 |
| 14 | 1 | 1.28 | - | - | 1 | 1.28 | 1 | 1.28 | 3 | 3.84 |
| TOTAL | 37 | 47.44 | 05 | 6.40 | 21 | 26.94 | 15 | 19.23 | 78 | 100.00 |

De 78 (100%) de la población total de 06 a 14 años, 37 (47. 44 %) se encuentran en estado nutricional normal, 41 (52.56 %) presentan: 5 (6.40 %) desnutrición aguda (déficit de peso y talla); 21 (26. 94 %) desnutrición crónica (déficit de talla para la edad); 15 (19.23 %) presentan desnutrición global (déficit de peso para la edad).La población de 06 a 14 años, la mayoría 41 niños presentaron desnutrición en primer lugar la desnutrición crónica con déficit de talla para edad, segundo lugar desnutrición global con déficit peso para edad, en menor cantidad desnutrición aguda con déficit peso y talla. Un número considerable 37 presentan estado nutricional normal. Ministerio de Salud (2003) La desnutrición en Ucayali se debe a parasitosis diarreas y otras enfermedades.

Tabla 2: Alimentos que consumen en el desayuno las familias de la población de 06 a 14 años en el A.A.H.H. María Luisa Cuculiza km. 9 Pucallpa 2004

| ALIMENTOS DEL DESAYUNO | N° | % |
|---|---|---|
| Te + Pan | 10 | 18.52 |
| Te + Tacacho | 19 | 35.19 |
| Te + Arroz | 12 | 22.22 |
| Leche + Pan | 02 | 3.70 |
| Café + Pan | 05 | 9.26 |
| Leche | 01 | 1.85 |
| Ninguno | 04 | 7.41 |
| TOTAL | 54 | 100.00 |

Se concluye que los alimentos regionales como es el plátano utilizado en tacacho es el más consumido por las familias, seguido del arroz regional, en menor cantidad consumen el café, leche y pan.

Tabla 3: Proteínas animal que consumen con más frecuencia las familias de la población de 06 a 14 años en el A.A.H.H. María Luisa Cuculiza km. 9 Pucallpa 2004

| ALIMENTOS | N° | % |
|---|---|---|
| Pescado seco | 10 | 18.52 |
| Pescado fresco | 19 | 35.19 |
| Pescado salado | 12 | 22.22 |
| Carne del monte | 07 | 12.96 |
| Carne motelo | 06 | 11.11 |
| TOTAL | 54 | 100.00 |

De 54 (100%) de las familias de la población de 06 a 14 años se observa que los alimentos proteicos que consumen son el pescado fresco 19 (35.19%); 12 (22.22%) pescado salado; 10 (18.52%) pescado seco; 07 (12.96%) consumen carne de monte y 06 (11.11%) carne de motelo. Concluyendo que las familias consumen alimentos regionales de fácil adquisición, debido al sueldo que perciben según nos demuestra la tabla N° 4 de 350 a 200 nuevos soles al mes.

Tabla 4: Ocupación y salario de las familias de la población de 06 a 14 años en el A.A.H.H. María Luisa Cuculiza Km. 9 - Pucallpa, 2004

| OCUPACIÓN | SALARIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 800 a 550 | | 500 a 350 | | 300 a 200 | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Empleado | 02 | 3.70 | - | - | - | - | 02 | 3.7 |
| Independiente ( comerciante) | - | - | 12 | 22.22 | - | - | 12 | 22.22 |
| Agricultor | - | - | - | - | 14 | 25.93 | 14 | 25.93 |
| Cargador | - | - | - | - | 16 | 29.63 | 16 | 29.63 |
| A trabajar Urbano | - | - | 10 | 18.52 | - | - | - | 18.52 |
| TOTAL | 02 | 3.70 | 22 | 40.74 | 30 | 55.56 | 54 | 100.00 |

De 54 (100 %) de familias 02 (3.70 %) tienen salario mensual de 800 a 550 nuevos soles y son empleados, de 22(40.74%) se desempeñan 12(22.22%) como independiente (comerciante), y 10 (18.52%) a trabajar Urbano con un salario de 500 a 350 nuevos soles, 30 (55.56%) tienen un salario de 300 a 200 nuevos soles, 14 (25.93%) son agricultores, 16 (29.63 % ) son cargadores. El problema nutricional que tienen los niños de 06 a 14 años es por falta de recursos económicos debido a que la mayoría de las familia trabajan como agricultores y cargadores recibiendo un salario entre 300 a 200 nuevos soles mensualmente.

Tabla 5: Tipos de pescado que consumen con más frecuencia las familias de la población de 06 a 14 años en el A.A.H.H. María Luisa Cuculiza Km. 9 Pucallpa 2004

| TIPOS DE PESCADOS | N° | % |
|---|---|---|
| Yulilla | 11 | 20.37 |
| Chiu chiu | 13 | 24.27 |
| Sardina | 12 | 22.22 |
| Bocachico | 05 | 9.26 |
| Ninguno | 13 | 24.07 |
| TOTAL | 54 | 100.00 |

De 54 (100 %) de las familias consumen mayormente pescado chiu chiu 13 (24.27%); 12 ( 22.22% ) pescado sardina; 11 ( 20.37 % ) pescado yulilla; 05 (9.26 %) consumen bocachico el pescado que tiene un costo más elevado que los demás.

Se concluye que las familias consumen proteínas, fósforo que contienen los pescados de agua dulce.

Tabla 6: Proteínas vegetal que consumen con más frecuencia las familias de la población de 06 a 14 años en el A.A.H.H. María Luisa Cuculiza Km. 9_Pucallpa 2004

| ALIMENTOS | N° | % |
|---|---|---|
| Arroz con fríjol | 33 | 61.11 |
| Arroz con Chiclayo | 10 | 18.52 |
| Fríjol solo | 11 | 20.37 |
| TOTAL | 54 | 100.00 |

De 54 (100 %) de familias de la población de 06 a 14 años, 33 (61.11) se alimentan arroz con fríjol; 11 (20.37 %) con fríjol regional y 10 (18.52 % ) consumen arroz con chiclayo. Se concluye que las familias consumen mayormente alimentos de la región en su dieta diaria como es el arroz con fríjol y además el arroz con chiclayo. De tal manera que consumen alimentos energéticos requeridas para la edad ya que en esta etapa del ciclo vital existe desgaste de energía, por las actividades propias de esta edad ( lugar y crecimiento y desarrollo).

Tabla 7: Carbohidratos que consumen con más frecuencia las familias de la población de 06 a 14 años en el A.A.H.H. María Luisa Cuculiza Km. 9 Pucallpa 2004

| ALIMENTOS | N° | % |
|---|---|---|
| Plátano verde y maduro + yuca + fariña | 15 | 27.78 |
| Plátano maduro + yuca + fariña + tapioca | 10 | 18.51 |
| Yuca + fariña + tapioca | 07 | 12.96 |
| Fariña + yuca + pandisho + plátano verde | 04 | 7.41 |
| Tapioca + pandisho + plátano verde | 05 | 9.26 |
| Pandisho + plátano verde y maduro | 05 | 9.26 |
| Dale dale + plátano verde y maduro + yuca | 03 | 5.56 |
| Harina de plátano + fariña + yuca + plátano Maduro y verde. | 05 | 9.26 |
| TOTAL | 54 | 100.00 |

De 54 ( 100 % ) de las familias de la población de 06 a 14 años 15 ( 27.78 % ) consumen en su dieta diaria: plátano: verde y maduro, yuca, fariña; 10 ( 18. 51 % ) se alimentan de plátano maduro, yuca, fariña y tapioca; 07 (12.96 %) se alimentan de: yuca, fariña, tapioca; 05 (9.26 %) consumen: tapioca, pandisho, plátano verde, plátano maduro, harina de plátano, fariña, yuca; 04 (7.41 %) se alimentan de: fariña, yuca, pandisho, plátano verde; 03 ( 5.56 % ) se alimentan de: dale dale, plátano verde y plátano maduro y yuca. Concluyendo las familias consumen alimentos regionales: mayor escala el plátano tanto verde como maduro, harina de plátano, además la yuca y sus derivados: fariña y tapioca. En menor escala consumen el dale dale y pandisho, considerando que el niño mayormente consume en su alimentación carbohidratos.

Tabla 8: carbohidratos que consumen con más frecuencia las familias de la población de 06 a 14 años en el A.A.H.H. María Luisa Cuculiza Km. 9 Pucallpa 2004

| ALIMENTOS | N° | % |
|---|---|---|
| Chicharrón | 10 | 18.52 |
| Cecina | 03 | 5.56 |
| Ninguno | 31 | 75.92 |
| TOTAL | 54 | 100.00 |

54 (100 %) de las familias de la población de 06 a 14 años 10 (18.52 %) su alimentación que contiene grasa es el chicharrón; 03 (5.56 %) consumen grasa de la cecina; y 31 ( 75.92 % ) no consumen grasa animal.
En conclusión las familias no tienen la costumbre de consumir alimentos que contengan grasa, probablemente por desconocimiento que los niños (as) en desarrollo necesitan las energías que producen los alimentos ricos en grasa.

Tabla 9: grasa vegetal que consumen con más frecuencia las familias de la población de 06 a 14 años en el A.A.H.H. María Luisa Cuculiza Km. 9 Pucallpa 2004

| ALIMENTOS | N° | % |
|---|---|---|
| PIJUAYO | 15 | 27.78 |
| HUMARI | 10 | 18.52 |
| MANÍ | 12 | 22.22 |
| PALTA y AGUAJE | 05 | 9.26 |
| HUNGURAUI | 10 | 18.52 |
| COCO | 02 | 3.70 |
| TOTAL | 54 | 100.00 |

54 familias (100 %), 15 (27.78 %) consumen el pijuayo, 12 (22.22 %) de las familias se alimentan de maní, 10 (18.52 %) de las familias consumen como alimento: humarí y hunguraui; 05 (9. 26 %) su alimento de las familias es la palta; 02 (3.70 %) su alimento familiar es el coco. Se concluye los alimentos regionales consumido por los niños tiene alto contenido energético por contener grasa vegetal. Según UNICEF (1998) Los alimentos que contienen grasa tienen sustancias bioquímicas que favorecen el crecimiento y desarrollo.

| ALIMENTOS | N° | % |
|---|---|---|
| Papaya | 19 | 35.19 |
| Mango | 08 | 14.81 |
| Aguaje | 05 | 9.26 |
| Zapote | 07 | 12.96 |
| Camu camu | 05 | 9.26 |
| Ninguno | 10 | 18.52 |
| TOTAL | 54 | 100.00 |

Tabla 10: Frutas que contienen vitamina que consumen con más frecuencia las familias de la población de 06 a 14 años en el A.A.H.H. María Luisa Cuculiza Km. 9 Pucallpa 2004

De 54 (100 %) de las familias los niños se alimentan de la fruta papaya 19 (35.19 %), considerado como alimento con alto contenido de vitamina " A". 08 (14.81 %) mango; 05 (9.26 %) de las familias de los niños consumen aguaje y camu camu. Y 10 (18.52 % ) no consumen estos alimentos. Se concluye que los niños consumen alimentos ricos en vitamina "A" de la papaya y mango; y "C" de los alimentos camu camu MERCK (1999) la vitamina "A" aporta nutrientes que favorecen la visión, disminuyendo la miopía. La Vitamina "C" disminuye las enfermedades carenciales que favorecen en el tratamiento de escorbuto.

Tabla 11: Verduras que consumen con más frecuencia las familias de la población de 06 a 14 años en el A.A.H.H. María Luisa Cuculiza Km. 9 Pucallpa 2004.

| ALIMENTOS | N° | % |
|---|---|---|
| Ají dulce | 10 | 18.52 |
| Caihua | 05 | 9.26 |
| Culantro | 06 | 11.11 |
| Zapallo | 05 | 9.26 |
| Tomate | 09 | 16.66 |
| Vainita | 04 | 7.41 |
| Pepino | 05 | 9.26 |
| Ninguno | 10 | 18.52 |
| TOTAL | 54 | 100.00 |

De 54 (100%) de familias, 10 (18.52 %) la verdura ají dulce y no consumen ninguna de las verduras. 09 (16.66 %), consumen tomate. 06 (11. 11 %) en su alimentación agregan el culantro. 05 (9.26 %) consumen caihua, zapallo y pepino, 04 (7.41 %) consumen como alimento las vainitas. Se concluye que las familias consumen verduras regionales y un número considerable no consumen en su alimentación ninguno.

Tabla 12: Enfermedades más frecuentes en las familias de la población de 06 a 14 años en el A.A.H.H. Maria Luisa Cuculiza Km. 9 - Pucallpa, 2004.

| ENFERMEDADES | N° | % |
|---|---|---|
| Dengue | 11 | 14.10 |
| Diarreas | 09 | 11.54 |
| Tifoidea | 08 | 10.26 |
| Ninguno | 50 | 64.10 |
| TOTAL | 78 | 100.00 |

78 (100%) de 06 a 14 años, 11 (14.10%) enfermaron en los tres últimos meses de dengue, 09 (11.54 %) diarreas, 08 (10.26 %) de tifoidea; 50 (64.10%) no tuvieron ninguna enfermedad. Se concluye que: realizando la comparación con el cuadro N° 01, existe 37 niños (as) que el estado nutricional es normal, 41 niños (as) presentan desnutrición. Concluyendo que las causas de desnutrición inmediatas más saltante fue la enfermedad 28 niños (as); y 50 niños (as) no presentaron ninguna enfermedad. El autor PÓLIT, E.(1990) Refiere que entre otras enfermedades: Dengue, diarreas y tifoidea producen desnutrición de primer grado.

Tabla 13.- Número de veces que consumen sus alimentos las familias de la población de 06 a 14 años en el A.A.H.H. Maria Luisa Cuculiza Km. 9

| VECES QUE SE ALIMENTAN LAS FAMILIAS | N° | % |
|---|---|---|
| 1 VEZ AL DÍA ( almuerzo) | 04 | 07.41 |
| 2 VECES AL DÍA ( desayuno + almuerzo) | 20 | 37.04 |
| 3 VECES AL DÍA ( desayuno + almuerzo + cena | 30 | 55.55 |
| 4 VECES AL DÍA | - | - |
| TOTAL | 54 | 100.00 |

54 (100 %) familias de la población de 06 a 14 años el número de veces que consumen sus alimentos es: 30 (55.55 %) consumen tres veces al día (desayuno, almuerzo y cena); 20 (37.04 % ) consumen dos veces al día (desayuno, almuerzo); 04 (07.41 %) consumo una vez al día (almuerzo). Se concluye que la causa de desnutrición es por la imposibilidad de alimentarse por lo menos tres veces al día. Ya que en este grupo etáreo se debe considerar una vez más de alimentarse con el lonche de las 4 p.m. por encontrarse en edad de crecimiento y desarrollo. OPS. OMS (1997).- refiere que la alimentación debe ser por lo menos 3 veces al día. Normalmente en los niños menores debe ser: desayuno, refrigerio, almuerzo, lonche y cena.

## DISCUSIÓN

Corroboran los resultados PRISMA (2004) indica que las causas de desnutrición se debe al desconocimiento del valor nutritivo que tienen los alimentos de la región, enfermedades, bajos recursos económicos para adquirir alimentos, resultados encontrados en nuestra investigación.

La desnutrición aguda se debe generalmente a episodio agudo de enfermedad infecciosa (ejm. Episodio de enfermedad diarreica, etc.), o severa disminución es la ingesta calórica. Corroboran a este dato la UNICEF.

## CONCLUSIONES

De los 78 niños evaluados, 21 (26.94%) presentan desnutrición crónica, 15 (19.23%) desnutrición global y 5 (6.40%) desnutrición aguda, y 37 (47.44%) se encuentran en estado nutricional normal.

En su alimentación más consumen en el desayuno el té con tacacho, así mismo 4 (7.41%) no desayunan solamente almuerzan, 20 (37.04%) desayunan y almuerzan y 30 (55.55%) se alimentan desayuno, almuerzo y cena; alimentándose mayormente de pescado y en menor cantidad de carne del monte y motelo, agregado a esto el arroz con fríjol o arroz con

chiclayo, además el platano verde o maduro, yuca, fariña, tapioca, pan del arbol o pandisho, dale dale, en lo que se relaciona a las frutas consumen alimentos ricos en vitamina "A" y "C" (papaya, mango, zapota, aguaje, y camu camu) las verduras que más consumen son el ají dulce, tomate, culantro, zapallo, pepino, vainita.

Los alimentos regionales influyen en el estado nutricional del niño, ya que se encontró de 78 niños 37 que presentan un estado nutricional normal, y los niños que presentan desnutrición tanto aguda como crónica y global se debe a las causas de enfermedad (dengue, diarreas, tifoidea) y falta de recursos para la adquisición de alimentos ya que la mayor población familiar recibe de 300 a 200 nuevos soles mensuales, no cubriendo sus necesidades esenciales, específicamente la alimentación y salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. MERCK (2000). "Manual de nutrición" Décima Edición. Edit. Harcourt. Madrid.
2. MINISTERIO DE SALUD(2003). Lineamientos de Nutrición" ANS / AIS.
3. OPS.OMS.(1997)."Nutrición y Alimentaciónen niños menores de 14 años".
4. POLITE, E. (1990). "Desnutrición e Infección en los salones de clase" París UNESCO.
5. PRISMA (1991-1992). "Vigilancia Nutricional, Informe Final"Lima.
6. SUAREZ B. Miguel (2003). "Determinantes de la Desnutrición Aguda y Crónica".
7. UNICEF (1998). "Estado Mundial de la Infancia."

# EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ENSEÑANZA A GESTANTES EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y ENFERMEDADES DIARREICAS DE LACTANTES A.A.H.H JAIME YOSHIYAMA, PUCALLPA - 2006

# EFFECTIVENESS OF AN EDUCATIONAL PROGRAM TO PREGNANT IN THE PREVENTION OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS AND DIARRHEICS DISEASES IN BABIES IN THE JAIME YOSHIYAMA AA.HH., PUCALLPA - 2006

Otilia Hernández P.[1] , Yolanda G. Santos V. [2], Nelly G. Tafur F. [3], Hugo E. Guimaray O.[4]

## RESUMEN

Se aplicó un pre test a las gestantes del tercer trimestre de embarazo se ha detectado que el mayor porcentaje: 80 % tienen mal conocimiento de las enfermedades respiratorias, diarreicas y las consecuencias que pueden producir si no son tratados a tiempo, además no tienen conocimiento de la prevención de estas enfermedades. Desconocen la importancia de la lactancia materna exclusiva y las medidas de higiene. Después de implementar el programa de enseñanza a gestantes se aplicó el post test y los resultados en la prevención de infecciones respiratorias agudas y diarreicas se ha obtenidos resultados positivos el 87 % lograron conocer sobre la prevención de las enfermedades respiratorias, diarreicas y las consecuencias que pueden producir si no son tratados a tiempo además se logró que las madres practiquen la lactancia materna exclusiva y las medidas de higiéne.

**Palabras clave:** Programas de enseñanza, gestantes, prevención, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, lactante, taller, medidas antropométricas.

## ABSTRACT

It applied a pre-test to the pregnants from 6 to 7 months of pregnancy and it detected that the biggest percentage: 80% has bad knowledge of the respiratory infections and diarrheic diseases and the consequences that can take place if they are not treated on time, also they don't have knowledge of the prevention of these illnesses. They ignore the importance of the maternal breastfeeding and the measures of hygiene. After implementing the teaching program to pregnants it was applied a post -test and the results in the prevention of the marked respiratory infections and diarrheic diseases it has been obtained positive results 87% they were able to know on the prevention of the respiratory infections and diarrheic diseases and the consequences that can take place if they are not treated on time it was also achieved the mothers to practice the maternal breastfeeding and the measures of hygiene.

**Keys word:** Teaching programs, pregnants, prevention, marked respiratory infections, diarrheic diseases ,workshop, measured anthropometrics.

## INTRODUCCIÓN

La investigación ha tenido como objetivo general: Determinar la efectividad del programa de enseñanza a gestantes en la prevención de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas de lactantes en el AA. HH. Jaime Yoshiyama. Los objetivos específicos: Identificar a todas las gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama que se encontraron en el tercer trimestre de embarazo, desarrollar el Programa de enseñanza a las gestantes con los talleres relacionados con la prevención del IRA y EDA, lograr que las gestantes apliquen las medidas preventivas en el cuidado de los recién nacidos y lactantes. A través de la aplicación del pre - test se encontró que de las 30 gestantes equivalentes al 100% desconocían sobre infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, importancia de la lactancia materna exclusiva y las medidas de higiene.

[1] Profesora Principal Facultad de Ciencias de la Salud - UNU
[2] Profesora Asociada Facultad de Ciencias de la Salud - UNU.
[3] Profesora Asociada Facultad de Ciencias de la Salud - UNU.
[4] Profesor Principal Facultad de Ciencias de la Salud - UNU.

La finalidad de la investigación es comprobar la efectividad del programa de enseñanza a través de la aplicación de un post-test que ha dado como resultado que 26 madres equivalente al 87 % conocen y practican las medidas de prevención de las enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, medidas de higiene y la lactancia exclusiva. Obteniendo resultado muy bueno en las medidas antropométricas del lactante.

## MATERIAL Y MÉTODO

**Metodología.**

La investigación fue descriptiva, se implementó y aplicó un programa de educación a las gestantes del tercer trimestre de embarazo la técnica que se utilizó fue la observación.

PRE TEST 01

| Nivel de conocimiento | IRA gestantes | | EDA Gestantes | |
|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % |
| Bueno | 1 | 3. | 3 | 10 |
| Regular | 5 | 17 | 6 | 20 |
| Malo | 24 | 80 | 21 | 70 |
| Total | 30 | 100 | 30 | 100 |

Las gestantes del AA.HH. Jaime Yoshiyama 24 (80%) tienen mal conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas, 5 (17%) conocen en forma regular y 1(3%) tienen conocimiento de infecciones respiratorias agudas. En lo que se relaciona a conocimiento de enfermedades diarreicas, 21 (70%) de gestantes tienen mal conocimiento, 6 (20%) tienen regular conocimiento y 3 (10%) tienen buen conocimiento de enfermedades diarreicas.

POST TEST 02

| Nivel de conocimiento | IRA Gestantes | | EDA gestantes | |
|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % |
| Bueno | 26 | 87 | 28 | 93 |
| Regular | 4 | 13 | 2 | 7 |
| malo | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 30 | 100 | 30 | 100 |

Las gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama 26 (87%) tienen buen conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas, 4 (13%), conocen en forma regular. En lo que se relaciona a conocimiento de enfermedades diarreicas 28 (93%) de gestantes tienen buen conocimiento, 2 (7%) tienen regular conocimiento.Según la revista del ministerio de salud (2003) refiere que el conocimiento del protocolo de prevención de la diarrea aguda influye en la salud del lactante.

Tablas 3 y 4: Nivel de conocimiento de las gestantes sobre las consecuencias que ocasionan las infecciones respiratorias agudas

PRE TEST 03

| Nivel de conocimiento | IRA Gestantes | | EDA Gestantes | |
|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % |
| Bueno | 1 | 3 | 6 | 20 |
| Regular | 2 | 7 | 3 | 10 |
| Malo | 27 | 90 | 21 | 70 |
| Total | 30 | 100 | 30 | 100 |

En el Pre Test las gestantes del AA. H.H. Jaime Yoshiyama 27 (90%) tienen mal conocimiento sobre las consecuencias de infecciones respiratorias agudas, 2 (7%), conocen en forma regular y 1 (3%) tienen conocimiento de las consecuencias de las infecciones respiratorias agudas. En lo que se relaciona a conocimientos y consecuencias de las enfermedades diarreicas 21 (70%) de gestantes tienen mal conocimiento, 3(10%) tienen regular conocimiento de las consecuencias de enfermedades diarreicas y 6 (20%) tienen un buen conocimiento de consecuencias de enfermedades diarreicas.

POST TEST 04

| Nivel de conocimiento | IRA Gestantes | | EDA Gestantes | |
|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % |
| Bueno | 27 | 90 | 29 | 97 |
| Regular | 3 | 10 | 1 | 3 |
| Malo | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 30 | 100 | 30 | 100 |

Las gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama 27 (90%) tienen buen conocimiento sobre las consecuencias de infecciones respiratorias agudas, 3 (10%), conocen en forma regular. En lo que se relaciona a conocimiento de las consecuencias de las enfermedades diarreicas 29 (97%) de gestantes tienen buen conocimiento, 3 (10%) tienen regular conocimiento de las consecuencias de enfermedades diarreicas.

Tablas 5 y 6: Medidas de prevención de las gestantes sobre infecciones respiratorias agudas

PRE TEST 05

| Medidas de prevención | N° Gestantes | % |
|---|---|---|
| Vacunarlo | 6 | 20 |
| No sacarle al aire | 2 | 6 |
| Tenerlo abrigado | 5 | 17 |
| Darle de lactar | 4 | 13 |
| No bañarlo | 8 | 27 |
| Darle biberón caliente | 5 | 17 |
| Total | 30 | 100 |

Las gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama utilizan como medidas de prevención para las infecciones respiratorias agudas: 6 (20%) Vacunarlo, 8 (27%) No bañarlo, 5 (17%) darle biberón caliente y tenerlo abrigado, 4 (13%) darle de lactar 2 (6%) no sacarle al aire.

POST TEST 06

| Medidas de prevención | N° Gestantes | % |
|---|---|---|
| Vacunarlo y Darle de actar | 27 | 90 |
| No exponerlo al polvo y no sacarlo al aire | 3 | 10 |
| Total | 30 | 100 |

Las gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama utilizan como medidas de prevención para las infecciones respiratorias agudas: 27 (90%) las vacunas, 3 (10%) No exponerlo al polvo y no sacarle al aire.

Cuadros 7 y 8. Gestantes que tienen conocimiento que las vacunas previenen las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas.

PRE TEST 07

| Conocimiento de vacunas | N° Gestantes | % |
|---|---|---|
| SI | 6 | 20 |
| NO | 24 | 80 |
| Total | 30 | 100 |

De las 30 (100%) de gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama 6 (20%) tienen conocimiento que las vacunas son utilizadas como medidas de prevención para las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas y 24 (80%) no tienen ese conocimiento.

POST TEST 08

| Conocimiento de Vacunas | N° Gestantes | % |
|---|---|---|
| SI | 30 | 100 |
| NO | 0 | 0 |
| Total | 30 | 100 |

De las 30 (100% ) de gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama tienen conocimiento que las vacunas son utilizadas como medidas de prevención para las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas.

Tablas 9 y 10: Gestantes que tienen conocimiento sobre la lactancia exclusiva.

PRE TEST 09

| Conocimiento de la lactancia exclusiva | N° Gestantes | % |
|---|---|---|
| SI | 05 | 17 |
| NO | 25 | 83 |
| Total | 30 | 100 |

De las 30 (100%) de gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama 5 (17%) tienen conocimiento sobre la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y 25 (83%) no tienen ese conocimiento.

POST TEST 10

| Conocimiento de la lactancia | N° Gestantes | % |
|---|---|---|
| SI | 30 | 100 |
| NO | 0 | 0 |
| Total | 30 | 100 |

De las 30 (100% ) de gestantes del AA HH. Jaime Yoshiyama tienen conocimiento sobre la lactancia exclusiva hasta los 6 meses.

Tablas 11 y 12: Medidas de prevención de las gestantes en las enfermedades diarreicas

PRE TEST 11

| Medidas de prevención | N° Gestantes | % |
|---|---|---|
| Lavado de manos antes de preparar y consumir los alimentos | 2 | 6 |
| Lavado de manos después de utilizar la letrina | 2 | 6 |
| Hervir el agua antes de consumir | 5 | 17 |
| Mantener los alimentos y el agua tapados | 2 | 6 |
| Limpiar la huerta | 8 | 27 |
| Bañarse | 5 | 17 |
| Tener la ropa limpia | 6 | 20 |
| Total | 30 | 100 |

De las 30 (100%) de gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama 8 (27%) utilizan las medidas de prevención de las enfermedades diarreicas limpiando su huerta, 6 (20%) tener la ropa limpia, 5 (17%) hervir el agua antes de consumirlo y bañarse, 2 (6%) lavado de manos antes de preparar y consumir los alimentos, lavado de mano después de utilizar la letrina y manteniendo los alimentos y agua tapado.

POST TEST 12

| Medidas de prevención sobre enfermedades diarreicas | N° Gestantes | % |
|---|---|---|
| Lactancia materna exclusiva, vacunación | 26 | 87 |
| Higiene en general | 4 | 13 |
| Total | 30 | 100 |

De las 30 (100%) de gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama 26 (87%) utilizan las medidas de prevención de las enfermedades diarreicas dando de lactar exclusivamente y 4 (13%) refieren que la higiene en general previenen las enfermedades diarreicas.

Tablas 13 y 14: Cocimiento de las gestantes sobre las consecuencias de las enfermedades diarreicas.

PRE TEST 13

| Conocimiento de consecuencias de la enfermedades diarreicas | N° Gestantes | % |
|---|---|---|
| Deshidratación | 05 | 17 |
| Desnutrición | 05 | 17 |
| Ninguno | 20 | 66 |
| Total | 30 | 100 |

De las 30 (100%) de gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama 20 (66%) no tienen conocimiento de las consecuencias de las enfermedades diarreicas. 5 (17 %) refieren que la deshidratación y desnutrición son consecuencia de la diarrea.

POST TEST 14

| Conocimiento de consecuencias de la enfermedades diarreicas | N° Gestantes | % |
|---|---|---|
| Deshidratación | 26 | 67 |
| Desnutrición | 4 | 13 |
| Total | 30 | 100 |

De las 30 (100%) de gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama 26 (67%) conocen que la deshidratación es consecuencia de las diarreas, 4 (13%) refieren que la desnutrición es consecuencia de las enfermedades diarreicas.

Tabla 15: Crianza de animales domésticos en la casa de las gestantes sobre las consecuencias de las enfermedades diarreicas.

PRE TEST Y POST TEST

| Crianza de animales domésticos | N° gestantes | % |
|---|---|---|
| Aves de corral | 05 | 17 |
| Perros, | 11 | 36 |
| Gatos | 9 | 30 |
| Ninguno | 5 | 17 |
| Total | 30 | 100 |

En el resultado del pre test y post test se encontró que 30 (100%) de gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama 11 (36%) crían perros en su casa, 9 (30%) tienen gatos en su ambiente familiar, 5 (17%) tienen aves de corral: pollos, patos y el mismo porcentaje no crían animales en su casa. 5 (17%) no tienen ningún animal en su ambiente familiar.

Tablas 16 y 17: Medidas de prevención de las gestantes sobre enfermedades diarreicas

PRE TEST 16

| Medidas de prevención | N° Gestantes | % |
|---|---|---|
| Lavado de manos antes de preparar y consumir los alimentos | 2 | 6.67 |
| Lavado de manos después de utilizar la letrina | 2 | 6.67 |
| Hervir el agua antes de consumir | 4 | 13.33 |
| Mantener los alimentos y el agua tapados. | 3 | 10 |
| Limpiar la huerta | 6 | 20 |
| Bañarse y tener la ropa limpia. | 4 | 13.33 |
| Ninguno | 9 | 30 |
| TOTAL | 30 | 100.00 |

El resultado del pre test se encontró que 30 (100%) de gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama 9 (3%) no utilizan ninguna medidas de prevención para las enfermedades diarreicas, 6 (20 %) de gestantes utilizan como medida de prevención limpiando la huerta, 4 (13.33 %) utilizan como medida de prevención de la diarrea hirviendo el agua que consumen, bañándose y teniendo la ropa limpia, 3 (10 %) mantener los alimentos y el agua tapados; 2 (6.67 %) lavado de manos antes de preparar y consumir los alimentos y Lavado de manos después de utilizar la letrina.

POST TEST 17

| Medidas de prevención | N° Gestantes$^{S}$ | % |
|---|---|---|
| Lavado de manos antes de preparar y consumir los alimentos | 2 | 6.67 |
| Lavado de manos después de utilizar la letrina | 2 | 6.67 |
| Hervir el agua antes de consumir | 4 | 13.33 |
| Mantener los alimentos y el agua tapados. | 3 | 10 |
| Limpiar la huerta | 6 | 20 |
| Bañarse y tener la ropa limpia. | 13 | 43.33 |
| Ninguno | 0 | 30 |
| TOTAL | 30 | 100.00 |

Como resultado del pre test se encontró que 30 (100%) de gestantes del AA. HH. Jaime Yoshiyama 13 (43.33 %) previenen las enfermedades diarreicas: bañándose y tener la ropa limpia; 6 (20 %) de gestantes utilizan como medida de prevención limpiando la huerta, 4 (13.33 %) utilizan como medida de prevención de la diarrea hirviendo el agua antes de consumir, 3 (10 %) gestantes utilizan como medida de prevención de las enfermedades diarreicas manteniendo los alimentos y el agua tapados; 2 (6.67%) refieren que previenen las enfermedades diarreicas lavando las manos antes de preparar y consumir los alimentos, lavándose las manos después de utilizar la letrina.La Dra Marissa Saenz,afirma en la revista del Ministerio de Salud que las medidas de prácticas de higiene, prácticas de vida saludable previenen las enfermedades.

Tabla 18: Medidas antropométricas en los lactantes.

| Medidas antropométricas | N° de Lactantes | % |
|---|---|---|
| Muy bueno | 27 | 90.00 |
| Bueno | 02 | 6.67 |
| Regular | 01 | 3.33 |
| Malo | 0 | 0 |
| TOTAL | 30 | 100.00 |

El resultado de la evaluación antropométrica según las tarjetas de evaluación del crecimiento y desarrollo de los lactantes establecido por el Ministerio de Salud indica que: 30 (100%) de lactantes, nacieron aparentemente sanos con muy bueno 27 (90 %) peso, edad, talla y perímetro cefálico y 2 (6.67 %) bueno, porque los lactantes no estaban en relación peso y talla pero el perímetro cefálico presentaron normal al establecido por el Ministerio de Salud. 1 (3.33 %) lactante que solamente han tenido la talla normal pero el peso y el perímetro cefálico no estaban en relación a las tablas establecidos por el Ministerio de Salud.

## DISCUSIÓN

En la investigación se aplicó el pre test a 30 gestantes del tercer trimestre, a través de una entrevista para detectar problemas de conocimiento de la prevención de las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en los lactantes, además sobre medidas de higiene, lactancia materna exclusiva; encontrándose que el mayor porcentaje (80%) tenían mal conocimiento y las consecuencias que pueden ocasionar las infecciones respiratorias agudas y (70%) mal conocimiento de las enfermedades diarreicas, además desconocían las medidas de prevención. Después de la implementación del programa de enseñanza el (87%) lograron un buen conocimiento y las consecuencias que pueden ocasionar las infecciones respiratorias, (93%) lograron el conocimiento de las enfermedades diarreicas Así mismo los datos encontrados en la presente investigación son corroborados por la autora Arévalo Mónica Lambayeque 1999 en su investigación para el doctorado publicado en la revista del Ministerio de Salud. encontró que el programa de enseñanza influyó positivamente en las medidas de prevención de las enfermedades respiratorias y diarreica.

## CONCLUSIONES

El programa de enseñanza tiene efectividad en las gestantes en la prevención de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas.

Un porcentaje considerable de las madres lactantes, obtuvieron buen conocimiento en la prevención de las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas.

Las madres gestantes lograron un buen conocimiento de las consecuencias que pueden ocasionar las infecciones respiratorias.

Las madres lactantes que practicaron las medidas de higiene y la lactancia materna exclusiva, lograron prevenir las enfermedades diarreicas y respiratorias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud (2003) "Protocolo para el estudio transversal sobre agentes etiológicos de diarrea aguda" Lima, 25 Págs.
2. Ministerio de Salud (2002) "Planteamiento Estratégico de la comunicación educativa guia del Planificador IEC 137 Págs.
3. Revista del Ministerio de Salud (2000) "Efectividad del programa educativo de salud" 43 Págs.
4. Revista del Ministerio de Salud (2004) "las practicas de higiene y vida saludable son medios de prevenir las enfermedades" www.buscasalud.com www.google.com www.scielo.cl/scielo.php?script=sci arttext&pid=S0717-

# EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DESARROLLADO A TRAVÉS DE DOS MÉTODOS EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS DEL AA.HH. PRÓCERES DE LA INDEPENDENCIA EN EL AÑO 2005

# EFFECTIVENESS OF AN EDUCATIONAL PROGRAM IN FEEDING AND NUTRITION DEVELOPED THROUGH TWO METHODS IN STATE NUTRITIONAL OF MINOR CHILDREN OF THREE YEARS OF THE PRÓCERES OF INDEPENDENCE AA.HH. IN 2005

Ynés del C. Tavera A.[1], Teresa de J. Eléspuro N.[2] , Emilio Pascual V.[3] , Gaby L. Panduro S.[4]

## RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención comunitaria, cuasi experimental, longitudinal y prospectivo, para lo cual se implementó y ejecutó un programa educativo en alimentación y nutrición donde participaron madres de niños menores de tres años. El objetivo fue evaluar comparativamente el efecto del programa en el estado nutricional de los niños, utilizando dos métodos: Taller de capacitación y visitas domiciliarias. La población estuvo constituida por todos los niños menores de tres años del Asentamiento Humano Próceres de la Independencia y la muestra conformada por 36 niños, seleccionados por conveniencia, los mismos que fueron distribuidos en tres grupos, dos experimentales y uno de control, cada uno integrado por 12 niños.Las técnicas empleadas fueron la entrevista dirigida y la antropometría con la medición de peso y talla a través de visitas domiciliarias; tomándose tres mediciones, uno antes del desarrollo del programa educativo y posterior a su ejecución dos controles a los 3 y 6 meses respectivamente. El programa educativo a través de los dos métodos se desarrolló con el mismo contenido y con el mismo número de horas por semana.

**Palabras Clave:** Programa educativo, taller de capacitación, visita domiciliaria, eutrófico, desnutrición global, desnutrición aguda, desnutrición crónica y desnutrición crónica reagudizada.

## ABSTRACT

A study of communitarian intervention was made, this study quasi experimental, longitudinal and prospective, for which it was implemented and it executed an educational program in feeding and nutrition where mothers of minor children of three years participated. The objective was to evaluate comparatively the effect of the program in the nutritional state of the children being used two methods: workshop and house visits. The population was constituted by all the minor children of three years of the Proceres de la Independencia AA.HH. and the sample conformed by 36 children selected by convenience, who were distributed in three groups, two such experimental and one of control, each one integrated by 12 children. The techniques used were the directed interview and the anthropometry with the measurement of weight and the stature through house visits; taking three measurements, one before the development of the educational program and subsequent to their execution two controls one to 3 and the another to 6 months respectively. The educational program through both methods development with the same content and with the same number of hours per week. Applying the test of the square Chi with a level of significance of 0.05, one of them conclude that the educational program developed through the methods of workshops and house visits and do not influence in the nutritional state of the children.

**Key words:** Educational program, workshops, house visit, global malnutrition, acute malnutrition, chronic malnutrition and reagudizada chronic malnutrition.

[1] Profesora Auxiliar Facultad de Ciencias de la Salud - UNU
[2] Profesora Asociada Facultad de Ciencias de la Salud - UNU
[3] Profesor Principal Facultad de Ciencias de la Salud - UNU
[4] Profesora Auxiliar Facultad de Ciencias de la Salud - UNU

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial 226 millones de niños sufren desnutrición crónica, con una implicancia de alto costo para los países en su producto nacional bruto en vidas perdidas, discapacidad y menor productividad. En países en desarrollo es uno de los factores principales de mortalidad en más de 6 millones de niños por año, lo que representa un 55.0% de los casi 12 millones de muertes anuales de niños menores de 5 años. Sin duda alguna, es uno de los mayores desafíos, por tratarse de una de las causas de la disminución de la capacidad productiva, ya que la desnutrición mina el crecimiento económico y la eficacia de las inversiones en planes de salud y educación, además de agudizar el estado de la pobreza. En el Perú se observa una tendencia casi constante en la última década, con una incidencia actual de 24.1% de niños de 0 a 5 años con desnutrición crónica.

En el niño existen particularidades anatomo fisiológicos que lo hacen más vulnerable a la desnutrición, sus diferentes órganos y tejidos, así como su potencial intelectual y físico se forman durante el periodo comprendido entre la concepción y el tercer año de vida., transformando esta etapa en una de las de más rápido crecimiento, por lo que los requerimientos nutricionales son más elevados y específicos y, por consiguiente, difíciles de satisfacer. Por otra parte, los niños dependen de terceras personas para su alimentación y muchas veces aquellas no tienen los recursos económicos suficientes, o carecen de un adecuado nivel educacional como para satisfacer esa necesidad. Dentro de los esfuerzos desarrollados por el estado peruano para combatir la pobreza (54.0%) y pobreza extrema (25.0%) destacan los programas de asistencia alimentaria, que buscan cubrir parte de la canasta básica de alimentos a los que esta población no tiene acceso. Sin embargo, al interior de estos programas existe una deficiente focalización y, la falta de una vigilancia nutricional periódica no ha permitido evaluar el impacto real de cada uno de ellos. A esto se suma la falta de un componente educativo, por lo que su contribución resulta insuficiente en la disminución de los altos índices de desnutrición crónica en niños menores de tres años. En este contexto, la presente investigación pretende demostrar la importancia de involucrar a la población, en especial a las más vulnerables por sus características socioeconómicas, en programas educativos con enfoques integrales, con el objetivo de fortalecer las capacidades de las familias en el cuidado de sus hijos, enfatizando en aspectos de alimentación y nutrición.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención comunitaria, cuasi experimental, prospectivo y longitudinal. La población estuvo constituida por todos los niños menores de tres años del Asentamiento Humano Próceres de la Independencia. Se realizó un muestreo por conveniencia, en el cual se consideró la condición socioeconómica, la permanencia en el lugar durante el periodo de la investigación y el consentimiento informado de las madres, obteniéndose tres grupos constituidos por 12 niños cada uno, dos correspondieron al grupo experimental y uno al grupo control. El programa educativo se desarrolló a través de dos métodos: Taller de capacitación y visita domiciliaria, los cuales se ejecutaron en el mes de Julio del 2005, con un mismo contenido y duración.

Se efectuaron tres mediciones antropométricas de peso y talla, uno antes de la ejecución del programa educativo y dos posteriores al mismo, después de 3 y 6 meses respectivamente. Con estas mediciones se calculó el P/E, P/T y T/E, con los cuales se realizó el diagnóstico nutricional de Eutrófico, Desnutrición global, Desnutrición aguda, Desnutrición crónica y Desnutrición crónica reagudizada, tal como se especifica en la Tabla de Waterloo.

Para recolectar información demográfica y socioeconómica se realizó una entrevista dirigida, registrándose los datos en un cuestionario estructurado.

Los resultados se sometieron a la prueba del Chi cuadrado, con un nivel de significancia de 0.05.

## RESULTADOS

Después de haberse recolectado los datos, éstos se procesaron obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 1: Estado nutricional inicial de los niños menores de tres años según método seleccionado

| ESTADO NUTRICIONAL | MÉTODO SELECCIONADO | | | | GRUPO CONTROL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | TALLER DE CAPACITACIÓN | | VISITA DOMICILIARIA | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Eutrófico | 7 | 58.4 | 8 | 66.7 | 7 | 58.4 |
| Desnutrición Global | 1 | 8.3 | 2 | 16.7 | 0 | 0.0 |
| Desnutrición Aguda | 1 | 8.3 | 1 | 8.3 | 1 | 8.3 |
| Desnutrición Crónica | 1 | 8.3 | 1 | 8.3 | 3 | 25 0 |
| Desnutrición Crónica Reagudizada | 2 | 16.7 | 0 | 0.0 | 1 | 8.3 |
| Total | 12 | 100.0 | 12 | 100.0 | 12 | 100.0 |

FUENTE: Evaluación antropométrica en base a los indicadores P/E, P/T y T/E en niños menores de tres años del AA. HH. Próceres de la Independencia, Mayo 2005.

En la tabla 1 se observa que en el grupo de niños menores de tres años cuyas madres fueron seleccionadas para participar en el taller de capacitación, el 58.4% presentaron un estado nutricional eutrófico y el 16.7% se encontraron con desnutrición crónica reagudizada. En relación al grupo de madres seleccionadas para las visitas domiciliarias, el 66.7% de sus niños se encontraban eutróficos y el 16.7% con desnutrición global. Finalmente, en las madres que corresponden al grupo control, el 58.4% de sus niños estaban eutróficos y el 25.0% con desnutrición crónica.

Tabla 2: Estado nutricional de los niños menores de tres años en el primer control post ejecución del programa educativo según método seleccionado.

| ESTADO NUTRICIONAL | MÉTODO SELECCIONADO | | | | GRUPO CONTROL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | TALLER DE CAPACITACIÓN | | VISITA DOMICILIARIA | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Eutrófico | 6 | 50.0 | 10 | 83.4 | 5 | 41.7 |
| Desnutrición Global | 2 | 16.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Desnutrición Aguda | 1 | 8.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Desnutrición Crónica | 3 | 25 0 | 1 | 8.3 | 7 | 58 3 |
| Desnutrición Crónica Reagudizada | 0 | 0.0 | 1 | 8.3 | 0 | 0.0 |
| Total | 12 | 100.0 | 12 | 100.0 | 12 | 100.0 |

FUENTE: Evaluación antropométrica en base a los indicadores P/E, P/T y T/E en niños menores de tres años del AA. HH. Próceres de la Independencia, Octubre 2005.

En la tabla 2 observamos, que los niños en el primer control post ejecución del programa educativo utilizando el método taller de capacitación, el 50.0% se encontraban eutróficos y el 25.0% con desnutrición crónica. Respecto al método de las visitas domiciliarias el 83.4% de niños se encontraron eutróficos y el 8.3% con desnutrición crónica y crónica reagudizada respectivamente. En relación al grupo control el 58.3% de niños presentaron desnutrición crónica y el 41.7% estuvieron eutróficos.

Tabla 3: Estado nutricional de los niños menores de tres años en el segundo control post ejecución del programa educativo según método seleccionado.

| ESTADO NUTRICIONAL | MÉTODO SELECCIONADO | | | | GRUPO CONTROL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | TALLER DE CAPACITACIÓN | | VISITA DOMICILIARIA | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Eutrófico | 7 | 58.3 | 10 | 83.3 | 4 | 33.3 |
| Desnutrición global | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 16.7 |
| Desnutrición aguda | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Desnutrición crónica | 3 | 25 0 | 2 | 16 7 | 6 | 50 0 |
| Desnutrición Crónica Reagudizada | 2 | 16.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| TOTAL | 12 | 100.0 | 12 | 100.0 | 12 | 100.0 |

FUENTE: Evaluación antropométrica en base a los indicadores P/E, P/T y T/E en niños menores de tres años del AA. HH. Próceres de la Independencia, Enero 2006.

Observamos que en el segundo control post ejecución del programa educativo, los niños cuyas madres participaron en el taller educativo, el 58.3% presentaron un estado nutricional eutrófico y el 25.0% se encontraron con desnutrición crónica. Referente al grupo de madres que participaron en las visitas domiciliarias, el 83.3% de sus niños se encontraban eutróficos y el 16.7% con desnutrición crónica. En el grupo de madres que corresponden al grupo control, el 33.3% de sus niños se encontraban eutróficos y el 50.0% presentaron desnutrición crónica.

## DISCUSIÓN

Cuando las prácticas de alimentación de la familia no ofrecen al niño la calidad y cantidad de alimentos requeridos, ni un ambiente que favorezca la ingesta suficiente para garantizar un crecimiento y desarrollo óptimo, el niño se adapta a esta condición ahorrando energía mediante una disminución de la actividad física y la detención del crecimiento. Esta situación queda evidenciada en la antropometría inicial que se realizó a los tres grupos, donde si bien existe un mayor porcentaje de niños eutróficos (promedio 61.2%), también se obtiene un porcentaje considerable (promedio 38.8%) de niños desnutridos, de los cuales el de mayor relevancia en los tres grupos corresponde a un tipo de desnutrición diferente. En este sentido la educación alimentaria y nutricional es un factor importante para el mejoramiento del nivel de nutrición de la población, aspecto que fue recomendado como de alta prioridad en la Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN), organizada conjuntamente entre la FAO y la OMS, en diciembre de 1992. UNICEF (1998).

En el primer control, tres meses después de la ejecución del programa educativo, en los niños que corresponden al método de las visitas domiciliarias se observa una recuperación nutricional del 16.7%, en contraste con los niños que se encuentran en el grupo taller de capacitación que del porcentaje que corresponde a eutróficos en el control inicial, el 8.4% pasaron al grupo de niños con algún tipo de desnutrición; lo mismo ocurre con los niños del grupo control pero con un mayor porcentaje 16.7%.

SANCHEZ, Nora et al (2001). Al evaluar el estado nutricional de niños de 5 a 10 años, encontró que el incremento de peso, talla y perímetro braquial promedio es marcadamente más lento en los distróficos que en los eutróficos.

Una variable interviniente que pudo haber influido en la recuperación nutricional de los niños es la presencia de enfermedades, dentro de éstas las que tuvieron mayor repercusión han sido las IRA y EDA; encontrándose que en los niños que presentaron alguna patología, en los que corresponden al taller de capacitación, en el grupo de eutróficos el 40.0% enfermaron con IRA, lo que explicaría porque en el primer control post ejecución del programa educativo hay una disminución en el porcentaje de eutróficos en relación con el porcentaje del control inicial; el 30.0% de niños que se ubican en diferentes tipos de desnutrición enfermaron con EDA. Los que se encuentran en las visitas domiciliarias, en el grupo de eutróficos el 25.0% enfermaron con IRA y el 41.7% con EDA, sin embargo no hubo modificación en el porcentaje de niños eutróficos en relación al control inicial.

Respecto al grupo control, de los niños eutróficos el 27.3% estuvieron enfermos con IRA y el 9.1% enfermaron con ambas patologías, lo cual indudablemente tuvo su repercusión en la disminución en relación al porcentaje de niños eutróficos del control inicial; de los niños con desnutrición crónica el 36.3% presentaron IRA y el 18.2% EDA.

SANCHEZ, Nora et al (2001). Hace mención que las variables que estarían condicionando el estado nutricional al parecer serían los antecedentes patológicos, principalmente la diarrea, asociada a las enfermedades respiratorias, el tipo de alimento consumido, la ocupación del padre, el grado de escolaridad materna y el número de hermanos.

GILMAN, Josephine (2003). En el texto titulado "Experiencia de un Programa de Nutrición en el Perú", señala que la desnutrición ha sido asociada con muchas enfermedades infantiles comunes, especialmente con la diarrea y las infecciones respiratorias agudas. La combinación de una infección con una dieta pobre afecta negativamente al crecimiento. En ambos casos están estrechamente vinculados con la pobreza y la lactancia y la ablactancia inadecuadas, la educación de la madre es un factor asociado a la desnutrición crónica.

En el segundo control efectuado a los seis meses, el grupo de niños que corresponde a las visitas domiciliarias se mantiene estable en relación al porcentaje de eutróficos; en lo que respecta al grupo de niños que se encuentran en el método taller de capacitación, se observa un incremento de 8.3% de niños recuperados y que pasan a ser eutróficos, sin embargo relacionando con el control inicial no hay ninguna variación. En el grupo control el porcentaje de niños eutróficos disminuye en un 8.4%.

Luego de aplicar la prueba estadística del Chi cuadrado con un nivel de significancia de 0.05 se encontró que no hubo una influencia significativa de ninguno de los métodos desarrollados en el programa educativo en el estado nutricional de los niños.

LEI, Lucía(2001).Después de una intervención nutricional en niños en edad pre escolar (1 a 4 años), encontró que el 93.99% de estos niños se encontraban con desnutrición aguda y que a pesar de las actividades educativas para la recuperación de estos niños, se observó que la reacción de la familia era lenta por sus características culturales, sin embargo, pese a este factor en contra logró una mejoría del 60.0% de estos niños.

AREVALO, Mónica (2001). Implementó y ejecutó un programa educativo dirigido a madres sobre alimentación en la recuperación nutricional del desnutrido agudo de 1 a 5 años, concluyendo que el programa educativo influyó significativamente incrementando los conocimientos teórico prácticos de las madres recuperando a los niños desnutridos en un 85.0%.

KAIN, Juliana, et al (2004). Desarrolló una estrategia de promoción de la salud en escolares de educación básica municipalizada, obteniendo resultados que muestran que la prevalencia de obesidad fue muy alta al inicio y que disminuyó de 21.6% a 12.2% en hombres y de 19.4% a 8.7% en mujeres. Este mismo análisis según categoría de edad al inicio y sexo, mostró una disminución a un tercio de la prevalencia original en mujeres que tuvieron entre 8 y 10 años y hombres entre 10 y 12 años al comienzo del estudio. Esta intervención fue exitosa en reducir significativamente la obesidad en escolares.

Finalmente, en el segundo control, las patologías que más afectaron a los niños fueron las IRA y las EDA, encontrándose en el grupo taller de capacitación, que de los niños eutróficos el 57.1% enfermaron con IRA, sin embargo, del grupo de niños desnutridos el 8.3% se recuperó y pasó al grupo de eutróficos. De los niños que estuvieron en el grupo de visitas domiciliarias, del grupo de eutróficos el 33.3% presentaron EDA y el 16.7% IRA e IRA y EDA respectivamente. Al igual que en el primer control post ejecución del programa educativo no hubo variación en relación al porcentaje de niños eutróficos. En lo que respecta al grupo control, de los niños eutróficos el 16.7% enfermó con IRA, en esta misma categoría se observó una disminución del 8.4% en relación al segundo control; en los niños desnutridos se obtuvo que el 50.0% también enfermó con IRA.

Las enfermedades diarreicas agudas son frecuentes en los desnutridos y está demostrada la existencia de interacción entre desnutrición, infección y disminución de la inmunidad.

También se encontró asociación con las infecciones respiratorias agudas, la cual constituye un factor de mal pronóstico, ya que la duración de la infección y la mortalidad por ella es mucho mayor en los desnutridos.

## CONCLUSIONES

Del 100.0% de madres que corresponden a los tres grupos, sus principales características socioeconómicas y culturales son las siguientes:

75.0% de madres tienen edades que fluctúan entre 19 a 35 años.
52.7% accedieron al nivel de instrucción de secundaria.

83.3% desempeñan la ocupación de amas de casa.
58.3% son de estado civil convivientes.
66.6% tiene un ingreso económico menor de 450.00 nuevos soles.
55.5% de las familias están constituidas por 5 a 7 miembros.

47.2% de los padres de familia desarrollan actividades independientes, seguido por el 25.0% que se desempeñan como obreros.

En el control inicial, en los tres grupos de niños el mayor porcentaje (promedio 61.2%) corresponden a la categoría de eutróficos y con menor porcentaje (promedio 38.8%) se encuentran en diferentes tipos de desnutrición.

En el primer control post ejecución del programa educativo, se encontró un incremento de niños con desnutrición tanto en el grupo de taller de capacitación 8.4% como en el grupo control 16.7%, mientras que en el de las visitas domiciliarias se registró un incremento en el porcentaje de niños eutróficos 16.7%.

Al realizar el segundo control no se evidenció una recuperación significativa en el estado nutricional de los niños; en . En el grupo del taller de capacitación se obtiene un incremento en la categoría de eutróficos de 8.3% a diferencia del grupo control que registró un incremento en la categoría de desnutridos de un 8.4%.relación al grupo de las visitas domiciliarias el porcentaje de niños eutróficos se mantiene. En el grupo del taller de capacitación se obtiene un incremento en la categoría de eutróficos de 8.3% a diferencia del grupo control que registró un incremento en la categoría de desnutridos de un 8.4%.
En relación a los controles posteriores a la ejecución del programa, el método de la visita domiciliaria presentó un incremento en 16.6% de niños recuperados que se sumaron al grupo de los eutróficos, sin embargo, aplicando la prueba estadística no hubo una influencia significativa en el estado nutricional de los niños.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Arévalo Aquino, Mónica. "Programa Educativo Dirigido a las Madres sobre Alimentación en la Recuperación Nutricional del Desnutrido Agudo de 1 a 5 años en los Caseríos de Humedades, Sauce y Pampa verde, Distrito de Salas Lambayeque 1999". En Resúmenes del Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Pedro Ruíz Gallo. Lambayeque, 2001.
2. Gilman, Josephine. "Experiencia de un Programa de Nutrición en el Perú", Lima Perú. 2003.
3. Kain, Juliana, et al. "Estrategia de Promoción de la Salud en Escolares de Educación Básica Municipalizada de la Comuna de Casablanca Chile 2002-2004" Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Universidad de Chile. 2004.
4. Lei, Lucía. "Intervención Nutricional en Niños en Edad Pre Escolar (1 a 4 años) en Diadema Sao Paulo que Acudían al Programa de Crecimiento y Desarrollo". Boletín Informativo de la Red Científica. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú. 2001.
5. Sanchez, Nora. et al "Estado Nutricional de los Niños de 5 a 10 años del Centro Educativo Juan Tomis Stack Nº 10046, Pueblo Joven Tupac Amaru. Chiclayo 1987". Resúmenes de Investigación de la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo. Lambayeque Perú. Agosto 2001.
6. UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Nutrición. New York 1998.


MEDICINA HUMANA

# FACTORES SOCIOCULTURALES Y PSICOPATOLÓGICOS DE LOS VIOLADORES SEXUALES DEL INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO-ESTABLECIMIENTO PENAL-PUCALLPA 2006.

# SOCIOCULTURAL FACTORS AND PSICOPATHOLOGICAL OF THE SEXUAL RAPISTS OF THE PENAL ESTABLISMENT OF THE PUCALLPA NATIONAL INSTITUTE PRISON 2006.

Ángel C. Terrones M.[1] , Leonardo S. Medina A.[2] , Teresa de J. Eléspuro N.[3] , Rosa Escobedo S.[4]

## RESUMEN

La violencia sexual es un problema de salud pública, sobre todo en los menores de 15 años, a nivel nacional y en la amazonía peruana, existiendo pocos estudios sobre el agresor sexual. Nuestro objetivo fue determinar los factores socioculturales y psicopatológicos, así como su correlación en la conducta de los violadores sexuales (VS) del INPE-EP Pucallpa, 2006, con la finalidad de conocer los hogares con factores de riesgo para violación sexual y establecer medidas preventivas. El Estudio fue descriptivo, transeccional y correlacional, basado en una ficha sociocultural y test psicopatológico validado por la Fac. PsicologíaUNMSM, realizado de mayo-set. 2006 y aplicado a 80 internos sentenciados por delitos de VS, utilizándose el análisis estadístico multivariado (regresión múltiple). La edad predominante fue 21-44 a. (70%); el 94% proceden de Ucayali; 44% con instrucción secundaria y 40% con I. primaria; 29% agricultor, 19% obrero y 9% comerciante; 59% solteros y 33% convivientes; 51% pertenecen a familias desintegradas; 80% consume alcohol, 76% tabaco y 22% drogas ilegales; 45% de las víctimas tuvieron de 11 a 15 años y el 41% de 6 a 10a.; el 46% de las víctimas fueron vecinos, el 24% hijastra(o) y 14% desconocidos, el 38% del delito fue en zona rural y el 35% urbano marginal; el 64% con 4 o más hijos y el 45% con 1 ó 2 dormitorios. El 93% con patrones clínicos de personalidad (PACLIP), el 34% con síndromes clínicos de personalidad (SINCLIP) y el 24% con síndromes severos de la personalidad; el grado de instrucción y el tipo de ocupación tuvo correlación estadística significativa con los PACLIP, de igual modo el grado de instrucción con los SINCLIP; mas no entre consumo de drogas y SINCLIP. Conclusiones: Los VS presentan, factores socioculturales condicionantes a la comisión del delito, conductas psicopatológicas predisponentes que pueden ser identificables y prevenibles, parentesco predominante vecinal y familiar con las víctimas. Las víctimas fueron niños, predominando el sexo femenino.
Se dan recomendaciones para evitar las VS en hogares con factores de riesgo, con participación de los centros educativos locales así como al INPE-EP Pucallpa para incrementar su programa de rehabilitación psicoterapéutica.

**Palabras clave**: *Violador sexual, violación sexual, violencia sexual, agresión sexual.*

## ABSTRACT

The sexual violence is a problem of public health, mainly in minors of 15 years in the country and in the Peruvian amazonian. Exist a few studies on the sexual aggressor. Our objective was to determine the sociocultural and psychopatological factors, as well as its correlation in the behavior of the sexual violators (SV) of the PE-PNIP, 2006, with the purpose of to know the homes with factors of risk for sexual violation and to establish preventive measures. The Study was descriptive and transactional and correlational, based on a sociocultural record and psychopathological test validated by the Psychology college of UNMSM, carried out of from May to September of 2006 and applied to 80 intems sentenced by crimes of SV. It used the analysis statistical multivariate (multiple regression). The predominant age was 21-44 years. (70%); 94% comes from Ucayali; 44% with secondary instruction and 40% with primary ; 29% farmer, 19% worker and 9% merchant; 59 single% and 33% people who live together; 51%

[1] Profesor Asociado de Facultad de Medicina Humana-UNU-
[2] Profesor Auxiliar de Facultad de Ciencias de la Salud-UNU.
[3] Profesora Asociada de Facultad de Ciencias de la Salud-UNU
[4] Profesora Auxiliar de Facultad de Ciencias de la Salud-UNU

belongs to disintegrated families; 80% consumes alcohol, 76% tobacco and 22% illegal drugs; 45% of the victims are 11 to 15 years and 41% from 6 to 10 years; 46% of the victims are neighbors, 24% stepson or stepdaughter and 14% unknown, 38% of the crime was committed in rural areas and 35% in the marginal urban area; 64% with 4 or more children and 45% with 1 or 2 bedrooms. 93% show patterns of personality (PACLIP), 34% with clinical syndromes of personality, 24% with severe syndromes of the personality; the instruction grade and the type of occupation had significant statistical correlation with the PACLIP, in the same way the instruction grade with the SINCLIP; but doesn't enter consumption of drugs and SINCLIP. Conclusions: The VS shows sociocultural factors determining to the commission of the crime, psychopatological behaviors that can be identifiable and preventable, local a predominant Relationship with the victims. The victims were children, prevailing the feminine sex. Recommendations are given to avoid the SV in homes with factors of risk with the participation of the local educational centers as well as to the PE-PNIP Pucallpa to increase their program of rehabilitation psychotherapeutic.

**Key words:** Sexual abuser, sexual violation, sexual violence and sexual aggression.

## INTRODUCCIÓN

La violencia sexual representa un problema de salud pública a nivel internacional y nacional, cada día más evidente por las denuncias en comisarías y servicios especializados de atención. Esta problemática se ubica como una prioridad en organismos internacionales y nacionales con la finalidad de disminuir su incidencia y su repercusión en la morbimortalidad de las víctimas y familiares ocasionada por dicha violencia (1).

A pesar de la importancia que implica conocer y comprender este problema de la violencia sexual, sin embargo son pocos los estudios conocidos a nivel internacional, nacional y regional (2). De acuerdo a los registros del Centro de Emergencia Mujer CEM de la ciudad de Pucallpa se denunciaron un promedio de 12 y 13 violaciones por mes durante los años 2004-2005, respectivamente, constituyendo los menores de edad el grupo etáreo más afectado, que muchas veces tienen que soportar en silencio las acciones de sus agresores que en gran porcentaje son de su entorno familiar o conocidos, quienes aprovechando su familiaridad dan rienda suelta a sus aberraciones sexuales (3).

De 76 investigaciones recopiladas a nivel nacional (4):

- Sólo el 9% (7 trabajos de investigación) fueron realizadas en la región selva y ninguno sobre violación sexual; 6 de ellos fueron apoyados por una institución no estatal (ONG) y 1 por una asociación civil; ningún trabajo fue realizado en la Región de Ucayali.
- Sólo 14% corresponde a estudios sobre violencia sexual exclusiva y 4% a estudios de violencia familiar y sexual.

Considerando que no existen reportes que estudian la conducta y características socioculturales de los violadores sexuales en el Perú, sobre todo conociendo su elevada incidencia anual cada vez increscendo a nivel nacional, en la selva y en la Región de Ucayali (5) y dada la gravedad de dicha problemática consideramos meritorio y prioritario estudiar los Factores Socioculturales y psicopatológicos de los violadores sexuales en el Instituto Nacional PenitenciarioEstablecimiento Penal Pucallpa, 2006, con el propósito de proponer medidas preventivas en la población de riesgo para una violación sexual.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño.

Descriptivo transeccional y correlacional.

### Población.

Sentenciados por delito de violación sexual en el Instituto Nacional Penitenciario-Establecimiento Penal de Pucallpa 2006.

**Muestra.**

Esta representada por el 50% de la población de sentenciados por delitos de violación sexual en el establecimiento penal de Pucallpa que equivale a 80 unidades de análisis (violadores sexuales: VS)

**Recolección de datos.**

Se tomaron los datos a los encuestados previos consentimientos informados.

**Técnicas de investigación:** Entrevista y encuesta

**Instrumento de investigación:** Ficha sociocultural y test psicopatológico validado por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima.

**Análisis estadístico.**

Análisis multivariado (regresión múltiple) (SAS)

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

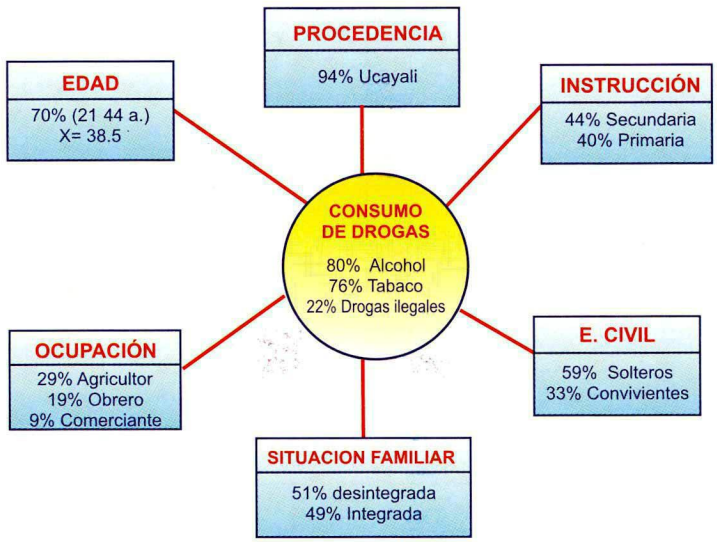



Figura 1: Factores socioculturales de los violadores sexuales en el instituto nacional Penitenciario-establecimiento penal pucallpa 2006

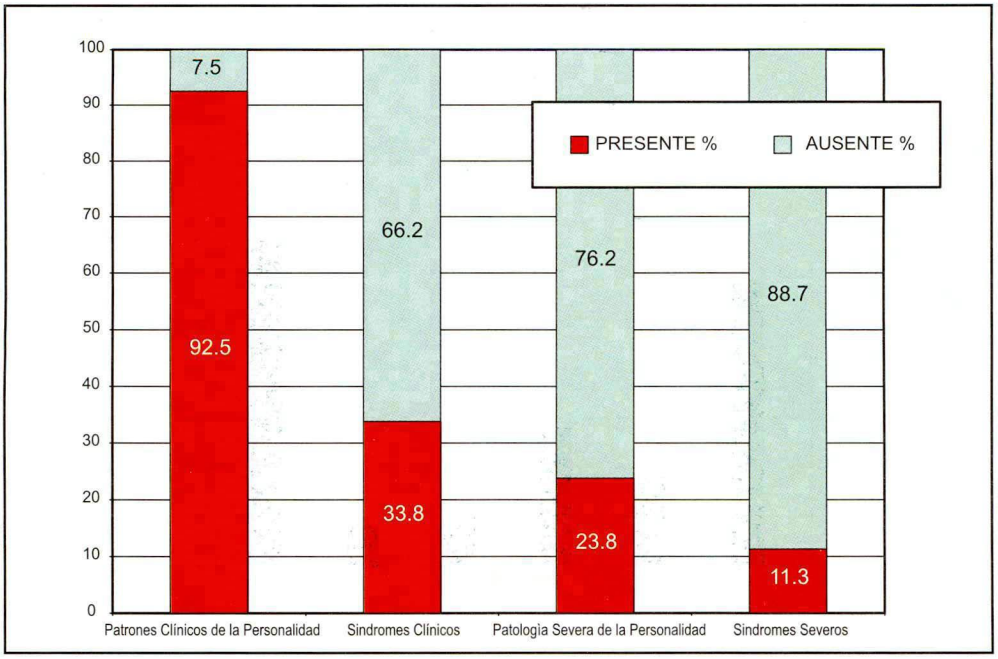



Figura 2: Factores Psicopatológicos en los violadores sexuales del INPE - EP - Pucallpa 2006

En la figura 02, se observa que el factor psicopatológico que predomina en los violadores sexuales son ,los patrones clínicos de personalidad, seguido de los síndromes clínicos de personalidad y en menor proporción patología severa de la personalidad y síndromes severos de la personalidad. Dentro de los patrones clínicos de la personalidad son predominantes: dependiente (59 %), compulsivo (56%), evitativo(53%) y en menor porcentaje esquizoide(38%) y narcisista (34%).

Respecto a los síndromes clínicos que predomina son: distimia (24%), ansiedad(23%) y en menor proporción dependencia al alcohol(8%). Las patologías severas de la personalidad predominantes son: esquizotímico (15%)y paranoide(15%). Finalmente los síndromes severos más frecuentes son: desorden del pensamiento (9%) y desorden delusional (5%).

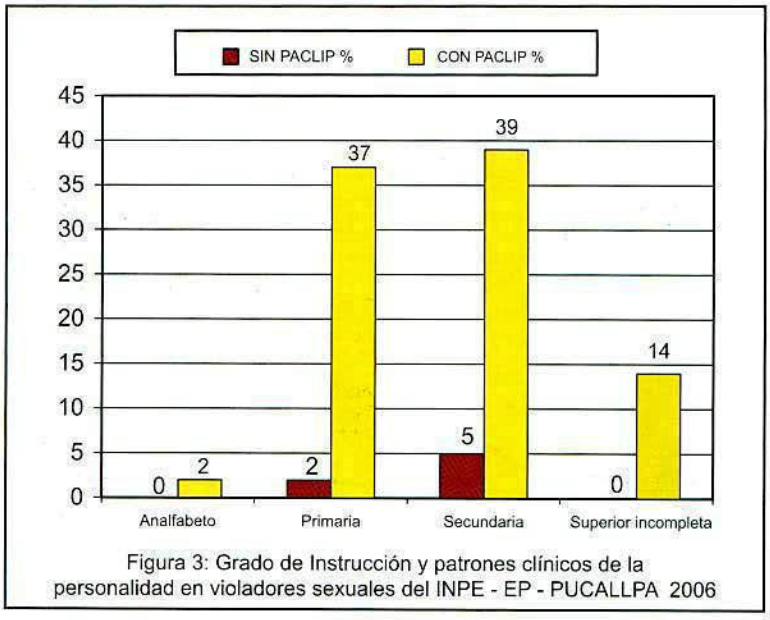



Figura 3: Grado de Instrucción y patrones clínicos de la personalidad en violadores sexuales del INPE - EP - PUCALLPA 2006

En la figura 3, se observa que el grado de instrucción predominante en los violadores sexuales es el de secundaria con discreta diferencia del nivel primario.

Existiendo una correlación estadísticamente significativa entre los violadores con patrones clínicos de la personalidad y el nivel de Instrucción intermedia (primaria y secundaria) con aquellos en dicho nivel de instrucción intermedia y sin patrones clínicos de la personalidad.

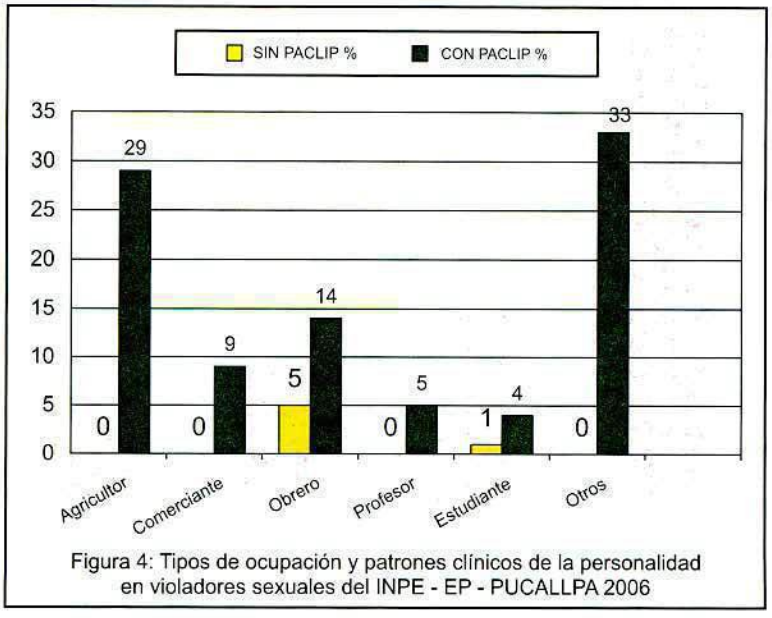



Figura 4: Tipos de ocupación y patrones clínicos de la personalidad en violadores sexuales del INPE - EP - PUCALLPA 2006

En la figura 04 se observa que la ocupación predominante de los violadores sexuales son : agricultor, obrero y comerciante; sólo 6% de los VS no presentan ningún patrón clínico de la personalidad. Al relacionar la variable ocupación con la presencia de patrones clínicos de personalidad se observa una correlación estadísticamente significativa con los violadores sexuales sin patrones clínicos de la personalidad.

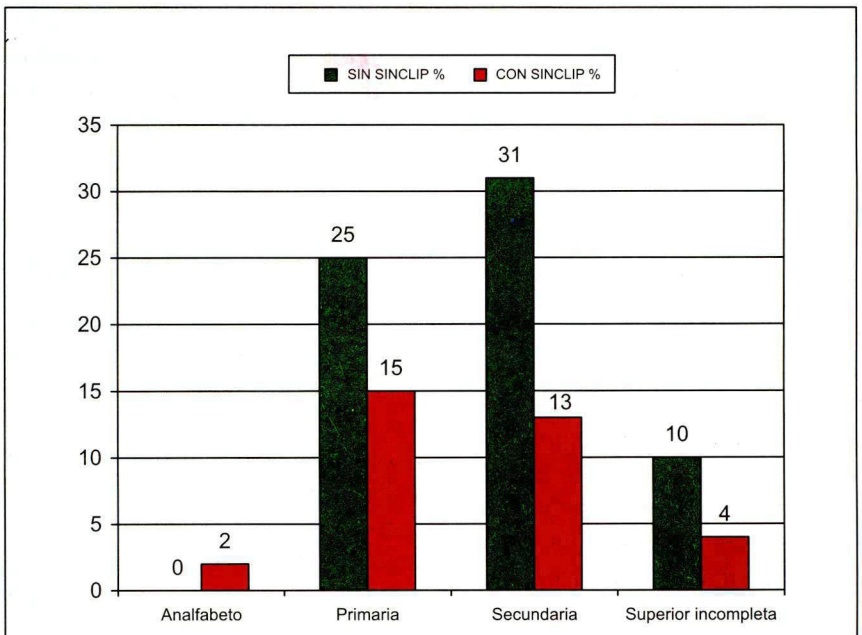



Figura 05: Grados de instrucción y sindromes clinicos de la personalidad en violadores sexuales del INPE-EP-Pucallpa. 2006

En la figura 5 se observa que el grado de instrucción que predomina en los violadores sexuales con síndromes clínicos de la personalidad es de nivel primario, seguido con mínima diferencia por el nivel secundario, No existiendo una correlación estadísticamente significativa entre los violadores con síndromes clínicos de la personalidad y el nivel de Instruccíon intermedio (primaria y secundaria) con aquellos en dicho nivel de instrucción intermedia y sin síndromes clínicos de la personalidad.

## DISCUSIÓN

Del estudio "Factores socioculturales y psicopatológicos de los violadores sexuales en el Instituto Nacional Penitenciario-Establecimiento Penal. Pucallpa 2006" encontramos que las violaciones sexuales (VS) se dan en ambos sexos (tabla I-17). El 11% en varones y 89% en mujeres, similar a lo que ocurre en España: entre 1.5 a 3 veces más abusos sexuales en niñas que en niños (9,11,12) El hecho de ser niña es, indudablemente, uno de los factores que hace mucho más probable llegar a ser víctima de abuso sexual ( 11 ). Los Estados Unidos mostró, por ejemplo, que en éste país las niñas sufren 3 veces más abusos que los niños (13).

En el 14% de los VS fueron desconocidas y en el 84% fueron vecinos (46%) o familiares (38%) (Tabla I-18), diferente a lo que ocurre en España: en la mitad de los casos no se conoce a las víctimas y en otra mitad, se trata de los familiares o conocidos de los niños o niñas (9). Un sondeo nacional del gobierno federal de los Estados Unidos mostró, por ejemplo, que en este país, las niñas sufren 3 veces más abusos que los niños (13).

La edad de las víctimas predominante fue de 11 a 15 años en 45%, seguido de 6 a 10 años con el 41% (tabla I-17), coincidente con España donde se producen con más frecuencia entre los 10 y los 13 años, edad ésta última a partir de la cual se registra un descenso debido, probablemente, a que ofrecen una mayor resistencia los abusos (11)

Las condiciones que favorecen el uso de la violencia con los niños están también asociados a un mayor riesgo de sufrir abusos sexuales (11), como lo encontrado por nosotros : **pobreza** (tabla I-13) donde los VS no tienen agua en el 53%, sin desagüe 69% y sin luz eléctrica en el 35%; **grado de instrucción** (tabla I-4) donde el 84% de los VS tienen nivel intermedio (primaria o secundaria); **viviendas inadecuadas** (tabla I-11) la vivienda predominante de los VS es construida con madera o material rústico en el 65%; **consumo de drogas** (tabla I-14) donde el 80% de los VS presentan alcoholismo, 76% tabaquismo y 23% drogadicción; **el estado civil** (tabla I-5) el que predominó fueron solteros (59%); **la ocupación** (tabla I-6), predominando la ocupación independiente (57%) y eventuales (38%); **el hacinamiento** (tabla I-12) predominando 1 a 2 dormitorios en el 45% de los VS, donde el 64% de los VS tuvieron de 4-9 hijos( tabla 1-7); **los estigmas físicos de los VS** llegaron al 90%: cicatrices 50%, tatuajes 35% y defectos físicos 5% (tabla1-9)

En un estudio realizado con una muestra representativa de la población española de 2000 sujetos se detecto que el 62.6% de los abusos ocurrieron en el medio urbano y el 37.1% en el medio rural (14), diferente a lo encontrado por nosotros: zona rural 38% y zona urbana o marginal 35%, esto se debe que a nuestra región de Ucayali es una población predominantemente pobre donde el mayor porcentaje de la población se encuentra en la zona no urbana.

Los agresores mayoritariamente fueron varones, oscilando los porcentajes entre un 80% y 92% y se trata de hombres adultos y jóvenes según las investigaciones (12), muy cercanamente a lo encontrado por nosotros como el 100% de varones: 70% en la edad de 21-44 años, y 23% en la edad de 45-56 años (tabla I-1), resultados similares a los encontrados por Romir, Juan (15) donde los delincuentes sexuales suelen ser adultos jóvenes o de mediana edad. El 8% de los VS son reincidentes en víctimas diferentes (6 casos): 1 reincidió en 2 años, 2 casos en 3 años c/u, 1 en 4 años, 1 cometió 7 violaciones en víctimas diferentes en 3 años y medio y 1 con 3 violaciones en víctimas diferentes en 2 años, mientras que en 46% de los casos en España, se repiten más de una vez sobre la misma víctima (9)

No existe un prototipo específico del agresor sexual, aunque sí pueden anotarse ciertas características que pueden aproximarnos a su perfil más habitual (14,16). El 93% de los VS presentan patrones clínicos de la personalidad (PACLIP) (predominando dependiente 59%, compulsivo 56%, evitativo 53%, esquizoide 38% y narcisista 34%); 34% con síndromes clínicos de la personalidad (SINCLIP)(distimia 24%, ansiedad 23%); 25% con patologías severas de la personalidad (predominantes el esquizotípico 15% y paranoide 15%) y 15% con síndromes severos de la personalidad (predominando el desorden del pensamiento ( 9%), (figura 02)

En relación al grado de correlación de los factores socioculturales y factores psicopatológicos de los VS se demostró una correlación estadísticamente significativa con un $p< 0.05$ entre grado de instrucción y PACLIP y entre el tipo de ocupación y PACLIP, no encontrándose una correlación estadísticamente significativa entre el consumo de drogas y SINCLIP y entre el grado de instrucción y SINCLIP (figura 03)

Romir, J. refiere que en el aspecto psicofísico del VS, difícilmente ellos presentan la imagen del "perverso longrosiano", por el contrario un individuo que a nivel social se comporta en forma cordial se muestra saludable, seductor, educado, es por lo general inteligente y astuto, con lo cual su criminalidad pasa desapercibida en el ámbito de la comunidad y hasta para los conocidos y, si tiene un trabajo estable también para sus compañeros laborales.

Paralelamente, cuando desarrolla su "actividad delictiva", desdobla su personalidad, adopta otra identidad (en realidad la auténtica, ya que la social es una postura) y no solo cambia su conducta social habitual sino que esta representación da paso a su verdadero comportamiento ritualizado y estereotipado que sigue los designios de su conducta perturbada y delictiva (15). Aparentemente son personas normales pero representan problemas de socialización y serias carencias en valores sociales, agresivos o retraídos y muy insensibles (16).

## CONCLUSIONES

Los hogares con factores de riesgo para la comisión del delito de violación sexual son: familias numerosas en niños, con hacinamiento y familiares o vecinos solteros, desempleados o trabajo eventual o independiente con mucha permanencia en el hogar, sobre todo en zonas rural o urbano marginal y que consumen drogas sociales o ilegales.

Los violadores sexuales presentan conductas psicopatológicas siendo la más frecuente los patrones clínicos de la personalidad: dependiente, compulsivo, evitativo esquizoide y narcisista.

Las víctimas fueron principalmente niños predominantemente del sexo femenino.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. MIMDES Perú (2003). Estado de las Investigaciones en Violencia Familiar y Sexual en el Perú. Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. Marzo 2003, p. 5
2. Centro de Emergencia Mujer. MIMDES (2004), Nuevos. Informe Anual de Violencia Familiar de Usuarios Pucallpa. Ucayali.
3. IDEM 1 p. 37, 38.
4. INPE- EP Pucallpa (2005) Informe Anual del Instituto Nacional Penitenciario-Establecimiento Penal de Pucallpa Ucayali.
5. Villaseñor F., Martha y Masculinidad, Sexualidad, Poder y Violencia:
6. Castañeda T., Jorge (2003) Análisis de Significados en Adolescentes. Salud Pública de México, vol. 45, suppl. 1, Cuernavaca 2003.
7. Ventura, A. y Presentación Delincuente Sexual en Serie y Alteraciones B. (2003) Psicopáticas, una Relación Ocasional. Cuadernos de Medicina Forense, Nº 32, Sevilla, Abril 2003.
8. García, H. Mario (2001) Un Violador Sexual en Serie. Medicina Legal de Costa Rica, Vol. 18 Nº 2, Heredia, Septiembre 2001.
9. FUNCOE (1998) Abuso Sexual Infantil. http://www.savetheChildren.es/inform/abusos.html
10. Gutiérrez Q. José y Flores, H.E.L (2000): Perfil Psicococial del Agresor Sexual en el Salvador. Universidad Tecnológica de El Salvador.
11. López S. Félix (1996) Abusos Sexuales a Menores. Lo que Recuerdan de Mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Sub Dirección General de Publicaciones. Madrid
12. Cantón D. José y Malos Tratos y Abuso Sexual Infantil.(1997). Siglo XXI de Cortez A. María. España Editores,S.A. Madrid.
13. National Committe To Prevent Child Abuse (NCPC) 1996 http:// www. Child abuse.org/fs19.html
14. Dirección General de Maltrato Infantil: Prevención, diagnóstico e Prevención y Promoción de Intervención en el Ámbito Sanitario. Documento la Salud (1997) Técnico de Salud Pública. Consejería de Salud Madrid.
15. Romir, Juan (2000) El Delincuente Sexual Serial p.6 webmaster@latinoseguridad.com
16. Vásquez, M. Blanca (1997) Peritaje Psicológico en la Agresión Sexual Infantil. Ponencia Presentada en las Jornadas de Atención al Abuso Sexual Infantil. Organizadas en Junio de 1997 por la Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (AMAIM). España.



# EDUCACIÓN Y CIENCIAS SOCIALES

# LA TOPONIMIA EN LOS PRINCIPALES CENTROS POBLADOS DE CAMPO VERDE

# THE TOPONYMY IN THE MAIN CENTERS POPULATED WITH GREEN FIELD

Arcádio Aguirre R.[1], Jesús T. Dávila F.[2]


## RESUMEN

Se llevó adelante un estudio descriptivo de las toponimias en los principales centros poblados del distrito de Campo Verde, provincia de Coronel Portillo, departamento de Ucayali. El objetivo principal fue determinar la relación entre los topónimos y la historia de los principales centros poblados de Campo Verde, también tuvo como propósito el determinar el lugar de procedencia de quienes dieron los nombres toponímicos en dicho distrito, así como el determinar los tipos de topónimos encontrados. De esta manera se podría construir parte de la historia de Campo Verde, y contar con una historia escrita.

La técnica de recolección de datos se llevó adelante mediante un cuestionario destinado a los agentes municipales y a los tenientes gobernadores, así como entrevistas personales a las principales personalidades fundadores de estos pueblos. Se tomó como criterio para considerar a los principales centros poblados: calles delimitadas, la existencia de colegio y pueblo con corriente eléctrica o en proceso de electrificación. De esta consideración se decidió el estudio de once pueblos.

Las conclusiones más generales e importantes a la que hemos podido llegar es que la mayoría de los nombres de calles, entidades geográficas, etc. fueron puestos por los propios pobladores, en los primeros momentos de creación, por sus fundadores. En otros casos fueron puestas por el Organismo de Formalización de Propiedad Informal (COFOPRI). En su tendencia mayor, los migrantes vinieron del departamento de San Martín, que los topónimos principales encontrados se refieren a los topónimos alusivos a nombres de santos (hagiotopónimos), y la de los topónimos con nombres honoríficos.


**Palabras clave**: Toponimia, topónimos, hagiotopónimos, topónimos honoríficos, motivos toponímicos.


## ABSTRACT

One took forward a descriptive study of the toponimias in the principal Centers Filled with the district of Green Field, Colonel Portillo province, Ucayali department. The principal aim(lens) was to determine the relation between(among) the toponyms and the history of the principal Centers Filled with Green Field, also it(he,she) had as intention determine the place of origin of whom they gave the names toponímicos in the above mentioned district, as well as to determine the types of opposing toponyms. Hereby it might construct part (report) of the history of Green Field, and possess (rely on) a written history.

The technology (skill) of compilation of information removed forward by means of a questionnaire destined for the Municipal Agents and for the Governing Lieutenants, as well as personal interviews to the principal founding personalities of these peoples (villages). It took as a criterion to consider to the principal Populated Centers: Delimited streets, the existence of college and people (village) with electrical current or in process of electrification. Of this consideration was decided the study of eleven peoples (villages).

Most general and important the conclusions to that we have been able to arrive are that most of the names of streets, geographic organizations, etc. they were put by the own settlers, at the first moments of creation, by their founders. In other cases COFOPRI were put. In their greater tendency, the migrants came from the department of San Martin, who the found main topónimos talk about to the allusive topónimos names of saints (hagiotopónimos) and the one of the topónimos with honorary names.


**Key words:** Honorary toponymy, topónimos, hagiotopónimos, topónimos, toponímicos reasons.

1 Profesor Asociado de Facultad de Educación y Ciencias Sociales – UNU.
2 Profesor Auxiliar de Facultad de Educación y Ciencias Sociales – UNU

## INTRODUCCIÓN

El estudio de La Toponimia en los Principales Centros Poblados de Campo Verde tiene gran importancia si consideramos que a partir de él podríamos reconstruir parte de la historia de dicho pueblo.

El presente estudio pone en conocimiento las tendencias principales en la designación de los nombres geográficos, tanto en el nombre en sí, como en la procedencia cultural de quienes le asignaron dichos nombres.

De acuerdo a las tendencias principales ya señaladas, podemos manifestar, que fuerzas migratorias que arribaron desde diferentes latitudes hacia Campo Verde han venido configurando su influencia cultural. Dicha influencia cultural también la podemos comprobar en el resto de quehaceres, donde el migrante ha tenido que desenvolverse. De esta manera podríamos ubicar el nombre de las calles y centros poblados puestos por migrantes de diferentes localidades. Esto nos puede llevar a reflexionar sobre las características del tipo de migrantes que pobló el distrito.

De los resultados arrojados por el trabajo de campo brota la propia historia de estos pueblos, historia que sus mismos pobladores desconocen.

Pueblos que festejan aniversarios de fundación, pero cuyos pobladores que desconocen el nombre de su pueblo. Nuestro trabajo esta fundamentado sobre la base de los principales Centros Poblados de Campo Verde y que están en proceso de electrificación o ya tienen electricidad, tienen escuela y delimitada sus calles.

Es sabido que a través del nombre de los pueblos, de sus calles, avenidas, colegios, se puede saber qué características culturales tuvieron aquéllas personas que dieron vida a estos pueblos. Así mismo se podrá llegar a saber de qué medio geográfico proceden aquellos que dieron los topónimos en los diferentes pueblos del distrito.

Teniendo la información de por qué se le dio tal o cual topónimo y "develando" la influencia cultural de otros pueblos estaremos en condiciones de reconstruir parte de la historia de Campo Verde, beneficiando a la población.

Los objetivos trazados en el proyecto nos llevarán a determinar la relación entre los topónimos y la historia de los principales Centros Poblados de Campo Verde, así como otros objetivos derivados del anterior, que es: determinar el lugar de procedencia de quienes dieron los nombres toponímicos en los Centros Poblados de Campo Verde y determinar las características de los topónimos estudiados.

## MATERIALES Y MÉTODO

### Tipo de estudio

El tipo de investigación es descriptiva, por cuanto se van a describir los nombres toponímicos de los principales Centros Poblados de Campo Verde, que en total suman once (11) para luego proceder a clasificarlos. Con este material luego se procedió a interpretarlos en su contexto, es decir, que se procedería a enfocarlos desde el punto de vista cultural.

### Ubicación

El **Distrito peruano de Campo Verde** es uno de los siete distritos que conforman la provincia de Coronel Portillo en el departamento de Ucayali. Limita al Norte con el distrito de Nueva Requena, al Este con el distrito de Callería, al Sur con el distrito de Manantay y el distrito de Yarinacocha, y al Este con el departamento de Huánuco.

El distrito fue creado por Ley 23416 del 1 de junio de 1982. Tiene una extensión superior a los 1.500 kilómetros cuadrados y una población superior a los 20.000 habitantes. Campo Verde como distrito tiene una extensión que abarca desde el kilómetro 10 hasta el kilómetro 60 de la Carretera Federico Basadre.

**Muestra de la Población**
Se decidió utilizar una muestra selectiva o no probabilística, ya que la herramienta a utilizar se la debía hacer a los tenientes gobernadores o agentes municipales, y algunos de los primeros pobladores o fundadores de los centros poblados, sobre todo, del mismo distrito de Campo Verde.

**Análisis de Datos**
De las entrevistas tomadas se pudo analizar los siguientes datos:

- Existe una gran influencia de los migrantes sanmartinenses. El aspecto religioso está muy presente entre la población del distrito de Campo Verde, parece algo inherente a ellos, en el caso de San Pedro, Los Ángeles, Santa Rosa, por citar algunos ejemplos, no están

Existe una gran influencia de los migrantes sanmartinenses.
El aspecto religioso está muy presente entre la población del distrito de Campo Verde, parece algo inherente a ellos, en el caso de San Pedro, Los Ángeles, Santa Rosa, por citar algunos ejemplos, no están referidos a los santos ya conocidos, sino al nombre de los primeros fundadores. Así se encontrará sus primeros nombres con un prefijo de "San" o "Santa".

- También se pudo recopilar que los nombres de sus calles están en relación a los acontecimientos históricos en nuestro país.
- Hubo casos en los que pusieron los nombres Organización de Formalización de Propiedad Informal (COFOPRI).

**Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

**Técnica:**
Se utilizó un cuestionario, el que se aplicó a todos los entrevistados (agentes municipales, tenientes gobernadores y fundadores).
Se hicieron entrevistas a fundadores del Distrito de Campo Verde, para saber los aspectos históricos.

Se elaboró una base de datos con la relación de todos los topónimos encontrados en todos los Centros Poblados, así como, otro listado sobre los tipos de topónimos.

**Estrategias de Investigación**

La Toponimia constituye un aspecto importante y que a partir de esta podemos reconstruir parte de la historia del distrito de Campo Verde.

- Evaluación de los datos obtenidos a través de las entrevistas.
- Establecimiento de los datos adquiridos a través de las visitas a los centros poblados.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De las entrevistas tomadas a los fundadores de los Centro Poblados podemos deducir que existe una gran influencia de los migrantes sanmartinenses en el desarrollo económico social de Campo Verde, así como de la configuración cultural que han tomado estos pueblos, por lo tanto, han sido aportes decisivos en su historia.

El pensamiento antropológico nos indica que el ser humano de alguna manera siente la necesidad de ampararse en seres sobrenaturales que compensen sus angustias. Así, esta cosmovisión llevará al ser humano a explicarse el mundo que le rodea, su vida diaria y a la forma como relacionarse con los demás. Unos pueblos tienen mayor arraigo religioso que otros, y este grado de apego al aspecto religioso solo se le entenderá si se estudia cada cultura en su historia.

La concepción religiosa está muy presente entre la población del distrito de Campo Verde, parece algo inherente a ellos. Podemos ver como en los casos de San Pedro, Los Ángeles, Santa Rosa, por citar algunas calles, no están referidos a los santos ya conocidos, sino al nombre de los primeros fundadores. De tal manera, que aparecen como santificados por la población, así se encontrará sus primeros nombres con un prefijo de "San" o "Santa".

Esta peculiaridad hace que podamos percibir la influencia migratoria de la gente del departamento de San Martín, que en un gran porcentaje han sido los primeros pobladores de esta parte de la región Ucayali.

El Jr. Isau Sasagawa: refrente a un japonés muy colaborador con su pueblo de "El Pimental".
La Av. Tournavista en "El Pimental" porque hubo una empresa norteamericana acantonada aquí llamada Lettermeum, para su mejor pronunciación se puso Tournavista de procedencia norteamericana.

**2. Nombres honoríficos**

**- Personajes y acontecimientos históricos peruanos:**

**Jr. Sargento Lores Tenazoa:** en honor al héroe loretano que participó en un conflicto armado con el vecino país de Colombia (1952).
**Jr. 28 de Julio**: presente en "Santa Elvita", que señala el día de la independencia del Perú.

**Jr. Bolívar:** por el libertador.
**Jr. San Martín:** Por el libertador del Perú.
**13 de Febrero:** no señalado.
**Psje. José Olaya:** por el héroe nacional.
**Jr. Sucre:** no se sabe por qué.
**Jr. San Martín:** en honor a los migrantes de San Martín.
**Centro Poblado José Olaya**: En memoria al nadador y patriota de José Olaya, se le puso el nombre, pero no hay algo exacto sobre esta versión.

**Centro Poblado Hipólito Unánue:** se llamó José Olaya en 1970, pero cuando se crea el colegio es cambiado el nombre por el del Colegio (desde 1984) que ya se llamaba por ese entonces: Hipólito Unánue. El primer Director del Colegio "Hipólito Unánue" fue el profesor Julio Ruiz Torrejón y es el que cambió el nombre del Centro Poblado de "José Olaya " por el de "Hipólito Unánue".
**Colegio Hipólito Unánue**: Médico y héroe peruano, que se formó en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Plaza de Armas 9 de Febrero: porque ahí se reunieron los campesinos para llevar el paro agrario en 1989.

**Víctor Andrés Belaúnde:** Secretario General del partido político de Acción Popular (AP). El nombre fue puesto por el primer Alcalde en ese entonces el Sr. Miguel García Lazón (Pájaro loco), de origen chimbotano, políticamente fue de Acción Popular.

**Víctor Raúl Haya de la Torre:** Por el líder aprista, lo pusieron para que no haya recelo político.
**Jr. Zarumilla:** en honor al héroe que luchó en el conflicto con Ecuador (1942).

**- Fundadores y personajes que hicieron historia en la localidad:**

**Av. Nicolás Antónich:** en honor al sr. Nicolás Antónich de procedencia extranjera (italiana), quien por primera vez abrió trocha y donde hoy es la avenida principal. Esta era una vía de "carretera" carrozable, para facilitar la extracción y transporte de madera.
**Jr. Isau Sasagawa:** era un japonés muy colaborador con el pueblo.
**Tournavista:** Porque hubo una empresa norteamericana acantonada aquí llamada Letterneum; y para su mejor pronunciación se puso de Tournavista.
**Estadio "Luis Palomino":** este fue un mártir campesino de la matanza del gobierno de Alan García, en Febrero de 1989.
**Jr. Manuel Silva Camaya:** por que fue un periodista que apoyó mucho a la gestión del pueblo como si fuese un morador más y en gratitud al periodista se puso ese nombre.
**Jr. Juana Cauper de Tang**: por que ellos donaron dos hectáreas de terreno a la comunidad y por ello lleva su nombre en reconocimiento a dicha señora.
**Jr. Ricardo Tang Upiachihua:** al igual que el caso anterior ya que es parte de la familia.
**Jr. Gilberto Tenazoa:** en honor también a uno de los fundadores.

**Jr. César Pérez Fasanando:** en honor también a otro fundador.
**Víctor Ruiz Peña:** le vendió el terreno a Olga Ramírez Durand.
**Mario Ganoza Trivitazo:** colaborador del Frente de Lucha, como periodista tenía un programa noticiero conjuntamente con Vivanco Pimentel, colaboró mucho con el pueblo para su creación como distrito.
**José Pezo:** por ser uno de los primeros habitantes.
**Agustín Cauper:** por ser uno de los primeros fundadores de Pucallpa.

Sobre los topónimos de Motivos Reales, "la que se refiere a la existencia en la naturaleza y son parte de la realidad", que de alguna manera describe la existencia de algunos elementos que están permanente en la vida

Podemos demostrar lo antes dicho en los siguientes toponimos:

tenemos de los fundadores de los pueblos, quienes son los que toman la iniciativa y hacen la proposición de los nombres toponímicos. Ha habido otros casos en los que los nombres los puso el Organismo de Formalización de propiedad informal (COFOPRI).

**MOTIVOS IDEALES**

**1. Nombres religiosos**

**-Alto Manantay**

Jr Santa Rosa: en honor a Rosa Aspado Tuanama. Ella fue la primera esposa del sr. Laisamon.
Jr. San Pedro: en honor a un morador que se llama Pedro Mozombite.

Jr. Los Ángeles: por el sr. Ángel Isuiza, quien donó al caserío una extensión de terreno.
Cacerío "Santa Elvita": por que la primera profesora se llamó Elvita Upiachigua y en su honor se puso su nombre al Caserío, esto se hizo en Asamblea. Esta profesora fue muy reconocida por su labor al frente del colegio y como promotora de progreso trabajando de la mano con los pobladores.

Para el caso de los personajes y acontecimientos históricos peruanos y fundadores y en su primer aspecto, personajes que hicieron historia en la localidad. En su segundo aspecto, todos estos nombres está reflejado la identidad nacional existente en la región, que estaría influyendo en mantenerlos presente y perennizarlos.

La primera influencia generalmente la tenemos de los fundadores de los pueblos, quienes son los que toman la iniciativa y hacen la proposición de los nombres toponímicos. Ha habido otros casos en que los nombres los puso el organismo de Formalización de propiedad informal (COFOPRI)

Si bien es cierto que no se han encontrado varias calles con el nombre de "9 de febrero", debemos advertir que es un día que los pobladores de Campo Verde lo tienen muy en mente, por el significado que tuvo el Paro Agrario de 1989. Tengamos en cuenta que Campo Verde vivió la muerte de algunos de sus hijos durante el paro agrario histórico de 1989, que tuvo mucha repercusión en Ucayali.
Cabe señalar que en esta medida de protesta hubo muertos y desaparecidos participando en los piquetes de huelga los campesinos de diferentes centros poblados de Campo Verde.

Para el caso de los dos nombres: Víctor Raúl Haya de La Torre y Víctor Andrés Belaúnde, señalaremos que se nota la presencia de inclinaciones políticas, sobre los cuales estaban inmersos los pobladores de la región. El primer nombre planteado por la inclinación política de uno de los primeros fundadores, y el segundo de se propone para que los celos políticos no los distancien, de alguna manera, inteligente de resolver un problema que no tuvo por que agudizarse.

Puesto que, este tipo de topónimos refleja un reconocimiento a quienes hicieron algo por la conformación de su pueblo. También es necesario recalcar que este reconocimiento, por lo general, se ha venido haciendo en vida de la persona reconocida. Es así que tenemos a los que participaron en el Frente de Lucha, como a los profesionales que ayudaron en la gestión para la constitución del distrito. Se incluyen en estos a algunos extranjeros que colaboraron son su tenacidad a abrir trocha en sus diferentes pueblos, cuando estos territorios eran inaccesibles. Este último nos indica el nivel de atracción que tenía la región sobre aquellos que deseaban hacerse de un espacio y salir adelante mediante su esfuerzo. También nos está señalando la aculturación, como es el caso de la presencia de una colonia japonesa dedicada a el cultivo de pimienta y que durante esos años primigenios llegaron poner en un buen sitial la actividad agrícola en los centros poblados que hoy conocemos como "El Pimental" y "Pimientacocha".

Otro caso es el del Jr. Sargento Lores Tenazoa, en honor al héroe loretano que participó en un conflicto armado con el vecino país de Colombia (1952).

Finalmente podríamos mencionar la Av. Nicolás Antonich: en honor al señor Nicolás Antonich de procedencia italiana, quien por primera vez abrió trocha para el acceso a un determinado lugar que hoy es la Av. Principal. Esta era una vía carrozable, para facilitar la extracción y transporte de madera.

de los habitantes detona la región amazónica: el aguajal, la cocha, la laguna, la quebrada, quienes se les ha dado algún nombre.
Realmente son muy pocos los topónimos de este tipo y a continuación presentamos los datos recogidos en el campo:

**MOTIVOS REALES**

**Jr Aguajal:** por que en el área que tiene este nombre existen árboles de aguaje.
**Alto Manantay:** por que existe una quebrada con el nombre de Manantay, tomando el nombre de la quebrada se propone el mismo al caserío, pero la quebrada se ubica en una "bajada" en relación a la ubicación del caserío, es por esta razón que a este último se le pone el nombre de "Alto", por que se encuentra en la parte alta de la quebrada; asimismo esta quebrada recibe el nombre de "Manantay" que es un afluente que conecta al río Ucayali, la cual pasa por Manantay cono sur de la ciudad de Pucallpa.

**Laguna Turística "La Colorada":** por que la propietaria de dicha laguna es la señora Rosalita Ruiz Fonseca, que es de tez blanca y a quien el ingeniero Oscar Vásquez llamaba como "la colorada".
**La "quebradita Tunuya":** no se sabe
**Neshuya:** por el río que viene de la quebrada.
**Cocha "Pimientacocha":** cocha, por la geografía y pimienta, por el derivado del Centro Poblado.

Si bien es cierto que la población que fue formando el distrito de Campo Verde proviene de distintas partes del Perú, también es cierto, que la mayoría de los lugares más próximos a la región San Martín, Iquitos y otros.

Como podrá notarse, influencias de los sectores andinos, casi no se percibe, ya que no tuvieron presencia por lo menos en los primeros momentos de la formación de los caseríos y centros poblados.

El señor Miguel García Lazón, manifestó que los primeros pobladores de Campo Verde fueron migrantes que llegaron de San Martín, quienes pusieron los primeros nombres de las calles.

El señor Laizamón Isuiza Satalaya, entrevistado, llega a Pucallpa con su esposa procedente de San Martín (Tarapoto), luego compra terreno en la Carretera Federico Basadre a la altura del Km. 30 ingresando a 500 m. . Regresa a Tarapoto para invitar a sus amigos y conocidos para que vayan a Campo Verde, de esta manera llega a lo que es "Alto Manantay".

Al momento que se le da el nombre de Alto Manantay, al pueblo, la reunión contaba con catorce (14) familias, procedentes de San Martín familias que se instalaron, dedicándose a la actividad agrícola.

Entonces, también podemos decir que el proceso de desarrollo cultural se da en función de la vida rural. El nombre de las calles sigue el mismo proceso, es la transmisión cultural de sus propios patrones con los que habían vivido en su lugar de origen.

**CONCLUSIONES**

A continuación presentamos las conclusiones extraídas del estudio:

Existe una gran mayoría de topónimos que fueron puestas por los fundadores.

En gran parte, los primeros pobladores de Campo Verde y que tuvieron participación en el nombre de los topónimos llegaron del departamento de San Martín.

Los principales topónimos encontrados son los de nombres honoríficos, en los que se destacan los nombres de los primeros fundadores.

Los topónimos honoríficos se refieren a los primeros pobladores que se internaron cuando los territorios eran monte, realizando actividades agrícolas y extracción de maderas.

El otro grupo importante de topónimos son los alusivos a nombres de santos (hagiotopónimos).

Hubo una peculiaridad para registrar los nombres de calles, avenidas, etc.: anteponerle al nombre de la persona el prefijo: "San" o "Santa".

Los hagiotopónimos reflejan el sentido religioso de los habitantes de nuestra amazonía.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Baldoceda E. Ana. 1993. Topónimos de Canta. Lima – Perú. Departamento de Lingüística INVEL – UNMSM.

2. **Toponimia de Quintana del Pidio.** Junio 1996. Año II Número 4. Roberto y Juan José Calvo Pérez. España. Cuadernos del Salegar.

3. Cerrón Palomino, Rodolfo 1976. Notas para un estudio científico de la toponimia quechua. Edit. San Marcos N° 17, UNMSM. Lima. pp-211

4. Cerrón-Palomino, Rodolfo, Quesada Castillo, Félix, Quintanilla A. Rómulo, Solís Fonseca, Gustavo y Zavala Y., Luís. Guía para estudios de toponimia. CILA. UNMSM.

5. Martínez Díaz G. Toponimia mayor y repoblación en la provincia de Burgos, en Toponimia de Castilla y León, VV. AA., pp. 39-40.

6. Krazanowski, A. y Szeminski, Jan. 1974. La toponimia indígena en la cuenca del río Chicaza (Perú). En: Estudios Latinoamericanos. Varsovia. Instituto de Historia de la Academia de Ciencia Polaca.

7. Toponimia en el Gran Pajonal con especial atención a los topónimos de afiliación Ashaninka. 2004.Romaní Miranda, Maggi Mabeli. Tesis. UNMSM. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. EAP de Lingüística. 2004.

8. Sevilla Rodríguez, M. (1979). "Posibles vestigios toponímicos de cultos célticos en el norte de la Península Ibérica". Memorias de Historia Antigua, III (pp. 261-271). Universidad de Oviedo.

9. Solís Fonseca, Gustavo. 1997. La gente pasa, los nombres quedan. Lima-Perú, Ediciones Lengua y Sociedad.

10. Tort, Joan. Toponimia Y marginalidad geográfica.1 de abril de 2003, Vol. VII. Los Nombres de Lugar como Reflejo de una interpretación del espacio. Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y Ciencias Sociales. Barcelona: Universidad de Barcelona. pp. 138.

# PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS (AS) MENORES DE TRES AÑOS DEL DISTRITO DE TOURNAVISTA 2006

# EDUCATIONAL PROGRAM ON PRACTICES OF EXCLUSIVE MATERNAL BREASTFEEDING AND COMPLEMENTARY FEEDING AND ITS INFLUENCE IN CHILDREN STATE NUTRITIONAL MINORS OF THREE YEARS OF THE DISTRICT OF TOURNAVISTA 2006

Esther I. Reina C.[1], César E. Llaja R.[2], Yolanda Palazuelos P.[3]


## RESUMEN

La investigación se realizó en mujeres gestantes y en proceso de lactancia materna del distrito Tournavista. Tuvo como objetivo determinar los efectos del programa educativo sobre Lactancia Materna Exclusiva y Alimentación Complementaria y su influencia en el estado nutricional de niños (as) menores de tres años. La población fue de 32 mujeres (gestantes y en proceso de lactancia materna), y la muestra 50% de la población (5 gestantes y 11 en proceso de lactancia). Recolectamos los datos antes y después de la aplicación del programa educativo, durante los meses de Julio a Octubre del 2006. Ejecutamos cuatro talleres: dos sobre lactancia materna exclusiva y dos de alimentación complementaria. La evaluación del aprendizaje fue permanente, mediante visitas de seguimiento. Se evaluó el estado nutricional de 11 niños (as) menores de tres años en base a la antropometría y las tablas referenciales de la NCHS. Entre los resultados mas importantes destaca que el programa educativo es efectivo en la mejora de prácticas y conocimientos sobre lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria. Cuando se aplica en mujeres del ámbito rural, el estado nutricional de los niños (as) mejora debido a que las madres adquieren mayor nivel de conocimiento.


**Palabras clave:** Programa Educativo, Lactancia Materna Exclusiva, Alimentación Complementaria, Estado Nutricional


## ABSTRACT

The research was made in pregnant women and in process of breastfeeding maternal from the district of Tournavista. It had as objective to determine the effects of the educational program on Exclusive breastfeeding Maternal and Complementary Feeding and its influence in the state nutritional of children minors of three years. The population was of 32 women (pregnant women and in process of breastfeeding maternal), and sample 50% of the population (5 pregnant women and 11 in process of breastfeeding maternal). We collected the data before and after the application of the educational program, since July to October of 2006. We executed four workshops: two on breastfeeding maternal and two of complementary feeding. The evaluation of the learning was permanent through of visits accompaniment. The nutritional state of 11 children minors of three years on the basis to the anthropometry and the referential tables of the NCHS were evaluated. Between the important results it emphasizes that the educational program is effective in the improvement of practices and knowledge on exclusive breastfeeding maternal and complementary feeding. When it is applied in women of rural scope, the nutritional state of the children improvement because the mothers acquire great level of knowledge.


**Key words:** Educational Program, Exclusive breastfeeding Maternal, Complementary Feeding, Nutritional State.

[1] Profesora Asociada Facultad de Educación y Ciencia Sociales - UNU.
[2] Profesor Auxiliar Facultad de Ciencias de la Salud - UNU.
[3] Jefe de Práctica Facultad de Ciencias de la Salud - UNU.

## INTRODUCCIÓN

El retraso crónico de crecimiento tiene gran repercusión en el futuro y en la calidad de vida, es el principal problema nutricional de la niñez. La desaceleración del crecimiento ocurre principalmente entre el tercer y sexto mes de vida y los tres años de edad. Hay varios factores que juegan en la aparición de este cuadro, entre los que se encuentran las deficiencias de nutrientes esenciales, inadecuadas prácticas de lactancia materna exclusiva, mayor prevalencia de infecciones e inadecuada calidad de la alimentación complementaria o la combinación de todos ellos.

El presente trabajo tiene como objetivo Determinar los efectos de un programa educativo sobre Lactancia Materna Exclusiva y Alimentación Complementaria en mujeres gestantes y mujeres en proceso de lactancia materna y su influencia en el estado nutricional de niños (as) menores de tres años del distrito de Tournavista.
Existen en la sociedad estilos de vida que no son saludables como conductas inadecuadas en la salud siendo una de ellas la mala nutrición, entre otros, los cuales tenemos que ir cambiando a través de diferentes estrategias entre ellas las comunicativas y educativas en salud; es necesario para ello conocer las diferentes teorías de cambio de comportamiento en salud.

Partiendo de la premisa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar la comunicación para la salud proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida.

## MATERIAL Y MÉTODO

En el estudio se aplicó el diseño de investigación cuasi experimental, porque las variables independientes (Lactancia Materna Exclusiva y Alimentación Complementaria) fueron manipuladas según criterio de los investigadores durante la ejecución del programa educativo. La población estuvo constituida por 32 mujeres de las cuales 8 estaban en diferentes periodos de gestación y 24 en proceso de lactancia materna las cuales fueron identificadas al hacer el tamizaje. La muestra lo constituyeron 16 mujeres (5 gestantes y 11 en proceso de lactancia materna) que voluntariamente aceptaron participar en los talleres educativos.

Se hizo uso de la técnica de la observación y entrevista. Para la recolección de datos se utilizaron una ficha de observación y dos cuestionarios: uno para recoger información sobre conocimientos y prácticas de Lactancia Materna Exclusiva y otro para alimentación complementaria, antes y después de la ejecución del programa. Se evaluó el estado nutricional de 11 niños (as) en base a la antropometría, al iniciar y finalizar el estudio, para lo cual se utilizó balanza pediátrica, tallímetro y tablas estandarizadas de la NCHS.

El programa educativo consistió en la aplicación de cuatro talleres de capacitación con sesiones demostrativas los mismos que fueron reforzados mediante cuatro visitas de seguimiento para evaluar el proceso de aprendizaje y retroalimentación en los aspectos débiles.

El tratamiento de los datos se realizó manualmente y el análisis mediante la estadística descriptiva.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Escolaridad de la madre y alimentación del niño (a) los primeros seis meses de vida, en el distrito de Tournavista 2006.

| Escolaridad de la madre | Formas de alimentación del niño los primeros seis meses | | | | | | | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Leche de vaca más biberón | | Pecho más biberón | | Pecho más comidas | | Sólo pecho | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sin escolaridad | 0 | 0.0 | 1 | 6.25 | 0 | 0.0 | 1 | 6.25 | 2 | 12.50 |
| Primaria incompleta | 1 | 6.25 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 6.25 | 2 | 12.50 |
| Primaria completa | 1 | 6.25 | 2 | 12.50 | 1 | 6.25 | 2 | 12.50 | 6 | 37.50 |
| Secundaria incompleta | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 12.50 | 3 | 18.75 | 5 | 31.25 |
| Secundaria completa | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 6.25 | 1 | 6.25 |
| **TOTAL** | 2 | 12.50 | 3 | 18.75 | 3 | 18.75 | 8 | 50.00 | 16 | 100.00 |

En la tabla N° 1 se presenta la escolaridad de la madre y la alimentación del niño (a) menor de 6 meses de vida donde se observa que el 37.50% de madres tienen primaria completa, el 31,25% secundaria incompleta, el 12.50% primaria incompleta, el 12.50% sin escolaridad y el 6.25% tienen secundaria completa.

Respecto a la alimentación del niño (a) menor de 6 meses, la mitad de las madres da solo pecho y la otra mitad combina la lactancia materna con otras comidas más biberón.

A mayor nivel de escolaridad de la madre mejores prácticas de alimentación del niño (a).

Tabla 2: Alimentos más utilizados en la alimentación complementaria del niño (a) menor de un año por madres del distrito de Tournavista 2006

| Alimentos más utilizados | N° | % |
|---|---|---|
| Papillas (papa, camote, maduro galleta) | 05 | 31.25 |
| Sopas | 06 | 37.50 |
| Mazamorras | 03 | 18.75 |
| Otros (Té, refresco, gaseosas) | 02 | 12.50 |
| TOTAL | 16 | 100.00 |

En la tabla se describe los alimentos que más utilizan las madres en la alimentación complementaria del niño (a) menor de un año, donde el 37.50% acostumbran a dar sopas, el 31.25% proporcionan papillas, el 18.75% dan mazamorras y el 12.50 utilizan otros alimentos diferentes a los recomendados para una adecuada alimentación complementaria.

Esto nos indica que solo una tercera parte de las madres practican una adecuada alimentación complementaria al niño (a) menor de un año al proporcionar el alimento en forma de papilla.

ENDES (2000). En lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria indica que la alimentación complentaria (incluyendo agua sola) se inicia a edades muy tempranas, en los dos primeros meses al 24% de los niños y entre los 4 a 5 meses el 47% de ellos. En relación a la lactancia y la suplementación con alimentos sólidos a niños entre 9 y 6 meses reporta un 76%.

Daelmans B, Martines J, Saadeh R. 2003. La alimentación complementaria está constituida por todos aquellos alimentos que toma el lactante, distintos de la leche de su madre. Entre éstos se encuentran los zumos, las papillas de cereales, los purés de verduras, las carnes, los pescados, etc.

Tabla 3: Conocimiento sobre el término "Lactancia Materna Exclusiva" por madres del Distrito de Tournavista 2006

| Conocimiento | Antes del programa | | Después del programa | |
|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % |
| Sí Conoce | 03 | 18.75 | 15 | 93.75 |
| No Conoce | 13 | 81.25 | 01 | 06.25 |
| TOTAL | 16 | 100.00 | 16 | 100.00 |

Según los resultados la tabla podemos apreciar que el conocimiento de las madres sobre el término Lactancia Materna Exclusiva se incrementa de 18.75% antes de la ejecución del programa educativo a 93.75% luego de la ejecución de dicho programa.

Mendoza Cárdenas (2001). En Capacitación y seguimiento domiciliario sobre lactancia materna exclusiva a puérperas del Hospital Santa Rosa con el objetivo de conocer el efecto de la capacitación personalizada en lactancia materna exclusiva a través de visitas domiciliarias; encontró que la gran mayoría de madres pueden dar lactancia exclusiva a sus hijos, si reciben capacitación personalizada y apoyo permanente.

Estos resultados tienen relación con el nivel educativo de las madres (tabla N° 1) donde se observó que la mayoría alcanza primaria completa.

Tabla 4: Conocimiento sobre el término "alimentación complementaria" por madres del distrito de Tournavista 2006

| Conocimiento | Antes del Programa | | Después del programa | |
|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % |
| Sí conoce | 05 | 31.25 | 13 | 81.25 |
| No conoce | 11 | 68.75 | 03 | 18.75 |
| TOTAL | 16 | 100.00 | 16 | 100.00 |

Según los resultados del cuadro podemos apreciar que el conocimiento de las madres sobre el término Alimentación Complementaria se incrementa de 31.25% antes de la ejecución del programa educativo a 81.25% luego de la ejecución de dicho programa.

Nuestros resultados guardan relación con los encontrados por Sanabria, M.(2005) en Bangladesh, donde se observó un aumento de la prevalencia de lactancia materna exclusiva del 6% al 70% al quinto mes de vida, tras un programa de capacitación para líderes comunitarios en lactancia materna a nivel distrital.

Choque (1997). Sostiene que existe disposición de los individuos al cambio o intento de cambiar hacia comportamientos saludables.

Bandura (1997). Subraya la capacidad para aprender por medio de la observación de un modelo o de instrucciones, sin que el aprendiz cuente con experiencia de primera mano. Dentro de un amplio marco social, cada individuo va formándose un modelo teórico que permite explicar y prever su comportamiento, en el cual adquiere aptitudes, conocimientos, reglas y actitudes, distinguiendo su conveniencia y utilidad; observando éste, diversos modelos (ya sean personas o símbolos cognoscitivos) con los cuales aprende de las consecuencias de su porvenir, dependiendo su ejecución, de que el modelo haya sido reforzado o castigado requiriendo el observador de atención, retención, producción y motivación para llevar a cabo lo que se ha aprendido.

Tabla 5. Estado Nutricional de los niños (as) menores de tres años antes y después de la ejecución del programa educativo del Distrito de Tournavista 2006.

| Estado nutricional | Antes del programa | | Después del programa | |
|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % |
| Normal | 06 | 54.55 | 10 | 90.90 |
| En Riesgo de desnutrición | 03 | 27.27 | 01 | 9.10 |
| Desnutrido | 02 | 18.18 | -- | --- |
| TOTAL | 11 | 100.00 | 11 | 100.00 |

En la tabla se presenta el estado nutricional de los niños (as) menor de tres años antes y después del programa educativo, encontrando los siguientes resultados:

Antes de la ejecución del programa educativo el 54.55% de niños (as) presentó un estado nutricional normal, el 27.27% se encontraba en riesgo de desnutrición y el 18.18% presentaba desnutrición.

Después de la ejecución del programa educativo estos resultados variaron positivamente logrando que el 90.90% alcanzaran normalidad en cuanto a su estado nutricional, quedando sólo el 9.10% en riesgo de desnutrición y ningún desnutrido.

Estos resultados nos indican la efectividad de la capacitación en relación al manejo de prácticas adecuadas de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria en madres de zonas rurales de la región.

Al respecto, la OMS (2006), en el nuevo patrón de crecimiento infantil confirma que todos los niños, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de tallas y pesos. El nuevo patrón demuestra que las diferencias en el crecimiento infantil.

hasta los 5 años dependen más de la nutrición las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.

Galdón (2001). Indica que en el campo de la salud, comunicación y participación son fundamentales, pues a través de una participación activa y conciente de la comunidad lograremos fomentar el auto cuidado de la salud.

## CONCLUSIONES

Como está indicado en los resultados, el porcentaje de madres que interrumpen la lactancia materna exclusiva por la introducción de la alimentación complementaria temprana en sus hijos(as) ha disminuido según se refleja en los resultados de la línea de base y de línea final. Al principio del programa hay un marcado desconocimiento sobre aspectos básicos para la práctica de lactancia materna exclusiva e inicio de alimentación complementaria, sin embargo, al finalizar el programa se nota un incremento considerable en la mejora de dichas prácticas.

El nivel educativo de las madres es bajo, así tenemos el 12.50% son iletradas, el 37.50% tienen primaria y el 31,25% secundaria incompleta. Esta situación hace que la mayoría de madres tengan limitados conocimientos sobre lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria, así como otras prácticas de conductas saludables lo cual repercute en el estado nutricional de los niños (as).

En cuanto a la interrupción de la lactancia materna exclusiva por introducción de otros alimentos ésta se da antes que el niño cumpla los cuatro meses (56.25%). Entre las causas que mencionan las madres para dicha interrupción destacan por no tener suficiente cantidad de leche y por influencia de las abuelas y otros familiares (37.50%). Respecto a la frecuencia con que la madre debe dar de lactar al niño menor de un mes, existe desconocimiento en el 81.25% de madres. Asimismo se reportó un desconocimiento total (100%) sobre una de las prácticas recomendadas por los autores para ayudar a la madre a producir mas leche: mantener los senos vacíos. Sin embargo, estas prácticas mejoran considerablemente luego de la ejecución del programa educativo.

Más de la mitad (56.25%) de madres inician la alimentación complementaria a la edad de cuatro meses, la tercera parte (37.50) lo hace entre el quinto y sexto mes de vida del niño (a). Los alimentos suplementarios en su mayoría (68.75%) son de consistencia líquida (sopas, mazamorras, té). Es decir, las madres desconocían la práctica de alimentación complementaria antes de la ejecución del programa educativo, lo cual repercute en el estado nutricional del niño (a).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Bandura, Albert. 1977. *Social Learning Theory. Englewood Cliffs:* Prentice Hall.
2. Choque, Raúl. 1997. *La comunicación para la salud.* Huancavelica (Perú), FAS, 82 p.
3. Daelmans B, Martines J, Saadeh R. 2003. *Special issue based on World Health Organization Expert Consultation on complementary feeding.* The Food and Nutrition Bulletin. 24:1-139.
4. Galdón, G. 2001. *"Introducción a la Comunicación y a la Información".* Barcelona, Editorial Ariel.
5. Organización Panamericana de la Salud. 1996. *"Modelos y Teorías de Comunicación en Salud".* Washington D.C.
6. Organización Panamericana de la Salud. 2000. *Situación de la alimentación y nutrición del Paraguay.* 1: 13-28.
7. Organización Mundial de la Salud. 2006. *Un nuevo patrón de crecimiento infantil.* Abril de 2006. Ginebra.
8. Sanabria M, Sánchez S. 2001. *Factores protectores del estado nutricional de la niñez paraguaya.* Revista de Análisis Economía & Sociedad. Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos; 2: 111-46
9. UNICEF .1995. *Guía para la Lactancia Natural*; UNICEF, INN.

## NORMAS EDITORIALES PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN LA REVISTA INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1. Objetivo

Revista Investigación Universitaria es la revista institucional de la disciplina forestal de la Universidad Nacional de Ucayali - UNU El objetivo de la revista es ser el medio principal de difusión del conocimiento científico-tecnológico, así como impulsar el conocimiento y valoración de lo recursos forestales, su potencial económico e industrial, para que sirva de apoyo al desarrollo sostenible, en beneficio de las sociedades amazónicas peruanas y de la humanidad. Revista forestal recibe dos tipos de contribuciones: artículos científicos y avances de investigación. Las contribuciones pueden ser inéditas en el idioma oficial de la revista (español), además deberán ser relevantes en cuanto a la misión de la Facultad de Ciencias Forestales, así como pertinentes de acuerdo a un análisis contextual en la región.

1.2. Características generales

| | |
|---|---|
| Título | : Investigación Universitaria |
| Registro | : ISSN 1992 - 5166 |
| Abreviatura | : Investig. Univ. |
| Dimensiones | : 21.59 x 27.94 cm. |
| Periodicidad | : Anual |
| Tiraje | : 1,000 ejemplares |

2. NORMAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

2.1. Categoría de las contribuciones

Investigación Universitaria, reúne artículos inéditos en el idioma oficial e informaciones científicas novedosas y pertinentes sobre ciencias forestales y de fauna silvestre. Los artículos publicados en Revista Forestal de Ucayali cubren temas sobre: biodiversidad, conservación de ecosistemas, manejo de bosques e industria forestales.

2.2. Redacción y estilo

Los trabajos se publican en español, pudiendo aceptarse en otros idiomas previa opinión del Comité Editorial. Se fomenta el uso del lenguaje inclusivo por género, etnia, edad, origen nacional, impedimento y otras características sociodemográficas (cuya descripción debe ser lo más clara y concisa posible).

2.3. Presentación de los trabajos

Los trabajos deben ser enviados en original y dos copias, doble espacio, márgenes de 3 cm., versión electrónica en diskette o disco compacto, fuente tahoma, tamaño 11. Una página adicional debe ser presentada como cubierta, conteniendo lo siguiente:

- Título del articulo
- Nombre y direcciones de los autores
- Nombre, dirección, correo electrónico, teléfono y fax del autor responsable de la correspondencia.
- Resumen, no mayor de 250 palabras

2.4.Título

Debe ser objetivo, descriptivo y reflejar de manera clara y precisa el contenido del trabajo. Debe estar escrito en español e ingles, en negrita y centrado. No debe contener nombres científicos abreviados si no han sido mencionados previamente.

2.5. Autor (es), Coautor (es)

Debe anotarse nombre (s) y apellido (s) como suele usarlos el autor, en orden de aporte real y no alfabéticamente.

No se consignarán cargos, grados ni títulos; sólo la especialidad. En el caso de tesistas, se indicará el área de la tesis

Se indicará con asteriscos en pie de página la institución donde labora o investiga el autor, con la dirección (código postal, ciudad, país y correo electrónico).

2.6. Resumen (abstract)

Debe ser redactado en español e inglés, de manera breve, precisa y clara, con un máximo de 250 palabras, pero no menor de 100 palabras. Sólo registrará la información que aparece en el texto.

2.7. Palabras claves (key words)

Se anotará de tres a diez palabras, en español e ingles, que indiquen los tópicos generales que comprende el trabajo, cuyo fin es servir de descriptores para bibliotecas.

2.8. Introducción

Deberá ser concisa y explicar claramente el objetivo, la originalidad, pertinencia y su relación con otros trabajos de materiales afines.

2.9. Material y método

Los materiales deberán ser descritos en forma concisa y precisa; igualmente los métodos deben ser breves y claros para facilitar la réplica del trabajo. Procedimientos y técnicas ya publicados deben ser citados. Evitar lista de materiales. La descripción del área de estudio debe ser descrita en esta sección, si es aplicable.

2.10. Resultados

Serán expuestos en una secuencia lógica, con ayuda de cuadros y figuras que, objetivamente, aclaren el texto o reemplacen, en forma concreta y directa, lo que podría expresarse en palabras. No deben ser una repetición de la sección Material y Método.
Asimismo, no deben incluirse figuras o gráficos cuyos datos se repiten en los cuadros. Si existe un análisis espacial, es necesario georreferenciar e incluir escalas, proyecciones y nombres (topónimos) que ayuden a su identificación.

2.11. Discusión y conclusión

Debe ser orientada a la interpretación de los resultados estableciendo relaciones causa-efecto y relación con principios, teorías y leyes. Se debe cerrar esta sección con las conclusiones o propuestas en el último o los últimos párrafos.

2.12. Agradecimiento

Este item es opcional. Deberá ser tan directo y breve como sea posible y cuando formalmente se justifique. Se citará sólo a los colaboradores que realmente ayudaron en la ejecución del trabajo.

2.13. Bibliografía

Será anotada la que se cite en el artículo. Se consignará por autores, en orden alfabético, y en orden cronológico cuando pertenece a un mismo autor (ver en anexo normas y ejemplos). Toda citación en el texto deberá estar en esta sección y viceversa.

2.14. Referencias bibliográficas citadas en el texto

Deben seguir la forma: autor, año. Si se cita dos o más obras de un autor de un mismo año. Si distinguirán añadiendo una letra minúscula al año, ésta corresponderá a la obra que se desea citar. Si se trata de más de dos autores, después del primer autor seguirá et al. K y el año entre paréntesis sin comas (Kalliola et al. 2000). Cuando se mencionen varios artículos del mismo autor, presentarlos cronológicamente (Kalliola 1999; 2001; 2003). En las citas con dos autores usar el símbolo & en vez del "y" en cualquier idioma (Kalliola & Beuzelle 2000).

2.15. Cuadros e ilustraciones

Deben ser incluidos en hojas separadas numeradas en arábigos. Su ubicación en el artículo debe ser mencionada en el mismo o con nota al margen. Los cuadros deben ser simples y los datos serán dispuestos de tal modo que el lector los entienda claramente sin recurrir al texto ni en las figuras. Los datos numéricos extensos pueden generalmente simplificarse mediante el uso de técnicas estadísticas adecuadas.

Las ilustraciones comprenden: dibujos, fotografías y gráficos. Los dibujos se harán con tinta china o similar en papel canson.

Las fotografías, con un buen contraste y resolución, se deben enviar las fotos originales.

Asimismo, se debe incluir el nombre de quién tomó la foto y a quien pertenecen los derechos de autor (Foto: Raúl Dávila Pinedo Universidad Nacional de Ucayali); también debe incluir el año, el lugar y una pequeña descripción del contenido.

Fotografía digital también es aceptable si tiene una resolución mínima de 3 mega píxeles (2048 X 1536 píxeles), incluyendo los mismos atributos descritos anteriormente.
El tipo de gráficos empleados deberán ser coherentes con la información que se intenta mostrar, por ejemplo, un gráfico circular muestra el tamaño proporcional de los elementos que conforman una serie de datos en función

Siempre mostrará una única serie de datos y es útil cuando se desea destacar un elemento significativo.
Además, los gráficos deberán en blanco y negro y contrastar con matices de grises y tramas.

**Normas y Ejemplos de Referencias Bibliográficas**

Artículos en Revistas

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul. 25; 347 (4): 284-7.

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002; 935 (1-2); 40-6.

Libros y otras monografías

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashy GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide (Australia): Adelaide University; 2001.

- Capítulo en libro

  Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In:Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: Mc Graw-Hill; 2002. P. 93-113.

- Informe Técnico o Científico

  Rusell ML, Goth-Goldstein R, Apte MG, Fish WJ. Method for measuring the size distribution of airborne Rhinovirus. Berkeley (CA): Lawrence Berkeley National Laboratory, Environmental Energy Technologies Division; 2002 Jan. Report N° LBNL 49574. Contract N° DEAC0376SF00098. Sponsored by the Department of energy.

Tesis

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans (thesis). Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Material Audiovisual

Chason KW, Sallustio S. Hospital preparedness for bioterrorism (videocassette). Secaucus (NJ): Network for Continuing Medical Education, 2002.

Material en Soporte Electrónico

- CD-ROM
  Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's Electronic Atlas of Hematology (CD-ROM). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

- Artículo de revista en Internet

  Abood S. Quality Improvement Initiative In Nursing Homes: The ANA acts in an Advisory Role. Am J. Nurs (Serial on the Internet). 2002 Jun. (Consultado 12 ago. 2002); 102 (6): (cerca 3 p.). Disponible en: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm.

- Monografía en Internet

  Foley KM, Gelband H. editors. Improving Palliative Care for Cancer (monograph on the internet). Washington: National Academy Press; 2001 (consultada 9 Jul. 2002). Disponible en: http://www.nap.edu/books/0309074029/html/.

- Sitio web

  Cancer-pain.org (página web en internet). New Cork: Association of Cancer Online Recources. Inc.

- Parte de una Homepage/Web site
  American Medical Association (página web en Internet). Chicago: The Association; c1995- 2005 (actualizada el 23 de agosto 2005) AMA Offi of Group Practice Liaison; (2 pantallas). Disponible en: http:www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736 html.

- Base de Datos en Internet
  Who' s Certified (base de datos en Internet). Evanston (IL): The American Borrad of Medica Specialista.c2000- (consultado 8 mar. 2001).Disponible en: http://www.abms.org/newsearch.asp.

Este Libro se terminó de imprimir en los
Talleres Graficos de Impresiones Full Color S.R.L.
Av. Yarina Nº 799 Telefax 59-6200
Yarinacocha - Pucallpa - Perú



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**
**VICE RECTORADO ACADÉMICO**
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN