



RESUMEN

MEJORAMIENTO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS HABITANTES DE LA PARROQUIA BOMBOIZA, MEDIANTE LA MODIFICACIÓN DE LOS HáBITOS NUTRICIONALES, 2002-2003.

El principal objetivo del presente estudio fue implementar un plan para desarrollar prácticas alimentarias saludables en la población de la parroquia Bomboiza. Se partió de una línea de base que demostró que la problemática nutricional del sector se relacionaba con los conocimientos, las actitudes y las prácticas alimentarias deficientes y poco saludables de la población.

La intervención hizo énfasis en la concienciación y la capacitación de la gente para modificar dichos conocimientos, actitudes y prácticas. No se logró desarrollar conciencia en un alto porcentaje de la población, pero sí a un mínimo porcentaje de la misma; quienes con los conocimientos adquiridos han tomado en serio la alimentación de sus familias y han emprendido el reto de modificar sus prácticas alimentarias y convertirlas en un patrón de conducta individual y familiar, convencidos de que con ello van a lograr mejorar el estado de salud y la calidad de vida.

ABSTRACT

The main objective of the present study was to implement a plan to develop practical alimentary healthy in the population of the parish Bomboiza. See left of a base line that it demonstrated that the nutritional problem of the sector was related with the knowledge, the attitudes and the population's faulty and not very healthy alimentary practices.

The intervention made emphasis in the understanding and people's training to modify this knowledge, attitudes and practical. It was possible to develop conscience in the population's minimum percentage and the studied population's great percentage who have taken the feeding of their families seriously with the acquired knowledge and they have undertaken the challenge of to modify their alimentary practices and to transform them into an individual and family, convinced behavior pattern that with they will achieve it to improve the state of health and the quality of life.



ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| RESPONSABILIDAD..... | I |
| DEDICATORIA..... | II |
| AGRADECIMIENTO..... | III |
| INDICE..... | IV |
| RESUMEN..... | VI |
| ABSTRACT..... | VI |
| | |
| CAPÍTULO I. | |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| I.1. JUSTIFICACIÓN..... | 8 |
| | |
| CAPÍTULO II. | |
| MARCO TEÓRICO..... | 10 |
| II.1. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD..... | 10 |
| II.1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS..... | 10 |
| II.1.2. CONCEPTO..... | 23 |
| II.1.3. LOS PRINCIPIOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD..... | 26 |
| II.1.4. PILARES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD..... | 26 |
| II.2. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES..... | 31 |
| II.2.1. IMPORTANCIA..... | 31 |
| II.2.2. CONCEPTO..... | 32 |
| II.2.3. FACTORES DECISIVOS DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES..... | 33 |
| II.3. NUTRICIÓN Y SALUD..... | 52 |
| II.3.1. GENERALIDADES..... | 52 |
| II.3.2. LOS GRUPOS DE ALIMENTOS..... | 53 |
| II.3.3. COMPOSICIÓN DE LOS ALIMENTOS..... | 56 |
| II.4. SALUD INTEGRAL..... | 64 |
| II.4.1. CONSTRUYENDO SALUD INTEGRAL DESDE LA COMUNIDAD..... | 64 |
| II.4.2. HACIA UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE LA SALUD..... | 66 |
| II.4.3. LA COMIDA: UNA VISIÓN HISTÓRICO-HOLÍSTICA..... | 68 |
| II.4.4. LA ESCUELA Y LA SALUD..... | 70 |
| | |
| CAPÍTULO III. | |
| OBJETIVOS..... | |
| III.1. OBJETIVO GENERAL..... | 72 |
| III.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 72 |
| | |
| CAPÍTULO IV. | |
| DISEÑO | |
| METODOLÓGICO..... | |
| IV.1. TIPO DE ESTUDIO..... | 73 |
| IV.2. UNIVERSO..... | 73 |
| IV.3. MUESTRA..... | 73 |
| IV.4. PLAN DE OBSERVACIÓN DE CAMPO..... | 73 |
| IV.4.1. ELABORACIÓN DE LA LÍNEA DE BASE SOBRE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS..... | 74 |
| IV.4.2. PLAN DE CAPACITACIÓN PARA LA MODIFICACIÓN DE | 75 |



| | |
|--|-------|
| PRACTICAS | |
| ALIMENTARIAS..... | 83 |
| IV.4.3. PLAN DE GESTION EN LA PARROQUIA..... | 85 |
| IV.4.4. PLAN DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION..... | 86 |
| CAPITULO V. | |
| RESULTADOS..... | |
| V.1. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS..... | 88 |
| V.1.1.RESULTADOS DE LA LINEA DE BASE..... | 88 |
| V.1.2. RESULTADOS DEL PLAN DE CAPACITACIÓN..... | 88 |
| V.1.3. RESULTADOS DEL PLAN DE GESTIÓN..... | 100 |
| V.1.4. RESULTADOS DEL PLAN DE EVALUACIÓN..... | 103 |
| V. 2. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN..... | 118 |
| CAPÍTULO VI. | 112 |
| ANÁLISIS Y DISCUSIÓN..... | |
| CAPÍTULO VII. | |
| CONCLUSIONES | Y 119 |
| RECOMENDACIONES..... | |
| VII.1.CONCLUSIONES..... | |
| VII.1.1. CAUSAS RELACIONADAS CON LOS CONOCIMIENTOS DE LA POBLACIÓN..... | 124 |
| VII.1.2. CAUSAS RELACIONADAS CON LAS ACTITUDES DE LA POBLACION..... | 124 |
| VII.1.3. CAUSAS RELACIONADAS CON PRÁCTICAS ALIMENTARIAS..... | 126 |
| VII.1.4. CRITERIO SOBRE LA MODIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN LAS FAMILIAS..... | 127 |
| VII.2. RECOMENDACIONES..... | |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 128 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 129 |
| ANEXOS | |
| ANEXO 1. FICHA FAMILIAR..... | 131 |
| ANEXO 2. FICHA DE CRECIMIENTO, INDICE DE MASA CORPORAL..... | |
| ANEXO 3. PLAN DE ELABORACION DE LA LINEA DE BASE..... | 134 |
| ANEXO 4. PLAN DE CAPACITACION PARA LA MODIFICACION DE PRACTICAS ALIMENTARIAS..... | |
| ANEXO 5. PLAN DE GESTION DE LA PARROQUIA..... | 138 |
| ANEXO 6. PLAN DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION..... | 140 |
| | 145 |
| | 154 |
| | 172 |
| | 173 |



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA**

**MEJORAMIENTO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS HABITANTES DE LA
PARROQUIA BOMBOIZA, MEDIANTE LA MODIFICACION DE LOS HÁBITOS
NUTRICIONALES, 2002-2003.**

Salud Pública.

Trabajo de Investigación previo a la obtención
del Título de Máster en

AUTOR:

Dr. Segundo Tenesaca Z.

DIRECTOR:

Dr. Jorge Luis García.

ASESOR:

Dr. Nicolás Campoverde.

CUENCA – ECUADOR
2003



Todos los criterios vertidos en el presente trabajo son de estricta responsabilidad del autor.

Con amor incondicional dedico este trabajo a quienes son la fuente de mi motivación y de inspiración para vivir

Norma Cecilia

Josselyne

Christian

GRACIAS a Dios, por prolongar mi vida hasta alcanzar esta nueva meta.

GRACIAS a la Universidad, por la oportunidad que me brindó para continuar mis estudios.

GRACIAS a quienes creyeron en mí:
Carmen, Nicolás, Jorge Luis, mi familia
y Dirigentes comunitarios de la parroquia Bomboiza.

VUESTRO APOYO GENERÓ ESTE TRABAJO.



CAPÍTULO I.

INTRODUCCIÓN

La Parroquia Bomboiza fue creada el 12 de abril de 1961 mediante Registro Oficial No. 187. Se halla ubicada al sur del cantón Gualaquiza, provincia Morona santiago. Tiene una extensión aproximada de 867 kilómetros cuadrados. Limita al norte con las parroquias Mercedes Molina y Tucumbatza, al sur con la parroquia Chuchumletza, al este con Perú y al oeste con las parroquias Nueva Tarqui y Yacuambi.

Tiene una población de 3720 habitantes, de los cuales 184 residen en la cabecera parroquial y 3536 en el resto del territorio, distribuidos en aproximadamente 27 comunidades. El 52,28 % son de sexo masculino y el 47,72 % son mujeres (INEC-Censo 2001).

La gran mayoría de los habitantes son de raza Shuar y ocupan casi la totalidad del territorio. Solamente en la cabecera parroquial los habitantes son de raza mestiza.

Bomboiza es una parroquia con un índice de analfabetismo del 17,78 %, muy superior al índice cantonal y provincial que oscilan entre el 6,91 % y 5,61 % respectivamente (INFOPLAN 1999).



Las tasas de incidencia y de severidad de la pobreza y la tasa de incidencia de la indigencia, son también muy superiores a las del cantón y de la provincia como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

CUADRO No. 1

INDICADORES SOCIALES DE LA PARROQUIA BOMBOIZA, 1999.

| CARACTERÍSTICA | PORCENTAJE | | |
|-----------------------------|------------|--------|-----------|
| | BOMBOIZA | CANTON | PROVINCIA |
| Incidencia de la pobreza | 80,60 | 48,74 | 47,96 |
| Severidad de la pobreza | 16,69 | 8,86 | 8,00 |
| Brecha de la pobreza | - | - | 32,62 |
| Severidad de la indigencia | - | - | 3,28 |
| Incidencia de la indigencia | 25,96 | 10,75 | 12,72 |
| Brecha de la indigencia | - | - | 7,55 |

Fuente: INFOPLAN 1999.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca

Las condiciones de infraestructura son muy deficientes. El sistema de agua es público y no recibe ningún tratamiento antes de distribuirse a la población del sector urbano. El resto de comunidades en mínima proporción cuentan con este servicio, la mayoría carece del mismo.

Tiene un total de 487 viviendas para 503 hogares, 45 en la cabecera parroquial y un promedio de 3,08 personas por cuarto, es decir, tiene un gran índice de hacinamiento (64,89 viviendas en la parroquia), lo que quiere decir que existen hogares que no poseen vivienda.

La mayoría de viviendas son tipo casa, con pisos de madera, paredes de madera y bloque, techos de árdex y/o teja, sin condiciones adecuadas de ventilación y de penetración de los rayos solares.

La población económicamente activa (PEA) es de 1015 en toda la parroquia. Los ingresos familiares provienen de diferentes fuentes como la



agricultura, la ganadería, trabajos asalariados como jornaleros, albañiles o comerciantes, con un ingreso mensual per cápita de aproximadamente cuarenta y cinco dólares.

Tiene servicios de electricidad y alcantarillado. Con abastecimiento de letrinas.

No cuenta con recolección pública ni intradomiciliaria de basuras, lo que nos hace deducir que el índice de contaminación de los espacios verdes de las casas y de los lotes vecinos es muy representativo.

La producción agropecuaria y ganadera de la zona se ha visto afectada por diferentes aspectos como la parcelación de las fincas, la baja fertilidad de los suelos por cultivos repetitivos que reduce cada vez más la productividad de los cultivos, el bajo costo de los productos en el mercado, especialmente el de la carne de res.

La disminución de la productividad conlleva la utilización de fertilizantes y pesticidas que contaminan el agua, el suelo, el aire y el medio ambiente, que finalmente van a deteriorar el estado de salud de los habitantes, lo que unido a la falta de medios de empleo incide en la decisión de los habitantes por dejar la zona y emigrar hacia otros lugares del cantón, de la provincia, del país o al exterior en busca de mejores oportunidades de trabajo y así garantizar la supervivencia y mejorar el nivel de vida de sus familias.

El deterioro del medio ambiente es evidente como consecuencia de la tala indiscriminada de los bosques naturales que han sido sustituidos por pastos, lo que conlleva una menor productividad de los suelos por reducción de la capa de humus, y una reducción del caudal de los ríos que arrastran cada vez más



desechos procedentes de los pueblos que se ubican en sus riberas y que no tienen ningún sistema de tratamiento de las aguas antes de devolverlos a los causes.

Los productos que más se cultivan en la zona son el maíz, los cítricos, algunas hortalizas, la yuca, el plátano, el cacao, los cuales son utilizados para autoconsumo en un porcentaje del 11 % y el 89 % lo destinan para la venta directa en el mercado del cantón o a intermediarios en la misma zona de producción, especialmente los cítricos.

Los agricultores no cultivan los productos en función de sus necesidades y de las preferencias del mercado, lo que hace que haya una indiferencia muy marcada con respecto al tipo de alimentación de la familia.

Con los recursos económicos obtenidos por la venta de los productos se abastecen de otros productos que los utilizan en la dieta familiar diaria: arroz, azúcar, granos secos, coles, harinas, aceite o manteca, enlatados, fideo, refrescos artificiales, carne y algunas frutas, lo que complementado con el plátano, algunos huevos, el quesillo, la yuca y las papas chinas constituyen la base de la alimentación diaria. Esto nos lleva a afirmar que la alimentación de los habitantes de la parroquia Bomboiza es preferentemente hidrocarbonada, pues el consumo de carne, leche, verduras y frutas se limitado a los fines de semana como una verdadera golosina.

Quizá este tipo de alimentación explique las tasas de prevalencia de la desnutrición crónica (talla/edad) del 42,92 en la parroquia y las tasas de prevalencia de desnutrición global (peso/edad) de 36,93, no muy superiores a las tasas existentes en el cantón y en la provincia que oscilan entre 40,87 y 38,81



para la crónica y, entre 33,54 y 31,06 para la global, respectivamente (INFOPLAN 1999); lo que nos hace pensar que el problema de la desnutrición no es local sino global: provincial, del país e internacional, pues los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dan también cuenta de niveles elevados de desnutrición en varios países del mundo.

Enfermedades como la cardiopatía, la hipertensión, la diabetes y el cáncer son actualmente las condiciones que afectan la salud de los adultos de varios países en el mundo, y el nuestro no se queda atrás; como tampoco se queda atrás la parroquia Bomboiza, donde existe una tendencia al incremento de estas enfermedades en los habitantes e inclusive ya han cobrado algunas vidas, mientras que enfermedades prevenibles son las causas de morbilidad y mortalidad en los menores de 15 años.

CUADRO No. 2.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LOS HABITANTES DE LA PARROQUIA BOMBOIZA, 2002.

| CAUSA DE MORBILIDAD | NUMERO | % |
|----------------------------------|--------|-------|
| Enfermedades gastrointestinales | 232 | 21,13 |
| Enfermedades respiratorias | 247 | 22,50 |
| Enfermedades del Tracto Urinario | 96 | 8,74 |
| Enfermedades bacterianas de piel | 104 | 9,47 |
| Enfermedades reumáticas | 84 | 7,65 |
| Micosis superficiales | 61 | 5,56 |
| Enfermedades metabólicas | 28 | 2,55 |
| Enfermedades cardíacas | 21 | 1,91 |
| Cáncer de útero y ovarios | 4 | 0,36 |
| Otras causas | 221 | 20,13 |



| | | |
|-------|------|--------|
| TOTAL | 1098 | 100,00 |
|-------|------|--------|

Fuente: Estadística del Área No. 2.
Elaboración: Dr. Segundo Tenesaca

La mortalidad se produce también por causas prevenibles. Son los problemas respiratorios los que afectan con mayor frecuencia a los habitantes de la parroquia, lo que podría deberse a los cambios bruscos de temperatura, propios de la zona debido a su clima tropical húmedo.

Una de las patologías que figura como causa de mortalidad en la parroquia constituye la desnutrición, lo que estaría relacionado con los índices de pobreza e indigencia expuestos anteriormente.

CUADRO No. 3.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LOS HABITANTES DE LA PARROQUIA BOMBOIZA, PERIODO 1999 – 2002.

| CAUSAS DE MUERTE | NUMERO | % |
|----------------------------------|-----------|---------------|
| Paro cardiorrespiratorio | 5 | 18,52 |
| Insuficiencia respiratoria aguda | 4 | 14,81 |
| Desnutrición | 3 | 11,11 |
| Shock Hipovolémico | 2 | 7,41 |
| Asma bronquial | 3 | 11,11 |
| Cirrosis hepática | 2 | 7,41 |
| Envenenamiento | 1 | 3,70 |
| Insuficiencia cardíaca | 1 | 3,70 |
| Cáncer de útero | 1 | 3,70 |
| Otras causas | 5 | 18,52 |
| TOTAL | 27 | 100,00 |

Fuente: Registro Civil Bpmboiza.
Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

Pero el estado nutricional constituye el efecto de muchos otros factores que están condicionándolo. Así: aspectos relacionados con los conocimientos de los pobladores sobre la alimentación, los grupos alimentarios, el contenido nutricional de los productos, las funciones de los nutrientes en el cuerpo, las formas



saludables de preparar y consumir los alimentos para lograr una dieta equilibrada y sana, constituyen a su vez el efecto de aspectos relacionados con los servicios de salud, la falta de control sanitario, la participación de la gente, etc., y que pueden resumirse en:

- No conoce los productos necesarios para una alimentación adecuada.
- Desconoce el contenido de los productos alimenticios.
- No tiene dinero suficiente para comprar los alimentos.
- No hay algunos alimentos en el lugar y hay que comprarlos fuera.
- No se sabe cómo se deben preparar los alimentos.
- Los productos que se cultivan se venden.
- El personal de salud no capacita sobre el tema.
- En la escuela no se enseña sobre alimentación.
- Existe despreocupación por parte de los padres.
- No hay programas de capacitación sobre nutrición en los medios de comunicación.

Algunas actitudes propias de la gente que partiendo desde la prioridad de lo mejor para el jefe de la familia, la poca o ninguna importancia que la gente le da a la alimentación familiar, hacen que el acto de alimentarse no sea planificado y se constituya en una obligación para la madre que prepara los alimentos y en una acción para saciar el hambre, más no para reponer energías ni contribuir al bienestar de los miembros de la familia.

Prácticas alimentarias como las relacionadas con el tipo de productos que cultivan, los productos que adquieren y los alimentos que consumen, las formas de preparación y de consumo de los alimentos, han permitido determinar que la



alimentación de los habitantes de la parroquia Bomboiza es poco saludable o no saludable.

Lo señalado ha permitido clasificar a los encuestados en etapas relacionadas con la predisposición a la modificación de las prácticas alimentarias en la familia, encontrándose que la mayoría se halla conforme con su forma de alimentarse y que no pretende modificar su patrón de conducta frente a la alimentación (fase de preconsideración) y, otros prefieren mantener una posición expectante, condicionada a que otro experimente primero (fase de consideración) o recibir la capacitación para comenzar a modificar sus práctica (fase de preparación).

La problemática de la alimentación en la parroquia Bomboiza es, entonces, de conocimientos, de actitudes y de prácticas de los habitantes y, por qué no decirlo, también de los servicios de salud. Esta problemática se pretende abordar en el presente estudio bajo la aplicación de las estrategias de la Promoción de la Salud, de manera específica de los Estilos de Vida Saludables, con énfasis en la concienciación y la capacitación de los habitantes para lograr la modificación de sus prácticas alimentarias y elevar su nivel de vida.

I.1. JUSTIFICACIÓN

Cada vez está más reconocido que el estudio de los procesos de desarrollar y mantener hábitos saludables es tan importante como los efectos de estos hábitos en la salud.



Existe poca o ninguna investigación que parta de la aplicación de las estrategias de la promoción de la Salud en la parroquia y en la provincia. El presente estudio parte de referencias internacionales que dan cuenta de que intervenciones en los cinco ejes de la Promoción de la Salud, particularmente en los Estilos de vida como el cambio en la dieta, contribuyen a prevenir enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Evidentemente, una disminución en el consumo total de grasas ha sido recomendada para reducir el riesgo de enfermedades crónicas. Algún estudio reciente estima que "...entre un 30 % y un 40 % de todos los casos de cáncer son prevenibles mediante regímenes alimentarios posibles y apropiados, especialmente el consumo de cantidades sustanciales y variadas de frutas y legumbres y por la actividad física y el mantenimiento del peso corporal apropiado. Los estudios también indican un efecto protector de las frutas y legumbres que puede ser atribuible a múltiples factores incluso una variedad de antioxidantes y compuestos anticancerígenos" ¹

El tema de estudio pretende abordar un problema social que es común en la mayoría de los pueblos del cantón Gualaquiza y de la provincia Morona Santiago. Intenta explicar las causas que conducen a las prácticas inadecuadas de alimentación y que están traduciéndose en un alto índice de desnutrición y de otras enfermedades en la población de la parroquia Bomboiza.

La Promoción de la Salud nos brinda estrategias para combatir estas causas de base de la problemática de la parroquia Bomboiza. El desarrollo de

¹ OMS.OPS. "Análisis por género del comportamiento alimentario y el ejercicio físico en el Caribe", La Habana, Instituto de Alimentos y Nutrición del Caribe, 2000, Pág. 2.



Estilos de Vida Saludables, que hace referencia a la manera de vivir y actuar, de trabajar, alimentarse, vestirse, descansar, ejercitarse, etc., y que se expresan en conductas individuales pero que tienen base cultural, política, social y económica, constituye el propósito de la presente investigación.

Se ha propuesto que la modificación de los conocimientos, de las actitudes y de las prácticas alimentarias en los habitantes de la parroquia Bomboiza, a través de la capacitación y concienciación de su problemática, contribuirá a modificar la situación de salud de la localidad y elevar el nivel de vida de los habitantes.

Lograr modificar el criterio de los habitantes respecto a su disponibilidad para modificar sus prácticas alimentarias será el reto del presente estudio, ya que modificar las prácticas en su totalidad y por ende la problemática de salud de la parroquia constituye un proceso lento y progresivo, posible de lograrlo con la intervención de todos los actores sociales de la parroquia y del cantón, pero fundamentalmente de la gente que tiene que apropiarse de los conocimientos y llevarlos a la práctica efectiva.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO.

II.1. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

II.1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.



El valor y la concepción dada a la salud son diferentes en cada sociedad, lo que es necesario conocer para comprender la historia de la Salud Pública. Este valor ha sido influenciado por las ideologías y corrientes del pensamiento que han aparecido en el mundo a lo largo del tiempo en relación a la concepción de la salud.

El presente artículo intenta recopilar algunas de estas corrientes, sobre todo aquellas que promulgan acciones positivas de carácter integral, necesarias para alcanzar un óptimo nivel de salud y una mejor calidad de vida de las poblaciones.

II.1.1.1. El pensamiento primitivo.

Interpreta los fenómenos naturales como debidos a la intervención directa de fuerzas sobrenaturales, y como lo sobrenatural se vincula estrechamente a la acción de un Dios, la concepción primitiva se relaciona con la acción directa de lo religioso.

Mas, como los dioses no eran solamente cósmicos, nacen creencias y prácticas orientadas a evitar la enfermedad; así se hacen características las prácticas de rezos, oraciones y hechizos, así como el uso de amuletos y talismanes; por lo que estas intervenciones son consideradas por algunos autores como medidas promocionales y preventivas.

II.1.1.2. Los judíos: pioneros de la promoción de la salud.

Las referencias de la Biblia en cuanto a la instauración del día de reposo y la recomendación a los soldados de llevar entre sus armas una estaca para cavar un hoyo y luego cubrir el excremento, y que luego se transformaron en normas y



prácticas cotidianas entre soldados y familiares, han hecho pensar y reconocer a los judíos como los pioneros en acciones de Promoción de la Salud en el mundo.

II.1.1.3. El pensamiento griego.

Homero, Platón e Hipócrates resaltaron la importancia de llevar una vida sana, lo que se constituiría en fuente de riqueza y para lograr una larga vida. La vida dependería de un equilibrio entre higiene y la moderación en el vivir (estilos de vida), dos pilares fundamentales en que se basa la Promoción de la Salud en nuestros días.

Sin embargo, las prácticas de salud griegas fueron elitistas, pues eran los aristócratas ricos quienes podían y tenían la capacidad para dedicarse al cultivo del cuerpo y al placer de la vida; fenómeno que ha perdurado hasta la actualidad, puesto que la salud de los habitantes está en íntima relación con su situación económica y social, constituyéndose en uno de los determinantes fundamentales de la salud de los pueblos.

II.1.1.4. El pensamiento romano.

Galeno, fue el primero en hablar de la “libertad de pasión e independencia económica”, como prerequisites para obtener salud. Es quizá una alusión a los mecanismos de descentralización implementados por los gobiernos en la actualidad, ya que no es posible alcanzar un adecuado nivel de salud sin independencia completa.

Las grandes contribuciones de los griegos fueron, por un lado, el sistema sanitario y las conducciones de agua, y por otro, la institucionalización de los



hospitales y clínicas dentro del sector público; sistemas que sucumbieron a la arremetida voraz de los mecanismos de corrupción moral y política que no desaparecieron con la caída del imperio, como no han desaparecido también en los países como el nuestro, a pesar de la caída de múltiples gobiernos, sino más bien, se han fortalecido y constituyen amenazas permanentes para la equidad y la justicia social en el procedimiento de hacer salud.

Ateneo integra a la concepción de la salud los componentes físico, mental y social “... a los niños pequeños que han sufrido falta de alimentos, debe permitírseles vivir confortablemente y jugar...deben dejarlo en paz... darles alimentos en moderada cantidad... y a los seis o siete años de edad, niños y niñas deben encargarse a maestros gentiles y humanos”²

II.1.1.5. El pensamiento cristiano y árabe.

Los principios de Galeno e Hipócrates se recogieron en tratados que constituyeron normas y otros reglamentos; instaurándose de este modo la higiene colectiva.

Destacaron entre aquellos el llamado “Regimen sanitatis Salernitatum”, una especie de manual de medicina doméstica, donde se resaltaba la importancia de la alimentación y el valor nutritivo del queso, la leche y las nueces; mientras que Maimónides, en su obra “Sobre las causas y naturaleza de la Enfermedad” menciona la relación entre la salud física y mental y destaca la importancia del aire libre para conservar la salud.

² Helena Restrepo, Hernán Málaga, “Promoción de la salud: cómo construir vida saludable”, pág. 18.



De los musulmanes se puede rescatar la concepción de sus hospitales, que contaban con bibliotecas, patios para lecturas, jardines, narradores de cuentos para los enfermos y las serenatas para lograr que los pacientes concilien el sueño, en una clara alusión a la reorientación de los servicios de salud, uno de los principios básicos de la promoción de la salud en la actualidad.

Lo más relevante en relación a la promoción de la salud en esta época fue “la política de subsidios a los enfermos hospitalizados, a quienes se les daba una cantidad de dinero suficiente para sostenerse hasta que estuvieran listos para reanudar su trabajo”³

En lo que se refiere a la Higiene y Salud Pública, surgió en concepto de cuarentena, como medida de protección de la salud a nivel comunitario, que se sigue aplicando hasta la actualidad para evitar la expansión de epidemias.

II.1.1.6. El pensamiento renacentista.

En la historia de la Salud Pública, Fracastoro, se interesa por las enfermedades epidémicas y los mecanismos de transmisión de las mismas, por lo que se le considera el primer epidemiólogo.

El descubrimiento de América conllevó además del choque cultural, el intercambio de conocimientos respecto a la concepción de salud entre europeos e indígenas, y el intercambio de patologías, muchas de las cuales diezmaron las poblaciones en los dos grupos.

³ Idem. Pág. 17



Pero además, trajo consigo la implantación de conductas dañinas como son el uso del cigarrillo y bebidas alcohólicas, lo que se mantiene hasta la actualidad, a vista y paciencia de quienes están llamados a regular la promoción, expendio y consumo de las mismas; lo que ha hecho que estas sustancias, especialmente el alcoholismo, se haya convertido en una enfermedad que ya ha cobrado muchas vidas y destruido muchos hogares en las comunidades.

II.1.1.7. El pensamiento de los siglos XVII Y XVIII.

En el siglo XVII los avances médicos superan a los relacionados con la Promoción de la Salud. El descubrimiento del microscopio determina el reconocimiento de los seres vivos como causantes de la enfermedad, sentándose así las bases de la bacteriología y de la microbiología.

En el siglo XVIII ocurren cambios trascendentales. En primer lugar, se realizó la importancia de la salud física y mental para el individuo y la sociedad. En segundo lugar, se realizó una gran promoción de éstas, bajo dos corrientes: la una autoritaria y absolutista, que determinaba el papel del Estado en la protección de la salud, a través de leyes y regulaciones policíacas. Su principal defensor fue Johann Peter Frank en Alemania, quien además escribió algunas obras en las que se refirió a las causas sociales de las enfermedades, e incluso sobre la influencia del teatro en la salud de los pueblos.

Otra corriente se centró en el individuo. Su defensor fue Jean Jacques Rousseau. Hace referencia a los actos de corrupción que propicia el Estado y propone al individuo como el único capaz de cambiar su situación, a pesar de no tener los conocimientos necesarios. De allí que la educación se constituyó en la panacea, y a través de ella se realizaron programas de salud física y mental.



Una de las obras más representativas de la época constituyó el Catecismo de la Salud, escrito por Bernhard Christoph Faust, médico alemán, publicado en 1794, escrito para estudiantes, padres de familia y maestros, del que podemos rescatar la visión social integral y la referencia al entorno medio ambiental de la salud resumido en lo siguiente cláusula:

P44.- “¿Por qué medios particulares puede un cuerpo fuerte y saludable ser afectado o

deteriorado?

R. Por una mala educación; por una corrupta forma de vida; por intemperancia en el

comer y beber; por alimentos nocivos, y licores espirituosos; por respirar aire

dañino; por molestias ocasionadas por excesivo ejercicio o por inactividad; por

calores y fríos excesivos; por aflicción, penas, sufrimientos y miseria, y por muchas

otras condiciones el cuerpo puede ser dañado y cargarse de enfermedad”⁴

II.1.1.8. El pensamiento en el siglo XIX.

En el campo de la Promoción de la Salud, en este periodo se establece un vínculo muy estrecho entre la filosofía y la salud. Jeremy Bentham, estudiante de leyes puntualizó en la necesidad de contar con una legislación sanitaria.

⁴ Helena Restrepo, Hernán Málaga, “Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable”, Colombia, Editorial Médica Panamericana, 2001, Pág. 20.



Edwin Chadwick se colocó entre los pioneros de la Salud Pública inglesa y contribuyó al mejoramiento de las condiciones sanitarias de las ciudades, lo que hace que sea considerado como un visionario de las ciudades saludables, una de las estrategias de la Promoción de la Salud de la actualidad.

El mayor representante de la época fue Rudolf Virchow, patólogo alemán, quien se convirtió en uno de los más célebres “salubristas- políticos” de la historia. Entre sus recomendaciones figuraba la “completa e iluminada democracia, o educación, libertad y prosperidad”; lo que constituye un pronunciamiento sobre una medicina social, al considerar que las causas de las enfermedades y epidemias se encontraban en las condiciones inadecuadas de vida en la gente pobre.

Virchow formó un movimiento de reforma de la medicina y fundó un periódico llamado “Reforma Médica” a través del cual defendía el derecho a una verdadera salud pública ejercida por el Estado para garantizar la atención a los más necesitados. Probablemente por no contar con el respaldo de la gente, su obra fracasó.

Otro personaje importante en este periodo fue William H. Duncan, quien lideró un movimiento de mejora de estándares de vida centrado en el cambio ambiental. Es considerado el precursor de las ciudades sanas en Europa, por cuanto fue quien destacó la importancia de la integralidad e intersectorialidad en las acciones de salud.

II.1.1.9. El pensamiento del siglo pasado.



Henry Sigerist, consideró cuatro funciones de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación. Fue el primero en utilizar el término Promoción de la Salud, refiriéndose con el mismo a las acciones basadas en la educación sanitaria por un lado, y por otro, a la acción del Estado para mejorar las condiciones de vida. Propuso un programa de salud con los siguientes aspectos:

1. “Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud.
2. Mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente.
3. Mejores medios de recreación y descanso.
4. Un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado.
5. Centros médicos de investigación y capacitación”⁵

Sigerist se lleva el mérito de ser considerado el precursor de las “Escuelas saludables”, pues entre otras cosas manifestaría: “la escuela es una de las instituciones más importantes de la salud pública”, mirándose una clara renovación de los principios y la construcción teórico-práctica de la Promoción de la salud.

Por otro lado, Thomas Mckeown centra sus intervenciones en los determinantes de la salud. Demostró que la reducción de la mortalidad en Inglaterra después de 1840, no se debió a la acción médica sino al mejoramiento

⁵ Ibidem. Pág. 22



de la situación económica, a una mejor nutrición y a los cambios de los niveles de vida.

II.1.1.10. El pensamiento actual.

A partir de la década de los 70 el tema de la Promoción de la salud ha recibido gran atención. Diferentes sectores se han pronunciado en relación con su concepción e importancia en las estrategias de salud y han elaborado y difundido declaraciones, de las cuales la más importante es la Carta de Ottawa y otros documentos dedicados total o parcialmente a la promoción de la salud.

II.1.1.10.1. *La conferencia y la carta de Ottawa.*

La Conferencia se llevó a cabo del 17 al 21 de noviembre de 1986 y constituyó el Primer Evento Internacional sobre Promoción de la Salud. Surgió como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en el mundo.

En su primer párrafo la carta declara que:

“La Promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social un individuo o



grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” 6

La salud se percibe no como un objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se da paso a un concepto positivo, dinámico, que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

La Conferencia terminó en una declaración conjunta de todos los asistentes a la misma, y se definió en cinco grandes áreas que constituyeron la CARTA DE OTTAWA a saber:

1. “Construir Políticas Públicas Saludables.
2. Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos. Políticos, culturales).
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida)”
5. Reorientar los servicios de salud” 7

II.1.1.10.2. La conferencia de Adelaide.

Fue convocada en Adelaide, Australia, en 1988. Se deliberó sobre la Formulación de Políticas Públicas que promuevan la salud, delineándose cuatro áreas para ser introducidas de inmediato en diversos niveles de gobierno:

- “Apoyar la salud de las mujeres.

⁶ Miguel Márquez, et al, “Promoción de la Salud: nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública”, Pág. 11.

⁷ Helena Restrepo, Hernán Málaga, Opcit. Pág. 26.



- Permitir que las personas tengan acceso a la alimentación y a la nutrición saludable.
- Reducir el cultivo de tabaco y la producción, comercialización y consumo de alcohol.
- Crear ambientes de apoyo” 8

II.1.1.10.3. Un “llamado a la acción”.

En 1989 un grupo de trabajo sobre Promoción de la Salud en los países en desarrollo, convocado en Ginebra, hizo un “llamado a la acción”, que hizo énfasis en:

1. “Generación de acciones sociales y políticas para la salud.
2. Fomento de las políticas públicas de apoyo a la salud y el aumento de las alianzas con todos los sectores de la sociedad.
3. Identificación de estrategias de base para capacitar y facultar a la gente.
4. Fortalecimiento de las capacidades nacionales así como la voluntad política para la promoción de la salud y la participación comunitaria en el desarrollo de la salud” 9

II.1.1.10.4. la conferencia de Sundsvall-Suecia, 1991.

El tema de discusión fue Ambientes favorables para la salud. Destacó la interdependencia entre la salud y el medioambiente en sus dimensiones físicas, culturales, económicas, sociales y políticas.

⁸ Miguel Márquez et al., Opcit. Pág. 12.

⁹ Idem., Pág. 13.



II.1.1.10.5. La conferencia y declaración de Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1992.

Tuvo como tema la Promoción de la salud y la Equidad. Destacó la relación entre salud y desarrollo y la necesidad de solidaridad e igualdad social para su logro. Identifica la participación popular en la modificación de la salud y en las condiciones de vida mediante la creación de una cultura para la salud, como un componente vital de su promoción.

Determinó que la información y la educación son fundamentales para modificar los estilos de vida de las comunidades, mediante la adopción y cultivo de valores llevados a la práctica cotidiana.

II.1.1.10.6. Conferencia y carta de Trinidad y Tobago, 1993.

La Promoción de la Salud en el Caribe de habla inglesa fue el tema propuesto. Destacó la importancia de la coordinación intersectorial e interinstitucional para la ejecución de acciones de salud y reconoció a la equidad como el aspecto central cuando se tomen decisiones en salud.

II.1.1.10.7. Conferencia y declaración de Jokarta, 1997.

Es considerada la Segunda Conferencia Internacional sobre promoción de la Salud después de Ottawa. Planteó la necesidad de continuar luchando contra la pobreza y los determinantes de la salud y destacó la necesidad de conformar alianzas estratégicas con la participación del sector público y privado, con lo que se empieza a pensar en un sistema único de salud.



II.1.1.10.8. V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, 2000.

El tema fue “Hacia una mayor equidad”. Introdujo los conceptos de justicia y equidad como relevantes para lograr mejorar la salud y la calidad de vida de la población de las comunidades.

Equidad entendida como “la distribución racional de los beneficios, que permite focalizar a quienes tienen mayores necesidades, cuentan con menos recursos, se encuentran en condiciones socioeconómicas desfavorables y están expuestos a mayores riesgos de enfermedad”¹⁰

II.1.1.10.9. Asamblea Mundial de la salud de los pueblos y la declaración para la salud de

los pueblos. Bangladesh, 2000.

Abordó ampliamente los determinantes de la salud: económicos, sociales y políticos, ambientales, guerra, violencia y conflicto.

“La equidad, el desarrollo ecológicamente sostenible y la paz son los ejes centrales de la declaración, la cual se construyó sobre perspectivas de gente cuyas voces raras veces o casi nunca han sido escuchadas antes. Hizo un llamado a los pueblos del mundo a:

“Apoyar todos los intentos por implementar el derecho a la salud.

¹⁰ OPS.OMS. “Planificación Local Participativa”, Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe, Pág. 206.



Exigir que los gobiernos y organizaciones internacionales reformulen, implementen y cumplan con las políticas y prácticas que respeten el derecho a la salud.

Construir movimientos populares de amplia base para presionar a los gobiernos a incorporar la salud y los derechos humanos en sus constituciones nacionales y su legislación.

Luchar contra la explotación de las necesidades de salud de los pueblos”

11

La salud es considerada como un asunto social, económico y político, pero sobre todo como un derecho humano fundamental.

Los principios de la Declaración de la Salud de los Pueblos son:

“El logro del más alto nivel de salud y bienestar es un derecho humano fundamental, sin importar el color de la persona, su etnia, religión, género, edad, habilidades, orientación sexual o clase.

Los Principios de una Atención Primaria en Salud (APS) universal e incluyente –concebidos en la Declaración de Alma Ata de 1978- deberían ser la base para formular las políticas relacionadas con la salud. Ahora más que nunca se requiere de un enfoque equitativo, participativo e intersectorial.

Los gobiernos tienen la responsabilidad fundamental de garantizar el acceso a una atención en salud de buena calidad, educación y otros servicios

¹¹ Consejo Internacional de Salud de los Pueblos, “Declaración para la Salud de los Pueblos: Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos, Págs. 3 y 6.



sociales de acuerdo a las necesidades de la población, no a su capacidad de pago.

La participación de la población y de las organizaciones populares es esencial para la formulación, implementación y evaluación de todas las políticas y programas sociales y de salud.

La salud es determinada primordialmente por el ambiente político, económico, social y físico y debe ser de alta prioridad al elaborarse las políticas locales, nacionales e internacionales, junto con los temas de equidad y desarrollo sostenible.

Para combatir la crisis mundial de salud, se necesita emprender acciones a todos los niveles –del individuo, de la comunidad, nacional, regional y mundial- y en todos los sectores” 12

II.1.2. CONCEPTO.

No se tiene un concepto claro de lo que es la Promoción de la Salud. Para unos es una ciencia, para otros representa una disciplina, y hay quienes plantean que es una política o un programa.

A menudo se ha reducido el concepto de Promoción de la Salud a educación para la salud. La educación para la Salud es un recurso del que se vale la promoción para sus intervenciones. La Promoción de la salud es un concepto más amplio.

¹² Ibidem, Pág. 5.



El papel de la promoción de la salud ha sido también muy discutido. Hay quienes la asocian a estilos de vida, dejando la protección de la población de los riesgos ambientales al campo de la prevención de la enfermedad. Hoy en día, se tiene definido estos conceptos, la Promoción de la salud hace referencia a la ganancia de bienestar como un todo, es un concepto positivo, holístico, integral, que no se preocupa por una enfermedad específica, sino por ganar en salud estando sano. La prevención por su parte alude a medidas específicas para evitar enfermedades y daños específicos.

La dimensión de la promoción de la salud tiene dos corrientes: una que prioriza la acción individual para generar cambios en el comportamiento o estilos de vida; y otra que involucra más actores y defiende la acción socio-política.

La Promoción de la Salud abarca gran cantidad de disciplinas dentro de su campo teórico y práctico, así se relaciona con la Economía, la Filosofía, la Psicología, la Educación, Política Social. Sociología, Epidemiología, Comunicación, Mercadeo social; razón por la cual al momento se habla de un movimiento social, multidisciplinario e intersectorial.

La Promoción de la Salud no puede seguirse circunscribiendo al simple discurso de los funcionarios de la salud, sino que debe dirigir su acción a espacios locales, llámense Tenencias Políticas, Juntas Parroquiales, líderes políticos, líderes o dirigentes comunitarios, organizaciones comunitarias, empresas privadas, organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, y sobre todo, a mi manera de ver, debe actuar en el espacio-población local más pequeño, como es la vivienda y la familia, para luego proyectarse hacia el barrio, la parroquia, el



cantón, la provincia, el país, siempre con el compromiso de lograr una sociedad más productiva, más justa y equitativa.

En este contexto, la Promoción de la Salud “es concebida como la suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” ¹³

La Promoción de la Salud debe ir más allá del concepto de medicina social, esto es, incorporar el concepto de ser humano como sujeto dejando atrás las ideas de individuo y objeto; abandonar el papel de experto que entrega instrucciones y recomendaciones, y reemplazarlo por el de cooperante que brinda información, conocimientos y herramientas a los otros sectores y las comunidades para realizar acciones conjuntas, lo que significa entregar autonomía y poder a otros, y reconocer en el otro un actor activo que también aporta y con el cual se negocia y llega a consensos.

La estrategia de la promoción de la salud reúne condiciones que justifican y aconsejan su implementación:

- Permite lograr mayor salud y bienestar.
- Incorpora el concepto de salud positiva, no solo como ausencia de enfermedad, sino como acción cotidiana para la vida.
- Reconoce el componente socio-ecológico de la salud.
- Reconoce a la persona como sujeto con derechos y deberes, y al usuario como centro del quehacer del sector salud.

¹³ OPS.,OMS., “Planificación local participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América latina y el Caribe”, Pág. 17.



- Enfrenta a las patologías prevalentes desde sus condicionantes básicos.
- Presenta una alternativa a la crisis organizacional, financiera y sobre todo de impacto, que viven los sistemas de salud en la actualidad.
- Reconoce la participación social y hace posible la reorientación de los servicios de salud, en función de políticas públicas que incorporen la salud, bienestar y calidad de vida como ejes centrales.

II.1.3. LOS PRINCIPIOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Según Ashton las experiencias de actividades en esta área desde 1974 han ayudado a definir cinco principios de promoción de la salud:

1. La Promoción de la salud se ocupa de la población en los aspectos de su vida cotidiana y no se restringe a las personas que están en riesgo de enfermedades específicas y en contacto con los servicios médicos.
2. La Promoción de la salud debe dirigirse a actuar sobre las causas básicas de las pérdidas de la salud (factores determinantes).
3. La promoción de la salud utiliza pocos enfoques combinados para mejorar la salud incluidos educación, información, desarrollo y organización comunitarios y acciones legales y de defensa de la salud.
4. La promoción de la salud depende especialmente de la participación del público.
5. Los profesionales de la salud tienen un papel importantísimo colaborando y permitiendo el desarrollo de la promoción de la salud.

II.1.4. PILARES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Cinco son los campos sobre los cuales se basa la acción de la Promoción de la Salud. Estos fueron definidos en la Carta de Ottawa en 1986 y se refieren a:



1. Construcción de Políticas Públicas Saludables.
2. Crear entornos saludables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
3. Fortalecimiento de la acción comunitaria.
4. Desarrollar actitudes y aptitudes personales (estilos de vida).
5. Reorientación de los servicios de salud.

II.1.4.1. Construcción de Políticas Públicas Saludables.

Consiste en contar con leyes, normas, reglamentos, sugerencias, orientadas a crear conciencia social sobre las grandes inequidades y los factores condicionantes de la salud, de modo que las recomendaciones que allí se planteen se transformen en la práctica en normas de conducta que rijan nuestro accionar cotidiano.

Estas Políticas Públicas Saludables deben trabajarse, formularse e implantarse en los niveles locales, debido a que es en estos espacios los ciudadanos están más cerca de los gobernantes o líderes comunitarios, e incluso los líderes comunitarios y gobernantes son parte de dicha comunidad y están sintiendo a diario los impactos de no contar con políticas públicas saludables. Sin embargo, esto no implica descartar las políticas nacionales, muchas de las cuales existen solamente en los registros oficiales, o en el discurso de los políticos de turno; implica crearlas en función de las necesidades de las comunidades, lo que garantiza su responsabilidad y compromiso para cumplirlas y hacerlas cumplir.

II.1.4.2. Crear entornos saludables.



Hace referencia a la creación o al mejoramiento de ambientes físicos, sociales, culturales, económicos, etc., para potenciar al máximo la salud e incrementar el nivel de la calidad de vida de la gente. Se refiere también a los microambientes: lugares de trabajo, escuelas, colegios, universidades, guarderías, medios de transporte, viviendas, sitios de recreación, etc.

Estos ambientes deben ser favorables para la promoción de la salud. Debe iniciarse por la vivienda, que es el sitio en el cual vivimos y desarrollamos nuestras acciones, convirtiéndola en un lugar digno y confortable –una vivienda saludable- que se convierta en ejemplo práctico para las demás viviendas, para el barrio y la parroquia.

II.1.4.3. Fortalecimiento de la acción comunitaria.

La participación ciudadana constituye un eje fundamental para la Promoción de la Salud. Conlleva la colaboración ciudadana (grupos comunitarios, organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de todos los niveles) en actividades de cuidado de la salud, la extensión de coberturas y servicios propios del sector, como la formación de promotores u otros agentes comunitarios, así como también en la identificación de necesidades y problemas

La participación comunitaria es un eje del desarrollo y de la promoción de la salud ya que reconoce en la práctica la participación de otros sectores y actores, pues la salud se logra solamente con la acción conjunta de todos los miembros de una sociedad.

Se habla, entonces, de una participación ciudadana, no en el sentido restrictivo de asistir a reuniones, sino una participación en la acción, una



participación en el sentido de apropiarse de los conocimientos que adquiere (empoderamiento) y de llevarlos a la práctica, convirtiéndolos en patrones de conducta individual y colectiva, y con ello contribuir al mejoramiento de la salud y de la calidad de vida de la comunidad.

La participación social, como lo manifiesta la OPS y OMS, se relaciona también con la construcción de capacidades en la comunidad, la capacidad de analizar y priorizar sus necesidades, formular y negociar sus propuestas; la capacidad de aprender nuevas formas de manejar conflictos, de construir alianzas y establecer consensos.

La participación social implica también el respeto a la cultura y la historia; desarrollar principios de solidaridad, compartir experiencias y saberes; el fortalecimiento de lo local y de las formas democráticas de gobierno; y sobre todo, el desarrollo de acciones de salud que tengan como base los principios de equidad, corresponsabilidad y la justicia social.

II.1.4.4. Desarrollo de actitudes y aptitudes personales.

Es uno de los campos en los que más se ha actuado ya que tiene relación con acciones de educación para la salud. Tiende a relacionarse con el concepto de Estilos de Vida Saludables, término que se utiliza para referirse a la manera de vivir y actuar, de trabajar, alimentarse, vestirse, descansar, ejercitarse, etc.

Los estilos de vida se expresan en conductas individuales pero que tienen base cultural, política, social y económica. Se relacionan con ejercicio físico, dieta sana y ausencia de consumo de sustancias dañinas; con actitudes y prácticas



tales como: tolerancia, solidaridad, respeto por los derechos humanos y diferencias, participación, etc.

Los estilos de vida incluyen “diversos factores que inciden en ellos: pleno empleo e ingresos adecuados para la familia, condiciones favorables de trabajo, buena nutrición, vivienda apropiada, protección del medio ambiente y control de las diversas fuentes de contaminación, acceso a la educación, oportunidades para el descanso, recreación y desarrollo cultural; participación de la comunidad en las actividades y decisiones que afectan su vida, disminución de los factores de stress y violencia, etc.”¹⁴

II.1.4.5. Reorientación de los Servicios de Salud.

La orientación de los servicios de salud ha sido y sigue siendo vertical, con programas que son impuestos a las unidades operativas, con dos tipos de actores principales: los sujetos y los objetos de la investigación. Los sujetos están representados por las autoridades y por los servidores de la salud, mientras que los objetos de estudio constituyen los miembros de la comunidad o usuarios de los servicios.

Esta orientación de los servicios de salud tiene mucha relación con el criterio mecanicista de ver la salud y la enfermedad, en lo que arrastramos desde la época de Descartes, quien fraccionó al ser humano en cuerpo y mente, y fue quien condujo a los médicos a concentrar su acción en la máquina del cuerpo, dejando de lado los factores condicionantes de la salud: psicológicos, sociales,

¹⁴ Idem. Pág. 20.



culturales, ambientales, económicos. Dicho de otra manera, dejando a un lado el entorno y la subjetividad de los usuarios de los servicios.

Es importante, entonces, reorientar los servicios de salud, tomando como base el hecho de que tanto servidores de la salud como los usuarios somos sujetos, somos actores sociales, somos un grupo humano con cualidades, conocimientos; que ejerce acciones, con una historia, creencias, costumbres, saberes. Es decir, somos sujetos con identidad propia a quienes debemos orientar los servicios de salud procurando equidad y justicia social.

Lograr un servicio de salud reorientado, con un equipo de trabajo capacitado, con infraestructura funcional, vinculado a la realidad de la sociedad a la que va a brindar sus servicios, que respete su cultura, costumbres, principios y valores, constituye un reto para quienes estamos vinculados al campo de la salud, pero también debe serlo para quienes están vinculados al quehacer diario y al desarrollo de las comunidades, ya sea como representantes institucionales o grupales o como ciudadanos comunes, pues la salud es responsabilidad de todos.

II.2 ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

II.2.1. IMPORTANCIA.

La Salud es un estado que hay que cuidar. Muchos factores han influido para mejorar el nivel de salud de la población: la infraestructura hospitalaria, el desarrollo tecnológico y con ellos los medios de diagnóstico, las especialidades médicas y los descubrimientos farmacéuticos, que han permitido que se pueda aliviar o curar ciertas enfermedades que hasta cierto tiempo atrás fueron mortales.



Sin embargo, hay determinados padecimientos que son cada vez más frecuentes, a pesar de los avances técnicos de la medicina. Las afecciones cardíacas, especialmente el infarto del miocardio, los trastornos causados por falta de riego sanguíneo en el cerebro o en las extremidades, las enfermedades reumáticas y degenerativas, y sobre todo el cáncer, parecen ir en aumento cada día.

Todo esto nos ha hecho pensar que la técnica médica está fallando en algunos aspectos, uno de ellos, es considerar al sujeto al que está tratando como una máquina a la que se puede reparar cambiando ciertas piezas, es decir, sin considerar su entorno, sus costumbres, sus creencias, sus hábitos, su cultura, el medio en el que vive, etc., sitios que le pueden mostrar la evidencia que, por ejemplo, las patologías son un efecto de la práctica de hábitos insanos.

“El estilo de vida sano, los hábitos saludables sencillos, pueden hacer mucho más por la salud de una población, que la técnica médica más avanzada”, manifiesta Jorge Pamplona R en su obra “Disfrútalo: alimentos que previenen y curan”, a la vez que manifiesta que ..las enfermedades que mayor mortalidad provocan actualmente son las del corazón y el cáncer, -yo me atrevería a incluir las enfermedades metabólicas: diabetes e hiperlipidemias, la cirrosis hepática-, tienen mucho que ver con los hábitos de vida” 15

Y entre todos los hábitos del ser humano, el que sin duda tiene mayor repercusión sobre la salud, es precisamente la alimentación. Se dice que por lo menos el 40 % de todas las enfermedades actuales están en relación con los

¹⁵ Jorge D. Pamplona Roger, “¡Disfrútalo!: Alimentos que curan y previenen”, Pág. 8.



hábitos alimentarios, lo que es denominador común en la población de nuestro país y particularmente de las poblaciones rurales de la provincia Morona santiago.

En el presente capítulo se pretende abordar el cómo llevar un estilo de vida sano, especialmente relacionándolo al cultivo de hábitos de alimentación adecuados entre la población, con miras a mejorar su calidad de vida y modificar la situación de salud de la comunidad.

II.2.2. CONCEPTO.

Los principios de estilos de vida comienzan a incorporarse en diferentes enfoques. Así, se introdujeron en los estudios epidemiológicos por su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles; con los enfoques económicos, por la disminución de costos; comerciales, por los grandes intereses comerciales en productos asociados a estilos de vida; y con lo políticos por su atractivo popular.

El término Estilo de Vida “se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más completo, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales” ¹⁶

Los estilos de vida hacen relación a ciertos comportamientos saludables como el ejercicio físico, dieta sana, y ausencia de consumo de sustancias dañinas. Se relaciona también con otras actitudes y prácticas como tolerancia, solidaridad, respeto por los derechos humanos, respeto por las diferencias, participación, y otros principios y valores que inciden en la vida cotidiana.

¹⁶ Helena Restrepo, Hernán Málaga, “Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable”, Pág. 41.



Hacen referencia también a diversos factores que inciden en ellos: empleo, remuneraciones adecuadas, ambientes favorables en el trabajo, vivienda apropiada, nutrición adecuada, protección del medio ambiente, control de fuentes de contaminación, acceso a la educación, oportunidades de descanso, recreación y desarrollo cultural, disminución de factores de riesgo, de estrés y de violencia; así como también, en la participación de la comunidad en la planificación de actividades y en la toma de decisiones.

II.2.3. FACTORES DECISIVOS DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

Muchos factores naturales son decisivos para la salud, sin embargo, existen algunos que aplicados se constituirían en la base de un estilo de vida saludable: la alimentación, el aire, el agua, el sol, el reposo, la abstinencia de tóxicos y la buena disposición mental.

II.2.3.1. La alimentación.

Es el hábito que más influye en nuestra salud por ser el que se repite a lo largo de nuestra vida. No sólo en el tipo de comida, sino también el momento y la forma de tomarla.

La alimentación es un proceso voluntario y conciente, y por lo tanto, educable. Depende de una decisión libre del individuo. Por ello, un cambio en los hábitos alimentarios hacia otros más sanos, requiere de un profundo convencimiento.

La nutrición, por el contrario, es involuntaria e inconsciente. Comprende todos los procesos y transformaciones que sufren los alimentos en el organismo, hasta llegar a su completa asimilación.



En condiciones normales, si no existe ningún proceso patológico, una buena alimentación debe traducirse en un buen estado nutritivo. Sin embargo, este estado se ve influenciado por una serie de factores que condicionan una buena alimentación y entre los que se pueden mencionar: la higiene alimentaria, el contenido calórico, el aporte proteico, y los efectos de los alimentos en el cuerpo.

II.2.3.1.1. La higiene alimentaria.

Contempla, según el criterio tradicional, la ausencia de gérmenes patógenos que pudieran provocar enfermedades infecciosas en el consumidor –toxiinfecciones-, y por otro lado, según una concepción más amplia, el hecho de que un alimento sea adecuado a las necesidades específicas de cada individuo, por ejemplo, no basta que una pieza de carne o un huevo se hallen completamente libres de microorganismos, si se trata de un individuo que necesite controlar sus niveles de colesterol.

II.2.3.1.2. El contenido calórico.

Frente a la concepción de que una dieta es adecuada si proporciona suficientes calorías como para cubrir holgadamente las necesidades del metabolismo, que hace énfasis en la cantidad, se plantea en la actualidad el concepto de que la calidad e idoneidad de una dieta no puede medirse simplemente por el total de calorías que proporciona, sino más bien por los alimentos que la componen. Es decir, no es un problema de cantidad sino de calidad.



II.2.3.1.3. El aporte proteico.

Las proteínas de origen animal (carne, pescado, productos lácteos y huevos) contienen todos los aminoácidos que necesita nuestro cuerpo y en las proporciones óptimas, por lo que se llaman proteínas completas. Las proteínas de origen vegetal son llamadas incompletas (excepto las de la soya), por cuanto uno o varios de sus aminoácidos no están en la proporción idónea que nuestro cuerpo necesita.

La calidad de una dieta no depende, como se creía, de la cantidad de proteínas, o de su procedencia, sino de que se consuma una variedad suficiente de alimentos sanos.

Se pensaba que mientras mayor cantidad de proteínas se consuma y si son de origen animal, la dieta era más adecuada. Hoy sabemos que gracias al fenómeno de suplementación (combinación de varios vegetales en la misma comida), la calidad de las proteínas vegetales aumenta cuando estas se combinan entre sí, o se mezclan con leche o huevos. De esta forma, las proteínas vegetales aportan todos los aminoácidos esenciales y alcanzan un valor biológico comparable al de la carne, sin ninguno de sus inconvenientes.

La variedad es, entonces, la clave.

II.2.3.1.4. El efecto de los alimento en el cuerpo.

Una dieta adecuada no es así mismo la que mayor crecimiento produzca, ni es la que más corpulencia proporcione al individuo. Un crecimiento llamativo, no es sinónimo de alimentación correcta.



La alimentación hipercalórica e hiperproteínica que se suministra a los niños en los países desarrollados, con la que se consigue un crecimiento más rápido, puede tener graves repercusiones en la adolescencia y edad adulta: obesidad, mayor riesgo de diabetes y arteriosclerosis, entre otras.

Pero un crecimiento insuficiente puede ser debido a una alimentación deficitaria. Por lo que es necesario hacer énfasis en lograr un aporte de nutrientes adecuado a las necesidades de cada individuo, lo que se logra con el consumo variado de alimentos, preferentemente de origen vegetal, lo que requiere una mayor atención y conocimiento de la nutrición.

11.2.3.1.5. Una alimentación balanceada.

Una alimentación balanceada es la que reúne condiciones de variedad, cantidad y combinación.

Una alimentación variada es la que incluye alimentos de todos los grupos: cereales, granos y tubérculos; hortalizas, verduras y frutas; leche y derivados; carnes y huevos; azúcar y grasas.

Es necesario que se consuma **la cantidad suficiente** para satisfacer nuestro apetito. Comer poco –quedarnos con hambre- o comer mucho –estar muy lleno- perjudica nuestra salud.

Una **combinación** de productos de los diferentes grupos alimenticios es necesaria para una buena nutrición.

“No es suficiente con comer. Hay que saber qué comer, cuánto comer y cómo combinar... La variedad, la cantidad y la combinación de los alimentos que consumimos diariamente hacen que nuestra **alimentación sea balanceada**”¹⁷

II.2.3.1.6. La pirámide alimentaria.

La pirámide alimentaria es una guía que nos ayuda a lograr una alimentación balanceada. Nos indica de qué alimentos debemos comer más y de cuáles en menor proporción.

Los alimentos que se hallan en la base (parte inferior y ancha de la pirámide) son los que debemos consumirlos en mayor cantidad. Estos están constituidos por los cereales, granos y tubérculos.

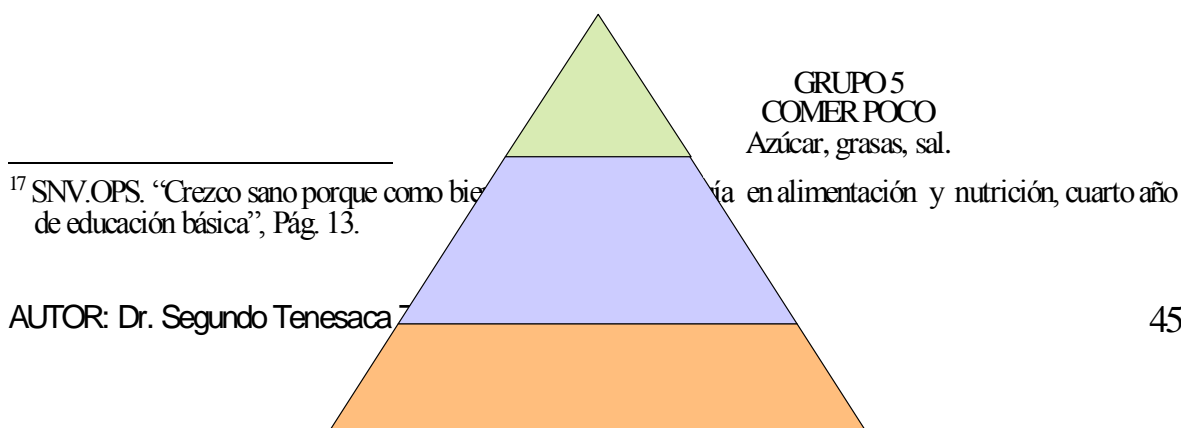
Si continuamos en ascenso en la pirámide, encontramos al grupo de las frutas y las verduras, que también deben ser consumidos en forma abundante.

Seguidamente se hallan los grupos constituidos por la leche y sus derivados y las carnes y los huevos, que deben ser consumidos en cantidades moderadas,

Hacia el vértice de la pirámide se hallan los alimentos que debemos consumirlos en poca cantidad y corresponde al azúcar, la sal y las grasas (ver gráfico no. 1)

GRAFICO No. 1.

PIRÁMIDE ALIMENTARIA





Fuente: SNV. OPS. "Alimentación y nutrición saludable", Proyecto Espacios Saludables

Adaptación: Dr. Segundo Tenesaca

GRUPO 3 Y 4.
COMER
MODERADO.
Leche y derivados
Carne y huevos

GRUPO 2.
COMER ABUNDANTEMENTE
Hortalizas, verduras y frutas

GRUPO 1.
COMER ABUNDANTEMENTE:
Cereales, granos y tubérculos.

II.2.3.1.7. Las inc

Es necesario tener en cuenta los siguientes hechos fisiológicos:

- Nuestro cuerpo necesita una variedad de nutrientes, y combinados en una proporción correcta.
- La combinación entre proteínas de diferentes alimentos, es la forma de aumentar su valor biológico.
- Los aminoácidos procedentes de los diferentes alimentos se aprovechan mejor si son tomados juntos en la misma comida.
- Las vitaminas y minerales que necesita el organismo se hallan repartidas en forma desigual en diferentes alimentos, su aporte se logra con una alimentación variada.

No deben preocuparnos excesivamente las posibles incompatibilidades entre unos y otros alimentos, estas normas sencillas pueden servir para saber qué alimentos se pueden combinar:



- No hacer excesivas mezclas de alimentos en una misma comida, para evitar sobrecargar el aparato digestivo.
- Cada cual debe evitar los alimentos que le producen intolerancia digestiva, que puede confundirse con una incompatibilidad alimentaria.
- Cada organismo es diferente. Puede haber mezclas que algunos toleren mal y que a otros les sienten bien.
- Existen pocas combinaciones que suelen producir molestias digestivas: abundantes frutas y verduras en la misma comida; leche y azúcar (produce fermentación en el estómago); pan, pastas y papas; así como la mezcla de diversos tipos de grasas.

II.2.3.1.8 Nutrición adecuada.

Nutrición definida como “el conjunto de procesos mediante los cuales el hombre ingiere, absorbe, transforma y utiliza las sustancias que se encuentran en los alimentos y que tienen que cumplir cuatro importantes funciones:

1. Suministrar energía para el mantenimiento de sus funciones y actividades.
2. Aportar materiales para la formación, crecimiento y reparación de las estructuras corporales y para la reproducción.
3. Suministrar sustancias necesarias para regular los procesos metabólicos, y



4. Reducir el riesgo de algunas enfermedades”¹⁸ incluso buscar oportunidades que les permitan mantenerse físicamente activas, para evitar así las complicaciones de esa vida sedentaria.

II.2.3.1.9. Dieta sana.

La forma de alimentarse constituye una expresión de la sociedad y de la cultura, por lo que es importante que comprendamos el significado de la alimentación en nuestras vidas.

Una dieta sana hace referencia a una alimentación variada, es decir, que contenga los nutrientes que el organismo requiere para reponer las energías utilizadas durante el día de actividad. Implica también contar con la disponibilidad económica adecuada, así como de un entorno físico y emocional en el que nos desenvolvemos.

Una dieta adecuada en el sentido de que esta debe reunir las condiciones de cantidad y calidad de nutrientes, acorde a las demandas energéticas del organismo (utilización biológica); pero que además debe ser inocua, de amplia disponibilidad, de costo razonable, atractiva a los sentidos y aceptada por una cultura.

II.2.3.2. El aire.

¹⁸ Hernán Delgado, “Inseguridad Alimentaria y Nutricional en Centroamérica: factores coyunturales y exclusión social”, Washington, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol.10, No. 6, 2001, Pág.3.



El oxígeno contenido en el aire es imprescindible para que se quemen los alimentos en nuestras células y se produzca la energía necesaria para la vida. Sólo tenemos una forma de conseguir ese combustible: respirando.

Es importante garantizar el aporte de la cantidad suficiente de oxígeno a nuestro cuerpo mediante la práctica de una respiración correcta y en un espacio abierto; para lo cual es fundamental contar con espacios saludables (parques ecológicos); cumplir con las disposiciones de los organismos de salud, como por ejemplo, el no fumar en espacios cerrados; y respetar y mantener el ecosistema.

II.2.3.3. El agua.

El 60 % de nuestro cuerpo es agua. Está distribuida en los compartimentos intra y extra celular. Es recomendable beber cada día al menos seis vasos de agua. Ingerir dos vasos de agua en ayunas ayuda a limpiar el estómago y lo condiciona para una mejor asimilación de los alimentos según Jorge Pamplona, mientras que Mariana Galarza en su libro *El Poder de la Comida*, recomienda el ayuno de agua con el mismo propósito.

El agua aplicada de diferentes maneras por fuera, puede resolver o al menos aliviar algunas dolencias. No podemos dejar de mencionar la hidroterapia como una forma alternativa de controlar ciertas patologías neuromusculares.

II.2.3.4. El sol.

La luz solar es importante para la vida y para la conservación de la salud. Gracias a ella, se produce en la piel la vitamina D. La radiación ultravioleta de la luz solar actúa como desinfectante, capaz de destruir numerosos gérmenes



patógenos, si se la recibe en forma moderada. El sol estimula los procesos vitales y tonifica el organismo.

II.23.5. El reposo.

Necesitamos de un descanso reparador. Cuando dormimos, las neuronas se limpian de los desechos metabólicos que han acumulado durante el día. Todas las células de nuestro cuerpo necesitan de un periodo de descanso cada día, el cual debe ser regular, de siete horas como mínimo en los adultos.

II.23.6. Buena disposición mental.

Una buena disposición mental y la paz del espíritu, influyen decisivamente en el buen funcionamiento de nuestro organismo. Esto implica: tomarse las cosas con tranquilidad, no angustiarse, no guardar resentimientos con los demás y contra uno mismo; sonreír confiado ante los problemas de la vida.

Las buenas relaciones interpersonales en la casa y en el trabajo, los sentimientos de solidaridad, de respeto por los derechos de los demás, y otros valores constituyen fuentes que alimentan una disposición mental para la vida, una disposición para brindarse por entero al servicio de los demás, considerándolos sujetos a los que debe respetar y no objetos a los que puede manipular. Sólo en medida que estoy dispuesto y comienzo a mejorar mi condición de salud puedo optar por intentar cambiar a los demás.

II.23.7. Ejercicio físico.



Uno de los pilares fundamentales para lograr una salud óptima es el ejercicio y el deporte. El impacto de su práctica puede resultar muy positivo y es necesario que los individuos conozcan la importancia de la misma para su salud y, los profesionales de la salud deben informar a los pacientes de los beneficios que la actividad física tiene para la salud y han de aconsejarles y prescribirles ejercicios físicos específicos de acuerdo con la edad y otras circunstancias.

II.2.3.7.1. Beneficios del ejercicio físico.

El realizar ejercicio físico de forma continua y permanente aporta enormes beneficios a la salud de las personas, ya que conlleva beneficios en corazón, la circulación, los pulmones y la oxigenación y se consumen calorías disminuyendo el peso, el azúcar y las grasas de la sangre.

La actividad física ayuda a reducir peso (junto con la alimentación saludable), a incrementar el colesterol HDL, a reducir los triglicéridos y la propensión a la trombosis. Produce también la sensación subjetiva de bienestar, aumenta el gasto energético, disminuye el apetito, aumenta el consumo de oxígeno, reduce la presión sanguínea y disminuye la incidencia de arteriopatía coronaria.

El ejercicio reduce también las concentraciones de glucosa y la unión de la insulina a receptores celulares, lo que explica que los diabéticos que realizan ejercicio tengan necesidades menores de insulina.

El ejercicio aerobio puede reducir la tensión psíquica de los pacientes y modificar favorablemente la reactividad a determinados factores estresantes, reduciendo de esta forma la posibilidad de desencadenar episodios de angina. Se ha descrito también que el ejercicio reduce la magnitud de las características de la



personalidad tipo A, aunque no por esto se produzca el cambio a personalidad tipo B.

Es importante que la familia se involucre y comprometa a llevar un estilo de vida activo, lo que estaría hablando a favor de una mejora de las relaciones interfamiliares y el desarrollo del principio de solidaridad.

11.2.3.7.2. Concepto y objetivos de la prescripción de ejercicio.

La prescripción de ejercicio físico es el “proceso mediante el cual se recomienda a una persona un régimen de actividad física de manera sistemática e individualizada... Debe incluir el tipo, intensidad, duración, frecuencia y progresión de la actividad física”¹⁹. El conjunto ordenado y sistemático de recomendaciones se llama programa de ejercicio físico.

La prescripción debe realizarse teniendo en consideración la historia clínica del individuo, el perfil de factores de riesgo, las características conductuales y los objetivos y preferencias personales.

El objetivo general de la prescripción de actividad física será el de ayudar a las personas a incrementar su nivel de actividad física habitual.

Los objetivos específicos varían de acuerdo a los intereses de la persona, sus necesidades, entorno y estado de salud. Prescribiéndose en la mayoría de los casos para:

- Mejorar la condición física.

¹⁹ F.A. Rodríguez, “Prescripción de ejercicio y actividad física en personas sanas (I). Principios generales”, Pág. 190.



- Mejorar la salud reduciendo el riesgo futuro de desarrollar o volver a padecer ciertas enfermedades.
- Mejorar la seguridad al hacer ejercicio.

II.2.3.7.3.Recomendaciones básicas para la prescripción de ejercicio.

Antes de iniciar la prescripción de ejercicio, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Disponer u obtener la información médica necesaria para tener un conocimiento claro del estado general de salud de la persona. Incluye la historia clínica y un análisis de los factores de riesgo, pruebas sanguíneas y una prueba de esfuerzo.
- Conocer la condición física de la persona al momento de iniciar la prescripción y sus hábitos de actividad física.
- Conocer las necesidades, intereses y objetivos del individuo en relación con un programa de ejercicio.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo.
- Aconsejar sobre la indumentaria y el equipamiento adecuados para un determinado programa de ejercicios.

Algunas recomendaciones al iniciar un programa de ejercicio físico son:

- Instruir a las personas al principio del programa, sobre el proceso de la prescripción, los métodos de control y de registro de las sesiones.



- Instruir y orientar adecuadamente a las personas en las primeras etapas del programa, con el objeto de asegurar una implementación y una progresión correctas.
- Recordar que la motivación, la educación y la guía son las llaves del éxito de un programa de ejercicios.
- En general es mejor lento que rápido, una intensidad baja que alta, más no significa siempre que sea lo mejor.

Es preciso también considerar algunas actuaciones a largo plazo:

- Realizar evaluaciones de control para volver a establecer el estado de salud del individuo, su nivel de condición física, y para modificar, en caso necesario, la prescripción de ejercicio.
- Advertir sobre los factores que se relacionan con el abandono de los programas de ejercicio.

Es necesario tener en consideración que aquellas personas que en sus labores cotidianas realizan actividad profesional activa –agricultores, ganaderos, albañiles, etc.- efectúan un gasto energético muy notable durante el día y no necesitan un programa de ejercicio formal. Estos pueden beneficiarse de los efectos psicológicos y sociales del ejercicio recreativo. No así quienes llevan una vida diaria sedentaria, quienes deben aprovechar las oportunidades que les ofrecen su actividad diaria o el tiempo de ocio, e incluso buscar oportunidades



que les permitan mantenerse físicamente activas, para evitar así las complicaciones de esa vida sedentaria.

II.2.3.8. Abstinencia de tóxicos.

Se refiere específicamente al no consumo de sustancias que están atentando a la salud individual y colectiva, especial referencia merece el consumo de alcohol, cigarrillo, y otro tipo de drogas.

II.2.3.8.1. Efectos del consumo de alcohol.

Podemos decir que el alcoholismo es una enfermedad que se caracteriza por la ingesta reiterada de bebidas alcohólicas, lo que repercute de una forma negativa en la vida individual, familiar, social o laboral de las personas.

Sabiendo que el alcoholismo es una enfermedad individual y social, podemos clasificar los efectos en dos grandes grupos:

1. Efectos a nivel individual, aquellos producidos en la persona que ingiere cantidades excesivas de alcohol.
2. Efectos a nivel social, los producidos en la esfera social en la que se desenvuelve la persona.

II.2.3.8.1.1. Efecto a nivel individual.

Se distinguen tres categorías:

- a.- Etilismo agudo.
- b.- Intoxicación patológica
- c.- Alcoholismo crónico.



a.- Etilismo agudo

Llamado también embriaguez alcohólica, hace referencia a los problemas que siguen a la ingesta masiva y aguda de alcohol y se manifiesta en diferentes fases:

Fase 1.- Fase infradínica: corresponde a una alcoholemia de 50 mg/dl.

Existe

inhibición cortical y el individuo puede manifestarse tranquilo.

Fase 2.- Alcoholemia de 50-150 mg/dl. Existen trastornos de la marcha, de la

coordinación de los movimientos y del lenguaje; pérdida

de la

sensibilidad general, sudoración, frialdad, náuseas, hipotensión.

Fase 3.- Alcoholemia de 150-200 mg/dl. Hay pérdida del tono postural,

Vómitos frecuentes, dificultad respiratoria, incontinencia

de

esfínteres, sueño comatoso.

Fase 4.- Alcoholemia 300-400 mg/dl. Puede haber pérdida de la conciencia,

coma profundo e incluso puede producirse colapso circulatorio

y la



muerte.

b.- Intoxicación patológica

Síndrome poco frecuente caracterizado por movimientos repetitivos y Automáticos y aparición de excitación extrema con comportamiento irracional no controlado y agresivo, tras la ingesta de una cantidad pequeña de alcohol. Puede durar minutos u horas y va seguido de sueño prolongado y amnesia del episodio al despertar.

c.- Alcoholismo crónico

Las formas más frecuentes de lesión orgánica específica observadas en alcohólicos son la cirrosis hepática, la neuropatía periférica y la miocardiopatía. La gastritis es frecuente y también pueden desarrollar pancreatitis

Existen trastornos nutricionales debido a la mala alimentación y por destrucción de la tiamina, al punto que puede conducir a la caquexia.

En la esfera neurológica lo más característico es el temblor en manos y lengua, signos de polineuritis, atrofia muscular sobre todo de miembros inferiores, trastornos de la marcha, dolores musculares, calambres, amortiguamiento de miembros y neuritis óptica.

El aparato circulatorio se afecta a nivel cardíaco y puede haber hipertensión arterial que, junto a la etiología tóxica, se relaciona con los trastornos emocionales.

En el aspecto psíquico hay trastornos del humor, con fáciles accesos de cólera, hiperemotividad y tendencias depresivas. Puede haber accesos de



amnesia de evocación que se consideran son el inicio de la toxicomanía. Aparecen sentimientos de culpa que dan lugar a actitudes de orgullo narcisista de tipo compensatorio. La angustia y los sentimientos de soledad tienden a aliviarse con la bebida, creándose así un círculo vicioso.

Es característico que en el alcoholismo insipiente el bebedor se proponga por meta “un número tope de copas”. La superación de esta cantidad sin capacidad para apartarse de la bebida (pérdida de control), es un fenómeno que caracteriza e indica el avance de la enfermedad a un estado más crítico, en el que va a haber disminución del rendimiento intelectual y en la atención, y cierta torpeza generalizada.

En una fase mucho más avanzada se desarrolla lo que se ha dado a llamar tolerancia y dependencia física. La tolerancia está relacionada con cambios adaptativos en las células del Cerebro. Este estado, va seguido del de dependencia física en el que el individuo necesita ingerir cierta cantidad de alcohol para poder desempeñar sus actividades; el alcohol como que se convierte en una fuente de aporte de energías para la persona.

El consumo exagerado prolongado de alcohol produce alucinosis alcohólica, el individuo comienza a presentar ilusiones y alucinaciones auditivas y visuales, frecuentemente acusadoras y amenazadoras que aumentan su tensión y lo aterrorizan; pero no hay alteración del pensamiento ni de la conciencia.

La ingesta excesiva de alcohol, la mal nutrición crónica y los déficit dietéticos del grupo vitamínico B, particularmente de tiamina, ocasiona el Síndrome de Korsakoff, caracterizado por una grave alteración de la memoria reciente; de pronóstico malo porque el paciente no modifica su patrón inicial de



ingesta de alcohol. El pronóstico es peor si se desarrolla la Enfermedad o Encefalopatía de Wernicke que incluye parálisis ocular, alteraciones del pensamiento, ataxia y poli neuropatía.

La evolución delirante más típica del etilismo crónico es la Celotipia, que en algunos casos aparece sobre una personalidad premórbida suspicaz, insegura y tras conflictos familiares. Existe el riesgo de conductas agresivas de tipo homicida y tendencias homosexuales e incestuosas; de allí, el grave problema que representa la enfermedad.

El abuso materno de alcohol durante el embarazo es la causa más importante de teratogénesis por fármacos. La consecuencia más grave es el retraso mental profundo. Los recién nacidos presentan retraso del crecimiento y microcefalia. Pueden aparecer múltiples alteraciones: microftalmía, hendiduras parpebrales cortas, hipoplasia centrofacial, pliegues palmares anormales, defectos cardíacos y contracturas articulares.

II.2.3.8.1.2. Efectos a nivel social.

La incidencia del alcoholismo entre mujeres, niños, adolescentes y estudiantes universitarios está aumentando. La relación hombre / mujer es en la actualidad de aproximadamente 4; 1. En general, se acepta que el 75 % de los adultos ingieren bebidas alcohólicas, y que uno de cada diez experimenta problemas con el alcohol.

Un alcohólico se identifica por la dependencia o adicción grave y un patrón acumulativo de comportamientos asociados a la bebida:



1. La intoxicación frecuente es evidente y destructiva: interfiere en la capacidad social y laboral del individuo.
2. El alcoholismo puede conducir al fracaso matrimonial, el ausentismo intolerable y el despido laboral.
3. Los alcohólicos pueden buscar tratamiento médico para su hábito sufrir lesiones físicas, ser detenidos por conducir bajo el efecto del alcohol o ser hospitalizados por delirium tremens o cirrosis hepática.

Probablemente la mayoría de divorcios se produce por crueldad o por abandono del hogar, más que por el alcoholismo de alguno de los cónyuges.

En la esfera afectiva y volutiva se produce una degradación de las normas éticas. El paciente se hace más egoísta, no asume sus responsabilidades familiares, y tiende a retraerse progresivamente de sus círculos relacionales.

El problema fundamental del alcoholismo estriba en los efectos que causa en la conducta humana...Cuando afecta las relaciones entre el bebedor y la familia, sus compañeros de trabajo o la comunidad en la que vive, el problema tiene carácter social y concierne a toda la comunidad.

El consumo exagerado de alcohol afecta al juicio y trastorna el estado normal de las personas, pudiendo incumplir las normas sociales básicas pudiendo arrastrar consigo crimen y violencia. Así, la mayor parte de muertes violentas, suicidios y asesinatos son ejecutados por personas en estado de embriaguez. Sin embargo, el alcohol debe considerarse como un factor complementario en la perpetuación de delitos, más que como causa principal de los mismos.

11.2.3.8.2. Efectos del consumo de cigarrillo.



El cigarrillo es responsable de más del 50 % de las muertes prejuveniles, de las cuales más de la mitad son cardiovasculares. El efecto nocivo ocurre en individuos de los dos sexos y se incrementa con la cantidad diaria y la duración del consumo.

En el fumador pasivo se incrementa el riesgo de padecer enfermedades coronarias y otras relacionadas con el tabaco. El tabaquismo se asocia con fenómenos isquémicos, por cuanto el mecanismo de acción es la trombosis sobreañadida y el vaso espasmo, además de favorecer el desarrollo de aterosclerosis y el cáncer pulmonar.

Se debe recomendar el abandono de este hábito. La intervención básica es el consejo sanitario para dejar de fumar. El uso de sustitutos de la nicotina (parches, chicles o nebulizador), especialmente en personas motivadas a dejar de fumar y con alta dependencia de la nicotina, hace más eficaz la intervención.

El consejo sanitario para dejar de fumar implica la valoración del conocimiento y la actitud del paciente hacia el tabaquismo. Luego se le informa sobre los perjuicios de este hábito para la salud, en especial la cardiopatía isquémica, el cáncer de pulmón y la bronquitis crónica, y se destacarán los beneficios del abandono para su salud, economía y calidad de vida.

Seguidamente se le recomienda el abandono del tabaco y se valora su actitud sobre este abandono. Se recomienda fijar una fecha para el abandono y se dan recomendaciones para que tenga éxito, haciendo énfasis en la abstinencia



total, evitar estar en presencia de fumadores, beber zumo o tomar frutas y comer alimentos bajos en calorías para evitar la ganancia de peso.

Se debe entregar material de apoyo (folletos, revistas, estudios, etc.) y ofrecer sustitutos de la nicotina (parches, chicles), y es necesario realizar el seguimiento posterior.

2.3. NUTRICIÓN Y SALUD.

II.3.1. GENERALIDADES.

En nuestro país uno de los problemas fundamentales es la desnutrición. Cinco de cada diez niños presentan algún grado de desnutrición. En la parroquia Bomboiza, el 38 % de los escolares está desnutrido, lo que está influyendo en el crecimiento físico y desarrollo mental, con bajo rendimiento escolar y poca resistencia a infecciones, lo que hace que las enfermedades diarreicas y respiratorias constituyan las principales causas de morbi-mortalidad.

Una buena salud depende de muchos factores pero especialmente de una buena alimentación, ésta, a su vez, depende de las condiciones de producción, transporte, almacenamiento, accesibilidad y disponibilidad de los alimentos. Sin embargo, la alimentación no puede desligarse de la problemática social como la distribución inequitativa de la riqueza y de los alimentos, como tampoco puede hacerlo de algunas concepciones, actitudes y prácticas erróneas con respecto a la alimentación, que están dando cuenta de que el problema de la nutrición y la desnutrición es un problema social y no técnico.



II.3.2. LOS GRUPOS DE ALIMENTOS.

Se pueden distinguir cuatro grupos principales de alimentos: los formadores, los energéticos, los reparadores y las fibras, haciendo alusión a las funciones que desempeñan en el cuerpo humano:

- *Alimentos formadores*: son aquellos que se ayudan al cuerpo a formar tejidos, como los músculos y los huesos.
- *Alimentos energéticos*: aquellos que brindan la energía necesaria para que el organismo humano pueda cumplir con sus funciones vitales.
- *Alimentos protectores*: los que tienen a su cargo la defensa del organismo a la agresión de agentes externos e internos. Ayudan a la reparación de la piel, el pelo, las uñas, los ojos.
- *Alimentos limpiadores –Fibras-*: son los que contienen sustancias que realizan las funciones de limpieza del organismo, especialmente a nivel del aparato digestivo.

Otra forma de agrupar a los alimentos es la recomendada por la OPS-OMS y que los asocia en cinco grupos:

1. Cereales, granos y tubérculos.
2. Hortalizas, verduras y frutas.
3. Leche y derivados.
4. Carnes y Huevos.
5. Azúcar, grasas y sal.



II.3.2.1. Cereales, granos y tubérculos.

Son alimentos principales. Nos proporcionan la energía necesaria para desarrollar nuestras actividades diarias, ya que son ricos en carbohidratos, proteínas y algunas vitaminas y minerales.

Cereales como el arroz, el maíz, el trigo, la avena, la quinua y la cebada; granos como el fréjol, la lenteja, los chochos, la arveja y el garbanzo y, tubérculos como la yuca, el camote, la papa, se incluyen en este grupo, junto con el plátano verde.

II.3.2.2. Hortalizas, verduras y frutas.

Contienen vitaminas y minerales que permiten que el cuerpo funcione normalmente y lo protegen de las enfermedades.

Las hortalizas verdes y amarillas como la acelga, la col, el brócoli, el nabo y la zanahoria constituyen buenas fuentes de vitamina A y C.

II.3.2.3. Leche y derivados.

La leche y algunos alimentos que se elaboran a partir de ella –los cuales se llaman “derivados de la leche” -, como quesillo, queso y yogur, son buenas fuentes de proteínas y calcio, y favorecen el crecimiento de niños y niñas.

II.3.2.4. Carnes y huevos.



Son alimentos que ayudan al crecimiento por ser ricos en proteínas. La carne de res, chanco y pescado son ejemplos de este grupo de alimentos.

II.3.2.5. Azúcar, grasas y sal.

Los azúcares –como la panela, la miel y el azúcar de caña- y las grasas son alimentos ricos en hidratos de carbono y grasas que brindan gran cantidad de energía a nuestro cuerpo. Debemos comerlos con moderación porque nos engordan. Así mismo, el exceso de sal daña nuestra salud.

“Entre las grasas podemos distinguir dos tipos: las grasas animales, como la manteca de chanco y la mantequilla, y las grasas vegetales, como los aceites y la margarina. Las grasas de origen animal y algunos aceites de origen vegetal, como el aceite palma o de coco, son muy nocivos para la salud, por lo que es preferible utilizar aceite de soya, maíz, girasol o de oliva”²⁰.

II.3.3. COMPOSICIÓN DE LOS ALIMENTOS.

Los alimentos de acuerdo a su composición –principio activo inmediato- se clasifican en Hidratos de Carbono, Grasas, Proteínas, Vitaminas, Minerales y fibras.

II.3.3.1. Los hidratos de carbono o azúcares.

Son compuestos químicos que contienen carbono, hidrógeno y oxígeno. Sus principales funciones son las de servir de combustible y formar energía; de reserva y estructural.

²⁰ SNV.OPS. “Alimentación y Nutrición Saludables”. Guía de alimentación y nutrición sexto año de educación básica, Pág. 14.



Se dividen en:

- Hidratos de Carbono Simples o Monosacáridos: glucosa o dextrosa, galactosa, fructosa o levulosa.
- Hidratos de carbono dobles o Disacáridos: sacarosa, lactosa, maltosa.
- Polisacáridos: almidones y fibra.

Cuando el individuo ingiere hidratos de carbono, una parte es utilizado inmediatamente en los diferentes procesos fisiológicos (contracción muscular, actividad nerviosa, latido cardíaco, respiración, etc.), otra parte se deposita como glucógeno (varias moléculas de glucosa unidas, formando largas cadenas) en el hígado y en los músculos, creando así una reserva de rápida utilización, y finalmente, el exceso se deposita en forma de grasa en el tejido adiposo, constituyendo una reserva de lenta utilización (ayuno prolongado).

Una vez en el intestino, gracias al proceso digestivo, los hidratos de carbono en la forma que hayan sido ingeridos se descomponen en azúcares simples, la única forma como pueden pasar a la sangre, siendo la glucosa el hidrato de carbono más común y el de más rápido aprovechamiento.

El aporte calórico de la combustión de un gramo de hidratos de carbono produce 4 kilocalorías.

Los hidratos de carbono simples o de absorción rápida se encuentran en las frutas, verduras y miel de abeja, en todos los productos elaborados con azúcar



(pastas, tortas, caramelos, chocolates, mermeladas, turrónes, bebidas artificiales, cerveza, panela, etc.), el azúcar de mesa es sacarosa (glucosa + fructosa).

Los hidratos de carbono múltiples o de absorción lenta, cuyo representante es el almidón, se encuentran en gramíneas, leguminosas y los tubérculos y en sus elaborados (arroz, canguil, mote, maíz, tostado, fréjol, lentejas, garbanzos, arvejas, habas, papa, yuca, camote, zanahoria, oca, pan, galletas, fideos, harinas, etc.).

Los alimentos con bajas concentraciones de hidratos de carbono son, entre otros, verduras u hortalizas (puerros, acelgas, espárragos, lechuga, tomate, alcachofas, zanahoria, col, coliflor, calabacín, apio, berros, cebollas, espinacas, nabo, brócoli, pimiento, rábano, remolacha, vainitas, zambo, zapallo, habas, arvejas, chocho, choclos); frutas (naranja, pera, albaricoque, melón, sandía, lima, frutilla, granadilla, guayaba, limón, mandarina, mango, mora, naranjilla, pepino, papaya, taxo, tomate, manzana, tuna, toronja, durazno, claudia, ciruelas, etc.).

Existen frutas con alto contenido de hidratos de carbono, como todas las variedades de plátanos, el mango de chupar (el pequeño), la uva (12-15 unidades), el mamey, la granadilla (50 grs.), la chirimoya, el tamarindo, zapote (100 grs.), las frutas secas (almendras, avellanas, cacahuates, ciruelas secas, higos secos, pasas, etc.).

II.3.3.2. Las proteínas.

Son cadenas de aminoácidos, y estos son combinaciones específicas de carbono, hidrógeno, nitrógeno, oxígeno y ocasionalmente azufre. Existen 22



aminoácidos en las proteínas humanas, de los cuales 9 son llamados aminoácidos esenciales, por cuanto el cuerpo no puede sintetizarlo y tienen que ser ingeridos en los alimentos ricos en ellos.

Las proteínas desempeñan múltiples funciones:

- *Funciones estructurales*, formadoras de nuevos tejidos.
- *Constituyen la mayor parte de enzimas y hormonas.*
- *Controlan los mecanismos genéticos.*
- *Intervienen en los mecanismos inmunológicos: anticuerpos.*
- *Transportan el oxígeno: a través de la hemoglobina.*
- *Mantienen la presión oncótica del plasma.*

Un gramo de proteínas produce 4 kilocalorías.

Se dividen en dos grandes grupos:

1. Proteínas de origen animal, de primera categoría o completas: por la cantidad de aminoácidos que contienen: carnes, pescado, aves, leche, huevos, productos lácteos.
2. Proteínas vegetales, de segunda categoría o incompletas: porque no aportan con la cantidad y/o el número suficiente de aminoácidos esenciales.

Las proteínas de origen animal, por su alta calidad son las más utilizadas. El adulto necesita 1 gr. / Kg. / día de proteínas, en los niños los requerimientos son mayores. El problema es que dichas proteínas de origen animal, y algunas vegetales (cereales, granos) son muy costosas, por lo que el grueso de la población tiene que recurrir a los hidratos de carbono y las grasas, lo que conlleva



a una desnutrición proteico-calórica, o incrementos exagerados de peso y obesidad.

II.3.3.3. Las grasas.

Son compuestos especiales que contienen carbono, oxígeno e hidrógeno. Se clasifican en monoglicéridos, diglicéridos y triglicéridos, según el número de ácidos grasos que contengan. Son sustancias neutras de origen animal o vegetal, que proporcionan grandes dosis de energía, con poco volumen de consumo, forman reservas en el organismo y dan saciedad a la dieta.

Entre sus funciones se destacan:

- Como parte del tejido adiposo aíslan el cuerpo y órganos vitales como el corazón, riñones, hígado.
- Facilitan la absorción de las vitaminas liposolubles (A, D, E, K).
- Favorecen la salud de la piel especialmente el ácido linoleico.
- Intervienen en la síntesis de las prostaglandinas.
- Producen energía para el organismo. 1 gr de grasa al combustionarse produce 9 Kcal de energía.

Se conocen algunos tipos de ácidos grasos:

- *Ácidos grasos saturados*: no poseen enlaces dobles, es decir, todos los carbonos de la cadena están unidos al máximo número de átomos de hidrógeno.



- *Ácidos grasos monoinsaturados*: poseen un enlace doble, dos de los átomos de carbono carecen de un átomo de hidrógeno cada uno.
- *Ácidos grasos poliinsaturados*: tienen dos o más enlaces dobles, varios pares de átomos de carbono libres de átomos de hidrógeno.

Los alimentos ricos en grasas saturadas son: todo tipo de carnes, embutidos, menudencias, leche entera y productos lácteos, quesos duros, pollo con piel, chuletas de cerdo, cerdo, atún enlatado en aceite vegetal. De modo que, si quitamos la piel del pollo, usamos leche descremada, preparamos carne magra o asada a la parrilla, la cantidad de grasa disminuye considerablemente.

De los alimentos ricos en aceites vegetales, hay que señalar que el de oliva y de cacahuate contienen ácido oleico monoinsaturado, siendo los más recomendados para el consumo diario. Las nueces, el aceite de palma y coco y las grasas animales poseen grasa saturada, por lo que no se recomiendan para el uso diario, ya que aumentan el proceso de endurecimiento de las arterias o aterosclerosis.

Por otro lado, se debe tener en cuenta la existencia de aceites vegetales hidrogenados (aceite vegetal endurecido): margarina, grasas vegetales para pastelería, que resultan de la saturación con hidrógenos a los enlaces dobles de los ácidos grasos, transformando así la grasa líquida en sólida. Este mismo fenómeno de saturación ocurre cuando los aceites vegetales hierven y se reutilizan los mismos con el propósito de ahorrar aceite.



Es importante señalar la importancia de promocionar buenos hábitos alimenticios, a fin de prevenir complicaciones de la salud de los pobladores: aterosclerosis, con sus secuelas de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y gangrena de miembros inferiores, cuya incidencia va en aumento y que se relaciona estrechamente con la ingesta cada vez más frecuente de hamburguesas, salchi -papas, hot-dog, aceite de palma, lo que debe convertirse en una política de Estado.

II.3.3.4. Las vitaminas.

Son sustancias que actúan en mínimas cantidades como enzimas en determinadas reacciones a nivel celular.

Se clasifican en:

1. *liposolubles* (A, D, E, K), se hallan en los alimentos grasos. Su absorción se altera cuando hay trastornos de la absorción de los lípidos.
2. *hidrosolubles*: se encuentran en los alimentos no grasos. Son las llamadas vitaminas del complejo B y el ácido ascórbico (vitamina C).

CUADRO No. 4.

VITAMINAS: FUENTES, FUNCIONES, PROBLEMAS DE SU DÉFICIT.

| Tipo de Vitamina | Fuentes | Funciones | Probl. déficit |
|------------------|---|---|------------------|
| Vitamina A | Vegetales verdes y frutas amarillos, zanahoria, tomate, duraznos, camote, maíz, leche, mantequilla, yema de huevo, hígado de bacalao. | Ayudan al crecimiento, muy importante para la visión. | Ceguera nocturna |
| | Leche y derivados, | | |



| | | | |
|-------------------|--|---|--|
| Vitamina D | yema de huevo, hígado y vísceras de peces, rayos solares ultravioletas sobre la piel | Formación de tejido óseo facilitando la absorción del calcio | Raquitismo |
| Vitamina E | Aceites vegetales, margarina | Antioxidante, protege el daño celular | Infertilidad, aterosclerosis. |
| Vitamina K | Leche, vegetales verdes, huevos, cereales, frutas | Necesaria para la coagulación de la sangre | Obstrucción biliar, mala absorción intestinal, hemorragias |
| Vitamina C | Cítricos, espinacas, fresas, tomates | Antioxidante, fortalece las defensas orgánicas, | Escorbuto, sangrado de encías |
| Vitamina B1 | Cereales, legumbres, cerdo, semillas cajuil | Ayuda al sistema nervioso central y periférico | Beriberi, déficit mental. |
| Vitamina B2 | Cereales, pan, granos, proteínas animales | Ayuda a la piel, los nervios, la córnea | Lesiones de la vista |
| Niacina | Proteína animal, productos lácteos | Ayuda al metabolismo de las grasas | Pelagra, lesiones intestinales |
| Vitamina B6 | Pollo, pescado, cerdo, hígado, riñón, azúcar y grasas | Forma glóbulos, ayuda en los ojos y participa en el metabolismo | Anemia, convulsiones. |
| Ácido Fólico | Legumbres, hígado, vegetales. | Forma glóbulos rojos y actúa en el metabolismo de proteínas | Anemia, pierde peso, diarrea |
| Vitamina B12 | Productos lácteos, proteínas animales | Mantiene nervios, forma glóbulos | Anemia, alteraciones nerviosas |
| Biotina | Leche, huevos, vegetales, riñón | Ayuda al pelo, la piel y sexualidad | Dermatitis, depresión |
| Acido Pantoténico | Cereales, legumbres, productos animales | Forma hormonas | Náusea, fatiga |

Fuente: S.E.E.N.G. "Manual de Procedimientos en Diabetes Mellitus".

Elaboración: Dr. Segundo Tenesaca

II.3.3.5. Los minerales.



Son elementos que participan activamente en la fisiología del cuerpo humano. Entre los más importantes constan el sodio, potasio, magnesio, cloro, que forman parte de los líquidos corporales, a los cuales regulan. El calcio y el fósforo que constituyen parte esencial en la fase sólida del hueso, el hierro, que participa en la síntesis de la hemoglobina (proteína que transporta el oxígeno de la sangre).

Es importante destacar las funciones del sodio, cloro y potasio en razón de que:

- Ayudan a mantener el equilibrio entre los compartimentos intra y extracelular: forman parte del líquido extracelular y mantienen la presión osmótica.
- Son partes componentes del jugo gástrico, pancreático, intestinal, biliar y salival.
- Ayudan a regular el equilibrio ácido básico.
- Existen en una buena cantidad en los huesos.
- El potasio es parte del compartimiento intracelular.

II.3.3.6. Fibra dietética.

Son sustancias que no pueden ser desintegradas por las enzimas digestivas del ser humano. Constituyen la celulosa, hemicelulosa y lignina que forman parte de la pared celular de las plantas.

Las fibras se clasifican en dos grupos:



- Solubles: pectinas, gomas, mucílagos.
- Insolubles: celulosa, hemicelulosa, lignina.

Para incrementar las fibras en la dieta, es necesario que la misma contenga verduras, frutas con cáscara, leguminosas, granos enteros y sus productos (con cáscara o integrales), leguminosas y salvado de trigo o arroz a fin de comer entre 6 a 8 gr diarios de fibra cruda. Hay quienes recomiendan 20 a 25 gramos diarios.

El consumo de fibra parece tener un efecto beneficioso, en el sentido de prevenir una serie de enfermedades como el estreñimiento, los divertículos, las hemorroides y el cáncer de colon. El mecanismo de acción sería aumentando la masa de heces y ablandándolas.

La fibra reduce la concentración de colesterol sanguíneo, al aumentar la excreción de colesterol y ácidos biliares. Favorece el tratamiento de la obesidad, al producir saciedad y disminuir la absorción de proteínas, grasas y carbohidratos.

En personas diabéticas disminuyen los niveles de glucosa sanguínea e insulina postprandiales, por disminución de la absorción de los componentes.

2.4. SALUD INTEGRAL

2.4.1. CONSTRUYENDO SALUD INTEGRAL DESDE LA COMUNIDAD.

Vivimos en una época de transformación constante y profunda. La sociedad ha tenido que adaptarse a los cambios bruscos, ha generado nuevas



necesidades y requerimientos, y no puede competir con los adelantos tecnológicos y científicos que han hecho de la vida un proceso demasiado complicado, muy complejo.

En este espacio de complejidad, generado por la globalización, los seres humanos hemos ido perdiendo identidad, hemos sustituido nuestra creatividad y nuestros conocimientos por los chips implantados en una máquina, y nos hemos dedicado a admirar las “maravillas” que pueden hacer. Poco a poco nos hemos ido desplazando de nuestro propio yo y nos hemos ido identificando con un ser diferente, insensible, egoísta.

Los humanos modernos hemos perdido la memoria de nuestras raíces, de nuestra cultura, de nuestros valores, lo que nos distancia cada vez más de nuestra identidad, pues mientras más olvidamos nos sentimos cada vez más libres, y es esta libertad la que nos hace complicados. La libertad se la concibe como libre ingreso y movimiento en el campo de la competencia de mercado (tengo dinero y lo gasto como quiero), de los avances tecnológicos y de la medicina occidental, mas no como una práctica de solidaridad y cooperación con los semejantes.

La medicina occidental se incrustó en cada individuo haciéndonos creer que era la única solución para contrarrestar la enfermedad, convirtiendo al ser humano en máquina, desplazando su subjetividad, dejando de mirar al ser humano como un ser social, como un ser holístico con una dimensión psicológica y emocional, interconectado con su ambiente y demás seres humanos, con principios, valores, costumbres y cultura.



Pero, al mismo tiempo, hoy en día se atraviesa también en una época de cambios más sutiles que han logrado refrescar la memoria y pretender recuperarla. Se visualiza así un horizonte menos complicado, más sencillo pero a la vez repleto de conocimientos, valores y saberes; es el campo de lo nuestro, de lo natural, de nuestras raíces. Se percibe un resurgimiento de los principios de las grandes culturas milenarias a través de un sentimiento colectivo y difuso de que algo falta o algo está demás, principios a los que día a día se van sumando más y más adeptos.

Es importante iniciar un proceso de construcción de la salud. Construir Salud incluye las actividades diarias que se realizan en espacios como la casa, la escuela y el trabajo, tales como una alimentación equilibrada, promoción de actitudes y valores, mantener limpios los espacios, cuidado de la higiene personal, prácticas deportivas, y capacitación adecuada.

Es necesario rescatar al individuo-sujeto social y promover su participación en el cuidado de su salud, considerando que la misma resulta de la interacción de varios factores: alimentación diaria, factores hereditarios, creencias y costumbres, el medio ambiente en el que vivimos, las relaciones de familia, el ambiente afectivo y la situación de pobreza, la seguridad, la autoestima. Es lo que se denomina Salud integral, visión desde la cual la salud pasa a ser un quehacer diario en el cual cada uno tiene responsabilidades y derechos, siendo prioritario cuidar la salud antes que la enfermedad aparezca.

II.4.2. HACIA UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE LA SALUD.

La Salud, es un concepto construido históricamente y en un contexto cultural determinado. Ya sea que se considere a la salud desde el punto de vista



de los indígenas “sentirse bien con los demás, con la naturaleza y con uno mismo”, o desde la visión de la OPS, “completo estado de bienestar físico, mental y social”, hablar de salud es incorporar el criterio de bienestar y calidad de vida.

Se hace necesario, entonces, un replanteamiento del concepto de salud. Un concepto en el que se cambie de modelo “sin enfermedad” al de “bienestar humano”, “de la enfermología y la quejudolandia a la salud por la vida” como lo dijera César Hermida; donde las personas, las familias, las comunidades, los partidos políticos, el estado y todos los actores sociales se comprometan y se apropien del tema.

El nuevo concepto de salud contempla la salud no sólo como atención a la enfermedad, integra además de las características de bienestar humano, la satisfacción de las llamadas “necesidades básicas (vivienda, vestido, alimentación, educación, salud, trabajo remunerado) y el derecho de otras aspiraciones que todo ser humano o grupo desea poseer (derechos humanos, paz, justicia; las opciones de vida digna, la calidad de esta vida; la posibilidad de crear, innovar, de sentir placer; de tener acceso al arte y la cultura); en fin, de llegar a una vejez sin discapacidades y con capacidad para continuar con su vida hasta el final del ciclo vital”²¹

De esta manera la salud se constituye en un componente del proceso de desarrollo de las comunidades, ya que es el resultado del nivel que forma el desarrollo de una sociedad que se orienta a la producción y a la productividad con

²¹ Helena Restrepo, Hernán Málaga, “Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable”, Bogotá, Editorial Médica Panamericana, 2001, Pág. 24.



criterios de equidad, paz y justicia social; para lo cual se hace necesario reestructurar los servicios de salud, con participación comunitaria, todo lo cual se orienta a la revalorización y replanteamiento de los servicios.

Es importante también dar un enfoque intercultural a la salud. Este enfoque debe reconocer que somos multilingües, multiétnicos y multiculturales, y permitir que las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, de lengua, de género, generacionales, etc., se asuman dentro de un contexto de equidad, y posibiliten la construcción de sociedades cada vez más justas.

II.4.3. LA COMIDA: UNA VISIÓN HISTÓRICO-HOLÍSTICA.

En el tiempo de la historia han transcurrido vivencias de diversos grupos humanos, muchos de ellos han permanecido unidos por sus creencias, por sus costumbres, su visión del mundo, su historia y por los procesos particulares de vida, todo lo que se ha dado a llamar identidad cultural; lo dice Mariana Galarza en su libro “El Poder de la Comida”.

Es importante conocer las formas de pensamiento, las creencias, las costumbres, los valores y principios en los que se basan las diferentes culturas para comprender el rol que juega la alimentación en la vida humana.

“La cultura occidental considera nutrientes: proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales, estudiando sus porcentajes, contando calorías y analizando los elementos en los que cada uno se descompone”.



De esta manera, la ciencia actual nos ha conducido a “concebir la alimentación en términos de medidas y cálculos exactos”²², por lo que el conocimiento del proceso de transformación de los alimentos es solamente superficial, se ha quedado en el campo bioquímico.

Para las culturas ancestrales los principios que rigen la alimentación son más profundos, existe un lenguaje, una forma de expresión detrás de las sustancias. Existe una relación muy estrecha entre alimentación y los procesos digestivos, en términos relacionados con las energías o fuerzas.

Es claro, entonces, que “la salud y la alimentación deben volver a las raíces ancestrales; debe volver a nuestras manos, a nuestras familias, y rescatar saberes y valores que aún se mantienen en los cuerpos cerebrales y en las prácticas escondidas de la gran mayoría de habitantes de las comunidades”, precisa Mariana Galarza

¿Por qué digo prácticas escondidas? Porque a pesar de tener un criterio basado en la práctica diaria y que ha perdurado en el tiempo, transmitiéndose de generación en generación, todos los conocimientos se han tenido que mantener en el anonimato, pues lo que se relaciona con energía y fuerzas emitidas por la naturaleza a través de plantas y alimentos, no está demostrado químicamente, y por lo tanto, no es científico, como tampoco lo es su uso y su aplicación, la que se tiene que realizar en forma clandestina.

²² Mariana Galarza, “El Poder de la Comida”, Pág. 31, 32.



Lo no científico *-lo nuestro-*, fue desplazado por lo científico *-lo de afuera-*, y poco a poco fuimos adoptando patrones de conducta que nos hicieron convencer de que sólo lo científicamente demostrado tiene valor, y lo demás, debe desecharse. Sin embargo, en la época actual, estamos dándonos cuenta que la ciencia no ha podido resolver muchos problemas, sobre todo los relacionados con la salud y, está buscando explicación en la naturaleza y los productos que en ella se encuentran, de allí el auge que en las últimas décadas ha tomado la práctica de ramas de medicina alternativa.

En este contexto, la alimentación ha jugado un papel muy importante y ha sido un medio para cultivar valores intrafamiliares y comunitarios. Basta recordar, por ejemplo, el uso de algunos alimentos con fines nutricionales y que a la vez cumplen funciones curativas o preventivas de algunos procesos de salud: el ajo en los problemas respiratorios, el paico en la alimentación y sus funciones antiparasitarias, el rábano en los problemas respiratorios, la zanahoria y su función en la visión, como para citar algunos ejemplos, sin dejar de lado las infusiones de plantas medicinales como el toronjil, la violeta, el llantén, canela, manzanilla, orégano, etc., cada cual con sus propiedades específicas, y los zumos de col, ortiga, manzana, piña, limón, espinaca, alfalfa, papa, rábano, sábila, y otros, que se usan en la práctica diaria, sin más aval académico que el de la experiencia ancestral de quienes nos antecedieron en la vida.

La esencia de los conocimientos ancestrales se encuentra dentro de cada uno de nosotros, es parte de nuestra cultura y de nuestra historia. Es un saber holístico, que debe ser rescatado y llevado a la luz, como



estandarte de batalla en nuestra práctica diaria, por cuanto es lo único que nos abrirá las puertas de las comunidades y nos permitirá compartir sus vivencias.

Nos permitirá, en definitiva, conocer las comunidades donde desempeñamos nuestras acciones y encausar perspectivas para el desarrollo de las mismas.

II.4.4. LA ESCUELA Y LA SALUD.

En las comunidades rurales, muchas enfermedades prevenibles han dado cuenta de la vida de muchos niños y niñas, y a otros, como lo dijeron Arturo Quizhpe y colaboradores, en su libro “Los Niños por la Salud y la Vida”, “los han dejado incapacitados física o mentalmente, lo que probablemente se deba a que ellos han sido depositarios pasivos de la asistencia social”, es decir, se consideran grupos aislados sobre los que se debe actuar en forma individual, desarticulándolo de su vida familiar y del entorno en el que vive, es decir, sin tomar en cuenta su integralidad.

El desarrollo del niño es un proceso dinámico e integral que requiere de acciones multidisciplinarias para orientarlo adecuadamente. Los niños, los padres de familia, los maestros y la comunidad deben contribuir con este proceso.



Los niños de la escuela constituyen un terreno fértil donde podemos desarrollar acciones de educación en salud. Me atrevería a asegurar que es el mejor terreno, ya que si el niño aprende sobre su salud y se conoce a sí mismo, va a cuidar mejor de su vida y la vida de sus amigos, hermanos y familiares, ya que son parte de una familia, donde irá a replicar los conocimientos adquiridos en la escuela y modificará conductas hogareñas a favor de la salud y de la vida.

Pero el papel del niño no debe limitarse solamente a adquirir el conocimiento. Debe llevarlo a la práctica. Convertirlo en un patrón de conducta individual y familiar, de modo que ese niño de ahora pueda transmitir a su generación estos valores y principios.

El papel de los profesores es capacitarse y difundir los conocimientos a los niños y padres de familia. Para ello, deben conocer el rol que desempeñan cada uno de los miembros de la familia en el hogar, en la comunidad y como agente de su propia formación. “Pueden incentivar, fomentar y desarrollar habilidades que permitan a los niños cuidar su propia salud y aplicar sus conocimientos y habilidades en beneficio de otros” ²³.

Los padres de familia deben constituirse en compañeros para desarrollar acciones de salud, lo que implica un compromiso, responsabilidad, y sobre todo, cooperación en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones.

²³ Arturo Quizhpe, et. al., “Los Niños por la Salud y la Vida”, Pág. 10.



La comunidad tiene a su cargo la responsabilidad de su desarrollo integral. Esto implica la coordinación interinstitucional e interdisciplinaria para el desempeño de las acciones, puesto que en el desarrollo de los pueblos todos tenemos responsabilidad.

CAPÍTULO III.

OBJETIVOS.

III.1. OBJETIVO GENERAL.

Desarrollar prácticas alimentarias saludables en la población de la parroquia Bomboiza, en el periodo 2002-2003.

III.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Desarrollar una línea de base sobre las prácticas alimentarias en las familias de la parroquia Bomboiza.
2. Desarrollar un plan de capacitación y modificación de prácticas alimentarias.



3. Implementar un plan de gestión en la parroquia.
4. Plan de Seguimiento y evaluación.

CAPITULO IV.

DISEÑO METODOLÓGICO.

IV.1. TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio aplicado fue el de Investigación Acción, ya que es una metodología que permite investigar la realidad, con los distintos problemas que en ella se presentan, planificar y ejecutar las acciones necesarias para mejorarla, en forma participativa.

IV.2. UNIVERSO.

El Universo de estudio estuvo conformado por los habitantes que residen en el centro urbano de la parroquia Bomboiza,; constituyendo las unidades básicas de observación las familias y los niños de la escuela Cuenca.



IV.3. MUESTRA.

Para la obtención de los datos relacionados con la línea de base se trabajó con una muestra voluntaria de 36 personas, pertenecientes a grupos focales de mujeres, jóvenes y padres de familia. Para el desarrollo del plan de acción se trabajó con catorce familias (43 personas), quienes en forma voluntaria decidieron colaborar con la investigación.

IV.4. PLAN DE OBSERVACIÓN DE CAMPO.

En una primera fase se realizaron visitas domiciliarias en las cuales se obtuvieron datos sobre la población del Sector Urbano de la parroquia, por grupos etéreos, mediante la aplicación de la ficha familiar utilizada por el Ministerio de salud Pública (ver anexo No.1).

La información referente a los procesos patológicos que afectaban a los habitantes de la parroquia se obtuvo mediante la revisión de los documentos estadísticos del Área de Salud No. 2, Hospital Misereor del cantón Gualaquiza, así como de los datos publicados por el SIISE 3.0.

Se procedió a determinar el estado nutricional en 36 habitantes del sector urbano de la parroquia, lo que ratificó la información obtenida en la revisión documental.

Se elaboró una guía de preguntas, las mismas que fueron discutidas y analizadas en reuniones con grupos de padres familia, de madres de familia y de jóvenes, con el propósito de determinar los conocimientos, las actitudes y las prácticas relacionadas con la alimentación familiar, para lo cual se utilizó la



técnica de búsqueda de consenso, aplicando los procesos de lluvia de ideas y la elaboración de matrices de priorización.

El análisis de los conocimientos se relacionaron especialmente con: las concepciones básicas sobre alimentación, alimentación balanceada, composición de los alimentos, causas de la falta de conocimientos, factores que hacen que no se puedan alimentar adecuadamente y efectos del déficit de alimentación y/o de la sobrealimentación.

En lo referente a las Actitudes, se analizó especialmente el grado de importancia que daban los habitantes a la alimentación familiar y el grado de satisfacción con la forma de alimentarse de cada persona.

Prácticas alimentarias como las formas de cultivar los alimentos, las formas de almacenarlos en los domicilios (exposición a contaminantes), la comercialización, la forma de preparación y de consumo de los alimentos, productos que cultivan, alimentos que más consumen, entre otros aspectos, se analizaron en estas reuniones.

Con los datos recogidos hasta este momento se estableció los indicadores básicos del estudio: estado nutricional, formas de preparación y consumo de los alimentos y criterio para la modificación de las prácticas alimentarias; criterios con los que se puso en aplicación el Plan de Capacitación, como lo explicaré posteriormente.

IV.4.1. ELABORACIÓN DE LA LÍNEA DE BASE SOBRE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS.



La línea de base se estableció en función de tres componentes básicos:

1. Estado nutricional y patología relacionada con la mala práctica alimentaria.
2. Prácticas alimentarias.
3. Determinación de criterios sobre la alimentación familiar.

IV.4.1.1.- Determinación del estado nutricional.

IV.4.1.1.1. Procedimiento para toma del peso.

Para determinar el Estado nutricional de los niños y niñas entre los 0 y los 5 años de edad y entre los 5 a los 18 años, se tomaron como referencia las curvas de la ficha de crecimiento de la OPS-OMS como patrones referenciales: ficha de crecimiento peso niños, ficha de crecimiento peso niñas, ficha de crecimiento talla niños, ficha de crecimiento talla niñas, Gráfico para seguimiento individual por percentiles de peso/edad, talla/edad y estados del desarrollo puberal, niñas y gráfico para el seguimiento individual por percentiles de peso/edad, talla/edad y estados del desarrollo puberal, niños; las mismas que sirven para evaluar el peso y la talla de niñas y niños de diferentes edades (ver anexo No. 2).

Se compararon los parámetros antropométricos de un individuo con respecto a un patrón, en el que se tiene para diferentes edades, un valor central (mediana) y percentiles numéricos que limitan la normalidad.



Se optó por esta metodología dado que el peso es el parámetro más sensible para detectar precozmente cualquier alteración nutricional y nos permite adoptar medidas oportunas para prevenir o corregir dichas alteraciones.

Para determinar el estado nutricional de adultos y adultos mayores se utilizó el índice de Masa Corporal cuya fórmula es:

$$\text{IMC} = \text{peso en Kg} / \text{talla en metros (elevado al cuadrado)}$$

IV.4.1.1.1. Instrumentos.

- Para pesar a lactantes y niños con peso inferior a 15 Kilogramos se utilizó una balanza infantil con plato con graduaciones cada 10 gramos.
- Para niños con peso superior a 15 kilogramos se utilizó una balanza de pie, con graduaciones cada 100 gramos.

IV.4.1.1.1.2. Técnicas.

- Se ubicó la balanza sobre una superficie firme, horizontal y lisa (piso de baldosa).
- Se comprobó que la balanza esté “encerada” antes de cada medición.
- Se pesó a los niños preferentemente en ropa interior.
- La persona (niño, niña, adulto) se colocó en la balanza con los pies juntos, sin apoyarse en nada.
- Se instruyó a la persona a que no se mueva y así la aguja de la balanza se quede quieta.



- Se registró el peso en kilogramos y fracciones de hasta 10 y 100 gramos y se graficó en el formulario correspondiente de la Historia Clínica Única.

IV.4.1.1.2. Procedimiento para la toma de la talla.

IV.4.1.1.2.1. Instrumentos.

Para medir al niño menor de 2 años, se utilizó un paidómetro infantómetro y, a partir de esta edad se utilizó el tallímetro incorporado a la balanza.

IV.4.1.1.2.2. Técnicas.

- Para medir al niño menor de dos años, se requirió de dos personas, una que sujete la cabeza del niño en posición decúbito dorsal y la otra persona encargada de efectuar la medición , extiende las piernas del niño, apoyando una mano sobre las rodillas y manteniendo los pies en ángulo recto, desliza la escuadra móvil del paidómetro , hasta hacer contacto con los talones del niño, efectuando entonces la lectura correspondiente, en centímetros y decimales que se registró en el formulario correspondiente de la Historia Clínica Única.
- Para niños de mayor edad y adultos se dieron las siguientes recomendaciones:
 - El individuo debía desprenderse de gorras y sombreros. Las niñas, de moños y adornos de la cabeza.



- El individuo se colocó de espaldas al tallímetro con los pies juntos en el piso. La cabeza, hombros, espalda y talones entraban en contacto con el tallímetro.
- Se acomodó la cabeza de tal modo que los ojos y los oídos estén en una misma línea, tomando a la persona de su mentón.
- La escuadra del tallímetro se deslizó sobre la cabeza de la persona presionando ligeramente.
- En este momento se realizó la lectura correspondiente y se registró en el formulario respectivo de la Historia Clínica Única, en centímetros y decimales.

IV.4.1.1.3. Clasificación del estado nutricional.

Para evaluar el estado nutricional de los niños y niñas entre 0 y 4 años se utilizó el índice peso/edad, en relación a las gráficas disponibles en las historias clínicas y carné de salud.

Los niños cuyo peso para su edad se graficaron en el área comprendida bajo la tercera línea desde arriba, que corresponde al percentil 10 **son desnutridos**

Niños con peso graficado entre la primera y la tercera línea, es decir, entre los percentiles 10 y 95 son **normales**.



Los niños cuyos pesos se grafican sobre la primera línea, percentil 95, tienen **sobrepeso**.

El estado nutricional de escolares y adolescentes (5 – 19 años) se clasificó de la siguiente manera:

- **Desnutridos** si su peso se grafica por debajo del percentil 10.
- **Normales** cuando el peso se grafique entre el percentil 10 y 95.
- **Sobrepeso** si el peso se grafica sobre el percentil 95.

El estado nutricional en adultos y adultos mayores se clasificó en función del Índice de Masa corporal en.

- **Desnutrida:** Índice de Masa Corporal menor de 18,5.
- **Normal:** Índice de Masa Corporal entre 18,5 a 24,9.
- **Sobrepeso:** Índice de Masa Corporal entre 25 y 29,9.
- **Obesidad grado I:** IMC entre 30 y 34,9.
- **Obesidad grado II:** IMC entre 35 y 39,9.
- **Obesidad grado III:** IMC mayor de 40.

Los datos obtenidos se introdujeron en una base de datos, clasificándolos por grupos étnicos y sexo, y expresándolos en razones, porcentajes y otras medidas estadísticas, ya que la mayoría de variables son de tipo cualitativo.

IV.4.1.2 Determinación de estados patológicos:

Los trastornos patológicos relacionados con las malas prácticas alimentarias tuvieron como componentes de estudio a:

- Desnutrición.



- Obesidad o sobrepeso.

La Desnutrición se clasificó en función de la graficación del peso en los formularios de la Historia Clínica Única:

Para niños y niñas entre 0 y cinco años de edad:

- **Desnutrición grado I:** si el peso del individuo se graficó entre las líneas 3 y 4 de la ficha de crecimiento.
- **Desnutrición grado II:** si el peso se graficó entre las líneas 4 y 5 de dicha ficha.
- **Desnutrición grado III:** si el peso se graficó por debajo del línea 5 en la misma ficha.

En el caso de escolares y adolescentes se consideró la clasificación como:

- **Desnutridos:** cuando el peso de la persona se graficó por debajo del percentil 10.

Para los adultos y adultos mayores se consideran **desnutridos** cuando el Índice de Masa Corporal es inferior a 18,5.

Las personas que presentan exceso de peso, se clasificaron en:

- **Sobrepeso:** niños, escolares y adolescentes cuyo peso se grafica sobre el percentil 95 en las gráficas de la Historia Clínica Única y un Índice de Masa Corporal entre 25 y 29,9, en caso de adultos.



- **Obesidad grado I:** IMC entre 30 y 34,9.
- **Obesidad grado II:** IMC entre 35 y 39,9.
- **Obesidad grado III:** IMC mayor de 40

IV.4.1.3. Determinación de prácticas alimentarias.

En la determinación de las prácticas alimentarias se tomó como componentes básicos de estudio los siguientes:

1. Los tipos de alimentos que consumen los habitantes.
2. Las formas de preparación de los alimentos.

El tipo de alimentos que consumen los habitantes de la parroquia se determinó por observación directa. Poniendo atención en el tipo de alimentos que cultivan, las formas de cultivar la tierra y el uso o no de sustancias nocivas para la salud.

Se clasificó los alimentos en saludables, poco saludables y no saludables:

- *Se llamaron Alimentos saludables* a las comidas naturales, preparadas en casa y en base de cereales, granos, tubérculos; hortalizas, verduras y frutas.
- ***Alimentos poco saludables*** a aquellos que deben consumirse en cantidades moderadas como la leche y sus derivados, y las carnes y huevos, y aquellos que deben ingerirse en mínimas cantidades como las grasas, el azúcar y la sal.



- Y serán **alimentos no saludables** aquellos que han sido transformados mediante diferentes técnicas de industrialización y lanzados al mercado como “comida chatarra” (refrescos, colas, bolos, cachitos, caramelos, chupetes, paletas, helados, gelatinas, etc.).

La preparación de los alimentos se refiere a las formas como se preparan los alimentos y el consumo, a los de alimentos que más se consumen en la familia, los que más les gusta, la persona que prepara los alimentos y las normas de higiene que rigen en el consumo. Se determinaron en base a discusiones en grupos focales con madres de familia, jóvenes y padres de familia.

Las formas de preparación se clasificaron en:

- **Higiénicas:** si se toman las medidas básicas de higiene para el consumo y preparación de los alimentos.
- **No higiénicas:** si no se consideran medidas básicas de higiene en la preparación y consumo de alimentos.

Las formas de consumo de los alimentos se clasificaron en:

- **Cocinado:** si todos los alimentos se cocinan antes de consumirlos.
- **Fritos:** si dentro de su dieta se consumen alimentos fritos.
- **Asado:** si prefieren preparar los alimentos a la brasa.
- **Crudos:** si en su alimentación se incluyen productos que se consumen crudos.



IV.4.1.4. Determinación de criterios sobre la modificación de la alimentación familiar.

Hizo referencia al grado de satisfacción de los pobladores con su sistema de alimentación y a la disposición para adoptar prácticas alimentarias que les permitan modificar su condición alimenticia. Se midió en base a preguntas establecidas en una encuesta y en base a las respuestas se clasificó a los entrevistados en una de las siguientes etapas:

1. Preconsideración: no piensa en modificar sus prácticas alimentarias. Está conforme con su conducta alimentaria.
2. Consideración: piensa modificar sus prácticas alimentarias en un tiempo posterior (si ve que al resto le ha ido bien).
3. Preparación: planea modificar sus prácticas alimentarias a medida que recibe la capacitación.
4. Acción: cultiva algunas prácticas alimentarias pero cree que debe modificar otras.
5. Mantenimiento: ha modificado sus prácticas alimentarias, las aplica diariamente en su hogar y piensa mantenerlas por el resto del tiempo.

IV.4.2. DESARROLLO DE UN PLAN DE CAPACITACIÓN PARA LA

MODIFICACIÓN DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS.



La capacitación se realizó en diferentes áreas, con la finalidad de impartir conocimientos que vayan a modificar las prácticas alimentarias entre los habitantes de la parroquia, comenzando por reorientar la concepción sobre la salud e introduciendo los ejes de la promoción de la salud, haciendo énfasis en los estilos de vida, y la importancia de cultivar prácticas alimentarias saludables.

La mencionada capacitación se llevó a cabo mediante talleres en la que se empleó la Matriz de Programación y Educación en la Acción, aplicada a temáticas como: Salud Integral, Promoción de la Salud, Los Grupos de Alimentos, Alimentación Saludable, Selección y Preparación de Alimentos saludable y alcoholismo, en el caso de los adultos (Ver anexo No. 4).

Para los niños se utilizó la Guía en Alimentación y Nutrición para cuarto año de educación básica, editado por el Servicio Holandés de Cooperación al Desarrollo (SNV) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Los talleres fueron desarrollados con la participación de 28 padres de familia (14 parejas) y con niños en edad escolar, durante los días sábados en horario de 10 a 12 horas para los niños y de 14 a 16 horas para los adultos, en un total de 43 personas pertenecientes a 14 familias, quienes participaron en forma constante en el estudio.

El producto final de la aplicación del Plan de Capacitación fue lograr concienciar a los pobladores sobre las características de sus prácticas alimentarias, inculcar cambios de mentalidad sobre el concepción de la



alimentación y la salud en los habitantes y, lograr la apropiación de los conocimientos impartidos por parte de los pobladores de la parroquia, una apropiación efectiva que llevada a la práctica contribuya a modificar la situación de salud de las familias y de la comunidad.

IV.4.3. DESARROLLO DE UN PLAN DE GESTION EN LA PARROQUIA.

Se partió de una sesión de trabajo con los representantes y miembros de las diferentes instituciones y grupos sociales de la parroquia convocada con la finalidad de analizar la problemática de salud.

El análisis de la problemática de la parroquia se efectuó aplicando la técnica de búsqueda de consenso e interactivas, siguiendo un proceso que consistió en dos pasos fundamentales: la lluvia de ideas y la elaboración de una matriz de priorización y selección de la problemática.

En la misma se procedió a organizar adecuadamente a los actores sociales, nombrándose el Comité de Gestión de la Parroquia, que estará conformado por un Presidente, Vicepresidente, Secretario, Tesorero y Vocales constituidos por los Presidentes de las comisiones.

Se nombró una comisión de salud, de educación, de asuntos legales y de asuntos sociales, cada una con su ámbito de trabajo, sus funciones específicas y su autoridad.

Al interior de cada comisión se distribuyen en forma clara, transparente y democrática las funciones y las decisiones en el grupo se toman por consenso.



En el ejercicio de las funciones de cada grupo se realizó la **Coordinación del Programa de Trabajo**, lo que incluye funciones de organización, administración, gerencia y supervisión del cumplimiento de tareas. También el **Manejo de Recursos Financieros**, lo que abarca la participación en las gestiones que ayuden a obtener recursos.

Cada persona o grupo comenzó a **desarrollar las tareas programadas** dirigiendo siempre la acción hacia el cumplimiento comprometido y conciente de los objetivos del proyecto.

Así, se han logrado algunos acuerdos que comprometen el accionar del Comité de Gestión Parroquial y sus comisiones, con las autoridades locales y cantonales y con la ciudadanía.

El plan contempló también la capacitación a los miembros del Comité de Gestión y de las respectivas comisiones, a fin de dotarlos de las destrezas científicas y técnicas que les ayude en las funciones administrativas (ver anexo No. 4).

Algunas labores administrativas menores: de mantención de la infraestructura y equipos en caso necesario, secretaría, abastecimiento, desarrollo tecnológico de punta, constituyeron **tareas de apoyo** indispensables para el buen desarrollo y continuidad del trabajo.

IV.4.4. PLAN DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.



Para fines del presente estudio y en relación al tiempo asignado para la misma, se efectuó una evaluación de proceso o formativa y una evaluación de resultados.

La evaluación de proceso se efectuó durante la ejecución del programa de capacitación. Acentuó un propósito formativo, ya que analizó la práctica a través del diálogo y consulta entre los participantes. Se efectuó mediante la aplicación de una matriz de evaluación inmediata (ver anexo No. 6), realizada inmediatamente después de terminadas las sesiones diarias de trabajo.

La evaluación de resultados: se realizó al finalizar el programa, con el propósito de conocer los resultados obtenidos con la intervención realizada.

Los instrumentos, técnicas y métodos que se utilizaron para establecer la línea de base de la investigación fueron utilizados durante la evaluación para conocer la nueva situación creada, identificando las transformaciones que se han producido, en cuanto al estado nutricional, las prácticas alimentarias (determinadas por conocimientos, actitudes y prácticas) y los criterios para la modificación de las prácticas alimentarias familiares.

La recolección de la información para esta evaluación se realizó a través de: Reuniones de evaluación programadas y organizadas exclusivamente con este fin.



CAPÍTULO V.

RESULTADOS

V.1. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Se realizó con los datos obtenidos antes (línea de base) y después de la aplicación del plan de capacitación, expresándolos en datos cuantitativos y cualitativos mediante la utilización de programas de computación como Excel y EPI INFO.

V.1.1. RESULTADOS DE LA LINEA DE BASE.

V.1.1.1. Determinación del estado nutricional.

CUADRO No. 5.

HABITANTES DEL SECTOR URBANO DE LA PARROQUIA BOMOBIZA QUE INTERVINIERON EN EL ESTUDIO, SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO, 2002 - 2003.

| GRUPO DE EDAD | SEXO | | | |
|---------------|---------|-------|---------|-------|
| | HOMBRES | | MUJERES | |
| | NÚMERO | % | NÚMERO | % |
| 0-4 AÑOS | 5 | 21,74 | 3 | 15,00 |
| 5 A 18 AÑOS | 4 | 17,39 | 3 | 15,00 |



| | | | | |
|------------------|----|--------|----|--------|
| 19 Y MAS AÑOS | 14 | 60,87 | 14 | 70,00 |
| TOTAL | 23 | 100,00 | 20 | 100,00 |

Fuente: Directa.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca

Se tomó como grupo de estudio a 14 familias que en forma libre y voluntaria decidieron ingresar al presente estudio, con un total de 43 personas, de las cuales 23 son varones y 20 mujeres. El grupo mayoritario es el de adultos con el 60 y 70 % tanto del sexo masculino como del femenino respectivamente ya que constituyeron parejas de casados.

CUADRO No. 6.

ESTADO NUTRICIONAL EN 43 HABITANTES DEL SECTOR URBANO DE LA PARROQUIA BOMBOIZA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 2003.

| ESTADO NUTRICIONAL | GRUPOS DE EDAD | | | | | |
|-----------------------|----------------|--------|-------------|--------|---------------|--------|
| | 0 - 4 AÑOS | | 5 - 18 AÑOS | | 19 AÑOS Y MAS | |
| | NUMERO | % | NUMERO | % | NUMERO | % |
| NORMAL | 3 | 37,50 | 2 | 28,57 | 14 | 50,00 |
| SOBREPESO | 0 | 0,00 | 2 | 28,57 | 4 | 14,29 |
| DESNUTRIDO | 5 | 62,50 | 3 | 42,86 | 10 | 35,71 |
| TOTAL | 8 | 100,00 | 7 | 100,00 | 28 | 100,00 |

Fuente: Historia clínica.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

En el grupo estudiado existe un alto porcentaje de habitantes que presenta algún grado de desnutrición en los tres grupos de edad. El 62,50 % de los niños entre 0 y 4 años son desnutridos (la gráfica de su peso en la curva de crecimiento está por debajo del percentil 10). El 42,86 % de los escolares y adolescentes de igual manera, y el 35,71 % de los adultos presenta un Índice de Masa Corporal inferior a 18,5 y que corresponde a algún grado de desnutrición.

CUADRO No. 7.



ESTADO NUTRICIONAL EN LOS 43 HABITANTES DEL SECTOR URBANO DE LA PARROQUIA BOMBOIZA, SEGUN SEXO, 2003.

| ESTADO NUTRICIONAL | SEXO | | | |
|--------------------|---------|--------|---------|--------|
| | HOMBRES | | MUJERES | |
| | NUMERO | % | NUMERO | % |
| NORMAL | 11 | 47,83 | 8 | 40,00 |
| SOBREPESO | 2 | 8,70 | 4 | 20,00 |
| DENUTRIDOS | 10 | 43,48 | 8 | 40,00 |
| TOTAL | 23 | 100,00 | 20 | 100,00 |

Fuente: Historia clínica.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

La desnutrición en la población estudiada afecta más a los hombres que a las mujeres, en un porcentaje del 43,48 % al 40,00 % respectivamente. Los porcentajes de sobrepeso son mayores en las mujeres, y los de normalidad son mayores en los varones.

CUADRO No. 8.

DISTRIBUCIÓN DE LOS HABITANTES DE 1 A 4 AÑOS, EN EL GRUPO DE ESTUDIO, SEGUN GRADO DE DESNUTRICIÓN Y SEXO, 2003.

| GRADO DE DESNUTRICION | SEXO | | | |
|-----------------------|---------|------------|---------|------------|
| | HOMBRES | | MUJERES | |
| | NUMERO | PORCENTAJE | NUMERO | PORCENTAJE |
| GRADO I | 1 | 33,33 | 1 | 50,00 |
| GRADO II | 2 | 66,67 | 1 | 50,00 |
| GRADO III | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| TOTAL | 3 | 100,00 | 2 | 100,00 |

Fuente: Historia clínica.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

El cuadro demuestra que la Desnutrición Grado I, en el grupo estudiado, afecta más a mujeres que a varones. Mientras que en hombres es más frecuente la desnutrición GII. No existieron desnutridos grado III, en la población estudiada.

CUADRO NO. 9.

DISTRIBUCIÓN DE LOS HABITANTES DE 5 A 18 AÑOS, EN EL GRUPO DE ESTUDIO, SEGUN GRADO DE DESNUTRICIÓN Y SEXO, 2003.



| GRADO DE SOBREPESO | SEXO | | | |
|--------------------|---------|--------|---------|--------|
| | HOMBRES | | MUJERES | |
| | NUMERO | % | NUMERO | % |
| SOBREPESO | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| OBESIDAD G I | 1 | 50,00 | 1 | 50,00 |
| OBESIDAD G II | 1 | 50,00 | 0 | 0,00 |
| OBESIDAD G III | 0 | 0,00 | 1 | 50,00 |
| TOTAL | 2 | 100,00 | 2 | 100,00 |

Fuente: Historia clínica.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

En la población de estudio, la obesidad afecta a igual número de hombres que de mujeres. La de grado I afecta por igual a los dos sexos, la de grado II es más frecuente en los varones y, la de grado III, en las mujeres. Esto quiere decir que los índices de masa corporal oscilan entre 30 y 34,9 y 35 a 39,9 en el caso de los varones y, entre 30 y 34,9 y mayor de 40, en el caso de las mujeres.

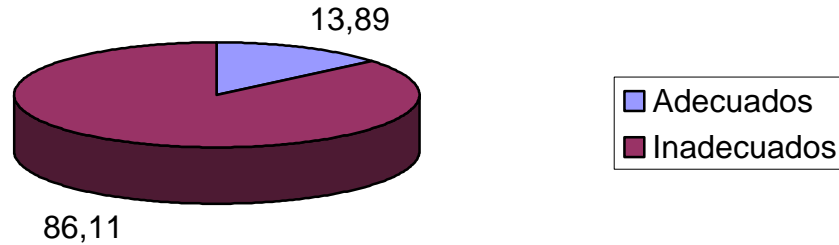
V.1.1.2. Determinación de prácticas alimentarias.

Se presentan datos relacionados con diferentes aspectos que condicionan la existencia de malas prácticas alimentarias en los habitantes de la parroquia Bomboiza, entre los que se pueden mencionar:

- Causas relacionadas con los conocimientos de la población sobre alimentación.
- Ciertas actitudes personales que conllevan al desarrollo de malas prácticas alimentarias.
- Causas relacionadas con las prácticas alimentarias de la población.

GRÁFICO No. 2.

**CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN EN LOS
36 HABITANTES DEL SECTOR URBANO DE LA
PARROQUIA BOMBOIZA, 2003.**



Fuente: Guía de preguntas y discusión en grupos focales.
Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

La mayoría de los miembros del grupo de estudio tienen inadecuados conocimientos sobre la alimentación (86,11), frente al 13,89 % que se ha visto que tienen algunos conocimientos sobre la misma.

CUADRO No.10.

**CAUSAS DE DESCONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN EN 36
HABITANTES DEL SECTOR URBANO DE LA PARROQUIA BOMBOIZA, 2003.**

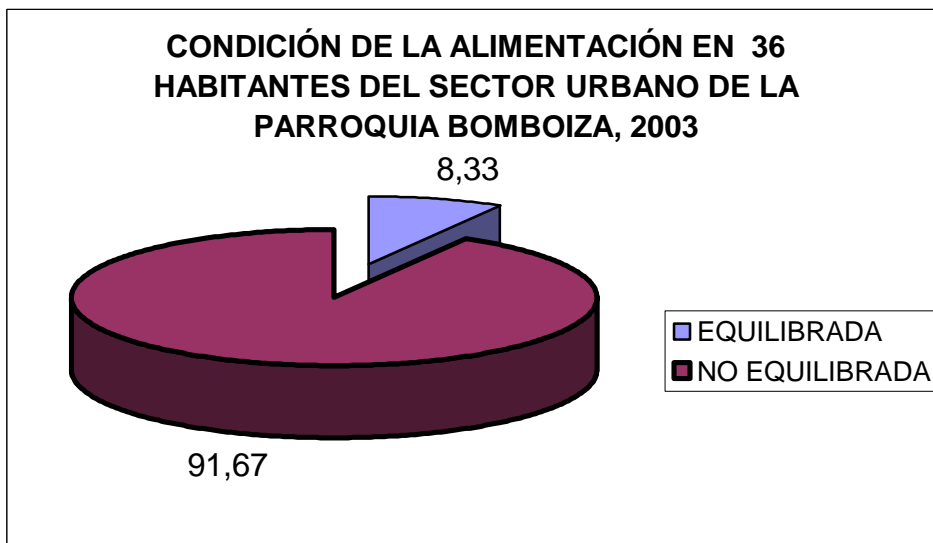
| CAUSAS DE DESCONOCIMIENTO | NUMERO | % |
|--|-----------|---------------|
| El personal de salud no capacita sobre el tema | 12 | 33,33 |
| En la escuela no se enseña sobre alimentación | 10 | 27,78 |
| Existe despreocupación por parte de los padres | 8 | 22,22 |
| No hay programas de capacitación en los medios de comunicación | 6 | 16,67 |
| TOTAL | 36 | 100,00 |

Fuente: Guía de preguntas y discusión en grupos focales.
Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

Entre las causas del desconocimiento sobre alimentación de los habitantes del grupo estudiado, se muestra la participación de diferentes actores sociales. Los servicios de salud, los establecimientos educativos y los medios de comunicación, en un porcentaje del 33,33 %, el 27,78 % y el 16,67 %,

respectivamente, serían los responsables de este fenómeno. Esto está relacionado con la falta de capacitación por parte de estas entidades. Sin embargo, un 22,22 % de los habitantes estudiados, piensa que existe descuido por parte de los padres.

GRÁFICO No. 3.



Fuente: Directa

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

El gráfico anterior demuestra que los habitantes de la parroquia Bomboiza en un porcentaje del 8,33 % consumen una dieta equilibrada, frente al 91,67 % de personas en los que las condiciones de la dieta dejan mucho que desear.

CUADRO NO. 11.

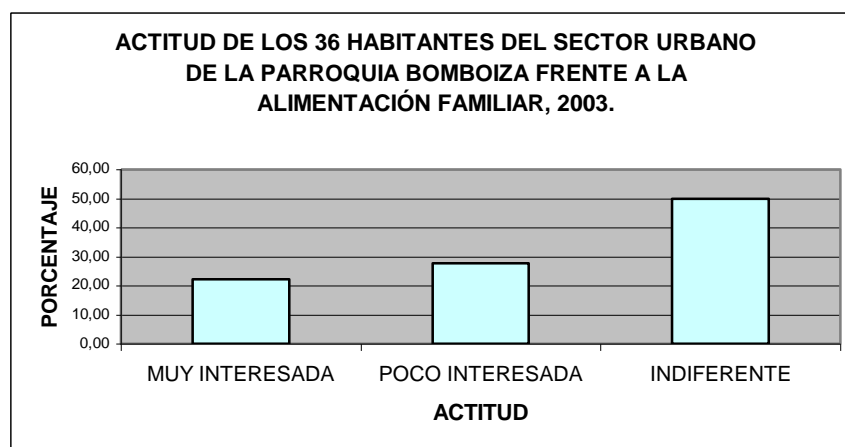
**CAUSAS DE MALA ALIMENTACIÓN EN LOS 36 HABITANTES DEL SECTOR
URBANO DE LA PARROQUIA BOMBOIZA, 2003.**

| CAUSAS DE MALA ALIMENTACION | NUMERO | % |
|--|--------|-------|
| No conoce los productos necesarios para una buena alimentación | 9 | 25,00 |
| Desconoce el contenido de los diferentes productos | 11 | 30,56 |
| No tiene dinero suficiente para comprar los alimentos | 2 | 5,56 |
| No hay algunos alimentos en el sector. | 3 | 8,33 |
| No se sabe cómo preparar los alimentos | 10 | 27,78 |
| Los productos que se cultivan se venden | 1 | 2,78 |
| TOTAL | 36 | 100 |

Fuente: Guía de preguntas y discusión en grupos focales.
Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

Entre las causas para que ocurra una mala alimentación en los miembros del grupo de estudio, se cuentan aspectos como el desconocimiento de la población sobre los grupos alimentarios (25 %), sobre el contenido de los alimentos (30,58 %) y sobre las formas de preparación de los mismos (27,78 %). Un porcentaje considerable de la población sostiene que no tiene el dinero suficiente para comprar los alimentos, que no existen productos en la zona y que se cultivan productos solamente para venderlos.

GRAFICO No. 4.



Fuente: Guía de preguntas y discusión en grupos focales.
Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca

Es preocupante el hecho de que la mayoría de los habitantes estudiados muestran una actitud desinteresada e indiferente frente a la alimentación de sus familias, lo que repercute directamente el estado de salud de sus miembros.

Solamente el 22,22 % de los encuestados se han mostrado muy interesados por la alimentación de sus familiares, sobre todo cuando se dieron a conocer los primeros datos de la presente investigación.

CUADRO NO. 12

GRUPOS DE ALIMENTOS QUE MÁS CULTIVAN LOS 36 HABITANTES DEL SECTOR URBANO DE LA PARROQUIA BOMBOIZA, 2003.

| GRUPOS DE ALIMENTOS | NUMERO | % |
|---------------------------------------|--------|-------|
| GRUPO 1. CEREALES, GRANOS, TUBERCULOS | 23 | 63,89 |



| | | |
|---------------------------------------|----|--------|
| GRUPO 2. HORTALIZAS, VERDURAS, FRUTAS | 10 | 27,78 |
| GRUPO 3. LECHE Y DERIVADOS | 3 | 16,67 |
| GRUPO 4. CARNE Y HUEVOS | 0 | 0,00 |
| GRUPO 5. AZUCAR, GRASAS, SAL | 0 | 0,00 |
| TOTAL | 36 | 100,00 |

Fuente: Directa y Guía de preguntas y discusión en grupos focales.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca

Los productos que más cultivan los habitantes estudiados son los cereales, granos y tubérculos, destacándose entre ellos: el maíz, el fréjol, la yuca. Un 27,78 % cultivan hortalizas y frutas, especialmente col, lechuga y cítricos. Estos productos se convierten en la fuente de ingresos de los pobladores conjuntamente con la crianza de ganado vacuno y la producción de quesillo.

CUADRO No. 13.

GRUPOS DE ALIMENTOS QUE COMPRAN LOS 36 HABITANTES DEL SECTOR URBANO DE LA PARROQUIA BOMBOPIZA, 2003.

| GRUPOS DE ALIMENTOS QUE COMPRAN | NUMERO | % |
|--|--------|--------|
| Grupo 1. CEREALES, GRANOS Y TUBERCULOS | 12 | 33,33 |
| GRUPO 2. HORTALIZAS, VERDURAS Y FRUTAS | 5 | 13,89 |
| GRUPO 3. LECHE Y DERIVADOS | 6 | 16,67 |
| GRUPO 4. CARNE Y HUEVOS | 8 | 22,22 |
| GRUPO CINCO: AZUCAR, SAL, GRASAS | 5 | 13,89 |
| TOTAL | 36 | 100,00 |

Fuente: Guía de preguntas y discusión en grupos focales.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca

Los productos que más se adquieren para incorporarlos a la alimentación familiar constituyen los Cereales, granos y tubérculos como el arroz, las papas, los granos secos, las harinas, el fideo, un 33,33 % de los individuos estudiados; lo que nos hace deducir que la alimentación de los habitantes estudiados es preferentemente hidrocarbonada.

Productos como la carne, la leche y sus derivados son comprados por un porcentaje significativo de las personas; mientras que la leche y sus derivados, las hortalizas, verduras, frutas, grasas, azúcar y sal, se adquieren por un porcentaje más o menos similar, pero que resulta interesante especialmente en lo que se

refiere a los alimentos del grupo cinco, cuyo consumo debe realizarse en mínimas proporciones.

CUADRO No. 14

GRUPOS DE ALIMENTOS QUE MÁS CONSUMEN LOS 36 HABITANTES DEL SECTOR URBANO DE LA PARROQUIA BOMBOIZA, 2003.

| GRUPOS DE ALIMENTOS QUE MÁS CONSUMEN | NÚMERO | % |
|---|--------|--------|
| SALUDABLES: grupos 1 y 2, cereales, granos, tubérculos; hortalizas, verduras y frutas. | 10 | 47,22 |
| POCO SALUDABLES: Grupos 3,4,5: leche y derivados; carnes y huevos; grasas, azúcar y sal | 9 | 25,00 |
| NO SALUDABLES: refrescos, colas, caramelos, gelatinas, licores, cigarrillos, etc. | 17 | 27,78 |
| TOTAL | 36 | 100,00 |

Fuente: Guía de preguntas y discusión en grupos focales.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca

Los alimentos que consumen en mayor proporción los habitantes son el arroz, fideo, azúcar, papas, plátano y yuca, confirmándose que la alimentación en el grupo estudiado es preferentemente hidrocarbonada, lo que no significa que se alimenten adecuadamente, pues para hacerlo, deben combinarse adecuadamente los alimentos en la dieta diaria. Llama la atención el porcentaje de individuos que consumen alimentos no saludables, especialmente en lo que se refiere al consumo de gelatinas, refrescos y colas, que no brindan ningún beneficio a las personas.

CUADRO No. 15.

CARACTERÍSTICAS DE ALMACENAMIENTO DE LOS ALIMENTOS POR PARTE DE LOS 46 HABITANTES DEL SECTOR URBANO DE LA PARROQUIA BOMBOIZA, 2003.

| CARACTERÍSTICAS DE ALMACENAMIENTO | NÚMERO | % |
|-------------------------------------|--------|-------|
| AL AIRE LIBRE SIN PROTECCION ALGUNA | 21 | 45,65 |
| EXPUESTOS A CONTAMINANTES | 14 | 30,43 |
| EN REFRIGERACION | 8 | 17,39 |

| | | |
|-----------------------|----|--------|
| EN ESTANTES ADECUADOS | 3 | 6,52 |
| TOTAL | 46 | 100,00 |

Fuente: Directa.

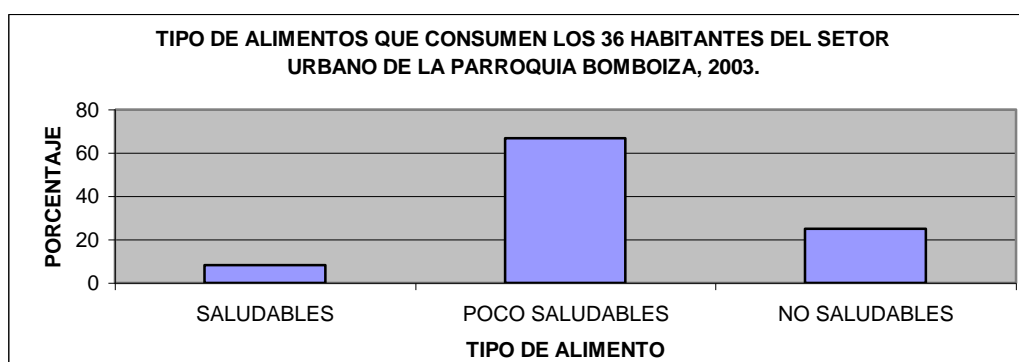
Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca

Las visitas domiciliarias realizadas para determinar las condiciones en las que se almacenan los alimentos en los domicilios de las familias pertenecientes al grupo de estudio dejaron varias sorpresas.

Es común encontrar los alimentos preparados expuestos al aire libre a merced de las moscas, cucarachas y más insectos. Los niños, especialmente los más pequeños acceden a estos alimentos con los consiguientes peligros para su salud.

Así mismo, los productos que se han adquirido en el mercado para ser consumidos durante la semana, se los guardan en un rincón de la casa, conjuntamente con productos químicos como detergentes para ropa, insecticidas o combustibles como gasolina y aceite quemado. Esto sin contar con la exposición directa de los productos a los roedores.

GRÁFICO No. 5.



Fuente: Guía de preguntas y discusión en grupos focales.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

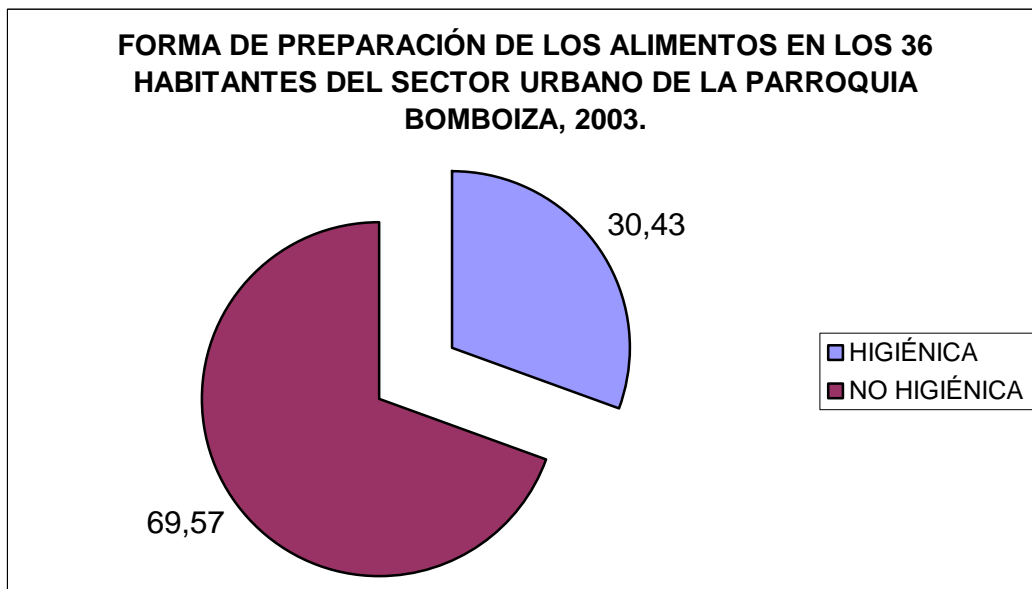
Todos los aspectos relacionados con los conocimientos, las actitudes y las prácticas alimentarias de los habitantes de la parroquia expuestos hasta el

momento, han permitido clasificar los alimentos que consumen en saludables, poco saludables y no saludables.

La mayoría de la población está consumiendo alimentos poco saludables, es decir, aquellos que deben consumirse en cantidades moderadas como la leche y sus derivados, y las carnes y huevos, y aquellos que deben ingerirse en mínimas cantidades como las grasas, el azúcar y la sal.

Un porcentaje considerable consume alimentos no saludables, es decir, aquellos que han sido transformados mediante diferentes técnicas de industrialización y lanzados al mercado como “comida chatarra” (refrescos, colas, bolos, cachitos, caramelos, chupetes, paletas, helados, enlatados gelatinas, etc.).

GRÁFICO NO. 6.

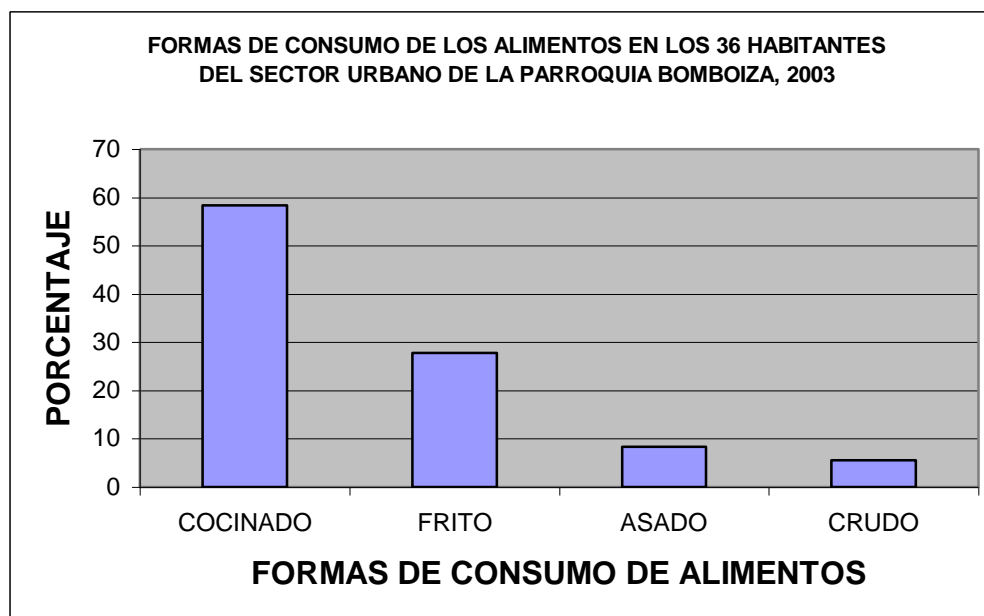


Fuente: Directa y guía de preguntas y discusión en grupos focales.
Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca

El gráfico muestra las características en la preparación de los alimentos en la población de estudio, lo que deja mucho que desear, especialmente porque no se toman en cuenta medidas básicas de higiene durante la manipulación y preparación, como son por ejemplo: lavarse las manos adecuadamente, lavar las frutas antes de consumirlas, lavar las verduras que se consumen crudas con agua hervida, mantener los utensilios limpios y cubiertos para evitar el contacto con moscas y cucarachas.

En el 69,57 % de domicilios visitados se pudo visualizar que las condiciones de preparación de los alimentos no eran las adecuadas; mientras que en el 30,43 % se tenían presentes algunas normas básicas de higiene las mismas que se deben potenciar.

GRÁFICO No.7.



Fuente: Guía de preguntas y discusión en grupos focales.
Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca



Existe un gran porcentaje de la población que consume alimentos preparados en forma de fritos. Los alimentos que se preparan en estas condiciones son huevos, carne, papas, fideos.

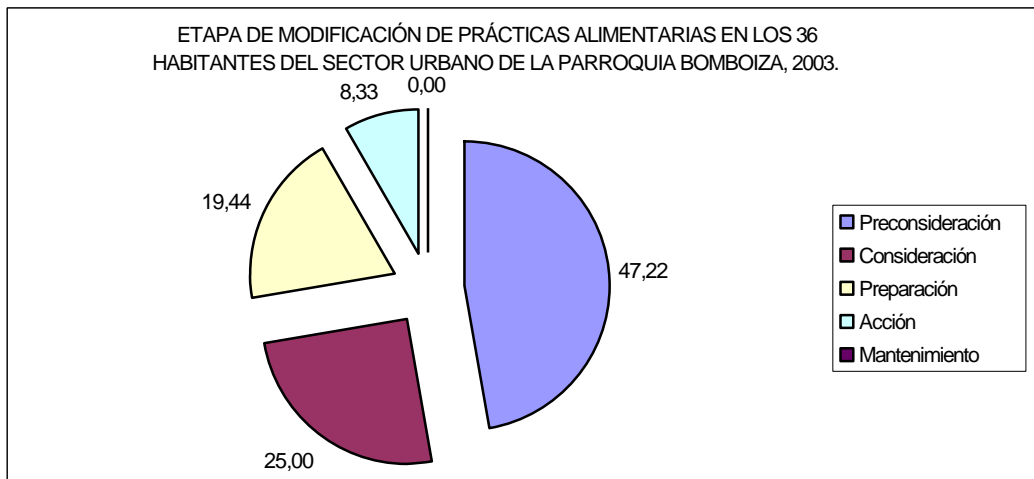
Entre quienes preparan los alimentos en forma cocida existen también quienes preparan sus comidas con abundante grasa animal o vegetal.

V.1.1.3. Determinación de criterios sobre la modificación de prácticas alimentarias.

Se hace referencia al grado de satisfacción de los pobladores con su sistema de alimentación y a la disposición para adoptar prácticas alimentarias que les permitan modificar su condición alimenticia, clasificándola en cinco etapas:

1. Preconsideración: no piensa en modificar sus prácticas alimentarias. Está conforme con su conducta alimentaria.
2. Consideración: piensa modificar sus prácticas alimentarias en un tiempo posterior (si ve que al resto le ha ido bien).
3. Preparación: planea modificar sus prácticas alimentarias a medida que recibe la capacitación.
4. Acción: cultiva algunas prácticas alimentarias pero cree que debe modificar otras.
5. Mantenimiento: ha modificado sus prácticas alimentarias, las aplica diariamente en su hogar y piensa mantenerlas por el resto del tiempo.

GRAFICO No. 8.



Fuente: Guía de preguntas y discusión en grupos focales.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca

La mayoría de los habitantes inmersos en el estudio refirieron que se hallaban conformes con su forma de alimentarse y no piensa modificar sus prácticas alimentarias.

Otro porcentaje prefiere manifestarse expectante, en el sentido de que optaría por cambiar sus prácticas si constata que da resultados. Existen quienes prefieren recibir la capacitación para iniciar la modificación de sus prácticas alimentarias.

V.1.2. RESULTADOS DEL PLAN DE CAPACITACIÓN.

Los aspectos abordados en la Línea de Base demostraron que el deficiente estado nutricional de los habitantes de la parroquia Bomboiza está en íntima relación con los siguientes aspectos:

- Los inadecuados conocimientos de la población sobre la alimentación.
- Una actitud poco interesada e indiferente frente a la alimentación de la familia.



- Prácticas inadecuadas en cuanto al cultivo, almacenamiento, preparación y consumo de los alimentos.
- Una actitud conformista frente a su forma de alimentarse y cierto rechazo a la modificación de sus prácticas alimentarias.

Cada uno de estos aspectos, a su vez, está relacionado con distintas circunstancias que han conducido a la población a un deterioro de su estado nutricional y a una reducción de su calidad de vida.

El problema, entonces, está mucho más atrás de la desnutrición y es allí donde debíamos orientar las acciones. De allí que se planteó un Programa de Capacitación de tipo Participativo, orientado a dos acciones concretas:

1. *La concienciación de los habitantes:* mediante la aplicación de técnicas participativas se indujo a la gente a que analice sus comportamientos y actitudes, tome conciencia de ellos y los modifique voluntariamente. Con esto logramos que los ciudadanos se comprometan responsablemente con la defensa de la salud individual y colectiva, con miras a alcanzar un empoderamiento comunitario que nos permita transformar los determinantes de la salud y el bienestar.
2. *La capacitación propiamente dicha:* con el abordaje de diferentes temas con contenidos puntuales sobre alimentación, para brindar a los habitantes los conocimientos básicos necesarios para practicar una correcta alimentación y / o para fortalecer los conocimientos existentes, en el caso de que los habitantes tengan algún grado de educación.



El programa de capacitación partió de un enfoque Integral de la Salud con lo que se pretendió modificar la concepción que tiene la gente sobre la salud, generalmente vinculada a la ausencia de enfermedad, a una concepción más amplia en la que el individuo se transforma en su principal responsable, introduciendo en su mente las estrategias que brinda la Promoción de la Salud para enfrentar la problemática comunitaria, con sus cinco ejes de acción:

- Construcción de Políticas Públicas Saludables.
- Crear entornos saludables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
- Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- Desarrollar actitudes y aptitudes personales (estilos de vida).
- Reorientación de los servicios de salud.

La capacitación en el área de la Alimentación se orientó a difundir diferentes conocimientos sobre el tema, considerando los aspectos más importantes que deben ser conocidos por los habitantes, centrándose al conocimiento de los grupos alimentarios, el papel que desempeñan los alimentos en nuestro cuerpo, los productos en los que se los encuentra, las formas de combinarlos para lograr una alimentación balanceada y las formas de consumo (ver anexos para temática de capacitación).

El instrumento utilizado en la capacitación fue la Matriz de Programación y Educación en la Acción, que nos permite brindar una capacitación participativa, ya que parte de un análisis de la problemática en un espacio semejante (contacto con la realidad) mediante una dramatización hecha por los mismos asistentes o la presentación de algún video, seguido de un análisis comparativo de dicha problemática con la problemática a nivel local (concienciación), con lo que los



participantes reconocen la existencia del problema en la familia y en la comunidad (confrontación).

Nos ayuda también a presentar las estrategias de solución de la problemática planteada a través de la presentación de otro video y analizar la factibilidad de su aplicación a la realidad local (solución), con lo cual se logra el involucramiento de los participantes en la acción mediante el establecimiento de acuerdos y formación de grupos organizados (ejecución).

Cada taller se terminó con una evaluación interna, realizada para medir el grado de identificación de los asistentes con la problemática planteada y su compromiso para solucionarla, mediante la aplicación de una matriz de evaluación inmediata (ver anexo).

El producto final de la aplicación del Plan de Capacitación fue lograr concienciar a los pobladores sobre las características de sus prácticas alimentarias, inculcar cambios de mentalidad sobre el concepción de la alimentación y la salud en los habitantes y, lograr la apropiación de los conocimientos impartidos por parte de los pobladores de la parroquia, una apropiación efectiva que llevada a la práctica contribuya a modificar la situación de salud de las familias y de la comunidad.

Abrigo la esperanza de que la capacitación impartida permita alcanzar esta meta al menos en parte del grupo de estudio, esto será representativo y se convertirá en un punto de apoyo para emprender nuevas acciones de capacitación, pues estoy convencidos de que solamente un individuo conciente de su problemática, responsable de sus acciones y con la capacitación adecuada



puede convertirse en un agente creador de su propio desarrollo y del desarrollo colectivo.

V.1.3. RESULTADOS DEL PLAN DE GESTIÓN.

La Gestión, entendida como la forma como se realizaron las acciones, se fue desarrollando a medida que avanzaba la investigación, pudiendo rescatar algunos pasos que fueron trascendentales en la ejecución de la misma:

Se partió de un contacto con las autoridades y con algunos miembros de las instituciones que laboran en la localidad con la finalidad de auscultar criterios y el interés por emprender acciones de desarrollo de la parroquia, ya que la ciudadanía de la parroquia se caracteriza por ser poco participativa.

Se convocó a una sesión de trabajo con los representantes y miembros de las diferentes instituciones y grupos sociales de la parroquia con la finalidad de analizar la problemática de salud de la parroquia. En la misma se hizo un enfoque Integral del concepto Salud y se introdujeron los principios de la Promoción de la Salud como estrategias para enfrentar algunos problemas.

En la misma sesión se nombró el Comité de Gestión de la Parroquia, que está conformado por un Presidente, Vicepresidente, Secretario, Tesorero y Presidentes de comisiones, recayendo las dignidades en las siguientes personas:

PRESIDENTE: Sr. César Mosquera.

VICEPRESIDENTE: Sr. Kléber Lalvay.

SECRETARIA: Srta. Nbemí Placencia.



TESORERO: Sr. Jhonny Morocho.

Se nombró además una comisión de salud, de educación, de asuntos legales y de asuntos sociales, cada una con su ámbito de trabajo, sus funciones específicas y su autoridad; quedando establecidas de la siguiente forma:

COMISIÓN DE SALUD: Sr. Saúl Gómez.

COMISIÓN EDUCATIVA: Sr. Arturo Lojano.

COMISIÓN DE ASUNTOS LEGALES: Sr. Julio Tiwira..

COMISIÓN DE ASUNTOS SOCIALES: Sr. Carlos Quizhpi.

En esta reunión se estableció el compromiso de los diferentes grupos sociales e instituciones que laboran en la parroquia: Junta Parroquial, Club 12 de Abril, Junta de Agua Potable, Grupo Juvenil, Seguro Social Campesino, Jefatura de Registro Civil, Escuela Ciudad de Cuenca, de laborar conjuntamente y regidos por el único organismo de desarrollo de la localidad, el Comité de Gestión Parroquial.

Se realizó una nueva reunión esta vez con la participación de representantes de Instituciones cantonales como: el Municipio, el Ministerio de Agricultura y Ganadería, la Jefatura Política, entre quienes se socializó el proyecto, lográndose establecer acuerdos de cooperación para el mismo:

- Municipio: a través del Departamento de Educación y Cultura colaborará con personal técnico para la capacitación del Comité de Gestión y de las Comisiones y con materiales que requiera la misma.



- MAG: brindará el apoyo técnico y las semillas en caso de que se lleve a efecto la realización del Huerto Escolar o Comunitario.
- Jefatura Política: Realizará el control en los sitios de expendio para la venta racional de licores.

La no asistencia del Área de Salud y de la Supervisión de Educación limitó la búsqueda de apoyo a estos niveles.

Una vez conformado el Comité de Gestión y las Comisiones, se tuvo que organizar talleres para su capacitación, centrándose específicamente en Liderazgo, Manejo de recursos, Resolución de Conflictos, Planificación y Gestión; lo que corrió a cargo del Departamento de Educación y Cultura de la Ilustre Municipalidad de Gualaquiza, a través de su Director, Dr. Oswaldo Ortiz. Se desarrolló en la segunda semana de Enero del presente año.

El 18 de enero del 2003, con el taller “Aprendiendo a Construir Salud en la Parroquia Bomboiza” se comenzó a desarrollar el Programa de Capacitación a los miembros de la comunidad. Se contó con la presencia de 68 personas adultas. La solemnidad en su inauguración la pusieron los miembros del Comité de Gestión, delegados del Municipio, del MAG y de la Escuela Cuenca.

Se aprovechó para ratificar los acuerdos entre el Comité de Gestión, las Autoridades presentes y la ciudadanía para continuar apoyando al proyecto, al mismo tiempo que en una asamblea subsiguiente, se daba a conocer los lineamientos básicos en los cuales se manejaría el Comité de Gestión, que se constituía en la instancia política donde se reunían los directores o responsables



institucionales para definir las orientaciones de carácter general, evaluar los resultados y garantizar los compromisos y aportes de las instituciones, mientras que las comisiones, se transformaban en núcleos de gestión local, espacios de coordinación, planificación y ejecución de acciones a nivel de base, cuyo principal propósito ha sido dinamizar la participación comunitaria.

El taller “Habitantes de Bomboiza al Rescate del concepto de Salud Integral, desarrollado el 1 de febrero del 2003, transformó a la comisión en Comité de Salud de la parroquia, y sería el organismo encargado de determinar la problemática de salud de la población y coordinar con las demás instancias locales para lograr su solución.

Tras el reconocimiento de los diferentes grupos de alimentos y el papel que los nutrientes realizan en nuestro cuerpo, temática desarrollada en 22 de febrero del año en curso, nació la idea de desarrollar un Huerto Comunitario, aprovechando el espacio que posee el Dispensario Médico del Seguro Campesino, para cuya gestión se formó una directiva presidida por la Sra. Marlene Placencia.

Como parte de las gestiones de esta directiva y del Comité de gestión de la parroquia, el MAG se comprometió a brindar el asesoramiento técnico y dotar de las semillas de tomate, pepinillo, col, lechuga, brócoli, zanahoria, rábano y remolacha, ya que el objetivo del Huerto era complementar el aporte nutritivo al programa de desayuno y almuerzo escolar que se desarrolla en la escuela.

La Alimentación Balanceada era la temática a desarrollarse el 15 de marzo bajo el tema “No es suficiente con comer, es necesario saber qué comer, cuánto comer y cómo combinar”. Los asistentes decidieron coordinar con el Comité de



Gestión para dialogar con el Director de la Escuela y con la persona que prepara la comida en el establecimiento, a fin de procurar una alimentación balanceada para los estudiantes.

Por otro lado, se gestionó en la Misión Salesiana y se logró la donación de 100 libras de soya, con lo que se pudo introducir la utilización de la leche de soya como un componente de la dieta de los estudiantes.

El 15 de marzo del 2003, con el taller “Evitando la contaminación de los alimentos” se puso fin al Programa de Capacitación, obteniéndose como compromiso de los asistentes, el exigir el cumplimiento de las normas de higiene básica en los lugares de expendio de los alimentos, así como también en sus hogares.

Entre tanto, el Comité de gestión se halla bosquejando un reglamento interno que garantice el cumplimiento de todos los acuerdos establecidos por las distintas entidades locales y cantonales.

El Programa contó con la asistencia regular de 14 familias, 43 personas en diferentes grupos de edad, con quienes se procedió a la siguiente fase de la investigación, como es la evaluación y la presentación de los resultados de la intervención.

V.1.4. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN.

Como lo manifesté en párrafos anteriores, en la presente investigación se realizó una evaluación de proceso o formativa y una evaluación de resultados.

V.1.4.1. Evaluación del proceso.

Se efectuó durante la ejecución del programa de capacitación mediante la aplicación de una matriz de evaluación inmediata (ver anexo 6), realizada después de terminadas las sesiones diarias de trabajo, con la finalidad de determinar el grado de utilidad de las enseñanzas, la motivación de los participantes y la destreza del instructor.

La calificación general emitida por los participantes en el proceso de evaluación realizado inmediatamente después de recibido el taller de capacitación oscila entre excelente a destacado, respaldando sus criterios en los siguientes hechos.

La mayoría de los participantes (91,42 %) considera de gran importancia los planteamientos científicos y técnicos recibidos durante la capacitación, lo que justifican manifestando que les ha permitido ser parte activa dentro del proceso de formación, y no simples receptores y replicadores de normas y procedimientos. De allí que, existió un alto porcentaje de participación de los asistentes cuando se les solicitaba su contingente para representar alguna realidad.

La totalidad de asistentes al programa de capacitación considera de gran utilidad las enseñanzas recibidas puesto que han generado en ellos gran expectativa, ha enriquecido sus conocimientos, les ha motivado al cambio y a replantear sus prácticas, especialmente las de alimentación.

El 94 % de los asistentes piensa que la técnica empleada para la capacitación es excelente, sobre todo porque permitió la concientización sobre la



problemática de la alimentación a nivel familiar y local y, permite tomar resoluciones que van orientadas a solucionar dicha problemática.

V. 1.4.2 Evaluación de resultados.

Se realizó al finalizar el programa de capacitación, con el propósito de conocer los resultados obtenidos con la intervención realizada.

La recolección de la información para esta evaluación se realizó en una reunión programada y organizada exclusivamente con este fin, desarrollada el 12 de abril del 2003, con la asistencia de los Miembros del Comité de Gestión, en un total de 8 personas, con quienes se analizó la Matriz de Evaluación del Proceso Investigativo (ver anexo), con la finalidad de determinar entre otros aspectos, el grado de cumplimiento de los objetivos, el impacto de la investigación en la población participante, el aprendizaje del equipo investigativo.

V.1.4.2.1. El grado de cumplimiento de los objetivos.

Conseguir la modificación de prácticas alimentarias en los habitantes constituye una tarea muy difícil, razón por la que se tuvo que ajustar el producto final de la investigación, limitándose a buscar la concienciación de los individuos que conlleve un cambio en las actitudes frente a sus prácticas alimentarias.

Lograr un cambio en la actitud frente a la alimentación familiar por lo menos en parte del grupo de estudio constituye un logro. Sin embargo esto no va a modificar en mínimo la problemática de la parroquia a corto plazo, puesto que la salud es un proceso que se construye a largo plazo.



V.1.4.2.2. Aspectos de la práctica del equipo:

Las actividades realizadas fueron definidas al programar las acciones y han servido para despertar en la gente el deseo de querer modificar su situación y en algunos casos han emprendido acciones en este sentido.

Los métodos utilizados para la capacitación facilitaron la participación de los miembros de la comunidad que participaron en el estudio, pero no ha mejorado la relación con otros grupos de la población que ven ellos un grupo desocupado.

Algunas personas al haberseles asignado tareas se sintieron como obligadas, impuestas, por lo que no cumplieron oportunamente sus compromisos, tal es el caso, por ejemplo, quienes conformaron la directiva para el desarrollo del huerto comunitario, que prácticamente se quedó en el discurso, siendo un factor agravante el hecho que no todos los padres de familia se incluyeron en el grupo de estudio, lo que se extendió a los niños de la escuela.

Los recursos económicos con los que cuenta el Comité de Gestión Parroquial son muy limitados. Algunos organismos como la Junta Parroquial que había comprometido parte del presupuesto para el desarrollo de acciones encausadas por este comité, no cumplió su compromiso lo que limitaron en mucho las acciones.

V.1.4.2.3. Sobre el marco en el que se desarrolló el programa:

En realidad se tuvieron muchas dificultades en la realización de la investigación:



- La impuntualidad de la gente.
- La falta de continuidad en el proceso investigativo, al punto que se tuvo que reducir de 68 a 43 personas.
- La incompatibilidad de horarios entre el investigador y los miembros de la comunidad hizo que el programa se desarrolle los días sábados.
- No todos los padres de familia de la escuela aceptaron ser incluidos en el grupo de estudio y tres se retiraron tempranamente, por lo que se tuvo que realizar las acciones de capacitación solamente con los adultos.
- El equipo de trabajo que inicialmente incluía a una auxiliar de enfermería, tuvo que quedarse sin este recurso tras la renuncia a su cargo.
- El poco interés demostrado por algunos grupos sociales de la parroquia como el Grupo Juvenil y el club Social y Deportivo 12 de Abril.
- El incumplimiento por parte de algunos sectores a sus compromisos.

V.1.4.2.4. Para rescatar y aprovechar el aprendizaje del equipo:

A pesar de las grandes dificultades que limitaron muchas acciones, queda la certeza de que se cuenta en la actualidad con un equipo de trabajo propio de la zona, que tiene un buen grado de capacitación en administración de recursos, planificación, gestión y solución de conflictos, logrado por la intervención del Departamento de Educación y Cultura del Municipio de Gualaquiza.

Varias personas conocen la problemática de la alimentación en la parroquia. Un buen porcentaje ha tomado conciencia de ello y ha comenzado a modificar sus prácticas alimenticias, constituyéndose, espero yo, en un agente multiplicador del cambio en la localidad.

V. 2. EVALUACION DE LA INTERVENCIÓN.

Luego de haber determinado la problemática relacionada con las prácticas alimentarias de la población de la parroquia Bomboiza, y una vez desarrollado el Plan de capacitación de las 14 familias que intervinieron en el estudio, se volvió a realizar una valoración utilizando el mismo instrumento, las técnicas y métodos que se utilizaron para establecer la línea de base de la investigación.

Por esta razón, los indicadores fundamentales que se consideraron son: el estado nutricional, las prácticas alimentarias (determinadas por conocimientos, actitudes y prácticas) y los criterios para la modificación de las prácticas alimentarias familiares.

Los resultados obtenidos fueron los que se exponen a continuación:

CUADRO No. 16.

ESTADO NUTRICIONAL DE 43 HABITANTES DEL SECTOR URBANO DE LA PARROQUIA BOMBOIZA, SEGUN GRUPOS DE EDAD, 2003.

| ESTADO NUTRICIONAL | GRUPOS DE EDAD | | | | | |
|--------------------|----------------|--------|-------------|--------|---------------|-------|
| | 0 – 4 AÑOS | | 5 - 18 AÑOS | | 19 Y MAS AÑOS | |
| | NUMERO | % | NUMERO | % | NUMERO | % |
| NORMAL | 4 | 50,00 | 2 | 28,57 | 14 | 50,00 |
| SOBREPESO | 0 | 0,00 | 2 | 28,57 | 4 | 14,29 |
| DESNUTRIDOS | 4 | 50,00 | 3 | 42,86 | 10 | 35,71 |
| TOTAL | 8 | 100,00 | 7 | 100,00 | 28 | 100,0 |

Fuente: Historias clínicas.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

En el grupo estudiado, los porcentajes de Desnutrición se mantienen más o menos igual al estudio inicial. Existe una ligera variación en el grupo de 0 a 4 años, donde el porcentaje disminuye al 50 %.



Los porcentajes de normalidad se incrementan al 50 % en el grupo de 0 a 4 años, mientras que en el resto se mantiene. Los valores correspondientes al sobrepeso se mantienen invariables.

CUADRO No. 17

ESTADO NUTRICIONAL DE 43 HABITANTES DEL SECTOR URBANO DE LA PARROQUIA BOMBOIZA, SEGUN SEXO, 2003.

| ESTADO NUTRICIONAL | SEXO | | | |
|--------------------|---------|--------|---------|--------|
| | HOMBRES | | MUJERES | |
| | NÚMERO | % | NÚMERO | % |
| NORMAL | 12 | 52,17 | 8 | 40,00 |
| SOBREPESO | 2 | 8,70 | 4 | 20,00 |
| DESNUTRIDOS | 9 | 39,13 | 8 | 40,00 |
| TOTAL | 23 | 100,00 | 20 | 100,00 |

Fuente: Historias clínicas.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

El porcentaje de desnutrición disminuye en el grupo de 0 a 4 años del sexo masculino, en tanto que, el porcentaje de normalidad aumenta, por lo que estaríamos diciendo que existe cierto grado de mejoría en el estado nutricional del grupo de estudio luego de la capacitación.

Los porcentajes de desnutrición en el sexo femenino, y los porcentajes de sobrepeso y de normalidad en los dos sexos, se mantienen invariables luego de la intervención.

CUADRO No. 18.

DISTRIBUCIÓN DE LOS HABITANTES DE 0 – 4 AÑOS DEL GRUPO DE ESTUDIO, SEGUN GRADO DE DESNUTRICIÓN Y SEXO, 2003.

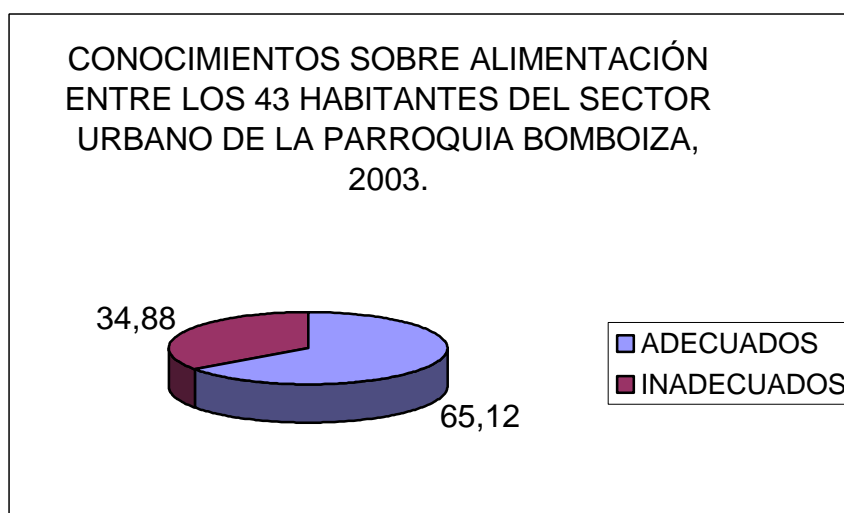
| GRADO DE DESNUTRICIÓN | SEXO | | | |
|-----------------------|---------|--------|---------|--------|
| | HOMBRES | | MUJERES | |
| | NÚMERO | % | NÚMERO | % |
| GRADO I | 0 | 0,00 | 1 | 50,00 |
| GRADO II | 2 | 100,00 | 1 | 50,50 |
| GRADO III | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| TOTAL | 2 | 100,00 | 2 | 100,00 |

Fuente: Guía de preguntas.
Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

El porcentaje de desnutrición grado I en los varones del grupo de estudio ha disminuido, existiendo cierta mejoría en estado nutricional luego de la intervención.

Los demás valores en relación a los otros grados de desnutrición se mantienen invariables en los dos sexos.

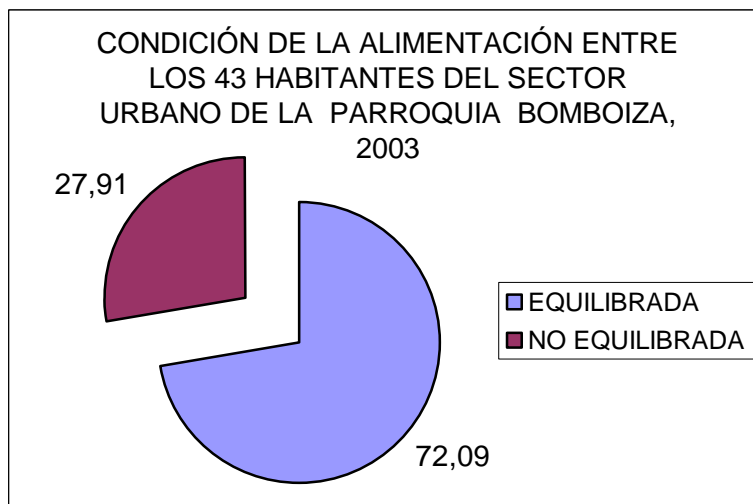
GRÁFICO No. 9.



Fuente: Guía de preguntas.
Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

Los conocimientos de la población estudiada mejoran luego de la intervención, incrementándose del 13,89 % al 65,12 % el porcentaje de quienes tienen conocimientos adecuados sobre alimentación. Un porcentaje todavía significativo (34.88 %) demuestra desconocimiento a pesar de la capacitación brindada.

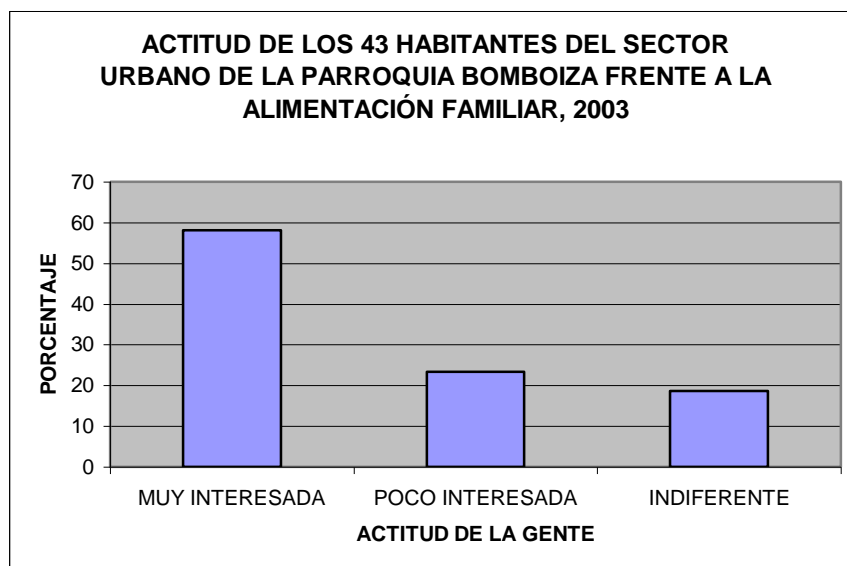
GRÁFICO No. 10.



Fuente: Guía de preguntas.
Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

La mayoría de los miembros del grupo de estudio manifiesta que su alimentación ha mejorado luego de haber recibido la capacitación, pasando del 8.33 % al 72,09 % el porcentaje de quienes tienen una alimentación equilibrada. Sin embargo, en un porcentaje del 27,91 % la alimentación sigue siendo desequilibrada.

GRÁFICO No. 11.

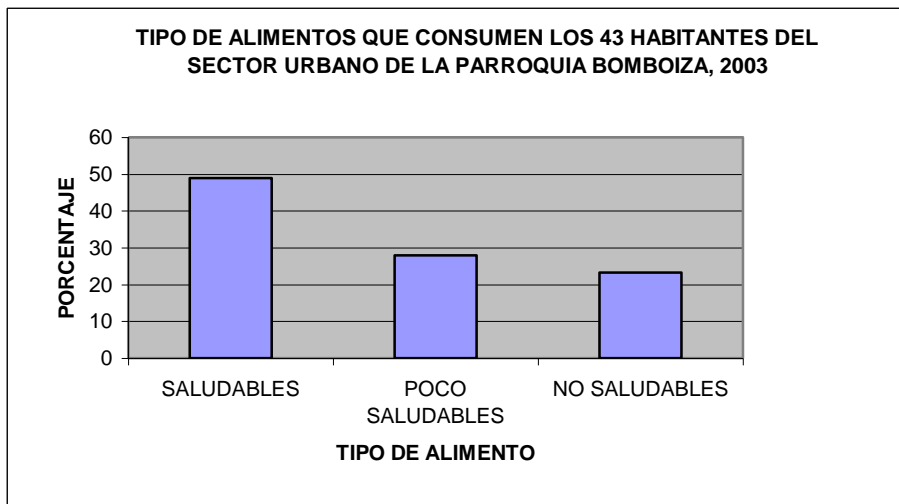


Fuente: Guía de preguntas.
Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

Otro aspecto que se modifica luego de la intervención es la actitud del grupo de estudio frente a la alimentación familiar, lográndose que la mayoría de

ellos considere a la misma como un aspecto de mucha importancia. Sin embargo, un porcentaje muy alto todavía demuestra poco interés o es indiferente.

GRÁFICO No. 12.



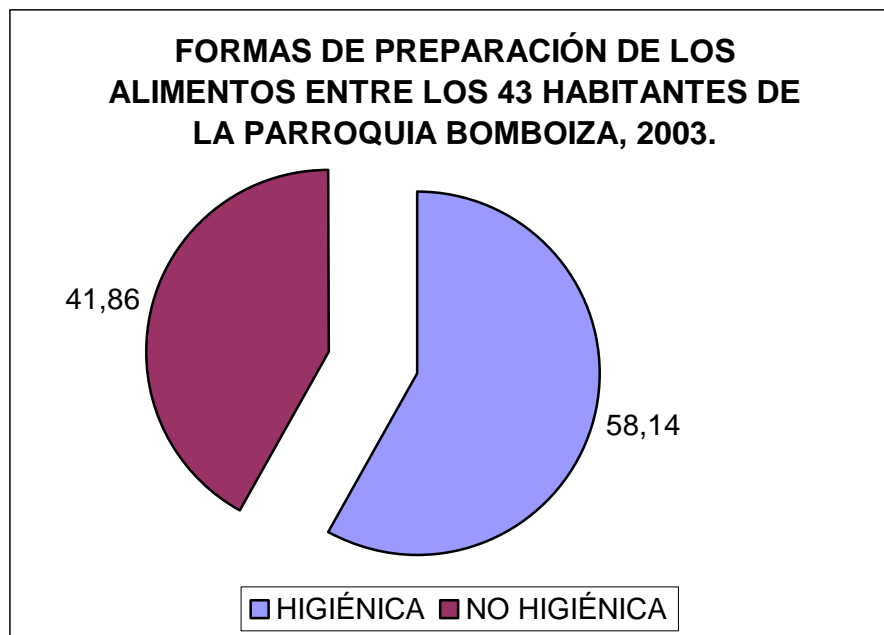
Fuente: Guía de preguntas.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

Se ha logrado cambiar la concepción de la alimentación y se ha hecho conciencia de es mejor consumir alimentos pensando en la calidad y no solamente en la cantidad, de allí que en la actualidad el tipo de alimentos que consumen la mayoría de los miembros del grupo de estudio se los califica como saludable.

Existe una relación de semejanza entre quienes consumen alimentos poco saludables o no saludables, que aún es un porcentaje representativo, con quienes consumen una alimentación desequilibrada.

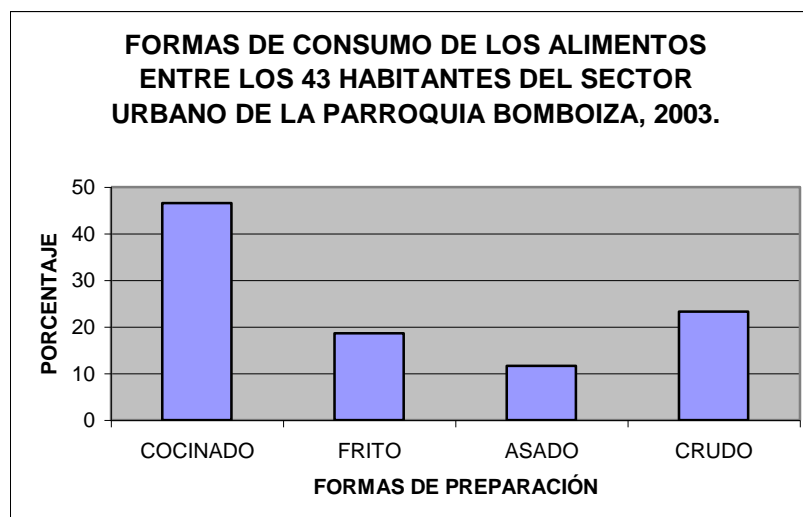
GRÁFICO No. 13.



Fuente: Guía de preguntas.
Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

La forma como preparan los alimentos se ha modificado en poco luego de recibir la capacitación. Al momento si bien la mayoría de la población de estudio (58,14 %) prepara sus alimentos en condiciones higiénicas, un porcentaje muy cercano mantiene las mismas condiciones de preparación de sus alimentos.

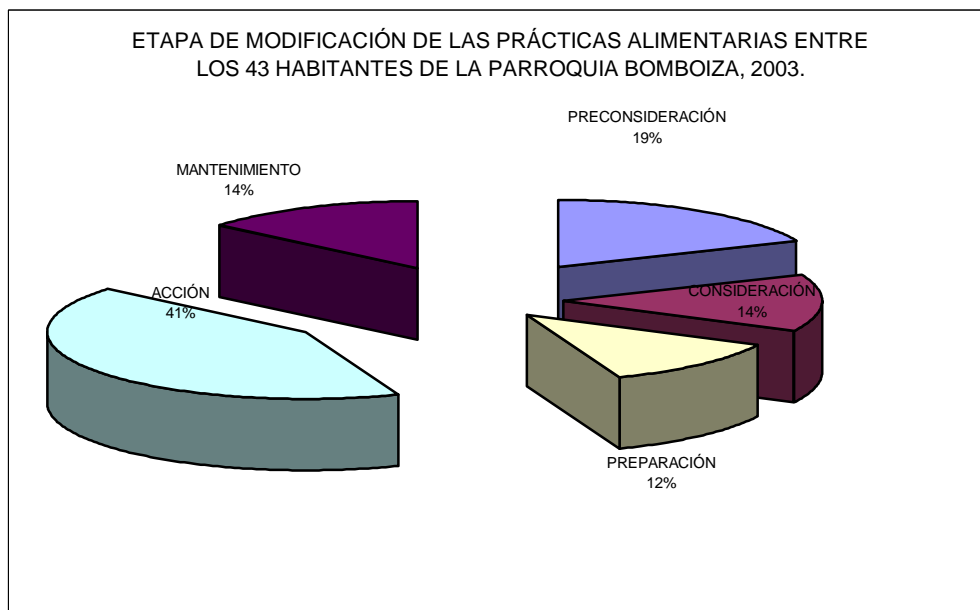
GRÁFICO No. 14.



Fuente: Guía de preguntas.
Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

No existe mayor variación en cuanto a esta característica en el grupo de estudio. Sin embargo, se ha modificado en relación a que la gente refiere haber disminuido el consumo de alimentos fritos y haber incrementado el consumo de alimentos que se consumen crudos, lo que podría deberse a que en la dieta de la población se incluyen hortalizas, verduras y frutas, lo que no sucedía antes de la capacitación.

GRÁFICO No. 15.



Fuente: Guía de preguntas.

Elaboración: Dr. Segundo Tenezaca.

Los criterios de la población en relación a la modificación de las prácticas alimentarias en su familia han cambiado también luego de la aplicación del Plan de Capacitación. Al momento existen personas que han dado la importancia que se merece a la capacitación y la han llevado a la práctica inmediata y, un porcentaje representativo la ha transformado en una forma de conducta para la vida cotidiana.

Aproximadamente el 43 % mantiene una actitud expectante sobre la modificación de las prácticas alimentarias.



CAPÍTULO VI.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

En las últimas décadas, muchos países han logrado reducir algunas de las amenazas más graves para la salud de los habitantes. En términos generales los individuos ahora viven más, se nutren mejor y son más sanos que en el pasado como resultado de acciones conjuntas realizadas entre los gobiernos y las instituciones con todos los actores sociales, entre los que juegan un papel preponderante cada uno de los individuos que habitan en dichos países; tal es el



caso por ejemplo, el de Canadá, Cuba, Costa Rica, Colombia, España y otros. Como resultado, el total de personas que mueren cada año ahora ha disminuido en gran porcentaje, sobre todo el de niños en aproximadamente 2.5 millones comparado con el total registrado en 1990. Sin embargo, en la mayoría de los países la mala salud sigue impidiendo a los niños y adultos adquirir nuevos conocimientos, actitudes y prácticas, y desarrollarse y ser ciudadanos productivos y capacitados que puedan ayudar a sus familias y comunidades a crecer y progresar.

A pesar de los niveles sin precedentes de riqueza en el mundo, la pobreza y el hambre se incrementan día a día. La brecha entre las naciones ricas y pobres, entre las clases sociales, entre hombres y mujeres y entre jóvenes y ancianos, también va en aumento. Gran parte de la población mundial aún no tiene acceso a alimentos, educación, agua potable, saneamiento, vivienda, tierra y sus recursos, empleo y servicios de salud. Esto afecta tanto la incidencia de enfermedades como el acceso a la atención en salud. Los servicios públicos no están satisfaciendo las necesidades de la población; se han deteriorado como resultado de la reducción en los presupuestos sociales de los gobiernos de turno. Los servicios de salud son cada vez más inaccesibles, más inapropiados y distribuidos de manera más desigual.

La desnutrición en los países en desarrollo sigue constituyendo causa directa o indirecta de enfermedad y muerte, no solamente en la población infantil sino inclusive en la adulta, sobre todo en las mujeres en edad fértil. En el Ecuador el porcentaje de desnutrición global es del 33,9 %, y el de desnutrición crónica alcanza el 45,1 % (SISSE v 3.5. 2003). En Morona Santiago la tasa de



desnutrición global es del 40,87 % y de desnutrición crónica del 38,81 % (INFOPLAN, 1999).

En la parroquia Bomboiza, el porcentaje de desnutrición global es del 36,93 %, y el de desnutrición crónica es del 42,92 % (INFOPLAN, 1999), superiores a las tasas provinciales, superior a la tasa nacional en lo que respecta a la desnutrición global y muy cercana a la misma en cuanto a la desnutrición crónica. En el estudio realizado en la parroquia, el 62,5 % de los niños entre 0-4 años, correspondientes al grupo de estudio, son desnutridos. En los escolares y adolescentes el porcentaje es del 42,86 %, y en los adultos, el 35,71 % presentan algún grado de desnutrición.

Modificar la problemática de salud en el Ecuador resulta una tarea titánica, sobre todo por el sistema vertical que rige el accionar social. Todas las resoluciones y todas las acciones son programadas en los organismos centrales y derivados hacia los organismos seccionales para que los apliquen y, los individuos, a quienes supuestamente van dirigidas las acciones, deben cumplir obedientemente las normas y reglas establecidas desde tal o cual escritorio. Este accionar centralizado constituye un paradigma que para superarlo requiere de múltiples acciones, y en esto, los ejes en los que se sustenta la Promoción de la Salud nos brindan las pautas fundamentales.

Muchos de los países que han logrado modificar su situación de salud y de desarrollo han optado por la aplicación de los Ejes de la Promoción de la Salud en diferentes niveles, de allí que al momento se habla mucho de ciudades y municipios saludables (Colombia), Escuelas Promotoras de la Salud (Costa Rica y



El Salvador) y muchos otros programas que han contribuido a modificar la calidad de vida de los habitantes.

En Ecuador, ejemplos de este tipo constituyen Cotacachi y su propuesta de “La salud como fundamento del desarrollo”, “La construcción de espacios Saludables” en Loja, Guamote y su “Gobierno Local Alternativo”, de los cuales se tienen evaluaciones parciales que han demostrado que la acción descentralizada, interdisciplinaria e interinstitucional, unida a la participación conciente, comprometida y responsable de la ciudadanía ha permitido mejorar las condiciones de salud, educación y desarrollo mismo de estos lugares.

Entre las acciones que se han emprendido en estos cantones destaca la capacitación, ya que hoy en día se conoce mucho sobre la relación entre la educación y la salud. “La buena salud apoya al aprendizaje eficaz. El aprendizaje eficaz apoya la salud. La educación y la salud son inseparables. En todo el mundo, cuando promocionamos la salud podemos ver que la inversión que hacemos en la educación produce cambios notables”, manifiesta el Dr. Desmond O’ Byrne en su artículo “Promoción de la Salud, Prevención y Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles”, OMS.

En la Provincia Morona Santiago, no existen programas que den fe de resultados afines a los nacionales e internacionales. El presente trabajo parte del hecho que la problemática nutricional de la parroquia Bomboiza no depende de la carencia de productos, sino está relacionada con los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la población respecto a la misma, por lo tanto, emprender acciones



tendientes a modificarlos conllevaría una mejora de la situación nutricional y de Salud de la Comunidad.

El estudio logró concienciar por lo menos a un mínimo porcentaje de los miembros del grupo de estudio, se logró modificar algunos paradigmas arraigados por años en su accionar diario y, al momento, con los conocimientos adquiridos se han mostrado muy interesados por la alimentación de su familia, la han tomado con responsabilidad y han emprendido desafío de modificar sus prácticas alimentarias y convertirlas en un patrón de conducta individual y familiar que regirá el curso de sus vidas por el resto del tiempo. En este sentido, se puede manifestar que la capacitación sí surte efecto en la modificación de las prácticas alimentarias de la población.

Lograr modificar el criterio de los habitantes respecto a su disponibilidad para modificar sus prácticas alimentarias continúa siendo un reto, como continúa siendo un reto la modificación del estado nutricional de la población, pues es un proceso lento y progresivo, posible de lograrlo con la intervención de todos los actores sociales de la parroquia y del cantón, pero fundamentalmente de la gente, que tiene que asumir con responsabilidad la defensa de su salud, para lo cual cuentan con un sistema social organizado – el Comité de Gestión de la Parroquia Bomboiza-.

Para lograrlo, quizá es necesario un nuevo nivel de pensamiento en la totalidad de individuos que habitan en el sector, un pensamiento de cambio de “adentro hacia fuera”, lo que significa empezar por la persona, más fundamentalmente empezar por la parte más interior de la persona: los paradigmas, el carácter y los motivos. Requiere, entonces de un proceso continuo



de renovación individual que se proyecta hacia la colectividad traduciéndose en salud y desarrollo.

La exploración continúa con la esperanza de que al final de nuestra exploración llegaremos a nuestro punto de partida y conozcamos el lugar por primera vez. Sólo allí habremos encontrado ese nuevo nivel de pensamiento y estaremos listos para emprender el camino al desarrollo.



CAPÍTULO VII.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

VII.1. CONCLUSIONES.

Diferentes aspectos han contribuido para determinar que el problema nutricional básico en la parroquia Bomboiza está relacionado con malas prácticas alimentarias, lo que se traduce en la población, en patologías como: desnutrición, sobrepeso u obesidad, mal rendimiento escolar, mal rendimiento en el trabajo, Hipertensión Arterial (HTA), Parasitismo, Diabetes, y otras.

Múltiples causas se relacionan con esta problemática. Las mismas incluyen los conocimientos, las actitudes y las prácticas de la población sobre la alimentación:

VII.1.1. CAUSAS RELACIONADAS CON LOS CONOCIMIENTOS DE LA

POBLACIÓN:

El denominador común en el grupo de población estudiada es que tienen inadecuados conocimientos sobre alimentación, lo que se sustenta en los siguientes aspectos:

- La mayoría de quienes intervinieron en el estudio se refieren a la alimentación como un mecanismo de ingesta de alimentos. Relaciona la



alimentación balanceada solamente con la preparación de diferentes alimentos y no con las referencias de variedad, cantidad y combinación de los mismos. Es decir, come por saciar el hambre, más no para nutrirse.

- Estos habitantes conocen los nombres de algunas sustancias que contienen los alimentos, sin distinguir en qué productos se los puede encontrar ni clasificarlos en grupos alimentarios específicos.
- La mayoría de pobladores del grupo estudiado refiere que el desconocimiento sobre el tema se debe a diferentes causas:
 - El personal de salud no capacita sobre el tema.
 - En la escuela no se enseña sobre alimentación.
 - Existe despreocupación por parte de los padres.
 - No hay programas de capacitación sobre nutrición en los medios de comunicación.
- La mayoría de ellos, así mismo, sostiene que no se alimenta bien porque:
 - No conoce los productos necesarios para una alimentación adecuada.
 - Desconoce el contenido de los productos alimenticios.
 - No tiene dinero suficiente para comprar los alimentos.
 - No hay algunos alimentos en el lugar y hay que comprarlos fuera.
 - No se sabe cómo se deben preparar los alimentos.
 - Los productos que se cultivan se venden.



VII.1.2 CAUSAS RELACIONADAS CON LAS ACTITUDES DE LA POBLACIÓN:

Si bien la preocupación por la alimentación familiar es compartida entre los jefes de la familia, en última instancia quien decide lo que se compra es el esposo, mientras que quien decide sobre lo que se come es la esposa, por lo que la comida resulta ser un acto impuesto, según los criterios vertidos por las personas que participaron en el estudio.

Poca importancia se da al valor nutritivo de los alimentos, por lo que se compra productos en forma rutinaria y se termina cocinando los alimentos que existen al alcance, sin ninguna planificación en cuanto a brindar una alimentación nutritiva a la familia, ni a proteger la salud de la misma, lo que demuestra una actitud indiferente de la población estudiada frente a la alimentación.

La preparación de los alimentos se ha convertido, para gran número de madres de familia en una obligación, pues se debe cocinar porque los hijos tienen hambre y no hay como dejar de comer.

Una buena parte de los habitantes está conforme con los alimentos que consume y cree que no debe modificar su alimentación. Esto constituyó un criterio de peso, creo yo, para que el resto de los habitantes de la parroquia no participen en el presente estudio, sumado al desinterés y débil desarrollo del proceso de participación comunitario existente en la parroquia.



Algunas actitudes referentes a que el esposo es quien debe alimentarse mejor en la casa han contribuido a que el estado nutricional de los miembros de la familia se deteriore, especialmente el de los niños, madres embarazadas y gestantes.

VII.1.3. CAUSAS RELACIONADAS CON PRÁCTICAS ALIMENTARIAS:

- Los agricultores no cultivan los productos en función de sus necesidades y de las preferencias del mercado. Cultivan indistintamente maíz, cítricos, algunas hortalizas, yuca, plátano, cacao, los cuales son utilizados para autoconsumo en un porcentaje del 11 % y el 89 % lo destinan para la venta directa en el mercado del cantón o a intermediarios en la misma zona de producción, especialmente los cítricos.
- En el cultivo de la tierra muchos habitantes utilizan sustancias químicas. Otros abonan sus cultivos con abonos orgánicos procedentes de cuyes que se crían en los domicilios, lo que junto con el ganado vacuno, constituye la fuente de ingresos económicos para el sustento de la familia, mientras que unos cuantos trabajan de jornaleros en el cantón o en la Misión.
- Con los recursos económicos obtenidos por la venta de los productos se abastecen de otros productos que los utilizan en la dieta familiar diaria: arroz, azúcar, granos secos, coles, harinas, aceite o manteca, enlatados, fideo, refrescos artificiales, carne y algunas frutas, lo que complementado con el plátano, algunos huevos, el quesillo, la yuca y las papas chinas constituyen la base de la alimentación diaria. Esto nos lleva a afirmar que la alimentación de los habitantes de la parroquia Bomboiza es



preferentemente hidrocarbonada, pues el consumo de carne, leche, y frutas se ha limitado a los fines de semana como una verdadera golosina.

- El almacenamiento de los alimentos en los domicilios deja mucho que desear, la casi totalidad de los habitantes guarda los productos en un rincón de la casa, expuestos a insectos, roedores y otros tipos de contaminación, como por ejemplo el contacto con productos agropecuarios, aceite quemado y combustibles que utilizan para motosierras, como lo pudimos constatar al visitar los domicilios de las familias que participaron en el estudio.
- Durante la preparación de los alimentos y el consumo de los mismos no se toman en consideración medidas higiénicas básicas: tanto que, muy pocas personas se lavan las manos o se cambian de ropa antes de manipular alimentos, o consumir los alimentos, especialmente las frutas.
- Si a esto le incrementamos el hecho de que la mayoría de los habitantes consume los alimentos cocinados y una buena parte fritos, podemos manifestar que las formas de consumo de los alimentos no son nada saludables.

VII.1.4. CRITERIO SOBRE LA MODIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS

ALIMENTARIAS EN LAS FAMILIAS.

La mayor parte de la población que intervino en el estudio (47,22 %) inicialmente se hallaba conforme con su sistema de alimentación y no tenía ningún grado de disposición para adoptar prácticas que les permitan modificar su



condición alimenticia (fase de preconsideración). Esta actitud se logró modificar tras la aplicación del Plan de capacitación y se disminuyó al 18,60 %, lo que se debe a que algunos han modificado sus prácticas conforme se desarrolló la misma y otros, tras modificar algunas prácticas las han transformado en normas de conducta para aplicarlas en adelante.

Es verdad que muchas de estas causas se mantienen en la población de Bomboiza que no participó en el estudio y, también en parte del grupo de estudio tras la aplicación del plan de capacitación. Sin embargo, creo haber logrado una influencia positiva en gran parte de los que intervinieron, quienes en adelante se convertirán en el espejo en el que se miran los demás y se constituirán en almácigos desde donde se genere el cambio de la sociedad parroquial.

El lograr modificar el estado nutricional de los habitantes de la parroquia es un proceso a largo plazo y no fue el objetivo del presente estudio, como tampoco lo fue lograr la modificación de las prácticas alimentarias del total de la población de estudio. Me conformo con haber logrado concienciar por lo menos a un mínimo porcentaje de la población que al momento con los conocimientos adquiridos se han mostrado muy interesados por la alimentación de su familia, la han tomado en serio y han emprendido el reto de modificar sus prácticas alimentarias y convertirlas en un patrón de conducta individual y familiar, convencidos de que con ello van a lograr mejorar su estado nutricional y la calidad de vida.

VII.2. RECOMENDACIONES.



- El Comité de Gestión de la Parroquia debe contar con los recursos económicos que le permitan desempeñar sus acciones en forma adecuada.
- El Comité de Gestión de la parroquia debe contar con un local propio desde donde pueda desempeñar sus funciones.
- Se debe fortalecer la coordinación interinstitucional con el fin de involucrar en las acciones locales a todos los organismos del sector, del cantón y de la provincia. Me refiero a instituciones como la Supervisión de Educación, Liga Deportiva Cantonal, El Patronato Municipal, la Iglesia y la Prefectura provincial, entre otras.
- Cada una de las comisiones debe contar con un reglamento que avalice su accionar para que todos a su interior conozcan sus deberes y obligaciones y, sobre todo darlos a conocer al resto de la población.
- La Comisión de Asuntos Legales debe terminar el Reglamento Interno de la parroquia, hacerlo aprobar e iniciar las gestiones para alcanzar la personería jurídica.
- La Directiva conformada con el fin de desarrollar el Huerto Comunitario debe ser reestructurada e iniciar sus acciones, para lo que se cuenta con el apoyo del Ministerio de Agricultura y Ganadería.
- El Comité de Gestión de la Parroquia debe coordinar con la Supervisión de Educación para que en el próximo año lectivo se pueda incluir a la escuela de la localidad en las acciones de desarrollo institucional y colectivo, bajo la modalidad de Escuela Saludable, para lo cual se debe desarrollar un proyecto inmediatamente.



- El Comité de gestión de la parroquia no debe descuidar el hecho que los miembros de la comunidad son los agentes responsables del desarrollo colectivo y debe comprometerlos en su accionar, desarrollando talleres de capacitación con miras al fortalecimiento de la acción comunitaria, muy deficitaria al momento.
- El grupo de habitantes que participaron en el estudio deben ser utilizados como miembros de apoyo en las diferentes comisiones según su afinidad.
- Se debe dar a conocer los resultados del presente estudio a los miembros de la comunidad, como un ejemplo de acción del Comité de Gestión de la Parroquia, a través de la Comisión de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS.OPS. “Análisis por género del comportamiento alimentario y el ejercicio físico en el Caribe”, La Habana, Instituto de Alimentos y Nutrición del Caribe, 2000, Pág. 2.
2. Helena Restrepo, Hernán Málaga, “Promoción de la salud: cómo construir vida saludable”, Pág. 18.
3. Miguel Márquez, et al, “Promoción de la Salud: nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública”, Pág. 11.
4. Helena Restrepo, Hernán Málaga, Opcit. Pág. 26.



5. Ibidem. Pág. 22
6. Miguel Márquez, et al, “Promoción de la Salud: nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública”, Pág. 11.
7. Helena Restrepo, Hernán Málaga, Opcit. Pág. 26.
8. Miguel Márquez et al., Opcit. Pág. 12
9. Idem., Pág. 13.
10. OPS.OMS. “Planificación Local Participativa”, Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe, Pág. 206.
11. Consejo Internacional de Salud de los Pueblos, “Declaración para la Salud de los Pueblos: Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos, Págs. 3 y 6.
12. Ibidem, Pág. 5.
13. OPS.,OMS., “Planificación local participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe” , Pág. 17.
14. Idem. Pág. 20.
15. Jorge D. Pamplona Roger, “¡Disfrútalo!: Alimentos que curan y previenen”, Pág. 8.



16. Helena Restrepo, Hernán Málaga, “Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable”, Pág. 41.
17. SNV.OPS. “Cresco sano porque como bien y juego mucho: Guía en alimentación y nutrición, cuarto año de educación básica”, Pág. 13.
18. Hernán Delgado, “Inseguridad Alimentaria y Nutricional en Centroamérica: factores coyunturales y exclusión social”, Washington, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol.10, No. 6, 2001, Pág.3.
19. F.A. Rodríguez, “Prescripción de ejercicio y actividad física en personas sanas (I). Principios generales”, Pág. 190.
20. SNV.OPS. “Alimentación y Nutrición Saludables”. Guía de alimentación y nutrición sexto año de educación básica, Pág. 14.
21. Helena Restrepo, Hernán Málaga, “Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable”, Bogotá, Editorial Médica Panamericana, 2001, Pág. 24.
22. Mariana Galarza, “El Poder de la Comida” , Pág. 31, 32.
23. Arturo Quizhpe, et. al., “Los Niños por la Salud y la Vida”, Pág. 10.



BIBLIOGRAFÍA

1. ASAMBLEA MUNDIAL DE SALUD DE LOS PUEBLOS. “Declaración para la Salud de los Pueblos”, Nicaragua, Coordinadora General – CISP/PHC, 2000.
2. CIRCULO DE LECTORES, “Guía práctica de la dieta sana”, Bogotá, Editorial Printer Latinoamericana Ltda., 2002.
3. DAVINI, María Cristina, “Educación permanente en salud”, Washington, Organización Panamericana de Salud, 1995, Serie Paltex, No. 38.
4. FUNDACIÓN DONUM, “La salud en nuestras manos”, Cuenca, Fundación Donum, 2000.



5. GALARZA, Mariana, “El poder de la comida”, Quito, Imprenta Noción, 2002.
6. GUERRERO, Rodrigo, et.al., “Epidemiología”, México, Editorial Addison-Wesley Iberoamericana, 1986.
7. MELGOSA, Julián, “¡Sin Estrés!, Argentina, Editorial Safeliz, 1994, Serie Nuevo Estilo de Vida.
8. MSP., Programa Nacional de Control de Crecimiento y Desarrollo: Manual de capacitación para personal de salud ”, Quito, Editorial “Nuestra América”, 1990.
9. MSP.UNICEF, “Monitoreo de Crecimiento: Guía de capacitación , Módulos de Nutrición”, Quito, 2001.
10. MONSALVO. Julio, “Salud Solidaria: Nuevos paradigmas en salud a partir de antiguas sabidurías”, Argentina, editrial Cucit, 2001.
11. OPS, OMS, “Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina”, Canadá, Editorial OPS. OMS, 1999, serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud No. 41.
12. OPS., “Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud”, Washington DC, 1985, serie Paltex para técnicos medios y auxiliares, No. 11.



13. OPS. “Análisis por género del comportamiento alimentario y el ejercicio físico en el Caribe”, Jamaica, Editorial Instituto de Alimentos y Nutrición del Caribe (CFNI), 2000.
14. OLIVARES, Sonia, et.al., “Nutrición: Prevención de Riesgos y Tratamiento Dietético”, Chile, Imprenta el Acuario, 1991, 2ª edición.
15. PAMPLONA, Jorge D., “¡Disfrútalo: alimentos que curan y previenen!”, Argentina, Editorial Safeliz, 1993, 2ª edición, serie Nuevo Estilo de Vida.
16. QUITO, Bolívar, QUIZHPE, Arturo, “Desnutrición Infantil: diagnóstico y tratamiento”, Cuenca, Offset Facultad de Ciencias Médicas, 2002.
17. QUIZHPE, Arturo, et.al., “Los Niños por la Salud y la Vida: programa de educación escolar”, Cuenca, Editorial Gráficas Hernández, 1999.
18. QUIZHPE, Arturo, et.al., “Nutrición y Salud Escolar”, Cuenca, Offset Facultad de Ciencias Médicas, 2000.
19. RESTREPO, Helena, MÁLAGA, Hernán, “Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable”, Colombia, Editorial Médica panamericana, 2001.
20. S.E.E.N.G. “Manual de procedimientos en Diabetes Mellitas”, Guayaquil, s.e., 2001, Tomo I.



21. SNV.OPS., “Crezco sano porque como bien y juego mucho: Guía en alimentación y nutrición cuarto año de educación básica”, Quito, Imprenta Noción, 2002, 3ª edición, La escuela promotora de la salud, Proyecto Espacios Saludables.

22. SNV.OPS., “Alimentación y nutrición Saludables: Guía en alimentación y nutrición sexto año de educación básica”, Quito, Imprenta Noción, 2002, 3ª edición, La escuela promotora de la salud, Proyecto Espacios Saludables.

23. VANORMELINGEN, Koenraad, et.al., “La Gerencia de Calidad Total en Salud”, Quito, Editorial OPS Ecuador, 1994.

ANEXOS

ANEXO 1.

FICHA FAMILIAR

1. Provincia..... 2. Regional..... 3. Dispensario........4^o

 5. Localidad – barrio..... 6. Sec Manzana 8. Vivienda 9.
 Familia
 10. Dirección..... 11 c a tura
 FF.
 Año Mes Día
 12. APELLIDOS DE LA FAMILIA..... 13. AFILIACIÓN S C S A S S C NO AFILIADO

| GRUPO | NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA NACIM. | EDAD | VACUNAS | | | | DESNUT. | | PROBLEMA CRÓNICO DE SALUD O REPETITIVO | H.C. U. |
|----------------|---------------------|--------------|------|---------|-----|-----|-----|---------|----|--|---------|
| | | | | BCG | DPT | POL | SAR | SI | NO | | |
| MENOR 1 AÑO | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| GRUPO | NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA DE NACIMIEN. | EDAD | VACUNAS | | | | DESNUT. | | CARIES | PROBLERMA CRÓNICO DE SALUD O REPETITIVO | H.C.U. |
|-------|---------------------|--------------------|------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------|----|--------|---|--------|
| | | | | B C G | D P T | P O L | S A R | SI | NO | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 A 4 AÑOS | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| GRUPO | NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA DE NACIMIEN. | EDAD | ESCOLAR I-DAD | S. BUCAL | | PROBLEMA CRÓNICO O REPETITIVO DE SALUD | H.C.U. |
|------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------|----------------------|-----------------|------------|---|---------------|
| | | | | | CAR | E.P | | |
| 5 A 14 AÑOS | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| GRUPO | NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA NACIMI. | EDAD | SEXO | | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN PRINCIPAL | PROBLEMA CRÓNICO O REPETITIVO DE SALUD | H.C.U |
|-------------------------|----------------------------|----------------------|-------------|-------------|----------|--------------------|----------------------------|---|--------------|
| | | | | H | M | | | | |
| 15 A 49 AÑOS | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| GRUPO | NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA NACIMI. | EDAD | SEXO | | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN PRINCIPAL | PROBLEMA CRÓNICO O REPETITIVO DE SALUD | H.C.U |
|--------------------------|----------------------------|----------------------|-------------|-------------|----------|--------------------|----------------------------|---|--------------|
| | | | | H | M | | | | |
| 50 Y MAS AÑOS | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

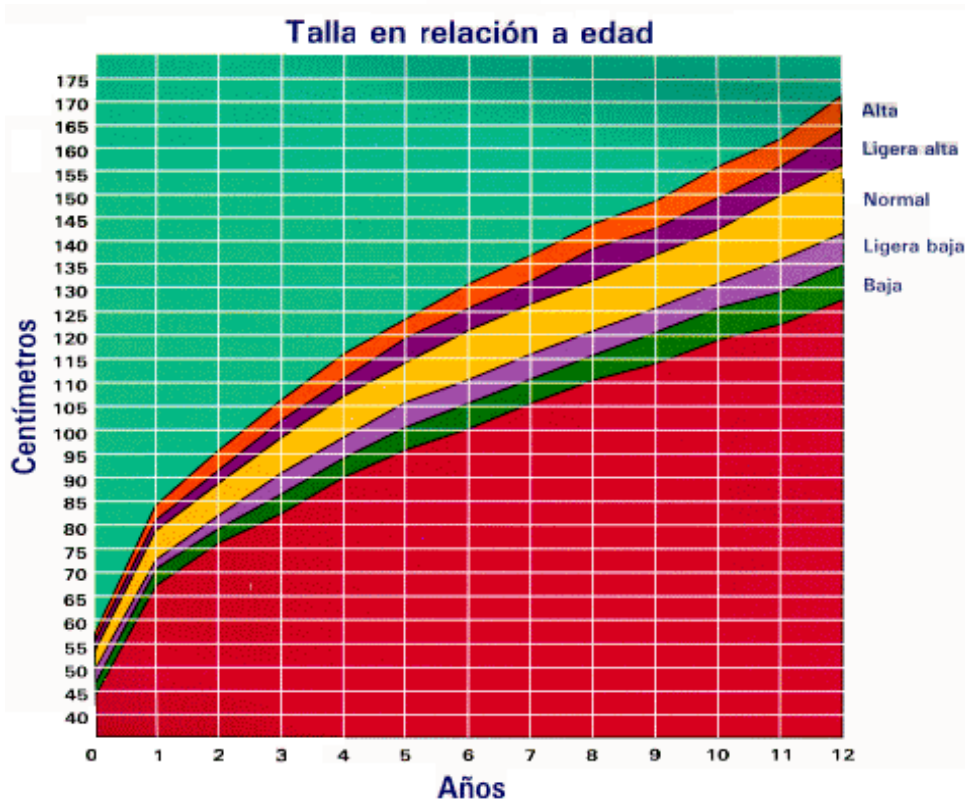
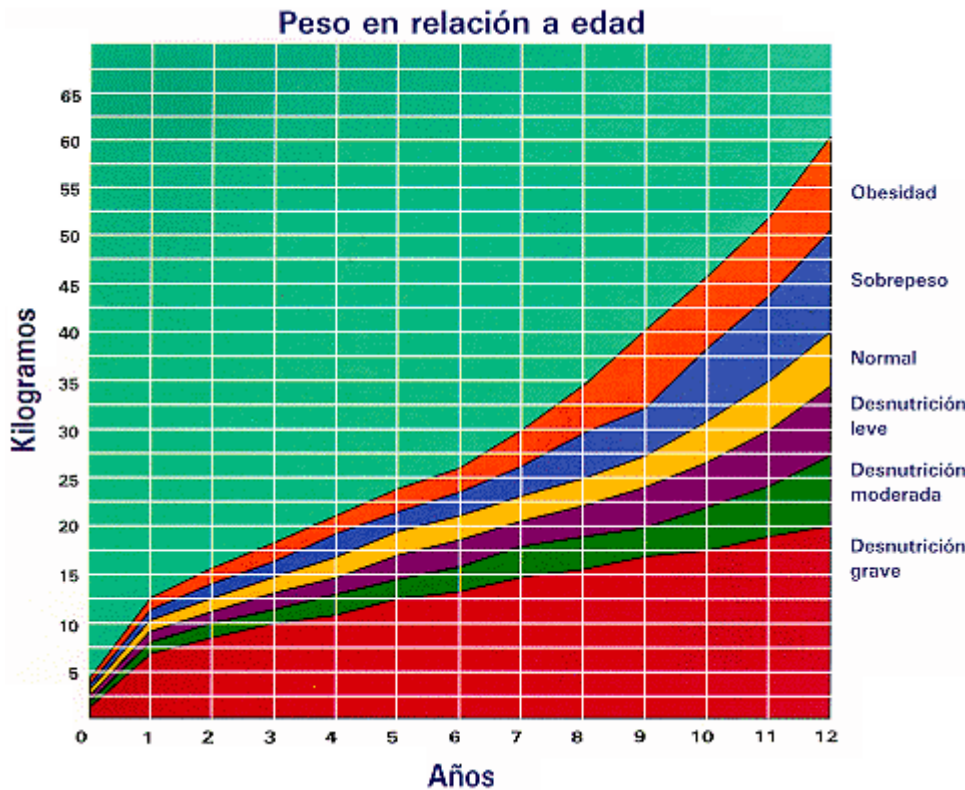
| GRUPO | NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA NACIMI. | EDAD | SEXO | | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN PRINCIPAL | PROBLEMA CRÓNICO O REPETITIVO DE SALUD | H.C.U |
|---------------------|---------------------|---------------|------|------|---|-------------|---------------------|--|-------|
| | | | | H | M | | | | |
| TERCERA EDAD | | | | | | | | | |
| 65 Y MAS | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

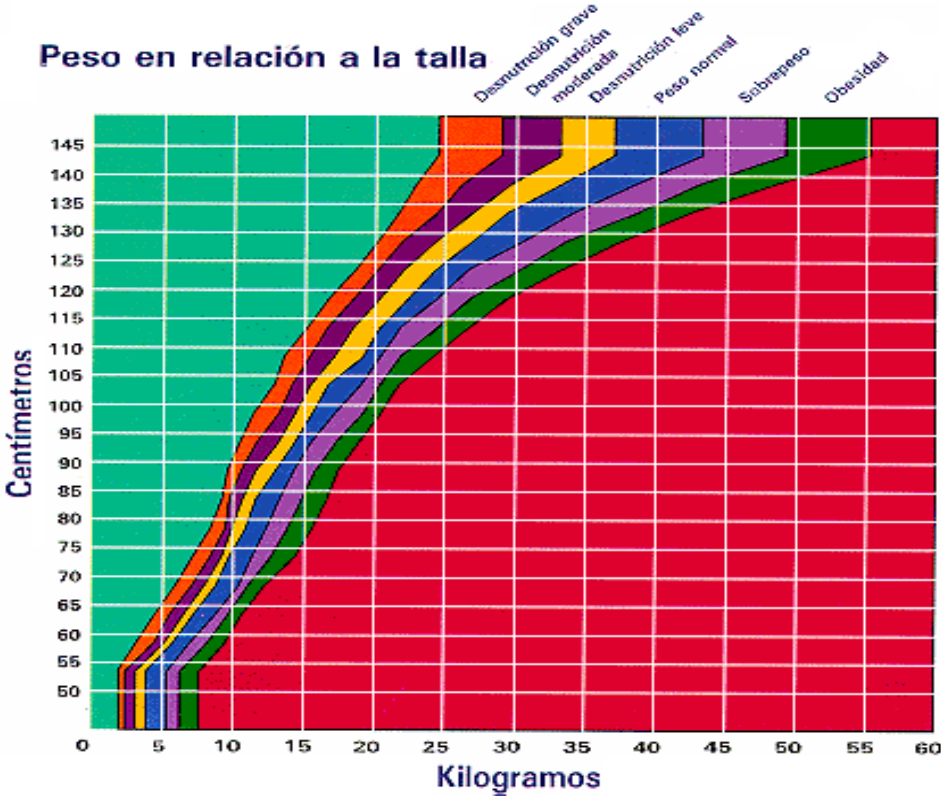
| GRUPO | NOMBRES Y APELLIDOS | EDAD | TIEMPO EMBARAZO | F.P.P | T.T # Dosis | S. BUCAL | | ANTECEDENTES PATOLÓGICOS GINECO-OBSTÉTRICOS | PROBLEMA CRÓNICO DE SALUD | H.C.U |
|--------------------|---------------------|------|-----------------|-------|-------------|----------|----|---|---------------------------|-------|
| | | | | | | CAR | EP | | | |
| EMBARAZADAS | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

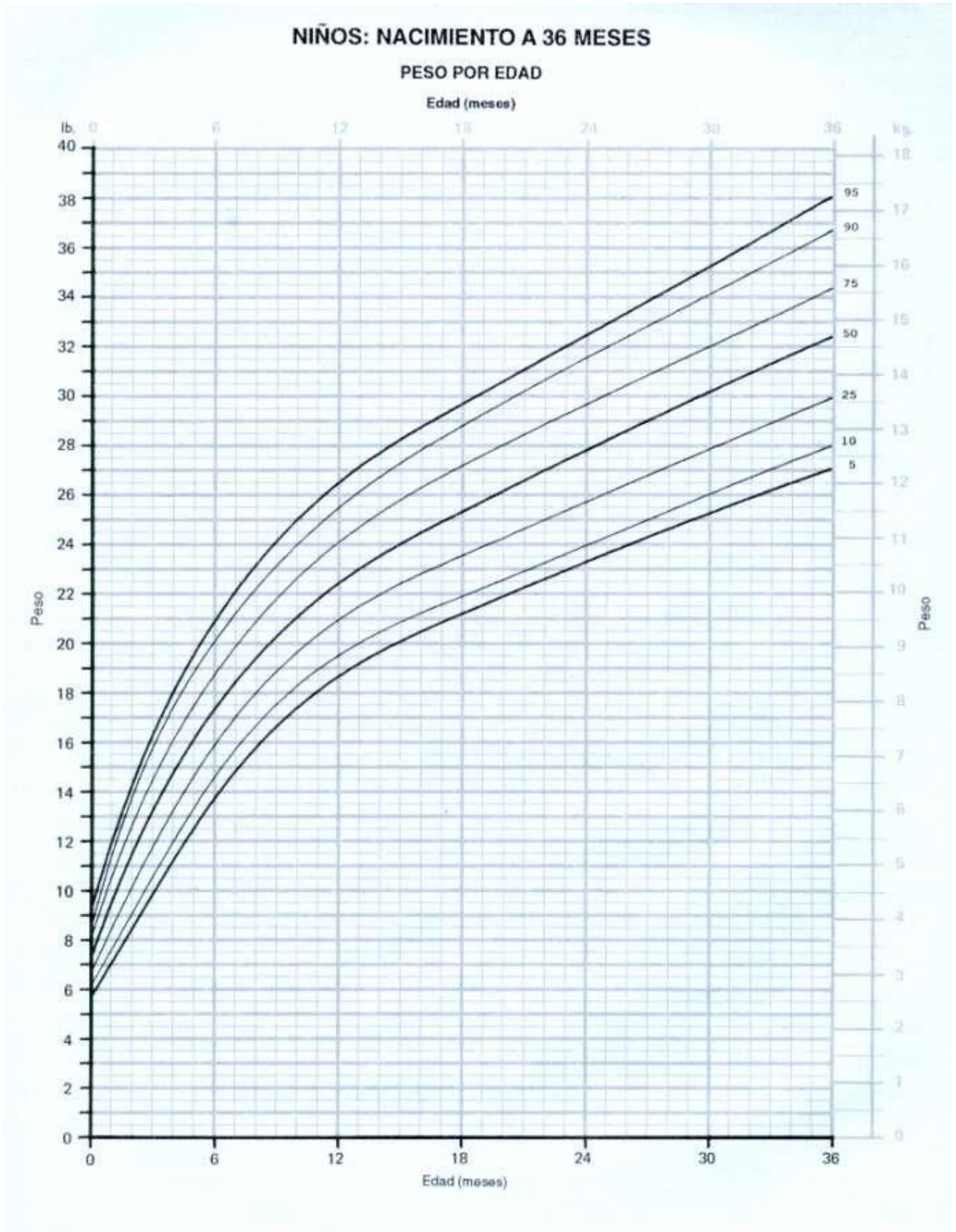


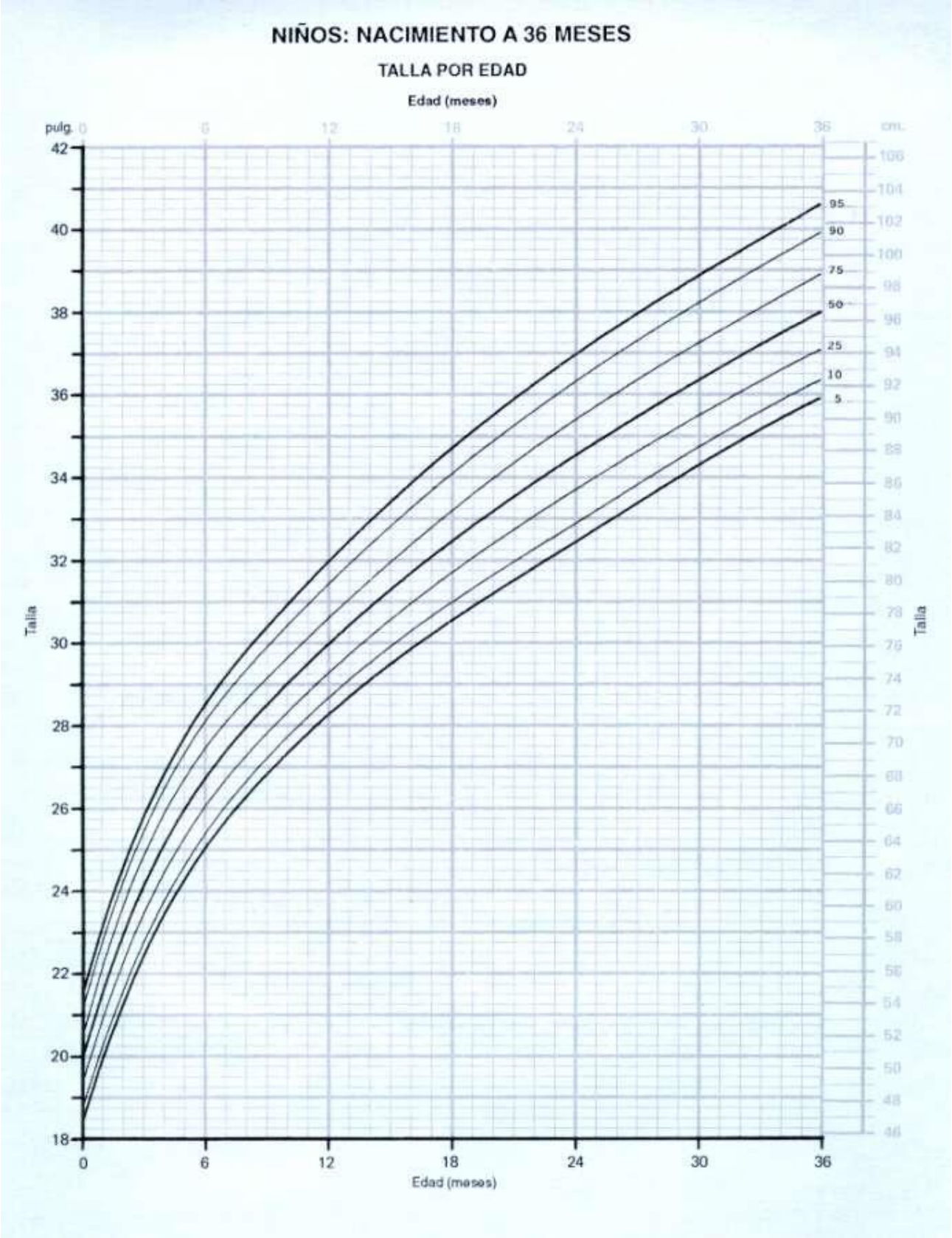
ANEXO 2
TABLAS DE PESO, TALLA Y PERÍMETRO CEFÁLICO EN NIÑOS

Tablas de niñas



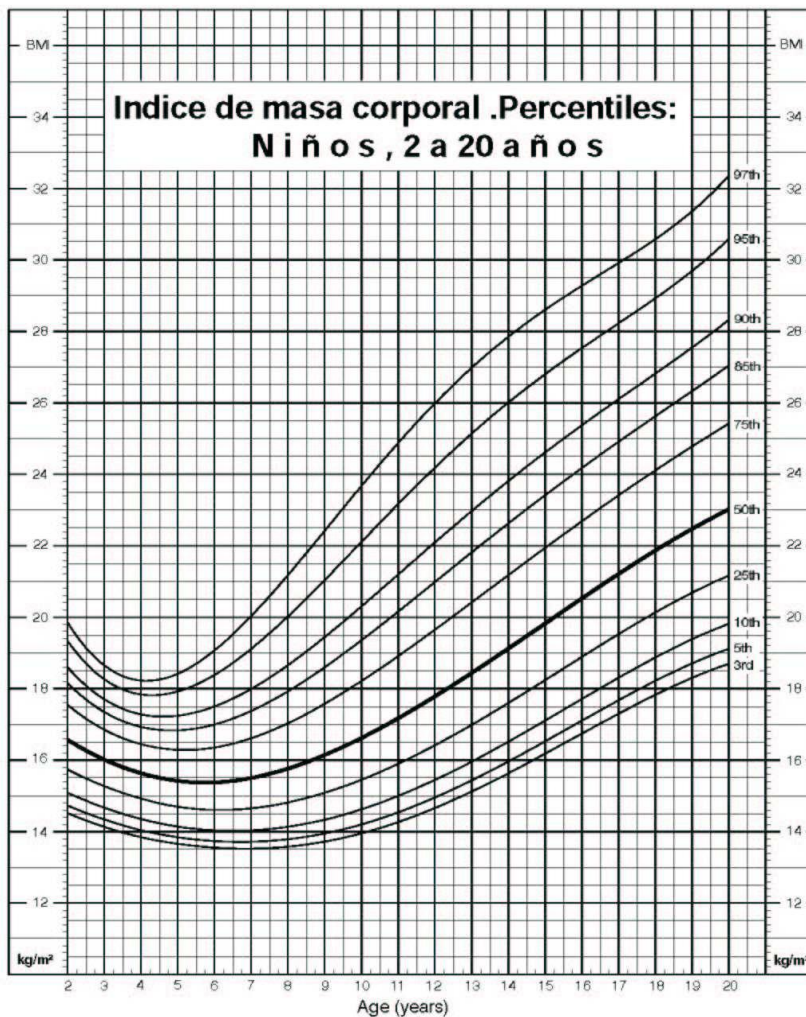








Indice de masa corporal



SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).



ANEXO 3.
PLAN DE ELABORACION DE LA LINEA DE BASE

OBJETIVO GENERAL: Tener una visión clara de la problemática nutricional de los habitantes del sector urbano de la parroquia Bomboiza.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar el estado nutricional y la patología relacionada con la mala práctica alimentaria.
2. Conocer las prácticas alimentarias de los individuos.
3. Determinar los criterios de los individuos sobre sus prácticas alimentarias.

| ACTIVIDADES | RECURSOS | RESPONSABLES | FORMAS DE VERIFICACION | TIEMPO EN MESES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | | |
| 1.1. Contacto con las autoridades. 1.2. Reuniones con la comunidad 1.3. Capacitación a encuestadores 1.4. Recolección de la información documental 1.5. Toma de peso, talla e IMC. 1.6. Tabulación y análisis de la información 1.7. Elaboración del documento con L. Base. | - Material de oficina - Material de oficina - Material de Oficina - Archivos Área 2. - Fichas de crecimiento, balanza pediátrica, balanza de pie con tallímetro, paidómetro. - Computador, impresora. - Comutador, impresora | Dr. S. Tenesaca Dr. S. Tenesaca Dr. S. Tenesaca Dr. S. Tenesaca Dr. S. Tenesaca, Auxiliar de Enfermería Dr. S. | - Acta de reunión - Actas de reuniones - Documentación. - Cuaderno de campo. - Fichas llenadas, historias clínicas. - Documento de la línea de base | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | Tenesaca Dr. S. tenesaca | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1. Visitas domiciliarias de observación 2.2. Encuestas para determinar los CAPs y formas de preparación y consumo de alimentos 2.3. Clasificación, tabulación y análisis de la información. 2.4. Elaboración del documento con L. Base. | -Guía de observación de campo. - Encuestas, material de oficina. - Computador, impresora, material de oficina. - Computador, impresora, material de oficina. | Dr. S. Tenesaca Dr. S. Tenesaca, encuestadores . Dr. S. Tenesaca Dr. S. Tenesaca | - Guías llenadas - Encuestas llenadas - Documento con línea de Base. - Documento L. Base | x | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1. Encuestas para determinar los criterios sobre las prácticas alimentarias 3.2. Clasificación, tabulación y análisis de la información. 3.3. Elaboración del documento con L. Base | - Encuestas, material de oficina - Computador, material de oficina. - Computador, impresora | Dr. S. Tenesaca, encuestadores . Dr. S. Tenesaca Dr. S. Tenesaca | -Encuestas llenadas - Documento de línea de Base. - Documento L. Base | x | | | | | | | | | | | | | | | |

MATRIZ DEL PLAN DE OBSERVACIÓN DE CAMPO.

| COMPONENTES / VARIABLES | DIMENSIONES | INDICADORES | ESCALAS |
|--|---|---|---|
| 1. ESTADO NUTRICIONAL Y PATOLOGIAS RELACIONADAS CON MALAS PRACTICAS ALIMENTARIAS | POBLACION | Número de habitantes | Numérica |
| | EDAD | No. De habitantes por grupo atareo | Grupo atareo: Menor un año, 1 a 4años 5 a 14 años, 15 a 49 años 50 y más años. |
| | SEXO | No. De habitantes por sexo | Hombres - Mujeres |
| | TALLA | | Normal- Desnutrido- Sobrepeso. |
| | PESO | | Leve- Moderada- Grave |
| | DESNUTRICIÓN | Tasa de desnutrición en la parroquia. % desnutrición por sexo. % desnutrición por grupos etáreos. | Leve- Moderada- Severa |
| | OBESIDAD | % Obesidad en la parroquia | Destacado - muy bueno- bueno - regular, insuficiente. |
| | RENDIMIENTO ESCOLAR | % Mal rendimiento en escuela | Destacado- muy bueno. Bueno – Regular – Insuficiente. |
| 2. PRACTICAS ALIMENTARIAS: - PRODUCCIÓN DE | Formas de preparación del suelo para la | Tipo de abono utilizado | Orgánico – Químico – Ninguno |
| | | Frecuencia con | |



| | | | |
|--------------------|----------------------------------|--|---|
| ALIMENTOS | siembra | la que usan | |
| | Cultivo y cosecha. | Tipo de alimento que más cultivan en la zona | Cereales, granos, tubérculos; Hortalizas, verduras y frutas; Leche y derivados; carnes y huevos. |
| - ALMACENAMIENTO | Guardado de los alimentos | Formas de guardar los alimentos | Al aire libre – descubiertos- en refrigeradora – Cubiertos. |
| | Protección de los alimentos | Formas de protección | Insecticidas-venenos-trampagato doméstico-ninguno. |
| - COMERCIALIZACIÓN | Proceso de compra-venta | Productos que vende Productos que compra Productos que se venden en la tienda Productos que se venden en el bar de la escuela | Saludables – poco saludables- No saludables |
| | Proceso de preparación y consumo | Formas de preparar los alimentos | Cocinado- frito- asado- crudo- otras formas. |
| - PREPARACIÓN | Alimentos que más se consumen | Tipo de alimento que más consumen | Cereales, granos, tubérculos; Hortalizas, verduras y frutas; Leche y derivados; carnes y huevos, azúcar y grasas. |
| | Quien prepara los alimentos | Persona que prepara los | Mamá- papá- hermanas- empleada- otros- |



| | | | |
|---|---|---|--|
| | | alimentos | |
| 3. CRITERIOS SOBRE LA ALIMENTACIÓN FAMILIAR | Grado de satisfacción con la alimentación y disposición para modificar las prácticas alimentarias | Porcentajes en las distintas etapas clasificatorias | Preconsideración Consideración Preparación Acción Mantenimiento. |

GUIA DE PREGUNTAS.

Apellidos _____ Nombres _____

EDAD _____ SEXO _____

RAZA _____

PROCEDENCIA _____

RELIGIÓN _____

OCUPACIÓN _____

ESCOLARIDAD _____

1.- CONOCIMIENTOS:

¿Tiene algún conocimiento sobre nutrición? SI..... NO.....

¿Puede escribir lo que significa para usted el término nutrición?

.....

.....

.....

.....

.....

¿A qué cree usted que se debe el que no conozca sobre nutrición?



- El personal de salud no enseña nada sobre el tema.
- En la escuela no se enseña sobre el tema.
- Nadie les ha hablado sobre nutrición.
- Por despreocupación de los padres.
- No hay programas en los medios de comunicación que les enseñen a alimentarse.

¿Qué significa para usted alimentarse bien?

.....

.....

.....

¿Qué alimentos conoce usted?

.....

.....

.....

¿Qué sustancias se encuentran en los alimentos que comemos diariamente?

.....

.....

¿Considera usted que se alimenta bien? Si.....

NO.....

¿Por qué?

.....

.....

.....

¿A qué cree usted que se debe que no pueda alimentarse bien?

- No conoce los productos necesarios para una alimentación adecuada.
- No conoce lo que contienen los alimentos.
- Falta de dinero para comprar los alimentos.
- No hay algunos alimentos en el lugar y hay que comprarlos fuera.
- No sabe cómo se deben preparar los alimentos.
- Los productos que se cultivan se venden.

¿Qué significa tener una alimentación balanceada?

.....

.....

.....

¿Qué sucede si no se come bien?



¿Qué enfermedades suceden por no comer bien? _____

¿Y por comer mucho?

2.- ACTITUDES:

¿En la casa quién se preocupa por la alimentación de la familia?
 Sólo la esposa..... Esposo y esposa..... Ellos y los hijos.....

¿Quién decide lo que va a comprar para la alimentación?
 Sólo el esposo..... Sólo la esposa..... Los dos.....

Lo que se come durante el día se decide:
 Por voluntad del esposo..... Por voluntad de la esposa.....
 Se consulta al resto de la familia.....?

La comida resulta entonces:

- Un acto impuesto
- Un acto acordado por todos

¿Antes de comprar los alimentos:

- Piensa en el valor alimenticio de los alimentos y adquiere los productos más necesarios para la alimentación de la familia.
- Adquiere los alimentos que siempre compra, sin pensar en lo anterior.

Quando prepara los alimentos:

- Cocina lo que hay.
- Cocina lo que les gusta a sus familiares.

Usted prepara los alimentos:

- Por que no se puede dejar de comer.
- Por cuidar la salud de los familiares.

Quando prepara los alimentos:

- Lo hace por obligación como madre.
- Lo hace con cariño y buena voluntad.

¿Cree que debe mejorar su alimentación? SI _____
 NO _____



En el momento de servir los alimentos ¿A quién se sirve en primer lugar? _____

¿A quién en mayor cantidad? _____ ¿A quién la mejor presa? _____

¿Por qué la preferencia?

¿Quiénes piensa usted que deben alimentarse mejor (de un orden)

¿Cree usted que su alimentación era mejor antes? SI _____
 NO _____

¿Por qué?

¿Durante las comidas mantienen alguna costumbre en especial? ¿Cuál?

¿QUIEN PREPARA LOS ALIMENTOS?

| ALIMENTO | PERSONA ENCARGADA DE PREPARAR LOS ALIMENTOS | | | | |
|----------|---|--------|----------|----------|-------|
| | ESPOSO | ESPOSA | HERMANOS | HERMANAS | OTRAS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



3.- PRACTICAS.

3.1.-TIPOS DE ALIMENTOS QUE CONSUMEN.

ALIMENTOS QUE COMIERON AYER EN CASA

| ALIMENTOS | GRUPO ALIMENTARIO | | | | |
|-----------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | CEREALES GRANOS YTUBERCULOS | HORTALIZAS VERDURAS Y FRUTAS | LECHE Y DERIVADOS | CARNES Y HUEVOS | AZUCAR Y GRASAS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

| ¿QUE DICE LA PUBLICIDAD? | | | ¿QUE OPINA USTED? | | |
|---------------------------|--------|---|----------------------------------|--|--------|
| NOMBRE DEL PRODUCTO | PRECIO | PARA ¿Qué SIRVE SEGUN LA PUBLICIDAD? | ¿ES UN PRODUCTO SALUDABLE? | ¿HAY PRODUCTOS NATURALES SIMILARES? | PRECIO |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¿Cuáles son los alimentos que más se cultivan en la zona?

¿Cómo preparan la tierra para cultivar los alimentos?

Aran _____ Remueven con azadón _____ No
remueven _____

Usan abono químico _____ Abono orgánico _____ No
abona _____

¿Cuáles son los alimentos que más se consumen en su familia?

¿Cuáles alimentos que cultivan venden?



¿Qué alimentos compran? _____

¿Cuántas comidas comen al día? _____

¿Qué alimentos come en el desayuno _____

¿Qué alimentos come en el almuerzo? _____

¿Qué alimentos en la merienda? _____

¿De dónde vienen los alimentos que usted compra? _____

¿Cómo almacena los alimentos en su casa? _____

¿Cómo protege los alimentos de las moscas, ratones y otras fuentes de contaminación? _____

¿Qué productos utilizan? _____

¿Cuándo utilizan? _____ ¿Cada qué tiempo? _____

¿En qué tipo de envase están guardados? _____

¿Dónde se guardan los productos? _____

3.2. FORMAS DE CONSUMO:



¿CÓMO SE PREPARAN LOS ALIMENTOS?

| ALIMENTO | MODO DE PREPARACION | | | | |
|----------|---------------------|-------|-------|-------|--------------|
| | COCINADO | FRITO | ASADO | CRUDO | OTRAS FORMAS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¿Se lavan las manos antes de comer y manipular los alimentos? Si.....
NO.....

¿Lavan los alimentos antes de guardarlos en la refrigeradora o en otro sitio?
Si..... NO.....

¿Las frutas las consume:
Lavadas y crudas.....Como las vendan y crudas..... .En
jugos.....

ANEXO 4.
PLAN DE CAPACITACION PARA LA MODIFICACION DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

OBJETIVO GENERAL: Concienciar a los habitantes sobre la importancia de la modificación de las prácticas alimentarias para mejorar la salud individual y colectiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Reorientar la concepción sobre salud integral mediante la introducción de los ejes de la Promoción de la Salud como estrategias para alcanzar el desarrollo.
2. Capacitar a los individuos sobre los diferentes grupos alimentarios y su función en el organismo.
3. Lograr el cambio de actitudes respecto a las prácticas alimentarias en los asistentes a los talleres.

| ACTIVIDADES | RECURSOS | RESPONSABLES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| 1.1. Desarrollo del taller: “Los habitantes de Bomboiza al rescate del concepto de Salud Integral” | -Matriz de programación y educación en la acción, materiales de oficina, video, VHS, Televisor, envolturas con sorpresas, Computador, impresora. | - Dr. Segundo Tenesaca, auxiliar de enfermería. | -Matriz de evaluación inmediata. | | | | x | | | | | | | | | | |
| 1.2. Desarrollo del taller: “Los ejes de la Promoción de la salud como estrategias para el desarrollo local” | | | | | | | | | x | | | | | | | | |
| 2.1. Desarrollo del taller: “Es necesario saber qué comer, cuánto comer y cómo comer”, entre los adultos. | Matriz de programación y educación en la acción, materiales de oficina, video, | - Dr. Segundo Tenesaca, auxiliar de enfermería | -Matriz de evaluación inmediata. -Matriz de | | | | | x | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>2.2. Desarrollo del taller: “Es necesario saber qué comer, cuánto comer y cómo comer”, entre los niños.</p> <p>2.3. Desarrollo del taller: “Evitando la contaminación de los alimentos”</p> | <p>VHS, Televisor, envolturas con sorpresas, Computador, impresora.</p> | <p>- Dr. Segundo Tenesaca, auxiliar de enfermería</p> <p>- Dr. Segundo Tenesaca, auxiliar de enfermería</p> | <p>evaluación inmediata.</p> <p>-Matriz de evaluación inmediata.</p> | | | | | | x | | | | | | | | | |
| <p>3.1. Desarrollo del taller: “Estilos de vida saludables”</p> <p>3.2. Desarrollo del taller: “La Participación ciudadana: un compromiso para la acción”</p> | <p>Matriz de programación y educación en la acción, materiales de oficina, video, VHS, Televisor, envolturas con sorpresas, Computador, impresora.</p> | <p>- Dr. Segundo Tenesaca, auxiliar de enfermería</p> <p>- Dr. Segundo Tenesaca, auxiliar de enfermería</p> | <p>-Matriz de evaluación inmediata.</p> <p>-Matriz de evaluación inmediata.</p> | | | | | | x | | | | | | | | | |

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN Y EDUCACIÓN EN LA ACCIÓN

OBJETIVO.....

| COMPONENTES/CONTENIDOS | COMPRENSIÓN (Técnicas-métodos) | RECURSOS | TIEMPO | FACILITADOR |
|-------------------------------|---|-----------------|---------------|--------------------|
| 1. CONTACTO CON LA REALIDAD | | | | |
| 2. CONCIENCIACIÓN | | | | |
| 3. CONFRONTACIÓN | | | | |
| 4. SOLUCIÓN | | | | |
| 5. EJECUCIÓN | | | | |

| | | | | |
|---------------|--|--|--|--|
| | | | | |
| 6. EVALUACIÓN | | | | |

LOS HABITANTES DE BOMBOIZA AL RESCATE DEL CONCEPTO DE SALUD INTEGRAL.

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN Y EDUCACIÓN EN LA ACCIÓN

OBJETIVO: Generar conciencia entre los habitantes de la parroquia Bomboiza sobre la importancia de su participación y responsabilidad en el proceso de construcción de la salud individual y colectiva.

Fecha:

Hora:

| COMPONENTES/CONTENIDOS | COMPRENSIÓN | RECURSOS | TIEMPO | FACILITADOR |
|--|--|---|---------|-----------------------|
| <p>1.- CONTACTO CON LA REALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los habitantes conocerán el concepto de salud tradicional. • Se familiarizaran con el concepto de salud integral. • Identificaran los mecanismos necesarios para lograr una buena salud. | <p><u>DRAMATIZACIÓN:</u></p> <p>TÍTULO: Una charla más entre tantas que no han servido.</p> <p>PERSONAJES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tres usuarios puntuales. • Dos usuarios impuntuales • Médico <p>GUION:</p> <p>USUARIOS PUNTUALES: mientras caminan van comentando sobre la invitación que les ha realizado el médico del dispensario para una capacitación en salud. Dichos comentarios van en el sentido</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Papel periódico. - Marcadores. - Cinta masking. - Pizarrón. - Tizas de color. | 20 min. | Dr. Segundo Tenezaca. |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <p>que, como siempre, será una simple charla, que no les servirá de nada y que han perdido tiempo y dinero. En eso se encuentran con los usuarios impuntuales y finalmente llegan al dispensario.</p> <p>USUARIOS IMPUNTUALES: Dialogan con los otros miembros de la comunidad a quienes les dicen que irán más tarde, porque al fin y al cabo, la reunión no ha de empezar a la hora citada.</p> <p>MEDICO: Les recibe amablemente, les invita a pasar y a la hora citada inicia la reunión. A solicitud de los presentes esperan que lleguen las personas impuntuales, pero al no hacerlo, comienza exponiendo el título del diálogo (construcción del concepto de salud integral), haciendo referencia a que va a trabajar conjuntamente con ellos (Técnica: olla de comida y lluvias de ideas).</p> | | | |
|--|---|--|--|--|

| | | | | |
|--|---|---|---------|-----------------------|
| | <p>HABITANTES IMPUNTUALES: Ingresan a la sala.</p> <p>MEDICO: Les da la bienvenida y continúa. Invita a los presentes a preparar una comida típica. Al terminar hace hincapié sobre la gran cantidad de ingredientes que fueron necesarios para preparar dicha comida. Seguidamente, cambia el nombre de la comida por el de salud integral y les pide que aporten con los ingredientes para preparar esa comida especial. Al final hace una diferencia entre las concepciones de salud tradicional e integral, rescata el valor de la participación ciudadana y de la interinstitucionalidad en el proceso de salud.</p> | | | |
| <p>2.- CONCIENCIACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la comunidad determinan la importancia de la participación individual en las acciones de salud. • Determinan la importancia de la | <p>PREGUNTAS:</p> <p>¿Qué vieron en la dramatización?</p> <p>¿Qué pensaban las personas de la comunidad?</p> <p>¿Qué actitud tienen algunas</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Papel periódico. - Marcadores. - Cinta masking. - Pizarrón. - Tizas de color. - Envolturas con | 30 min. | Dr. Segundo Tenezaca. |

| | | | | |
|---|---|---|----------------|------------------------------|
| <p>coordinación interinstitucional y multisectorial en este proceso.</p> | <p>personas? ¿Qué vieron en la charla del médico? ¿Qué ingredientes intervienen en la salud? ¿Qué opinión tienen ahora sobre el concepto de salud y enfermedad?</p> | <p>sorpresas.</p> | | |
| <p>3.- CONFRONTACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Los habitantes estarán concientes de que existe un mal concepto de la salud y que hay que modificarlo, y sustituirlo por otro que construya salud y no enfermedad. | <p>PREGUNTAS: ¿Qué de lo que vieron en la dramatización existe en la parroquia Bomboiza. ¿Por qué creen ustedes que no existe una buena situación de salud en la comunidad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Papel periódico. - Marcadores. - Cinta masking. - Pizarrón. - Tizas de color. | <p>30 min.</p> | <p>Dr. Segundo Tenezaca.</p> |
| <p>4.- SOLUCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Los habitantes comienzan a visualizar la salud como un proceso de vida que debe ser valorado y cuidado adecuadamente. Se concientiza de su responsabilidad en el proceso de salud. | <p>VIDEO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cotacachi: Ejemplo de desarrollo y transparencia. Un proceso participativo. <p>PREGUNTAS: ¿Qué vieron el video? ¿Qué de lo que vieron creen que se puede hacer en la parroquia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Televisor. - VHS. - video. - Papel periódico. - Marcadores. - Cinta masking | <p>20 min.</p> | <p>Dr. Segundo Tenezaca.</p> |
| <p>5.- EJECUCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ivolucramiento de los habitantes en la acción Formación del Comité Local de | <ul style="list-style-type: none"> - Formar el comité local de salud con su respectiva directiva y comisiones. - Realizar acuerdos de | <ul style="list-style-type: none"> - Papel bond A4. - Computador. - Impresora. - Pizarrón. | <p>20 min.</p> | <p>Dr. Segundo Tenezaca.</p> |

| | | | | |
|--|---|---|----------------|------------------------------|
| <p>Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr la participación interinstitucional. | <p>cooperación con instituciones locales o foráneas.</p> | <p>- Tizas.</p> | | |
| <p>6.- EVALUACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> INTERNA: Medirá el grado de identificación de los presentes con el concepto de salud integral y el grado de compromiso para llevar a efecto la construcción del proceso de salud en la comunidad. EXTERNA: Seguimiento del proceso de construcción de la Salud en la parroquia y el proceso de participación ciudadana. | <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de matrices de evaluación inmediatamente después de terminada la capacitación. - Encuestas con indicadores del proceso de construcción de salud y participación ciudadana. - Aplicación de matrices de evaluación. | <ul style="list-style-type: none"> - Matrices de evaluación inmediata. - Encuestas. - Fólderes. - Esferográficos. - Matrices de evaluación | <p>15 min.</p> | <p>Dr. Segundo Tenezaca.</p> |

NO ES SUFICIENTE CON COMER. ES NECESARIO SABER ¿QUÉ COMER, CUÁNTO COMER Y CÓMO COMBINAR?

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN Y EDUCACIÓN EN LA ACCIÓN.

OBJETIVO: Capacitar a los habitantes respecto al concepto de alimentación balanceada y sobre la forma de combinar los

alimentos para lograr este tipo de dieta.

FECHA:

HORA:

| COMPONENTES/CONTENIDOS | COMPRENSIÓN | RECURSOS | TIEMPO | FACILITADOR |
|--|---|--|-------------------|-----------------------------|
| <p>1.- CONTACTO CON LA REALIDAD/ Los presentes observan la problemática del consumo de alimentos, la misma que se relaciona con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El consumo de alimentos no | <p>DRAMATIZACIÓN.</p> <p>TÍTULO:</p> <p>ESCENARIO: el comedor de una casa, durante el desayuno, para el que hay</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Sillas. • Empanadas. • Algunos utensilios de cocina. • Café | <p>20 minutos</p> | <p>Dr. Segundo Tenesaca</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>saludables.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El expendio de estos productos en los bares de las escuelas. • El consumo de cantidad y no de calidad de alimentos. • La influencia de los medios de comunicación. | <p>unas empanadas y café negro.</p> <p>PERSONAJES:</p> <p>Iván: padre de familia. José: 5 años, hijo de Iván. Carlos: 8 años, hijo de Iván María: 10 años, hija de Iván. Rosa: esposa de Iván y madre de José, Carlos y María. Todos aparecen sentados alrededor de la mesa.</p> <p>GUION:</p> <p>IVÁN: Protesta por la poca cantidad de comida que hay en el plato, ya que eso no llena su estómago, también porque no ha preparado Fresco Solo para beber, y porque siempre está comiendo los mismos productos. Hace referencia a que debe variar la comida.</p> <p>ROSA: Contestando a Iván</p> | | | |
|---|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <p>manifiesta que no hay plata para comprar otros productos y le pide que coma lo que se le da. Le ofrece dar atún en la merienda y preparar el Fresco Sólo para llevarlo al trabajo a la hora del almuerzo.</p> <p>CARLOS: levantándose de la mesa pide plata para comprar chitos y una cola en el bar de la escuela.</p> <p>ROSA: Ofrece a todos los hijos empanadas para que lleven a la escuela.</p> <p>JOSE: sollozando pide que le compre K-Chitos.</p> <p>CARLOS Y MARÍA: no aceptan las empanadas y manifiestan que todos los niños llevan a la escuela dinero para comprar K-chitos, bolos, colas, etc.</p> <p>MARÍA: manifiesta que los k-chitos, los bolos, las colas, el fresco solo, el caldo maggi, los enlatados, gelatinas,</p> | | | |
|--|---|--|--|--|

| | | | | |
|---|---|---|------------|-----------------------|
| | chupetes, etc., son buenos porque se promocionan en la radio y en la televisión. | | | |
| <p>2.- COMCIENCIACIÓN/ La gente establece la relación existente entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La influencia de los medios de comunicación y el consumo de alimentos no saludables. • El consumo en cantidad y no en calidad de alimentos. • El desconocimiento de los alimentos y de la forma de combinarlos y la dieta familiar no balanceada. | <p>PREGUNTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué vieron en la dramatización. • ¿Cuál es la actitud del padre? • ¿Cómo actúa la madre? • ¿Cuál es el comportamiento de los hijos? • ¿Cómo han influido los medios de comunicación en la alimentación de la familia. • ¿Cómo es la alimentación de la familia? | <ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón. • Tizas. • Papel periódico. • Marcadores punta gruesa. • Sorpresas. • Caramelos para sorpresas. • Un ayudante | 30 minutos | Dr. Segundo Tenesaca |
| <p>3.- CONFRONTACIÓN/ Los asistentes reconocen que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que no consumen una dieta balanceada. • Que se alimentan solo en cantidad y no en calidad. • Que desconocen formas de combinar los alimentos. • Que se están vendiendo alimentos no saludables en bares de escuelas y tiendas de la localidad. • Que hay gran influencia de los medios de comunicación. | <p>PREGUNTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen en la parroquia algunos de los problemas que vieron en el drama? • ¿Cuáles de los problemas existen? • ¿Por qué creen ustedes que ocurren estos problemas? | <ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón. • Tizas. • Papel periódico. • Marcadores punta gruesa. • Sorpresas. • Caramelos para sorpresas. • Un ayudante | 30 minutos | Dr. Segundo Tenezaca. |

| | | | | |
|--|---|---|-------------------|-----------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Que no existe un sistema de información que desdiga lo que se dice en la radio y en la televisión. | | | | |
| <p>4.- SOLUCIÓN/ La población toma conciencia de que se alimenta mal y que debe mejorar la calidad de la alimentación, sin dejarse influenciar por los medios de comunicación.</p> | <p>VIDEO: Combinaciones con verduras y cómo aprovechar mejor las proteínas.</p> <p>PREGUNTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué vieron en el video? • ¿Qué de lo que apreciaron creen que podemos realizar en la casa y en la escuela? | <ul style="list-style-type: none"> • Video • Pizarrón. • Tizas. • Papel periódico. • Marcadores punta gruesa. | <p>30 minutos</p> | <p>Dr. Segundo Tenesaca</p> |
| <p>5.- EJECUCIÓN/ Los presentes se involucran decididamente en la modificación de prácticas alimentarias mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La introducción en su dieta de alimentos que no los consumía para procurar una dieta balanceada. • Coordinación con las autoridades de la localidad y con dueños de tiendas para controlar el expendio de alimentos no saludables y lograr el expendio de alimentos saludables. • Coordinación con el Director, con | <ul style="list-style-type: none"> • Se trabaja conjuntamente una especie de reglamento que garantice una alimentación balanceada en cada familia y que se comprometen a cumplir todos los miembros. • Se introducirá en el reglamento interno de la parroquia, un inciso que considere el expendio de alimentos saludables en tiendas y bares de la localidad. • Se firmarán acuerdos | <ul style="list-style-type: none"> • Computador. • Impresora. • Papel A4. • Papel copia. • Papel carbón. • Acuerdos a firmarse. | <p>15 minutos</p> | <p>Dr. Segundo Tenesaca</p> |

| | | | | |
|--|---|---|-------------------|-----------------------------|
| <p>el dueño del bar y con la persona que prepara la comida de la escuela, para que se vendan alimentos saludables y se introduzcan alimentos saludables en el programa de colación escolar.</p> | <p>entre las autoridades y el Comité de Gestión Parroquial (CGP) para el cumplimiento de las normas establecidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se firmará un acuerdo entre el Director de la escuela, la persona que prepara los alimentos y el CGP. | | | |
| <p>6.- EVALUACIÓN/ INTERNA: Registrará el impacto de la capacitación en las personas y el grado de compromiso de ellas para llevar a cabo los compromisos adquiridos.</p> <p>EXTERNA: Evaluará el mantenimiento de los compromisos y la consolidación de la modificación de las prácticas alimentarias en la localidad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la matriz de evaluación inmediatamente después de terminada la capacitación. • Aplicación de la matriz de evaluación del proceso de gestión. | <p>Matriz de evaluación inmediata.</p> <p>Matriz de evaluación del proceso.</p> | <p>15 minutos</p> | <p>Dr. Segundo Tenesaca</p> |

EVITANDO LA CONTAMINACIÓN DE LOS ALIMENTOS

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN Y EDUCACIÓN EN LA ACCIÓN

OBJETIVO: Lograr que los habitantes de la parroquia Bomboiza conozcan cómo puedan evitar la contaminación de los Alimentos.

FECHA:

HORA:

| COMPONENTES/CONTENIDOS | COMPRENSIÓN | RECURSOS | TIEMPO | FACILITADOR |
|--|---|---|-------------------|-----------------------------|
| <p>1.- CONTACTO CON LA REALIDAD/</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los presentes observan la problemática del expendio de productos alimenticios en mal estado de conservación y de higiene y sus repercusiones en la salud de los usuarios. • Observa el peligro que representa el guardar productos tóxicos en recipientes de refrescos y al alcance de los niños. • Muestra prácticas comunes como el ingerir alimentos sin lavarlos. | <p>DRAMATIZACIÓN:</p> <p>TÍTULO: Un refresco que mata.</p> <p>ESCENARIO: Un puesto del mercado, con las cosas desordenadas y condiciones higiénicas no muy aceptables.</p> <p>PERSONAJES: Zoila: vendedora del mercado. Juan: comprador. Luis: hijo de Juan, 6 años. Julia: esposa de Juan. Diana: 3 años, hija de Juan y Julia.</p> <p>GUIÓN:</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Una mesa. - Productos alimenticios en buen y mal estado - Funda plástica - Personajes. | <p>20 minutos</p> | <p>Dr. Segundo Tenesaca</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <p>ZOILA: aparece ofreciendo los productos que vende e incitando a comprar. Trata mal a Juan cuando le hace ver que las cosas están en mal estado.</p> <p>JUAN: Se acerca, pregunta cuánto cuestan los productos, compra arroz, azúcar, fideos, atunes, fresco solo, granos secos, col y unas frutas para su hijo. Protesta por los precios y por el estado de las cosas y resignado cancela.</p> <p>LUIS: con ruegos logra que le compre unos duraznos y los come inmediatamente.</p> <p>JULIA: asustada encuentra a Juan y le dice que ala hija le han llevado al Hospital.</p> <p>JUAN: pregunta que pasó.</p> <p>JULIA: le comunica que su hija se tomó un insecticida que se hallaba en un recipiente de cola en la cocina.</p> | | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|---|---|---|------------|-----------------------|
| | <p>LUIS: en esos instantes comienza a vomitar y quejarse de dolor de estómago.</p> <p>JUAN: con iras: no te me enfermarás tú también, sale seguido de los demás.</p> | | | |
| <p>2.- CONCIENCIACIÓN/</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los pobladores establecen la relación existente entre el consumo de productos en mal estado y la producción de enfermedades. • Entre la falta de higiene y la contaminación de los alimentos. • Entre la ingesta de alimentos contaminados y la producción de enfermedades. • Entre la enfermedad y el hábito de guardar productos tóxicos en recipientes de medicamentos o de refrescos. | <p>PREGUNTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué vieron en la dramatización? - Qué actitud tiene la vendedora? - Cómo está el lugar donde se venden los productos? - Qué hace el niño? - Qué sucedió en casa mientras el papá hacía las compras? - En qué recipientes se guardaban los insecticidas? - Qué le sucedió al niño luego? | <ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón. • Tizas. • Papel periódico. • Marcadores punta gruesa. • Sorpresas. • Caramelos para sorpresas. • Un ayudante | 30 minutos | Dr. Segundo Tenesaca |
| <p>3.- CONFRONTACIÓN/</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los habitantes reconocen que | <p>PREGUNTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Han visto estos | <ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón. • Tizas. | 30 minutos | Dr. Segundo Tenesaca. |

| | | | | |
|--|---|--|-------------------|------------------------------|
| <p>existe un expendio de productos en mal estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los sitios donde se expenden los productos no tienen condiciones adecuadas de higiene. • Que es un mal hábito el guardar sustancias tóxicas en recipientes de refrescos y al alcance de los niños. • Que se consumen alimentos sin lavarlos previamente. • Que las enfermedades se producen por el consumo de alimentos contaminados y sin lavarlos. • Que debe ejercer control en los sitios de expendio. | <p>problemas en la parroquia o en el mercado de Gualaquiza?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles de los problemas que observaron en la dramatización se producen en la parroquia? • ¿Por qué creen ustedes que ocurren estos problemas? | <ul style="list-style-type: none"> • Papel periódico. • Marcadores punta gruesa. • Sorpresas. • Caramelos para sorpresas. • Un ayudante | | |
| <p>4.- SOLUCIÓN/</p> <ul style="list-style-type: none"> • La población comienza a ver a la alimentación como un elemento fundamental en la salud de su familia, por lo que debe elegir bien los alimentos que consume, hacerlo en condiciones higiénicas, y exigir control en los sitios de expendio. • Sabe que debe proteger la salud de su familia guardando los productos tóxicos (incluyendo | <p>VIDEO: Así debemos comer las frutas.</p> <p>PREGUNTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué vieron en el video? • ¿Qué de lo que vieron creen ustedes que pueden practicar en sus hogares? | <ul style="list-style-type: none"> • Video • Papel periódico. • Marcadores punta gruesa. • Masking. • Envolturas con preguntas. | <p>30 minutos</p> | <p>Dr. Segundo Tenesaca.</p> |

| | | | | |
|---|--|--|-------------------|------------------------------|
| <p>medicinas) en sitios que no estén al alcance de los niños y en recipientes bien rotulados.</p> | | | | |
| <p>5.- EJECUCIÓN/</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los habitantes emprenden medidas para evitar la contaminación de los alimentos y el consumo de los mismos. • Realiza acuerdos de cooperación con el Municipio y el Área de Salud para comprometer su aporte para difundir las medidas de control. • Coordina con la Comisaría para que apoye en el control de los sitios de expendio de productos alimenticios. | <ul style="list-style-type: none"> • Se nombra una Comisión para el control de los sitios de expendio. • Se elaborará unas normas que rigen el expendio de productos en la parroquia. • Se firman acuerdos con el Municipio y con el Área de salud, para que se reproduzcan materiales de información y se realice la capacitación permanente sobre las medidas de control de la contaminación de los alimentos, respectivamente. • Firma de un acuerdo entre la Comisión nombrada y la Comisaría para que se garantice el cumplimiento de las normas en vigencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Computador • Impresora. • Papel A4. • Papel copia. • Papel carbón. | <p>15 minutos</p> | <p>Dr. Segundo Tenesaca.</p> |
| <p>6.- EVALUACIÓN/</p> <ul style="list-style-type: none"> • INTERNA: Medirá el grado de | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la matriz de | <ul style="list-style-type: none"> • Matriz de | <p>15</p> | <p>Dr. Segundo</p> |

| | | | | |
|--|--|---|----------------|--------------------|
| <p>identificación de los presentes con las soluciones y el compromiso para llevarlas a efecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • EXTERNA: Hará el seguimiento del proceso de modificación de las prácticas y el cumplimiento de las normas establecidas. | <p>evaluación inmediatamente después de terminada la capacitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de matriz de evaluación con indicadores de la continuidad del proceso de participación ciudadana, cada tres meses. | <p>evaluación inmediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matriz de evaluación | <p>minutos</p> | <p>Tenesaca Z.</p> |
|--|--|---|----------------|--------------------|

ANEXO 5.

PLAN DE GESTION DE LA PARROQUIA

OBJETIVO GENERAL: Involucrar y comprometer a todas las instituciones, organizaciones y ciudadanía de la parroquia en acciones de desarrollo del sector.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Organizar el Comité de Gestión y Comisiones, como ente rector del desarrollo local.
2. Capacitar a los miembros del comité y comisiones.

| ACTIVIDADES | RECURSOS | RESPONSABLE | FUENTE DE VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| 1.1. Contactos Previos y elaboración de la propuesta. | - Material de oficina | - Dr. S. Tenesaca | - Actas de reuniones, fichas de trabajo. | x | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2. Reuniones de trabajo con líderes: Teniente político, Presidente Junta Parroquial, Registro civil, junta agua potable, club deportivo, grupo juvenil, escuela, padres de familia. | - Material de oficina, VHS, videos, televisor | - Dr. S. Tenesaca | - Actas de reuniones y fichas de trabajo. | x | x | x | | | | | | | | | | | |
| 2.1. Desarrollo del taller: "Liderazgo comunitario" | - Material de oficina, computador, infocus. | - Dr. Segundo Carrión. | - Matriz de evaluación inmediata. | | | | x | | | | | | | | | | |
| 2.2. Desarrollo del taller: "Gerencia de Calidad total" | | -Dr. Segundo Carrión. | - Matriz de evaluación inmediata | | | | x | | | | | | | | | | |
| 2.3. Desarrollo del taller: "Manejo de recursos financieros" | | Econ. Juan Delgado A. | - Matriz de evaluación inmediata. | | | | | x | | | | | | | | | |

ANEXO 6.

PLAN DE EVALUACION

OBJETIVO GENERAL: Determinar el impacto general del estudio en los participantes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Apreciar el impacto inmediato de cada una de las acciones realizadas en los asistentes.

2. Conocer los resultados obtenidos con la intervención.

| ACTIVIDADES | RECURSOS | RESPONSABLES | FUENTE DE VERIFICACION | TIEMPO EN MESES | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| 1.1.Elaboración de la Matriz de evaluación inmediata 1.2.Aplicación de la matriz 1.3.Tabulación y análisis de la Información recopilada 1.4.Conclusiones de la evaluación | - Material de oficina, computador, impresora. | - Dr. S. Tenesaca | Matrices llenadas | | | x | | | | | | | | | | |
| 2.1. Determinar el estado nutricional de los participantes en el estudio. 2.2. Conocer las prácticas alimentarias de los participantes en el estudio. 2.3. Determinar los criterios de los participantes respecto al cambio de prácticas alimentarias. 2.4. Aplicación de la guía de evaluación de resultados. 2.5. Clasificación, tabulación y análisis de la información. 2.6. Elaboración del documento final (borrador) | - Material de oficina, guías de preguntas, Fichas de crecimiento, balanza pediátrica, balanza de pie con tallímetro, paidómetro, encuestas, - Computador, impresora. - Computador, impresora, materiales de oficina. - Computador, | -Dr. S. Tenesaca, encuestadores. -Dr. S. Tenesaca, encuestadores. -Dr. S. Tenesaca, encuestadores. -Dr. S. Tenesaca, encuestadores. -Dr. S. Tenesaca -Dr. S. Tenesaca. -Dr. S. Tenesaca. | -Historias clínicas, fichas de crecimiento. - Encuestas llenadas. Encuestas llenadas. Guías llenadas -Borrador del documento. - Documento final original | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2.7. Elaboración del documento definitivo. | impresora, materiales de oficina. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



MATRIZ DE EVALUACIÓN INMEDIATA

MODULO: _____
 FACILITADOR.....EC
 HA.....

CALIFICACIÓN:

EXCELENTE 5 MUY BUENO 3 DEFICIENTE 1
 DESTACADO 4 BUENO 2

CALIFIQUEMOS AL INSTRUCTOR

| | |
|--------------------------|--|
| Dominio del tema | |
| Capacidad de explicación | |
| Técnica utilizada | |
| Puntualidad | |

CALIFIQUEMOS LA UTILIDAD DE LAS ENSEÑANZAS.

| | |
|-------------------------|--|
| Genera expectativas | |
| Motiva al cambio | |
| Enriquece conocimientos | |
| Replantea prácticas | |

CALIFIQUEMOS EL APORTE DE CADA PARTICIPANTE.

| | |
|--|--|
| Puntualidad | |
| Preparó el tema con anterioridad | |
| Participó en la capacitación | |
| Interés en la temática de capacitación | |

OBSERVACIONES:

.....

GUÍA DE EVALUACIÓN DE PROCESOS.

1. El grado de cumplimiento de los objetivos:

- Objetivos planteados:
 - ¿Están relacionados con el problema de salud priorizado en el diagnóstico?
 - ¿Habrá la posibilidad de lograrlos?
 - ¿Hubo que modificar o agregar algunos objetivos?
- * Logro de los objetivos:
 - ¿Qué porcentaje de los objetivos se logra?
 - ¿Cómo influyen estos logros sobre el problema que se quiere abordar?
- Elección del problema:
 - ¿Fue acertada?
 - ¿Habría sido mejor priorizar otros problemas de salud de la población?
- Logros no esperados en el diseño del programa:
 - ¿Qué avances u objetivos que no se plantearon en el programa se lograron con el proceso.
- Impactos sobre los problemas de salud:
 - ¿En qué mejoró la situación de salud con la implementación del programa, teniendo como referencia el diagnóstico epidemiológico y el participativo?

2.- Aspectos de la práctica del equipo:

- Actividades que se realizaron:
 - ¿Qué aportaron para lograr los objetivos?
 - ¿Se definieron al programar o después?
- Métodos de trabajo utilizados:
 - ¿Facilitaron el desarrollo de las actividades, la participación de la comunidad, la relación con otros grupos?
- Organización del Equipo:
 - ¿Fue la más apropiada?



- Las personas y grupos ¿cumplieron oportunamente sus compromisos?
- ¿Cómo se sintieron con sus tareas?
- Utilización de los recursos:
 - ¿Dejó conforme a todos los participantes?
 - ¿Hubo claridad en el manejo de los recursos?
 - Se cumplieron los compromisos de aportes?

3.- Sobre el marco en el que se desarrolló el programa:

- * Relación entre el programa y el contexto real:
 - ¿Qué ajustes fue necesario hacer al programa diseñado al aplicarlo a la realidad?
- * Incorporación de otros sectores:
 - ¿Hubo integración de sectores o actores locales que no se consideraban en la programación?
 - ¿Qué efectos tuvo este hecho?
- Dificultades:
 - ¿Cuáles fueron las principales dificultades para desarrollar el programa, derivadas del medio en el que se actuó?
- - Facilitadores:
 - ¿Qué aspectos de la ejecución se hicieron más fáciles gracias a las condiciones encontradas en el medio en que se actuó?

4.- Para rescatar y aprovechar el aprendizaje del equipo:

- * ¿Qué fue lo positivo y negativo de la experiencia realizada?
- * ¿Qué aprendieron los participantes en relación al diseño y ejecución de proyectos locales de salud o con respecto a procesos participativos en general? ¿Cuántas personas? ¿Con qué acciones?
- * ¿Qué otra participación específica se realizó durante el proceso? ¿A quiénes? ¿Cuántas personas?
- * ¿Qué avances o transformaciones se pudieron constatar en la acción de las diferentes personas o grupos participantes?
- * ¿Qué sugerencias se realizarían al diseño y ejecución de otro programa similar en el futuro? ¿A quiénes se quisiera transmitir las enseñanzas de la experiencia?