



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

**“MODIFICACION EN LA RELACION INTRAFAMILIAR DE LOS ALUMNOS
QUE ACUDEN A LA ESCUELA PROMOTORA DE SALUD”**

**“MANUEL GUZMAN” DE LA COMUNIDAD DE ZHAMAR
PERTENECIENTE A LA PARROQUIA JIMA.**

PERIODO SEPTIEMBRE 2010 – MAYO 2011.

TRABAJO DE INVESTIGACION

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**Autora: Dra. Rocio Campoverde Lupercio.
Director: Dr. Jose Sola.**

**Cuenca – Ecuador
2011**

DEDICATORIA

A mi hijo Emilio José, que gracias a ese ser maravilloso que Dios lo puso en mi vida, soporto mis malas noches; con toda su paciencia, y ha sido mi fuente de inspiración para todo este camino. A mi mami, que siempre ha sido un pilar fundamental y fuente de enseñanza para mi vida.

AGRADECIMIENTO:

A toda mi familia por la paciencia que me ha tenido durante estos dos años de travesía en la que he crecido.

A mis compañeros de la especialidad que gracias a ellos hemos formado un vinculo grande que seguirá creciendo, mis compañeros de trabajo que durante todo este tiempo me han tenido mucha paciencia durante este gran reto.

Todo el personal de la Escuela Manuel Guzmán y cada una de sus familias que sin ellos no hubiera sido posible realizar este trabajo.

RESPONSABILIDAD

Todos los criterios y opiniones vertidos en este trabajo son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Dra. Rocío Campoverde Lupercio.

ÍNDICE:

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESPONSABILIDAD	4
INDICE	5
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO 1	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN	15
CAPITULO 2	17
MARCO TEÓRICO	17
GENERALIDADES	17
FUNDAMENTO LEGAL	21
ANCIANO Y FAMILIA	20
LA FAMILIA UN ENFOQUE DESDE LA MEDICINA DE FAMILIA	24
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PRIMARIA	25
ALIANZAS ESTRATÉGICAS	28
CAPITULO 3	29
ZONA DE TRABAJO	29
CONTEXTO DE LA PARROQUIA JIMA	52
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	55
PAUTAS CULTURALES	32
ACTIVIDAD ECONÓMICA	32

MODELOS FAMILIARES	32
ESTADÍSTICAS VITALES NACIMIENTOS, DEFUNCIONES	35
MIGRACIÓN	37
SERVICIOS SANITARIOS	37
INFRAESTRUCTURA SOCIAL	37
EDUCACIÓN	38
RELIGIÓN	39
SERVICIOS COMUNITARIOS	39
PAQUETES BÁSICOS DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN	42
SITUACIÓN DE SALUD	45
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD LOCAL	45
CAPITULO 4	48
DISEÑO DE ESTUDIO	48
UNIDAD DE ANÁLISIS	48
UNIVERSO	48
CRITERIOS DE SELECCIÓN	49
PLAN DE OPERACIÓN DE CAMPO	49
PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN	50
OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	52
CONSIDERACIONES ÉTICAS	53
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	53
CAPITULO 5	54
PROBLEMAS	54
OBJETIVO GENERAL	54
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
HIPÓTESIS	55
CAPITULO 6	56

RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO	76
EVALUACIÓN OPERATIVA	78
CAPITULO 7	80
ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	61
PRIMERA PARTE, GENERALIDADES	
SEGUNDA PARTE, DATOS SOBRE PATOLOGÍAS DEL GRUPO DE ESTUDIO	63
TERCERA PARTE, VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	68
ANÁLISIS DE LOS GENOGRAMAS	70
DISCUSIÓN	72
CAPITULO 8	73
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	74
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	77

RESUMEN

La propuesta es una Investigación Acción Participativa; en un universo de 52 niños y niñas con sus familias de la Escuela “Manuel Guzmán” de la comunidad de Zhamar de la parroquia de Jima, del cantón Sigsig de la provincia del Azuay.

La investigación se realizó en dos etapas: una inicial con evaluación de la relación intrafamiliar, (investigación cualitativa), en la cual se constató la calidad de vida está afectada por la violencia intrafamiliar, pobreza, alcoholismo el abandono de sus familiares y la falta de manejo de la ira, de este grupo. Siendo así que la percepción de la calidad de vida de los adultos que participaron en la investigación, el 5 % se cataloga como Familia Disfuncional Severa. (Investigación cuantitativa).

En la segunda parte de la investigación, con los participantes se elaboro un programa de intervención, que culminó con el programa de Escuela Promotora de Salud, en el cual participaron 52 familias que mejoraron en un 10% la puntuación de percepción de calidad de vida en la dimensión social, ambiental y física.

Se espera que los participantes se conviertan en replicadores del conocimiento adquirido, a los demás miembros de su familia como a sus contemporáneos, y se aspira convertir el programa en una actividad permanente.

PALABRAS CLAVES: Relación Intrafamiliar, escuela promotora de salud, intervención.

ABSTRACT

The proposal is a Participatory Action Research, in a universe of 52 children with their families of the School "Manuel Guzman" community Zhamar Jima located in the town of Jima-Sigsig-Azuay.

The research was conducted in two stages: an initial assessment of the family relationship (qualitative research), which was found the quality of life is affected by domestic violence, poverty, alcoholism, abandonment by their families and the lack of anger management of this group. Whereas the perception of quality life of adults who participated in the research, 5% is classified as Severe Dysfunctional Family. (Quantitative research). In the second part of the investigation, the participants drew up an intervention program, culminating with the program of EPS, which involved 52 families who improved by 10% the score of perceived quality of life the social, environmental and physical.

Participants are expected to become replicators of knowledge acquired, the other members of his family, his contemporaries, and aims to make the program a permanent activity

KEY WORDS: family relationship, health promoting school, intervention.

INTRODUCCIÓN

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se piensa así mismo y a los demás, de la capacidad e tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurarse que la sociedad en que uno vive orezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

La promoción de la salud en la escuela forma parte de una visión integral del ser humano que considera a las personas, y en especial a los niños, niñas y a los adolescentes, dentro de su entorno familiar, comunitario y social. Las escuelas que cuentan con un edificio seguro y confortable, con agua potable e instalaciones sanitarias adecuadas y una atmosfera psicológica positiva par ale aprendizaje que fomenta el desarrollo humano saludable, las relaciones humanas constructivas y armónica y que promueven aptitudes y actitudes positivas hacia la salud se consideran “Escuelas Saludables”.

La promoción de la salud en el ámbito escolar brinda una oportunidad valiosa de impartir conocimientos sanitarios, crear hábitos higiénicos u fomentar modos de vida saludables, desaprovecharla equivale a correr el riesgo de que cada vez más niños, niñas y adolescentes adopten comportamientos dañinos para su salud.

La iniciativa de Escuelas Promotoras de Salud(EPS), generada y apoyada en forma permanente por la OPS/OMS y UNICEF, representa para el Ecuador una estrategia valiosa que facilita el que las poblaciones adquieran desde lo individual habilidades para una vida menor, en ejercicio de sus derechos; y desde lo colectivo, propicia un conjunto de intervenciones que posibilita mejorar los ambientes escolares y de manera general donde los ecuatorianos estudian, trabajan y viven, en base de políticas públicas que favorezcan el compromiso y una amplia participación intersectorial y comunitaria, en particular en alianza estratégica entre los Ministerios de Salud, Educación y Cultura.

A partir del 2005, han surgido otras experiencias, así en Imbabura, las Direcciones de Salud, Educación hispana, Educación Bilingüe, Gobierno Provincial de Imbabura, Consejo Cantonal de Salud de Ibarra, Visión Mundial y otras instituciones conformaron la “Secretaría Técnica de la Red Provincial de Escuelas Promotoras de la Salud”, con el apoyo del nivel central capacitaron a los profesores primarios de 68 escuelas seleccionadas, en la organización de las EPS.

Simultáneamente se comenzó la delimitación de criterios a utilizarse para certificar y acreditar las Escuelas Promotoras de la Salud, proceso que es responsabilidad de la Secretaría Técnica de la Red Ecuatoriana de Escuelas Promotoras de la Salud.

El acompañamiento por parte de la Red en el proceso de construcción y validación de los indicadores del resto de instrumentos de seguimiento, se dio tanto en el nivel central, como local, para tener los instrumentos finales, como referentes para la construcción, adaptación y aplicación de los indicadores, Con lo que permitirá conocer la calidad de vida y salud de la comunidad educativa.

**“MODIFICACION EN LA RELACION INTRAFAMILIAR DE LOS ALUMNOS
QUE ACUDEN A LA ESCUELA PROMOTORA DE SALUD”**

**“MANUEL GUZMAN” DE LA COMUNIDAD DE ZHAMAR
PERTENECIENTE A LA PARROQUIA JIMA.**

CAPITULO 1

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La educación para la Salud con enfoque integral, implica el desarrollo de procesos pedagógicos y metodológicos que orienten hacia la formación de aptitudes, y habilidades para la vida, valores conocimientos y prácticas de convivencia ciudadana en salud, involucra también el desarrollo curricular.

Rendimiento escolar, medido según parámetros académicos, uno de estos es el nivel o promedio de las notas determinado grupo o grado. La desagregación puede dar valores menores en el rendimiento escolares sin detectar los problemas que intervinieron en el bajo rendimiento y las formas de dar respuestas a los mismos.

En el caso de las escuelas uni o pluridocentes y/o los colegios considerados, de igual forma no se evalúan el estado físico y funcional de las instalaciones de la unidad educativa en cuanto a dimensiones de las aulas, que debe estar en concordancia con el número de alumnos que alberguen, así como las condiciones adecuadas de ventilación iluminación e higiene, tiene igual importancia, el estado y tipo de inmobiliario.

En las escuelas de las áreas rurales tienen sistemas de abastecimiento por medio de tanques recolectores que a su vez son distribuidos a la red el establecimiento, las baterías sanitarias deben estar de acuerdo al número de alumnos por sexo y principalmente si son funcionales.

En el país existe evidencia científica que la inactividad física y el sedentarismo en escolares es parte de los factores de riesgo que más contribuyen al desarrollo del sobre peso la obesidad en escolares. En un estudio nacional desarrollado por la Maestría de alimentación y Nutrición de

la universidad Central del Ecuador, se demostró una prevalencia de sobre peso y obesidad el 14% en escolares de 8 años del area urbana (5 % para obesidad y 9% para sobrepeso). El mismo estudio caracterizo que esa población estaba viendo un promedio de 28 hrs/semana de TV, que son los límites considerados para incluirlo como el factor de riesgo en la producción de enfermedades crónicas, asociada a la dieta.

En el caso de las conductas de riesgo para explorar el comportamiento del problema como alcoholismo, tabaquismo y consumo de drogas, se puede explorar.

En la detección para el maltrato y promoción del buen trato infantil, ya sea dentro afuera de las aulas escolares, en la caso (violencia domestica) o comunidad, se ofrezcan alternativas sistemáticas y seguimiento de la situación detectada.

Se requiere que se establezca un proceso lógico y coherente en el que se describa el procedimiento utilizado para detectar esos casos de maltrato; su abordaje y seguimiento, para lo que se requiere de entidades especializadas que cuentan con equipos multidisciplinarios que incluyen psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas y médicos. Por otro lado, las acciones de promoción del buen trato, deben ser convergentes y conexas con las alternativas de solución que se planteen en el abordaje del mal trato.

La Nueva Constitución fortalece el rol del Estado y articula a las instituciones responsables de la prestación de servicios públicos. La formulación de la política pública, así como la asignación del presupuesto, en forma oportuna, regular y suficiente, se convierten en mecanismos para hacer el ejercicio de los derechos.

La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social u condiciones indispensable para el buen vivir. Las personas, las familiar y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo.

Se concentra en el ser humano y garantizara su desarrollo holístico, en el marco del respeto a los derechos humanos, al medio ambiente sustentable y a la democracia; incluyente y diversa, de calidad y calidez; impulsara la equidad de género, la justicia, la solidaridad y la paz; estimulara el sentido crítico, el arte y la cultura física, la iniciativa individual y comunitaria, y el desarrollo de competencias y capacidades para crear y trabajar.

La educación es indispensable para el conocimiento, el ejercicio de los derechos y la construcción de un país soberano, y constituye un eje estratégico para el desarrollo nacional.

En los establecimientos educativos se proporcionaran sin costos servicios de carácter social y de apoyo psicológico, en el marco del sistema de inclusión y equidad social.

El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulación de los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad.

De esta manera, los niños, niñas y adolescentes, las personas adultas, en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, así como las personas en situación de movilidad humana, tienen derecho a recibir atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. El estado deberá prestar especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

1.2 JUSTIFICACIÓN:

Una escuela, sin dudas, es un escenario ideal para desarrollar acciones de promoción y educación para la salud.

Promotoras de Salud que permite el aprovechamiento del escenario escolar para desarrollar las potencialidades de alumnos y trabajadores en un proceso de auto transformación, mejoramiento y crecimiento con implicaciones desde el punto de vista físico, psíquico y social.

Las niñas y los niños son capaces de desarrollar el papel de multiplicadores en variados escenarios: la escuela, el hogar, la comunidad donde viven y ocupar en ellos un lugar especial. En estos espacios pueden transmitir conocimientos de forma singular y particularmente novedosa, estimulando cambios de comportamientos y movilizandolos a otras personas a adoptar hábitos positivos en su rol de promotores de salud.

La salud se ha definido tradicionalmente como **la ausencia de enfermedad**, pero desde 1948 la Organización Mundial de la Salud cambia su postura y la entiende como: **“Un estado de completo bienestar físico, mental y social,** no sólo como la mera ausencia de enfermedad o **dolencia”** Posteriormente en 1976, en el Congreso de Medicina y Biología celebrado en Perpiñán se avanza aún más y se concibe como: **“Una manera de vivir más autónoma, solidaria y feliz”**

El concepto de salud que entendemos y que queremos enseñar a los alumnos debe de ir por este último concepto, ya que de esta manera conseguimos un desarrollo de éstos en la línea de perfección.

Los estudios sobre este concepto los podemos clasificar en diversas vertientes:

- 1º. - la de investigación, propia de científicos e investigadores en todos los campos de la salud (dieta mediterránea-artritis; colesterol- depresión,...)
- 2º. - la asistencial, propia de los médicos y sanitarios

3º. - la educacional, en la que estamos implicados los profesionales de la educación, y dónde situamos este trabajo.

Por otra parte, los ámbitos en el que un niño recibe todo aprendizaje y se educa son sin lugar a dudas aquellos en los que él se desenvuelve y en los que día a día se relaciona. Son:

- la familia
- la escuela y el grupo de iguales
- la sociedad, tanto en el entorno próximo como lejano.

Por lo tanto, será en estos ámbitos donde se debe fomentar la educación para la salud, y como educadores, debe ser una meta prioritaria conseguir que nuestros alumnos tengan una vida más autónoma, solidaria y feliz

Considera todos los aspectos de la vida del centro educativo y sus relaciones con la comunidad

- Se basa en un modelo de salud que incluye la interacción de los aspectos físicos, mentales, sociales y ambientales
- Se centra en la participación activa de los alumnos con una serie de métodos variados para desarrollar destrezas
- Reconoce una amplia gama de influencias sobre la salud de los alumnos e intenta tomar en consideración sus actitudes, valores y creencias
- Reconoce que muchas destrezas y procesos básicos son comunes a todos los temas de salud y que estos debería programarse como parte del currículo
- Considera que el desarrollo de la autoestima y de la autonomía personal es fundamental para la promoción de una buena salud
- Da gran importancia a la estética del entorno físico del centro, así como al efecto psicológico directo que tiene sobre los profesores, personal no docente y alumnos.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES

Importancia de la familia radica en que constituye el núcleo de la sociedad, la familia debe percibirse como un grupo de personas relacionadas por un vínculo que puede ser de consanguinidad o de afinidad, enmarcada en la convivencia y dependencia mutua. En este punto se debe poner énfasis en el papel que cumple cada miembro dentro de la familia y la responsabilidad que tienen los padres de brindar seguridad y protección a sus hijos. La construcción del relato familiar es fundamental en el reconocimiento de pertenencia a una familia.

Es necesario brindar la posibilidad de trabajar con relatos autobiográficos para luego contrastarlos con las historias de los demás compañeros y compañeras, de esa forma se puede ir cimentando la historia de su propio origen identificando y apreciando los rasgos culturales de su familia y de su localidad. Por otra parte, la convivencia familiar debe resaltarse como la acción de vivir juntos bajo un mismo techo y ayudarse equitativamente.

La familia conforma una unidad que permite al ser humano su desarrollo biológico, psicológico y social. En el primero, se debe indicar la necesidad de cuidados que tenemos al nacer de los cuales son responsables los padres o tutores; el ser humano nace completamente desvalido, a diferencia de otros seres vivos, éste necesita una asistencia total.

En cuanto a desarrollo psicológico, en el ambiente familiar se debe formar la seguridad emocional y afectiva que conlleva a la autonomía y autoestima de la persona, los niños y las niñas dependen del afecto y aceptación que sienten de los otros; en este punto es necesario guiar en el reconocimiento de los sentimientos y bienestar dentro de la familia a través de la representación gráfica y la narración de experiencias familiares. Guíe a sus estudiantes con preguntas que promuevan reflexión y críticas.

Durante este proceso es esencial la recreación de hechos a través de relatos o dramatizaciones acerca de las actividades que se realizan en la familia, por ejemplo, cómo la familia obtiene agua para su casa, las experiencias pueden ser muy diversas especialmente en los sectores marginales y rurales.

Otra actividad que puede realizarse para afianzar el concepto de familia es la construcción del árbol genealógico, para saber quiénes son sus antepasados y a qué se dedicaban. En lo social, la convivencia familiar permite el desarrollo del respeto, la tolerancia y la solidaridad, como pilares fundamentales para la integración de una persona dentro de un grupo, que se reflejan luego en la convivencia escolar y que debe ser reforzado con la creación de un ambiente de confianza en el cual los niños y las niñas puedan expresarse y decir lo que piensan.

Es importante establecer que no existe una familia tipo o un ideal de familia único.

La implementación de programas de promoción de salud en el ámbito escolar, nos capacitará para detectar y ofrecer asistencia a niños, jóvenes y a sus padres en forma oportuna, evitando que siga incrementándose el número de personas que adoptan conductas de riesgo para la salud.

La promoción de la salud en el ámbito escolar parte de una visión integral, multidisciplinaria, considerando a las personas en su contexto familiar, comunitario y social; en donde le permite esta promoción desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas para el autocuidado de la salud, la prevención de conductas de riesgo, fomenta un análisis crítico y reflexivo sobre los valores, conductas, condiciones sociales y estilos de vida, facilita la participación de todos los integrantes de la comunidad educativa en la toma de decisiones, contribuye a promover relaciones socialmente igualitarias entre los géneros, alienta la construcción de ciudadanía y democracia y refuerza la solidaridad, el espíritu de comunidad y los derechos humanos.

El rol del participante adulto, en el proceso de aprendizaje, es diferente y se proyecta con un mayor alcance que el de ser un receptor pasivo, conformista, resignado memorista o simple repetidor de las enseñanzas impartidas por un

instructor, docente o facilitador. La participación implica el análisis crítico de las situaciones planteadas, a través del aporte de soluciones efectivas.

Los procesos andrológicos estimulan el razonamiento, promueven la discusión constructiva de las ideas, favoreciendo al diálogo, origina puntos de vista, ideas e innovaciones, y al mismo tiempo conduce a replantear propuestas como resultado de la confrontación de saberes individuales y de grupo.

La educación participativa se ha desarrollado desde hace dos décadas, tiene como fundamento epistemológico que el conocimiento no se consume, sino que se elabora; dicha elaboración se lleva a cabo por medio de la crítica y la autocrítica, donde el alumno es el protagonista de su propia aventura en el conocimiento, la cual aplicada al área de la salud y en situaciones específicas.

La educación con mayores probabilidades de éxito es la que responsabiliza al paciente diabético en su propio cuidado, lo que significa enseñarlo a tomar decisiones.

Actividades Lúdicas: permiten además del trabajo específico de prevención de la Violencia Intrafamiliar y de promoción de estilos de vida más dignos en su forma de convivir, encontrarnos e intercambiar posturas, dilemas y soluciones al problema abordado, para hacer uso de espacios participativos donde todos y todas se sientan aportando a la solución de las problemáticas públicas y privadas.

Campaña pedagógica: Será transversal durante todo el proceso y está diseñada para fortalecer los valores y principios que permiten Recrear las relaciones familiares a partir de la prevención y / o la reducción de la violencia Intrafamiliar. Así, cada comuna adoptará un valor en el cual se es más débil, buscando superarlo de una manera dinámica en cada uno de los talleres, en su entorno familiar y comunitario. La campaña estará acompañada de un eslogan, nombre, recordatorio, difusión por medios de comunicación comunitarios, concurso de pintura para niños

Talleres formativos-reflexivos poblacionales: Adultos, Jóvenes, Niños y Niñas.: El taller constituye un espacio más privado de análisis y reflexión a partir de

las propias formas de interacción con la familia y las relaciones que se tejen en ella.

Permite hacer conciencia del lugar y la posición que se asume y leer fortalezas y debilidades de cada participante para potenciar o minimizar lo requerido.

Ambos espacios contarán con el acompañamiento de profesionales de la psicología, ciencias sociales y humanas: psicología, pedagogía, desarrollo familiar, trabajo social, sociología, antropología y en los momentos destinados para ello diferentes artistas y re creacionistas harán su intervención.

La escuela debe ser concebida como un espacio para la construcción de proyectos personales.

En este punto se debe mediar e incentivar la comunicación, este año es crucial en la formación en la construcción de la identidad en la que el relato familiar, el relato escolar y el relato comunitario son fundamentales. La reconstrucción de su realidad se puede realizar a través de un trabajo con imágenes, de la expresión oral y gráfica de los sueños y de las ilusiones con respecto a la escuela, que digan qué es lo que esperan de ella. Este espacio de socialización constituye un círculo social, muchas veces el mismo del vecindario, que permite compartir el conocimiento de los otros y el descubrimiento del mundo. En cuanto a relaciones interpersonales, el medio escolar facilita la vivencia de una serie de situaciones, que pueden variar desde lo afable hasta lo conflictivo, constituyéndose en un entrenamiento para la resolución de problemas.

El diálogo juega un papel primordial en las relaciones entre compañeros y compañeras, para ello, es importante impulsar valores como el respeto a las diferencias, la tolerancia y la colaboración, que deben fomentarse desde temprana edad.

La ubicación espacial, se traslada del hogar a la escuela, los niños y las niñas deben conocer datos generales de su escuela: cuál es su nombre, dónde se encuentra ubicada, cómo el reconocimiento de la labor de otros y sus

diferencias en cuanto a lengua, modos de vida, creencias y capacidades y la cooperación y la complementariedad constituyen el puntal de este bloque.

Se debe tomar en cuenta que las personas siempre requieren de la colaboración de otras y la ayuda mutua y que esta es una demostración de la tendencia y la necesidad que tiene el ser humano por ayudar a sus semejantes.

Asimismo, como se estableció en el entorno familiar, las formas de ayuda entre los miembros de la familia, se debe determinar que las personas viven dentro de comunidades más grandes, en este caso la vecindad y el barrio, y que existen situaciones en las que se deben dar la mano unos a otros.

Hay dos razones fundamentales para el enlace de la familia y la escuela, una razón legislativa y otra conceptual,

La contribución de los padres tiene un impacto sobre la mejora escolar de sus hijos e hijas, quedando reflejada la importancia de incrementar el dialogo y cooperación en todos los niveles y la construcción de buenas relaciones en los años más tempranos.

Lo importante en este punto es entender cómo estos hechos generan cambios en el entorno y cómo éstos influyen, perjudican o benefician a la comunidad. Además, interiorizar que así como en esa ocasión otros necesitan de nosotros, en algún momento necesitaremos de ellos.

FUNDAMENTO LEGAL

La razón legislativa se basa en leyes como la declaración de los derechos de la ONU en 1984, las leyes y derechos de los Niños Niñas y Adolescentes en los Concejos Cantonales de cada una de las Provincias a Nivel Nacional.

En 1999 se firmo el convenio marco entre los Ministerios de Educación Y Salud, OPS/OMS, Plan Internacional, Visión Mundial, y UNICEF para impulsar la iniciativa de escuela Saludables, que fue ratificado en 2002.

El 19 de julio de 2002 se conformo la Red Ecuatoriana de Escuelas Promotoras de la Salud y posteriormente se estructuro la Secretaria Técnica de la Red con la participación de los Ministerios de Salud y Educación, otras instituciones y organismos Internacionales.

El Art. 49 de la constitución de la Republica del Ecuador manifiesta que. “Los niños, niñas y adolescentes gozaran de los derechos comunes al ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado les asegura y granizara el derecho a la vida, desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integra y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social, al respeto a su libertad y dignidad, y a ser consultados en los asuntos que les afecten. El estado garantizara su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los concejos estudiantiles y demás formas asociativas, de conformidad de la ley”.

En uso de las atribuciones que les confieren el Artículo 179 numeral 6 de la Constitución Política de la Republica, articulo 24 de la Ley Orgánica de Educación, en concordancia con el Artículo 29 literal f de su Reglamento General de Aplicación y Artículo 17 del Estado del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función ejecutiva.

ACUERDAN:

Art. 1. LEGITIMAR los instrumentos técnicos elaborados por la Secretaria Técnica de la Red Ecuatoriana de Escuelas promotoras de la Salud a fin de reglamentar la implementación de Escuelas promotoras de la Salud a nivel nacional.

Art. 2 OFICIALIZAR los parámetros para la acreditación y certificación de las Escuelas promotoras de la Salud y evaluación.

Art. 3. ESTANDARIZAR la recolección de información a través de la aplicación de las fichas de seguimiento y evaluación.

Art. 2. REGLAMENTAR la formación, funcionamiento y responsabilidades de las instancias provinciales y cantonales, responsables de la implementación de la Iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud.

Art. 5 AVALIZAR la publicación del documento con los instrumentos técnicos mencionados y difundirlos a través de las instancias que confirman la Secretaria Técnica de la Red Ecuatoriana de Escuelas Promotoras de la Salud.

LA FAMILIA UN ENFOQUE DESDE LA MEDICINA DE FAMILIA.

El enfoque de la Atención Primaria de Salud entiende al ser humano como individual y como parte de su núcleo inmediato: la familia. A la vez, asume a la familia como célula social básica.

Cada hogar está integrado por varios seres humanos con intereses y problemas de índole personal, familiar y social. La salud del grupo es el reflejo de la salud de cada uno de sus miembros y de las relaciones armoniosas entre ellos. Las familias sanas forjarán poblaciones sanas, aptas para el desarrollo.

Es indudable que los acontecimientos diarios que ocurren en la vida del país, dejan huella en el bienestar de las familias. Esta constante interacción entre el ser humano, su familia y su medio ambiente provoca retroalimentaciones mutuas que inciden en la salud de todos.

La organización de las Naciones Unidas señala a la familia el “el grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general a los padres y a los hijos que viven con ellos”.

En esta definición estamos reconociendo a la Familia Nuclear que vive en el mismo hogar, entendiendo como hogar el espacio físico donde cohabitan sus integrantes.

La familia ha sido reconocida sin controversia como el grupo social básico de los pueblos. De hecho, el humano como innato es gregario, ha necesitado desde los primeros tiempos sentirse parte de un grupo que lo acoja y le permita sobrevivir e idealmente vive a plenitud. La familia es la institución social a la que debemos nuestra humanidad.

En toda sociedad, cada persona vive sumergida en una red de derechos y obligaciones familiares, las cuales han sido construida a través de un largo proceso de socialización, que comienza el mismo día de su nacimiento o, mejor aún, el mismo día de la concepción.

Las funciones de la familia son:

Reproductora.- la existencia de la familia garantiza la existencia de la humanidad en términos biológicos, pues la reproducción de la vida humana se inicia con la pareja y se mantiene luego con la función que asumen los padres para el cuidado de sus pequeños hijos e hijas.

Protectora.- la familia protegerá a sus miembros hasta que le logro de la habilidades individuales le permitan a cada uno ir logrando independencia y su seguridad en su desenvolvimiento dentro del macro-sistema social

Afectiva.- el amor y los afectos son los puntales de la relación al interior de la familia para su desarrollo, el ser humano requiere no solo la satisfacción de sus necesidades orgánicas(alimento, vestido, etc.), sino también la satisfacción de sus necesidades afectivas.

Socializadora.- la familia tiene un papel fundamental en la formación de valores, actitudes y conductas de los seres humanos. Es el primer núcleo de contacto social en que se desenvuelven hombres y mujeres. La familia es capaz de reproducir en su núcleo lo que sucede en el macro-sistema social, pero también es capaz de ser generadora de los cambios en las comunidades y las sociedades requieren. Los roles del género pueden aprenderse o desaprenderse en el interior de la familia. Los líderes y los seres sumisos se forjaron dentro de sus propias familias y sociedades.

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PRIMARIA

Salud y Nutrición

- bares que cuentan con condiciones sanitarias adecuadas y expendio de alimento de alto valor nutricional.
- Porcentaje de niños y niñas, maestros y maestras, personal de bares escolares y padres/madres de familia capacitados con contenidos de buenas prácticas de alimentación y nutrición saludable.
- Porcentaje de familias que consumen sal yodada.
- Numero de actividades de promoción nutricional.
- Porcentaje de niños y niñas diagnosticado con bajo peso, peso normal y sobre peso.

Salud Oral

- Porcentaje de escuelas que cuentan con un programa de Atención Primaria de Salud en salud oral.
- Porcentaje de niños y niñas capacitados en temas de auto cuidado oral: cepillado, enjuague post colación.
- Porcentaje de revelaciones de placa realizadas al año.
- Numero de actividades de promoción de salud oral.
- Porcentaje de niños y niñas con conservación total de las piezas dentarias.
- Porcentaje de niños y niñas con diagnostico de carie dental.

Salud Sexual y Reproductiva

- Porcentaje de maestros/as de niños y niñas capacitados en temas de salud sexual, reproductiva, autocuidado y autoestima.
- Porcentaje de niños y niñas que realizan actividades de vigilancia comunitaria de salud reproductiva (detección de embarazo, signos de peligro, etc.)

Gestión en Saneamiento Ambiental

- Cuenta con agua segura para el consumo humano en calidad y cantidad suficiente.
- Cuenta con instalaciones sanitarias limpias y adecuadas.
- Porcentaje de maestros, maestros, niños y niñas capacitados en manejo sanitario de basura.
- Se realiza manejo adecuado de desechos sólidos y líquidos.
- Conservación y el uso sustentable de recursos naturales, (siembra de árboles y plantas de las zonas) en el entorno escolar y en los hogares.

Pedagógicos

- Introduce contenidos de promoción de la salud en nutrición-alimentación, medio ambiente, salud oral, salud sexual y reproductiva.
- Número de horas de clase sobre estos temas.
- Numero de actividades de comunicación o información (exposiciones, talleres, ferias, periódicos murales, etc.)
- Numero de materiales elaborados y que se utilizan, en promoción de la salud en porcentaje de horas semanales dedicadas en cultura física y deporte.

Participación

- Numero de instituciones involucradas en el grupo gestor.
- Porcentaje de actividades realizadas por padres/madres de familiar para la Escuela Promotora de la Salud.
- Numero de grupos formados y funcionando para actividades de Escuelas Promotoras de las Salud (clubes ecológicos, brigadas de control de vectores, grupo de periodismos, etc.)
- Recibe o no recibe apoyo del gobierno seccional.

Alianzas estratégicas

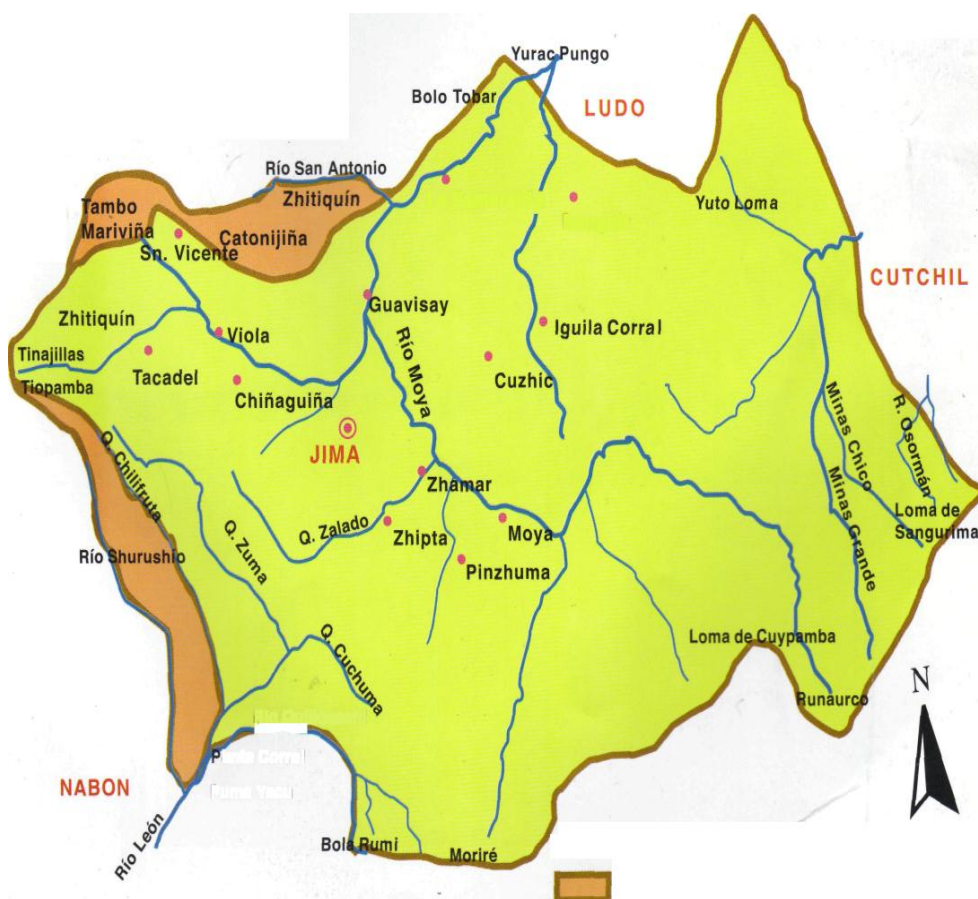
Una alianza se hace para potenciar recursos y contribuciones diversas en procesos interactivos, en la perspectiva de resolver problemas concretos que afectan el bienestar de una comunidad. En una alianza hay que destacar el carácter de los actores, su rol y su interés particular, como lo señala (De Roux 2000), la alianza no implica la disolución de actores en una organización común, sino la articulación concertada de sus esfuerzos y aportes para alcanzar propósitos comunes, sin pérdida de la independencia ni de la particularidad de cada actor. En este aspecto la participación de los miembros de la familia permite lograr los objetivos que lleven a una mejora en la calidad de vida.

El desarrollo de una comunidad a través de la participación activa de sus integrantes logra la transformación de su propia realidad. Esta intervención comunitaria promueve su autogestión y genera la capacidad de decisión y de acción que favorece el fortalecimiento comunitario. Cuando una comunidad se desarrolla, crece. No significa necesariamente volverse mayor o más rica, sino más compleja y fuerte (Johnston, Laraña y Gutsfield 1994)

No cabe duda de que la sensibilización y el interés de los profesionales de la atención primaria por los problemas sanitarios de las familias son cada vez mayores no obstante, existen múltiples limitaciones, cuyo conocimiento permitirá seguir avanzando y mejorando la atención sanitaria de este colectivo.

CAPITULO 3

ZONA DE TRABAJO



CONTEXTO DE LA PARROQUIA DE JIMA

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

La Parroquia de Jima pertenece al Cantón Sigsig de la Provincia del Azuay, situada a 2960 metros de altura, al sur oriente de la provincia, en los linderos provinciales del Azuay y Morona Santiago. Su posición es de 3° 11' 34" de latitud sur, y 78° 57' 07" de longitud occidental. Jima ocupa un área de 950 Km 2.

La distancia entre Cuenca y Jima es de aproximadamente 42 kilómetros.

LÍMITES

Limita al norte con las parroquias de Ludo, San José de Raranga y Cutchil, al sur con Morona Santiago y Nabón, al oeste con los cantones de Girón y Nabón al este con la Provincia de Morona Santiago.

LOCALIDADES MÁS IMPORTANTES

Conformada por varios caseríos, cuyos nombres dice mucho de las raíces de este pueblo, que tiene en la cultura cañari, inca y española sus antecesores más cercanos: Iguila Corral, Moya, Zhamar, Pizata, Zhipta, Tacadel, La Esperanza, Guavizay, Viola, San Vicente, Chiñaguiña.

CLIMA

Ubicada a 2750 metros de altura, tiene un clima frío que va desde los 9 a 15 ° C, cuenta con las cuatro estaciones las precipitaciones se registran todo el año más frecuentes entre Diciembre y Mayo, y el tiempo de verano entre Junio y Noviembre.

El terreno es irregular, cuenta con un sistema hidrográfico formado por 2 ríos, afluentes del río Paute, riachuelos, quebradas y lagunas.

FLORA Y FAUNA

La geografía de Jima se caracteriza por su topografía de quebradas, bosques, pequeñas llanuras y pajonales, en donde abundan plantas nativas, quishuar, guavizay, gañal, garau, vivic, quinua, etc. “Es importante destacar que en un área de 360 metros cuadrados se encontraron 36 especies de orquídeas” (Suin 2007) esto habla de la diversidad de la fauna, en la parte baja están pastizales, sembríos de maíz, papas, hortalizas y abundantes árboles de manzana, pera, capulí, mora y otras frutas.

Dentro de la fauna cuenta con una variedad de animales como el tigrillo, león, zorro, venados, truchas y una gran diversidad de aves.

HIDROGRAFIA.

Sus riachuelos y vertientes dan origen al nacimiento del Río Moya (más abajo Bolo y Pamar) quien con su caudal constituye uno de los más abundantes tributarios de la central hidroeléctrica Paute. Además existe el río Malla, río Guanduyacu, de menor caudal.

HISTORIA Y POLITICA

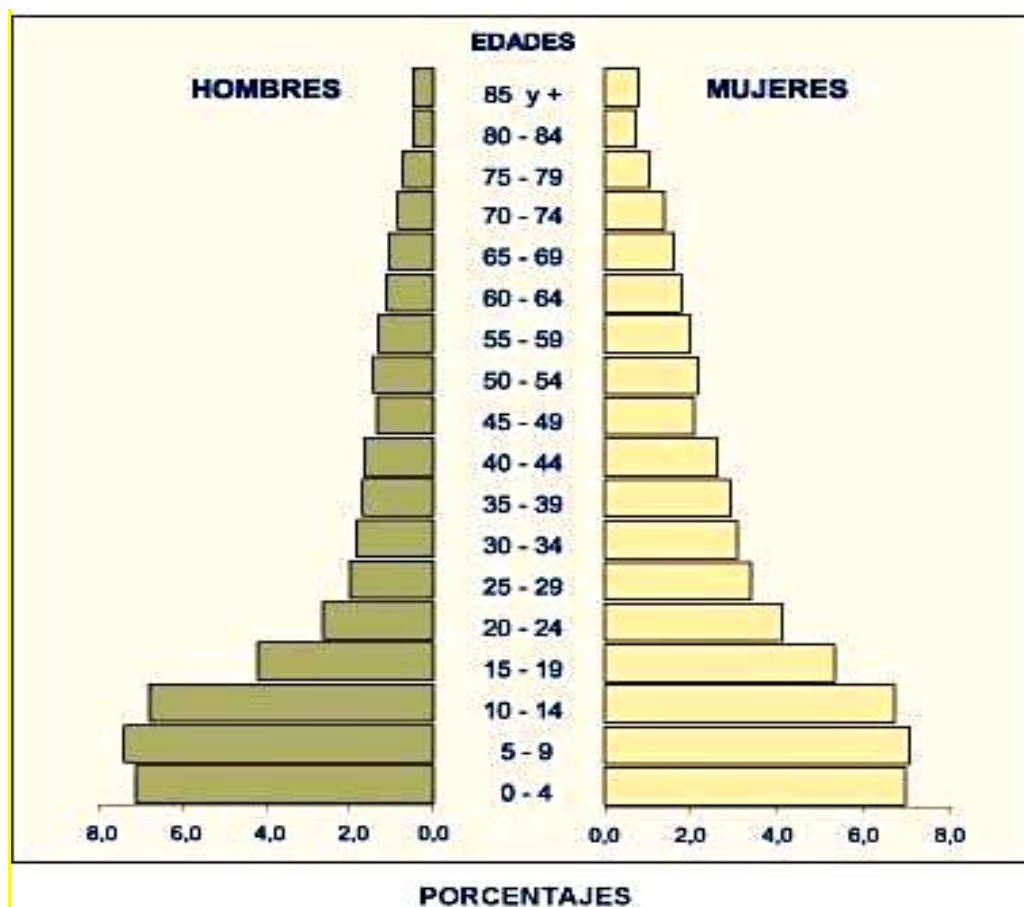
El Dr. Carlos Aguilar Vásquez quien es nativo del lugar señala el origen de la palabra Jima, del vocablo cañari "Zhima" una variedad de maíz que se cultiva en la zona, y otra versión es que en el tiempo de la colonia, un español llamado Juan Gema donó un terreno donde fue levantada la iglesia de la virgen del Rosario, por este acto y en recuerdo del donante empezaron a llamar Gema, con el tiempo llegó a ser Jima o Gima.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Según los informantes locales, la población de Jima alcanza los 6.000 habitantes. (Uyaguari N 2008) oficialmente el VI Censo de Población asigna una población de 3226 habitantes 1465 hombres y 1761 mujeres. (INEC 2001), y para el año 2009 proyecta 3675 valor con el que se calculan los indicadores de salud.

GRAFICO No 1

PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA PARROQUIA DE JIMA 2010



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Elaborado: Dra. Rocio Campoverde Lupercio.

Sobre el total de la población hay dominio mestizo del 93%

PAUTAS CULTURALES

VIVIENDA

La mayor parte de la población poseen vivienda propia, generalmente construidas en bareque, adobe y teja, que en considerables ocasiones no cuentan con la distribución correcta de los espacios, es así que encontramos una vivienda con 2 habitaciones: la cocina y un dormitorio en el que

cohabitan todos los miembros de la familia, sin que exista una división de privacidad entre los mismos.

Aproximadamente desde hace 10 años, en que empieza una ola migratoria hacia Estados Unidos, España, y gracias a las remesas de los emigrantes, hay un auge en la construcción con predominio de viviendas construidas en ladrillo, cemento y hormigón, con mejor distribución de los espacios.

El investigador Axel Kroeger, (1984) concluye que los campesinos cuanto más expuestos están al cruce de influencias culturales tanto más probable es que construyan una vivienda moderna. Convirtiendo la vivienda en un símbolo de estatus social y de adaptación cultural.

ACTIVIDAD ECONÓMICA.

Según el VI Censo de población del 2001, la población económicamente activa es de 1168. Porcentaje de ocupación 98.2 % y 1.8% desocupados. (INEC 2001)

El ingreso económico por familia es entre 50 y 250 dólares mensuales. Las fuentes de trabajo de los habitantes son en labores agrícolas (cultivo de maíz, fréjol, hortalizas, manzanos) en ganadería y en la producción lácteos, “la producción de leche alcanza los 7000 litros diarios se distingue en menor escala la cría de cobayos en número alrededor de 2400 mensuales. (Argudo J 2007), así como aves.

En menor proporción se dedican a la fabricación de tejas y ladrillos, mientras que las mujeres combinan los quehaceres domésticos con el tejido, bordado, cultivos menores, crianza de los hijos y cuidado de los animales.

Otro grupo emigra a zonas como Gualaquiza, Cuenca, Machala desempeñándose en múltiples oficios y otro importante numero han emigrado a Estados Unidos y Europa.

MODELOS FAMILIARES

La vida del Jimeño depende y gira alrededor de su familia de origen. Las familias constituyen pilar fundamental del quehacer político, social y cultural de la parroquia. Las familias del sector están formadas en su mayoría por uno a seis miembros, pero en la zona rural especialmente, hay familias que están conformadas por 10 o más miembros. El habitante de la serranía Jimeña lleva consigo, en lo más profundo de su ser, la herencia y la tradición de sus antepasados, el valor y la hidalguía se mezclan a veces con la nostalgia y la tristeza de antaño, estos matices están presentes en su vida cotidiana.

Las familias en su mayor parte nucleadas y con la tenencia del poder del padre, que generalmente es el proveedor de alimento, seguridad, y dinero, El padre es el responsable del hogar pero hay muchos hogares en donde debido a la migración se practica el matriarcado, donde las mujeres asumieron las responsabilidades del esposo, convirtiéndose en jefa de hogar.

La jornada diaria se inicia muy temprano cuatro a cinco de la mañana, el padre revisa su ganado, saca la leche, muda y regresa con leña para el fogón o hierba para sus cuyes, a las 7 de la mañana llega a desayunar los alimentos que preparo su esposa o hija, cuya jornada se inicia una hora más tarde.

El padre solo o con hijo o hijos varones acude a trabajo diario ganando un jornal de 10 dólares que incluye el almuerzo, y el día que no es contratado ayuda en labores de agricultura y ganadería en su propiedad, mientras tanto la madre se encarga de la educación de los más pequeños y los quehaceres de la casa.

En la noche la familia se reúne en la cocina, que es el alma de la casa para compartir sus dolores y alegrías, la familia Jimeña consiste de aquellos que comen.

En Jima las familias pasan por fases distintas en un largo ciclo de vida. En un primer momento, existe una pareja casada y sus hijos, todos duermen en la misma habitación, más tarde a medida que los hijos van creciendo, pueden empezar a “independizarse” durmiendo en pequeños dormitorios separados, construidos progresivamente.

Finalmente, los hijos se casan, si es que no se unen a la familia de su cónyuge, harán del dormitorio del hijo su nuevo hogar, pero continuaran compartiendo la cocina donde se alimentan tres generaciones.

Con la llegada de los hijos y cuando ya han transcurrido varios años, en promedio cinco años, la joven pareja, considera construir su propia casa en un terreno que hereda anticipadamente de los progenitores, este terreno forma parte de los bienes a heredar, al momento de dividir este hijo recibirá menos; finalmente la familia natal entra en la última fase, en la que el ultimo hijo forma su familia y abandona la casa, y la pareja de origen vive sola, en raras ocasiones el último hijo forma su familia y se establece con sus padres, quedando a cuidado de ellos hasta la muerte.

La familia nuclear es la base conceptual para la familia de Jima, pero de hecho las relaciones biológicas tienden a ser complejas. Son comunes varias formas de adopción; en una sociedad en la que más familia significa más gastos y cuidados, añadir un pariente consanguíneo trae consigo una serie de consecuencias más gastos, vergüenza, irresponsabilidad.

En Jima, el alcoholismo y el machismo son habituales, las esposas consideran que las borracheras de los esposos son uno de los aspectos más difíciles de la vida matrimonial: las esposas aceptan como un hecho normal permanecer en casa mientras su esposo se divierte, hay recién casadas que se resienten al ser dejadas con sus guaguas, en tanto que las esposas más experimentadas aprenden a temer y acepar el comportamiento de los esposos.

ESTADÍSTICAS VITALES:

NACIMIENTOS, DEFUNCIONES.

Para el año 2008 la oficina del registro civil ha registrado 57 nacimientos, 10 fallecimientos por múltiples causas y no hay datos de mortalidad infantil ni materna, debido a la falta de registro, el caso de muerte infantil que se incluye en la tabla no está registrado por que no fue inscrito. (DGRC 2007)

TABLA No 1

ESTADÍSTICAS VITALES: NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES DE JIMA. 2010.

TASAS	JIMA*	AZUAY**	ECUADOR**
TASA DE NATALIDAD X 1000	1,5	13	21,54
TASA DE MORTALIDAD GENERALX1000	2,79	4,21	4,6
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL X 1000 NACIDOS VIVOS	17,54	13	21,35
TASA DE MORTALIDAD MATERNA X 1000NACIDOS	0	0,7	0,9

Elaborado: Dra Rocio Campoverde.

Fuente: *Dirección General del Registro Civil (2010) *Registro de nacimientos y de defunción*. Tomo 1.

TABLA N° 2

CAUSAS DE DEFUNCIONES EN LA PARROQUIA DE JIMA, 2010.

GRUPOS DE EDAD	NUMERO DE DEFUNCIONES	CAUSAS DE MUERTE
Menor de un año	0	-
De 1 a 19 años	1	Politraumatismo.
De 20 a 39 años	1	Estrangulación
	3	Politraumatismo
	2	ahogamiento
De 40 a 59 años	1	Ahogamiento
De 60 a 79 años	2	Enfermedades
	1	.cardiovasculares.
		Cáncer Hepático.
		Cáncer Gástrico.
De 80 años y mas	3	Senectud
TOTAL	14	

Elaborado: Dra. Rocio Campoverde.

Fuente: Dirección General del Registro Civil (2010) *Registro de nacimientos y de defunción*. Tomo 1.

MIGRACION.

No se puede desconocer el hecho histórico vivido por la comunidad de Jima desde los primeros tiempos de su asentamiento y el instinto humano, está en el de la supervivencia razón por lo cual debería buscar productos alimenticios y entonces cuando su familia había crecido, aumentaron sus necesidades vitales, y el deseo natural de todo ser humano de buscar superación en medio de una sociedad que día a día se complicaba mas, exigiendo de la comunidad mayores esfuerzos para hacerla progresar, en síntesis los deberes aumentaron en mayor proporción que los derechos del habitante Jimeño.

En diferentes épocas, y motivados por las causa ya indicadas pro el afán de aventura, se produjeron oleadas migratoria inicialmente al Oriente Ecuatoriano, donde se fundaron tres importantes parroquias, conformadas en mas de un 90%, por contingente humano de Jima. Tarqui sentadas a los márgenes del Rio Cuyes, luego San Miguel de Cuyes, y por ultimo Espíritu Playa.

En las dos últimas décadas un número muy alto de pobladores ha migrado al exterior preferentemente Estados Unidos y España.

SERVICIOS SANITARIOS

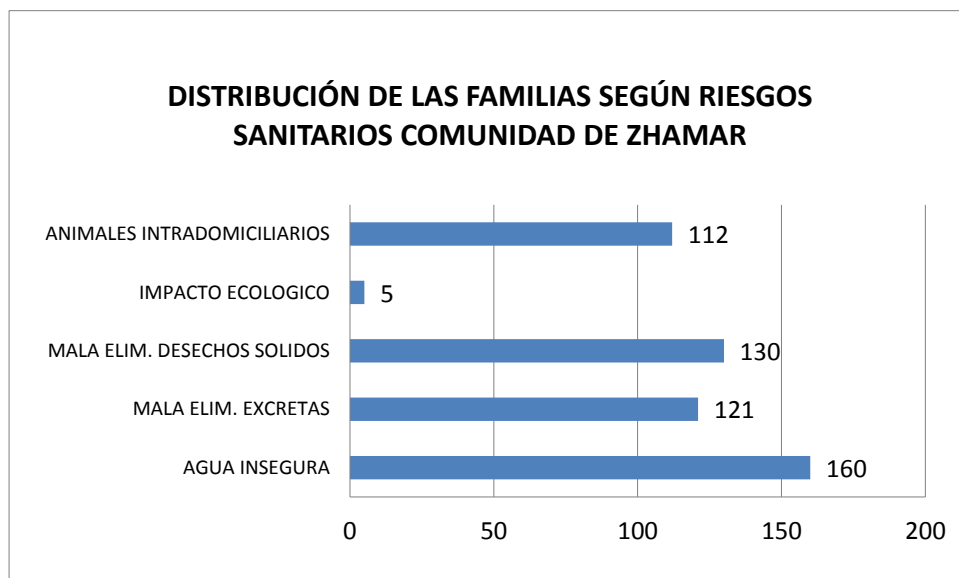
COBERTURA DE SERVICIOS BÁSICOS: ENERGÍA ELÉCTRICA, AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO.

La mayoría de los habitantes del centro parroquial cuenta con servicio de agua potable, pero las comunidades alejadas consume agua de pozos o vertientes y en el mejor de los casos agua entubada sin tratar.

Todos poseen luz eléctrica. El centro parroquial cuenta con alcantarillado, no así la zona rural en la que pocas viviendas poseen letrinas y en la mayoría la infraestructura sanitaria es nula.

Los pobladores del centro parroquial desechan la basura en el carro recolector que presta servicio cada semana, las otras comunidades, lo realiza una vez cada 15 días o la simple selección de lo orgánico que es desechado a los terrenos para abono y lo inorgánico que es incinerado.

GRAFICO No 2



Fuente: formulario de recolección de la información

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

EDUCACIÓN

La mayor parte de la población sabe leer y escribir, el porcentaje de analfabetismo en la zona rural es mayor.

Con una población alfabetizada de 198 hombres y 112 mujeres y analfabetos divididos en 71 hombres y 234 mujeres. Tasa de alfabetización: 93,2%. (INEC 2001)

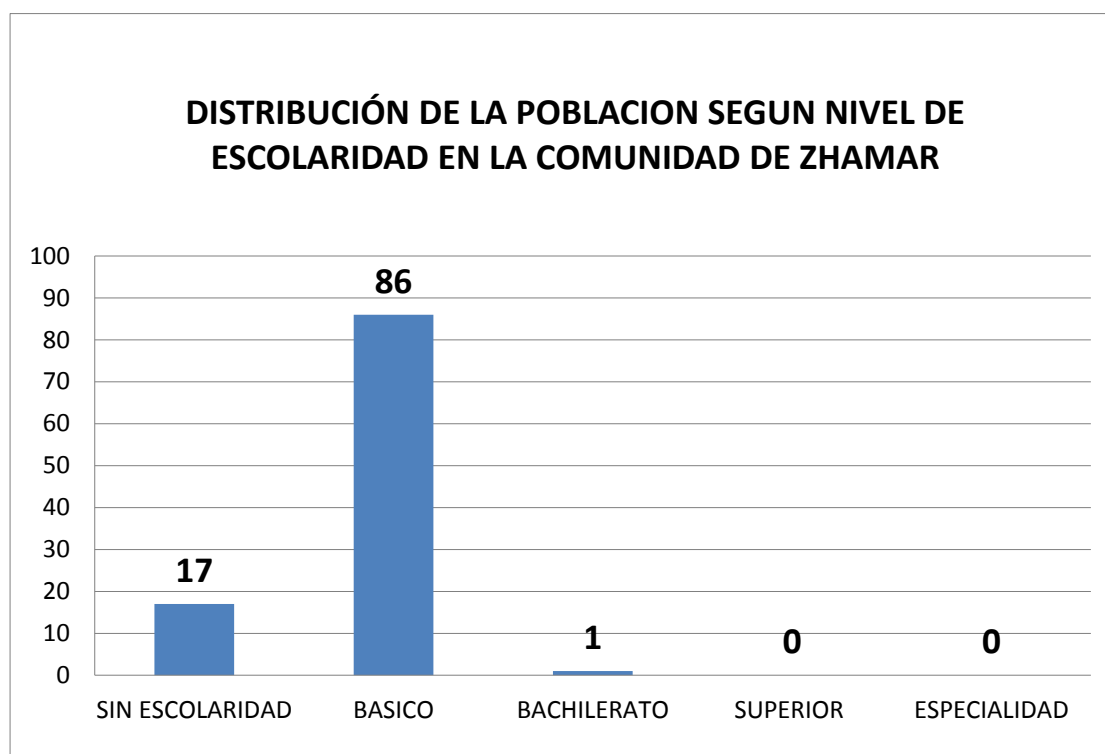
Cuenta con un Colegio Mixto Técnico Agropecuario Diurno Carlos Aguilar Vásquez que brinda títulos en Técnicos Agrícolas. Además la parroquia cuenta con 8 escuelas mixtas uní docentes repartidas en los caseríos, y una Escuela central multi docente.

La escuela de Zhamar lugar de trabajo de la investigación como Escuela Promotora de Salud, fue Doña Imelda Serrano Aguilar quien al llegar a Jima como profesora funda la escuela en el actual caserío de Zhamar, quien inicia con 30 alumnos.

La fundación de la escuela en Zhamar ocurrió por el año 1935, inicialmente función en el corredor de la casa del Sr. Miguel Suqui, dos años más tarde construye su casa Don Ramón Zhunio y funciona allí la escuela hasta hace aproximadamente 15 años.

El 1 de junio de 1975 con auspicio del ex CREA, se comienza a fabricar la escuela actual qué función hasta nuestros días, con algunos cambios que se han dado en los últimos 10 años, con materiales dados por el esta y la mano de obra de cada uno de los padres de familia a través de mingas comunitarias.

GRAFICO No 3



Fuente: formulario de recolección de la información

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

RELIGIÓN.

La población en su mayoría es católica, Las misas se realizan los días sábados y domingos, pero hay grupos minoritarios de religiones como evangélicos, testigos de Jehová, cristianos, etc.

Las fiestas son el 5 y 6 de Octubre en honor a la Virgen del Rosario, se destacan la fiesta de fundación el doce de Noviembre y en Mayo: la fiesta de las cruces y de la Manzana.

SERVICIOS COMUNITARIOS

La parroquia de Jima, cuenta con las siguientes instituciones públicas:

Subcentro de Salud, Seguro Social Campesino, Registro Civil, Despacho parroquial, Junta Cívica, Junta parroquial, Tenencia Política, Junta de Agua Potable, Junta de Regantes.

Y cuenta con organizaciones comunitarias, ganaderas, agrícolas así como instituciones privadas, y ONG, s. por ejemplo: fabricas de derivados lácteos, dos cooperativas de ahorro, dos hostales, empresa de turismo, biblioteca, etc.

La parroquia cuenta con 2 carreteras principales, las dos ramales de la vía Cuenca Loja, se hallan en mal estado. Cuenta con carretera carrozable que comunica con sus caseríos.

Desde la ciudad de Cuenca se tarda aproximadamente 2 horas en vehículo.

Cuenta con una empresa de transporte de pasajeros que brinda servicio en turnos desde la parroquia a Cuenca, y viceversa, y los días martes hay turnos al Sigsig, y dos compañías de transporte liviano para recorrido interno.

El centro parroquial cuenta con servicio telefónico de la empresa CNT y telefonía celular e Internet.

Hasta la parroquia llega la señal de televisión por antenas de cable, se sintoniza varias emisoras en AM y FM de provincias de Azuay, Loja, Cañar.

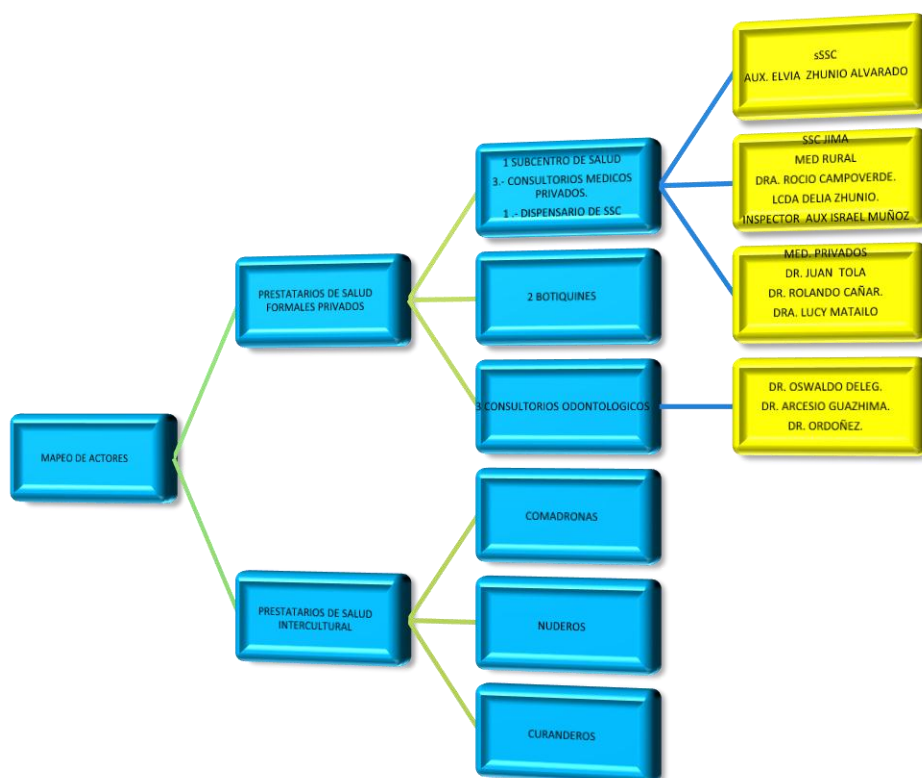
El canal de comunicación más ocupado son los proporcionados por; el alto parlante de la casa comunal, colegio y la iglesia, las pancartas que se publican en el Subcentro, Junta Parroquial y en la misa.

VESTUARIO

Las mujeres usan pollera, blusas bordadas y chalina, los varones, mujeres jóvenes y niños usan indumentaria moderna.

SERVICIOS DE SALUD

GRAFICO No 4



Fuente: formulario de recolección de la información

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS HUMANOS DE SERVICIOS DE SALUD.

La parroquia cuenta con el subcentro de salud del Ministerio de Salud Pública, cuenta con médico contratado, medico rural, odontóloga rural, auxiliar de enfermería e inspector de salud, la atención son los días domingo a jueves en horario de ocho horas a dieciséis horas treinta. Brinda todos los programas del ministerio de salud.

La población en general es afiliada al Seguro Social Campesino que cuenta con un dispensario en el caserío de Zhamar y brinda atención de lunes a viernes con servicio médico y odontológico.

Además la población cuenta con cinco médicos particulares que atienden los domingos y un médico que atiende todos los días, además cuenta con un botiquín y un laboratorio.

La mayoría cuenta con equipamiento para primeros auxilios básicos, atención médica general, ginecológica, etc.

Existe el grupo de la medicina intercultural, como de parteras, hierbateros y sobadores, en cada una de las comunidades y algunos reconocidos por el MSP con quienes se realizan un trabajo en conjunto con el Subcentro de Salud.

PAQUETES BÁSICOS DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN.

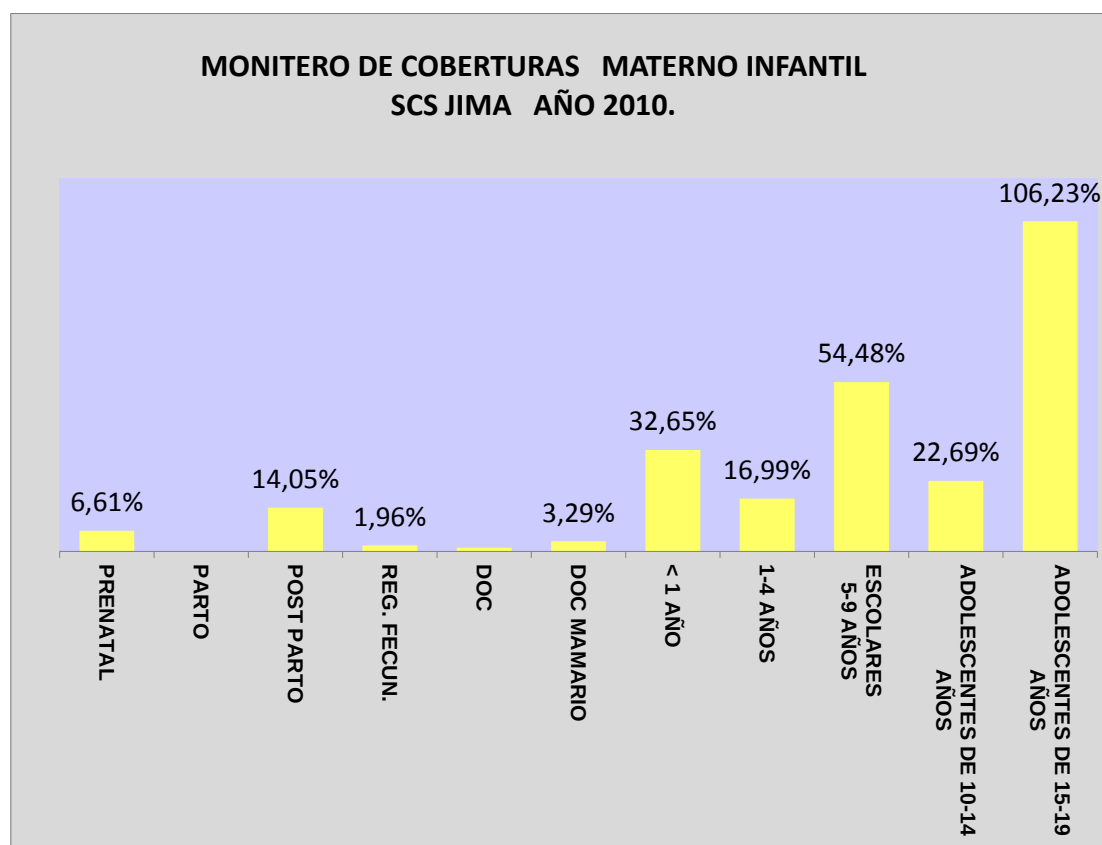
En el Subcentro de Salud se llevan a cabo todos los programas que maneja el ministerio, tales como (maternidad gratuita) control prenatal, control de niño sano, atención de partos, atención de post-parto, planificación familiar, DOC cérvico - uterino, adulto mayor, Programa Visión, Manuela Espejo, Joaquín Gallegos Lara, DOTS(Detección Oportuna Tuberculosis y Sintomáticos Respiratorios), PANN 2000(Programa Nacional del Alimentos y Nutrición), PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones), EPS (Escuelas Promotoras de Salud), MAIS(Modelo de Atención Integral de Salud), y grupos de riesgo, ofrece atención primaria integral de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento de las principales enfermedades y rehabilitación.

Funciona de domingo a jueves, al que acuden habitantes de las parroquias de Jima, San Miguel de Cuyes, Ludo y San José de Raranga.

TABLA N° 3

PRODUCCION DELSUBCENTRO DE SALUD DE LA

PARROQUIA JIMA 2010.



Fuente: formulario de recolección de la información

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

GRAFICO No 5

COBERTURAS SEGÚN LOS GRUPOS ESPECIFICOS DE EDAD DE LA PARROQUIA JIMA EN EL AÑO 2010.

GRUPOS ESPECIFICOS			
CICLOS DE VIDA	NIÑOS	MENORES 1 AÑO	96
		1 A 4 AÑOS	359
		12 A 23 MESES	77
		5 A 9 AÑOS	528
		1 A 9 AÑOS	
	ADOLESCENTES	ADOLESCENTE MENOR 10 A 14 AÑOS	468
		ADOLESCENTE MAYOR 15 A 19 AÑOS	347
	ADULTOS	ADULTO JOVEN 20 A 64 AÑOS	1769
		ADULTO MAYOR 65 A 75 AÑOS	125
		ADULTO FRAGIL 75 Y MAS AÑOS	80
GRUPOS PROGRAMATICOS	ESCOLARES	MATRICU.EN 1RO.DE BASICA	78
		MATRICU.EN 2DO.DE BASICA	111
		MATRICU.EN 7MO.DE BASICA	90
		MATRICU.EN 7MO.DE BASICA Y 1RO DE BACHILLERATO	163
	MUJERES	EMBARAZADAS	121
		ADOLES.EMBARAZADAS	0
		M.E.F. 15 A 49 AÑOS	763

		D.O.C.G.35 A 64 AÑOS	687
		D.O.C.GM25 A 64 AÑOS	513
	POBLACION TOTAL		3773

Fuente: formulario de recolección de la información

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

SITUACIÓN DE SALUD

Salud de los grupos poblacionales

TABLA 4.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD JIMA, 2010.

	PATOLOGIA	< 1 AÑO		1-4 A		5-14 A		15-44 A		>45		TOTAL	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1	Resfrió común	2	3	5	2	6	4	5	3	6	5	24	17
2	Amigdalitis y/o Faringitis	3	1	5	1	4	5	5	4	3	3	20	14
3	Parasitismo	0	0	2	4	4	5	1	2	2	3	9	14
4	Diarrea y gastroenteritis	3	4	5	6	1	0	0	0	2	0	11	10
5	Poli neuropatías	0	0	0	0	0	0	2	7	5	6	7	13
6	Gastritis y duodenitis	0	0	0	0	0	0	5	6	3	4	8	10
7	Dermatitis	0	1	2	2	0	3	2	2	1	2	5	10
8	Infección de vías urinarias	0	0	0	1	0	2	2	2	3	5	5	10
9	Tricomoniasis	0	0	0	0	0	0	0	3	0	5	0	8
10	Conjuntivitis	0	0	0	0	0	0	2	0	1	2	3	2

Fuente: formulario de recolección de la información

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

TABLA 5.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, EN LA POBLACION

JIMA EN EL AÑO 2010.

10 CAUSAD DE MORBILIDAD SEGÚN FICHAS FAMILIARES.		
ORDEN	CAUSAS	NUMERO
1	Alcoholismo	26
2	HIPERTENSION ARTERIAL	15
3	ARTRITIS REUMATOIDEA	4
4	GASTRITIS	3
5	ARTROSIS	2
6	EPOC	2
7	OSTEOPOROSIS	2
8	SINTOMATICO RESPIRATORIO	2
9	PARALISIS FACIAL	1
10	ACV	1
OTRAS		0
TOTAL		58

Fuente: formulario de recolección de la información

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD LOCAL.

El Subcentro pertenece al Ministerio de salud, brinda todos los paquetes para el primer nivel de atención, realiza transferencia al Área 4 Yanuncay, Maternidad Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca y este a su vez al hospital Regional Vicente Corral Moscoso de Cuenca.

El Seguro social campesino realiza transferencia al Hospital del IESS de Cuenca.

Los médicos particulares cuentan con su propia red de transferencia.

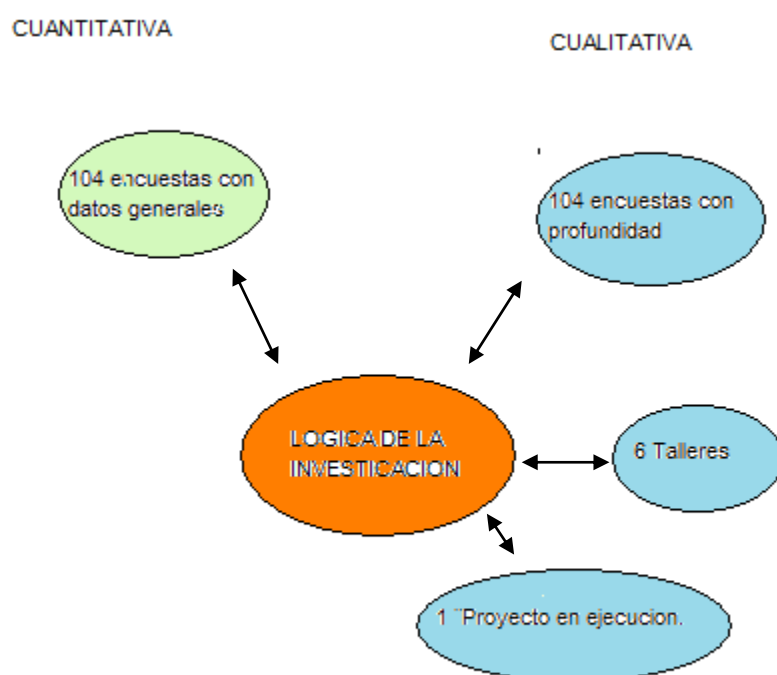
El personal de salud que trabaja en área pública o privada ofrece atención primaria integral de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento de las principales enfermedades y rehabilitación, con el objetivo de mejorar permanentemente la calidad de vida de las familias.

CAPITULO 4

DISEÑO METODOLOGICO

DISEÑO DE ESTUDIO

Es una investigación acción participativa



Todas las familias de los alumnos que acuden a la escuela “Manuel Guzmán”, de la comunidad de Zhamar de la parroquia de Jima.

UNIDAD DE ANALISIS: La familia

UNIVERSO

Participan en el estudio todos los alumnos y las familias de los niños/as de la escuela “Manuel Guzmán”, de la comunidad de Zhamar de la parroquia de Jima en el periodo noviembre 2010, a mayo 2011.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

Los alumnos que asisten a la escuela promotora de salud.

El representante de los alumnos que asisten a la escuela promotora de salud.

Representante que de su consentimiento informado por escrito para ser partícipe de la investigación.

Criterios de exclusión

Alumno que abandonen la escuela, durante el período de las entrevistas.

Representante que abandone la investigación.

Representante que no deseen participar.

PLAN DE OPERACIÓN DE CAMPO

INFORMACIÓN PRIMARIA

Para este estudio he examinado técnicas que ofrezcan información válida de manera rápida y poco costosa, beneficiando la participación de las familias y la escuela en el conocimiento desde adentro de los representantes en esta investigación: los alumnos de la escuela promotora de salud y sus representantes.

Para comprender la vida social alumnos de la escuela promotora de salud y sus representantes alumnos objetos de estudio. Para alcanzar esta meta holística adopto una estrategia de libre acción para la recolección de datos. He escogido varias técnicas cualitativas porque éstas se aproximan a la población de manera comparativa, holística y global.

Las **técnicas** escogidas son:

- a. Censo de la población escolar.
- b. Entrevistas a profundidad alumnos de la escuela promotora de salud y sus representantes.
- c. Elaboración de genogramas

a. CENSO DE LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL

Para el censo de los objetos de estudio se utilizara a través de la lista de matriculados en la EPS y la visita en cada uno de los hogares, con la Ficha Familiar realizada con el grupo EBAS (Equipo Básico de Salud) y el censo diseñado para este estudio(ver anexo1)

b. ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

Se trata de una entrevista con una guía de preguntas para recoger información comparable para evaluar el contexto familiar la percepción de su propia relación familiar el estado psíquico de cada una de las familias.

Se entrevistaron en la escuela a 52 alumnos y en la casa a sus 52 representantes de la investigación. La guía de entrevista es de tipo estructurada y puede verse en el anexo 2.

c. ELABORACIÓN DE GENOGRAMAS DE LAS FAMILIAS.

Desarrollé la anotación genealógica de las 52 familias con el fin de tratar los principios de parentesco, filiación y matrimonio,

Fue importante recoger los datos genealógicos para entender las relaciones actuales, puesto que estos vínculos resultan fundamentales para la vida social de cada una de las familias. Se utilizo el programa informático Genopro.

INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS

TEST DE FF-SIL *Test de funcionamiento familiar (FF-SIL)*: instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuanti - cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Funcionamiento familiar: dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera

INFORMACIÓN SECUNDARIA

Recolección de datos: revisión de series estadísticas, datos demográficos, epidemiológicos y revisión bibliográfica e informes.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad: tiempo de vida de una persona	Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de encuesta	Años cumplidos	Intervalos
Estado civil: es la condición civil en que se encuentra una persona	Condición civil legal y socialmente aceptada	Estado civil al momento de la encuesta	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión Libre Separada
Nivel de Instrucción: Nivel de educación formal	Nivel alcanzado en la educación formal, al momento de la encuesta	Año y nivel de educación formal que ha cursado	Analfabeto Primaria Completa Primaria Incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta
Con quien vive: Persona (s) con los que vive el alumno	Persona que vive en el mismo espacio, con roles de cuidado al adulto mayor	Persona con quien vive	Padre Madres Esposos Familiar

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación se realizó previo el consentimiento informado de los participantes y de la investigadora.

Para concertar las encuestas, entrevistas a profundidad, trabajo grupal, talleres y evaluación posterior. Todos los participantes recibieron información sobre el estudio y sus objetivos, se les garantizó la confidencialidad, y la utilización anónima de la información con una finalidad exclusivamente investigativa, las entrevistas fueron realizadas individualmente dentro de sus domicilios, mientras que las encuestas fueron obtenidas en las aulas de la EPS donde se desarrollo el programa de actividades, las mismas que han requerido un tiempo aproximado de 20 minutos cada una.

Si amerita la investigadora da la información, en forma personal a cada uno de los participantes.

Es obligación el divulgar los resultados de esta investigación a todos los miembros de la comunidad, Universidad del Azuay, y comunidades de la parroquia de Jima.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

El análisis de los resultados cuantitativos, de la investigación se analizó de acuerdo al Test SS-FIL. los resultados de la encuesta fueron analizados y tabulados en el programa Epi Info versión 3.2.2

También se elaboró un análisis cualitativo de información de las entrevistas y de los genogramas.

CAPITULO 5

PROBLEMAS:

¿Cuál es la percepción de los Talleres Realizados en la EPS en la calidad de vida de los alumnos y la relación intrafamiliar de la Escuela “Manuel Guzmán”, de comunidad de Zhamar de la parroquia de Jima?

¿Cómo puede influir el empoderamiento, la participación, el conocimiento de los derechos y obligaciones, en mejorar la calidad de vida del alumno y su familia?

¿Cuál fue el impacto en los Talleres realizados en la EPS con el mejoramiento relación intrafamiliar y la calidad de vida de los alumnos de la escuela “Manuel Guzmán” de comunidad de Zhamar la parroquia de Jima?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el mejoramiento de la relación intrafamiliar en los alumnos y sus familias que se encuentran dentro del programa EPS que promuevan el bienestar físico, psicológico y familiar de los estudiantes de la escuela “Manuel Guzman” de la comunidad de Zhamar, de la parroquia de Jima, en el periodo de noviembre del 2011 a mayo 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar la percepción del mejoramiento de la relación intrafamiliar en los alumnos y sus familias que se encuentran dentro del programa EPS en la unidad educativa escuela “Manuel Guzman” de la comunidad de Zhamar, antes y después de la intervención del Programa de Envejecimiento Saludable.

2. Promover en las familias de los alumnos estrategias cognitivas y hábitos saludables que mejoren la calidad de vida a través de la información y difusión de programas educativos de prevención y práctica.
3. Establecer áreas de socialización que a la vez generen espacios de recreación para intercambiar experiencias con otras familias.
4. Promover actitudes de reflexión, comunicación y relación entre miembros de la familia y los niños/as.
5. Conocer el impacto en la calidad de vida de un programa de escuelas promotoras dirigido a la familia de cada uno de los alumnos de la escuela “Manuel Guzmán” de comunidad de Zhamar de la parroquia de Jima.

HIPOTESIS

1. Las medidas de la percepción de calidad de vida en sus dimensiones psicológica, ambiental y social, mejoran significativamente, después de participar dentro de un Programa de Escuelas Promotoras de Salud.
2. El conocimiento y la práctica de hábitos saludables y difusión de programas educativos de prevención y práctica mejora las puntuaciones de la calidad de vida en las familias.
3. La generación de espacios de recreación permite el intercambio de experiencias entre personas de la misma edad con problemas similares.
4. La actitud de los miembros de la familia ante las practicas de resolver conflictos intrafamiliares es más positiva después de promover actitudes de reflexión, comunicación y relación entre los miembros de la familia.
5. Un programa de Escuela Promotora de Salud producen un efecto beneficioso en la calidad de las familias de la parroquia de Jima.

CAPITULO 6

RESUMEN EJECUTIVO DE LA INTERVENCIÓN

La salud de los niños y niñas en edad escolar es de gran importancia para lograr un desarrollo adecuado dentro de la sociedad, por lo tanto debe ser de gran interés colectivo, ya que si intervenimos oportunamente como parte del personal de salud, podremos mejorar la situación de salud de un país.

El 13% de la población total tiene entre cero y cinco años, el 16% tiene entre seis y doce años, y el 12% entre trece y diecisiete años cumplidos, los retos que enfrentan los niños y niñas en su desarrollo físico, emocional e intelectual varían con la edad.

En el 2002, los derechos de los niños y niñas ecuatorianos que tiene de 6 a 12 años se cumplían en 3,8 puntos, de un total posible de 10 puntos. Un análisis reciente muestra que sus derechos cumplen en 4,2/10. El país aun tiene mucho trabajo que hacer para mejorar la situación de su niñez en edad escolar ya que dos de cada 10 escuelas del país no tienen electricidad; 1,6 de cada 10 escuelas no tienen

En el 2002, los derechos de los niños y niñas ecuatorianos que tienen de 6 a 12 años se cumplían en 3.8 puntos, de un total posible de 10 puntos. Un análisis reciente muestra que sus derechos se cumplen hoy en 4.2/10. El país aún tiene mucho trabajo que hacer para mejorar la situación de su niñez en edad escolar ya que dos de cada 10 escuelas del país no tienen electricidad; 1.6 de cada 10 escuelas no tienen agua potable y 3 de cada 10 escuelas no tienen alcantarillado, el problema es más grave en las 6.000 escuelas unidocentes: 50% no tienen luz, 98% no tienen alcantarillado y el 97% no tienen agua potable.

Es por ello que con el presente proyecto. **“ESCUELA PROMOTORA DE SALUD”**, pretendemos mejorar la misma, a través de la implementación de

un programa de actividades que involucre al niño/a y adolescente, a su familia y a la comunidad entera.

Después que llevemos a cabo el programa de actividades y capacitación; nuestro criterio es que los alumnos/as y su familia, pueden y deben constituirse en agentes ejemplares y replicadores de los conocimientos adquiridos que repartirán a las generaciones que les precede, promoviendo de esta manera que es posible llegar a viejo con una buena calidad de vida, pretendemos mejorar por lo menos en un 10% durante los 6 meses siguientes y en el futuro con la capacitación y conocimientos adquiridos por la población este programa se convierta en estrategia central del gobierno local y los servicios de salud.

Para el desarrollo de esta propuesta contamos con la participación de las investigadoras, el apoyo de los profesores de la escuela y del subcentro de salud

En primera instancia se realizó una reunión donde acudieron los alumnos, profesores y uno o varios miembros de su familia y mediante la técnica de lluvia de ideas surgió una lista de problemas, partir de la cual se realizó la siguiente tabla de priorización.

TABLA No 6

**MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS PARA EL MEJORAMIENTO
DE LA RELACION INTRAFAMILIAR EN LA ESCUELA PROMOTORA DE SALUD
“MANUEL GUZMAN”, DE LA COMUNIDAD DE ZAMAR DEL LA PARROQUIA
JIMA 2010.**

<i>PROBLEMAS</i>	<i>FRECUE NCIA</i>	<i>IMPORT ANCIA</i>	<i>VULNERABI LIDAD</i>	<i>TOT AL</i>
MANEJO DE LA IRA	8	4	8	20
HABLAR DE SEXUALIDAD	6	3	10	19
ALCOHOLISMO	8	6	5	19
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	8	5	6	19
PARASITISMO	4	6	7	17
PROBLEMAS NUTRICIONALES	3	5	8	16
AGUAS ESTANCADAS	7	7	2	16
ASINAMIENTO	7	4	4	15
POBREZA	6	4	3	13
FALTA DE INFRAESTRUCTURA	5	4	3	12
FALTA DE MAESTROS	3	4	1	8
ANALFABETISMO	2	4	1	7
TOTAL	67	52	58	181

Elaborado: Dra. Rocío Campoverde.

Fuente: Directa (reunión con padres de familia de la EPS de las comunidad Zamar.

EVALUACIÓN OPERATIVA

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESULTADOS	CUMPLIMIENTO
Percepción de la vida de los miembros de las familias que pertenecen a la EPS “Manuel Antonio” de la comunidad de la parroquia.	Acercamiento y reclutamiento a las familias que participaran en el proyecto Visita domiciliaria a los alumnos y su familia para informar e incorporarlos a la investigación a través de un censo diseñado por la investigadora. Aplicación del Test.	Se censa a 52 alumnos y uno de representante quienes firman el consentimiento informado.	Se logro la participación positiva de todos los actores, se realizaron registros de control de asistencia y registros audiovisuales.
En las familias se mejoran las estrategias de salud y hábitos de vida a través de la capacitación y difusión de materiales educativos de manera práctica.	Conformación del grupo del Equipo Gestor de la EPS y planificación de las actividades a llevarse a cabo con los actores involucrados en el proceso. Elaboración de los módulos y guías didácticas para la capacitación, basado en la matriz de priorización. Desarrollo de 6 talleres dentro del programa de “mejoramiento de la relación intrafamiliar” con temas de salud, (y medidas de prevención primaria.)	En una reunión se elaboran los módulos y guías de actividades que se basan en la matriz de priorización con lluvia de ideas en temas de salud más frecuentes que aquejan al adulto mayor.(ver matriz) En el periodo de noviembre de 2010 a abril de 2011 se desarrollo 6 talleres con la participación de más del 50 % de los representantes de cada uno de los estudiantes y el 100% de los alumnos objetos de estudio que acuden en forma	Asisten a una primera reunión el 90% de los participantes de las familias. En los talleres se cuenta con la presencia de más 90% de los participantes en cada taller, la presencia de familiares que acudieron a la invitación.

		itinerante. Los talleres se desarrollaron una vez al mes con cuarenta y cinco minutos de duración, con la participación activa de los actores.	La información se verificó por medios audiovisuales.
actitudes de comunicación y miembros de la familia de los alumnos.	Se involucro a los familiares de los adultos alumnos y algunos no participaron.		Incumplimiento de este objetivo por parte de los familiares que no deseen participar
El impacto del programa en la Escuela dirigida a los padres y sus familias en la comunidad de la parroquia	Aplicar el Test SS – FIL.	Se aplicó la escala de calidad de vida post intervención para luego evaluar y comparar los resultados.	Se logró aplicar la escala de calidad de vida a los alumnos y sus familias, pero el programa pese que se cumplió no fue constante.

CAPITULO 7

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

PRIMERA PARTE: DATOS GENERALES DEL GRUPO DE ESTUDIO

7. Resultados

Luego de recolectada y revisada la información se presentan los siguientes resultados:

7.1 Edad

Tabla 7.

Distribución de 104 niños y madres según edad

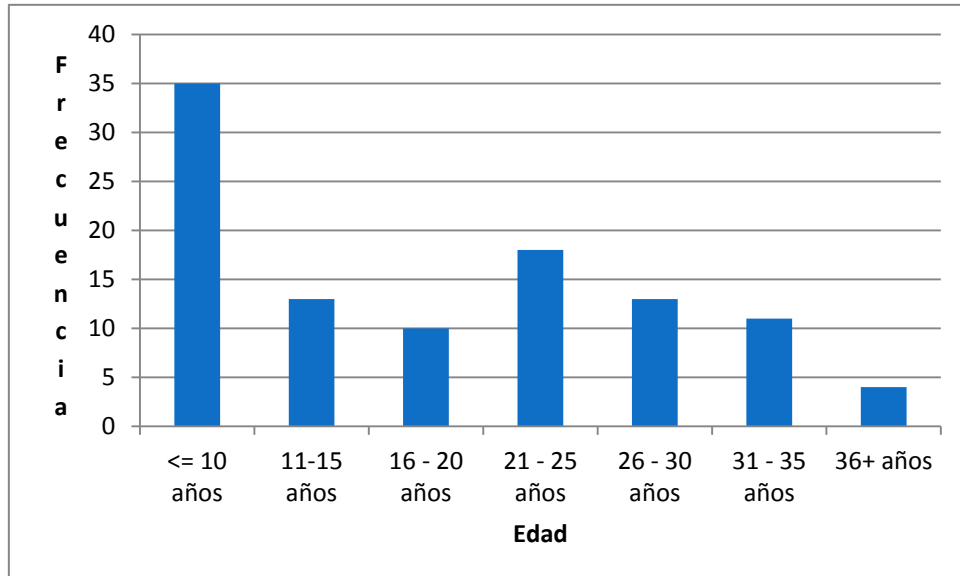
<i>EDAD</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<= 10	35	33,7
11 – 15	13	12,5
16 – 20	10	9,6
21 – 25	18	17,3
26 – 30	13	12,5
31 – 35	11	10,6
36+	4	3,8
Total	104	100,0

Fuente: formulario de recolección de la información

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

Gráfico 6.

Individuos según edad



Fuente: datos de la tabla 1

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

La tabla 1 nos indica la distribución del total de la población es así como observamos que el grupo de edad más prevalente es el de igual o menor a 10 años de edad con el 33.7% (35), seguido del grupo de entre 21 y 25 años con el 17.3 % (18), con un 12.5% (13) cada uno se encuentran los grupos de 11 a 15 años y de 26 a 30 años de edad. Co el 10.6% (11) se encuentra el grupo de edad comprendido entre 31 a 35 años, un 9.5% (10) entre 16 a 20 años de edad y el 3.8% (4) presentó edades entre 36 o superior.

La media de edad fue de 18,5 años con un DS de 9.4 años, la mediana fue de 19 y la moda se ubicó en 8 años.

7.2 Instrucción

Tabla 8.

Distribución de 52 niños y madres según instrucción.

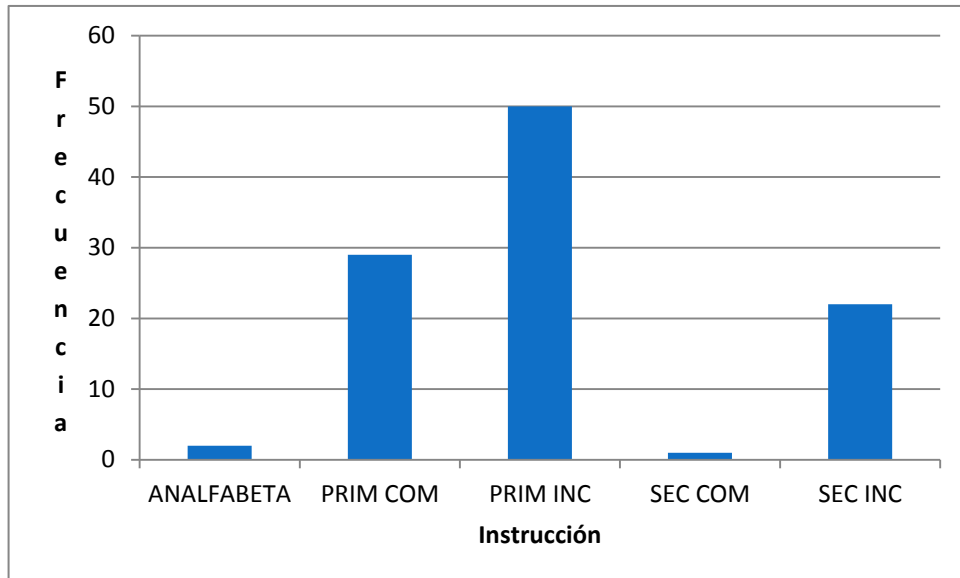
I	INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
	ANALFABETA	2	1,9
	PRIM COM	29	27,9
	PRIM INC	50	48,1
	SEC COM	1	1,0
	SEC INC	22	21,2
	Total	104	100,0

Fuente: formulario de recolección de la información

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

Grafico 6.

Individuos según instrucción



Fuente: datos de la tabla 2

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

La tabla 2 indica que el 48.1% (50) de los encuestados presentó un nivel de instrucción primaria incompleta, el 27.9% (29) presentó como nivel de instrucción Primaria completa, el 21.2% (22) secundaria incompleta, el 1.9% (2) Analfabetismo y el 1% (1) presentó secundaria completa.

7.3 Estado civil

Tabla 9.

Distribución de 52 representantes según estado civil.

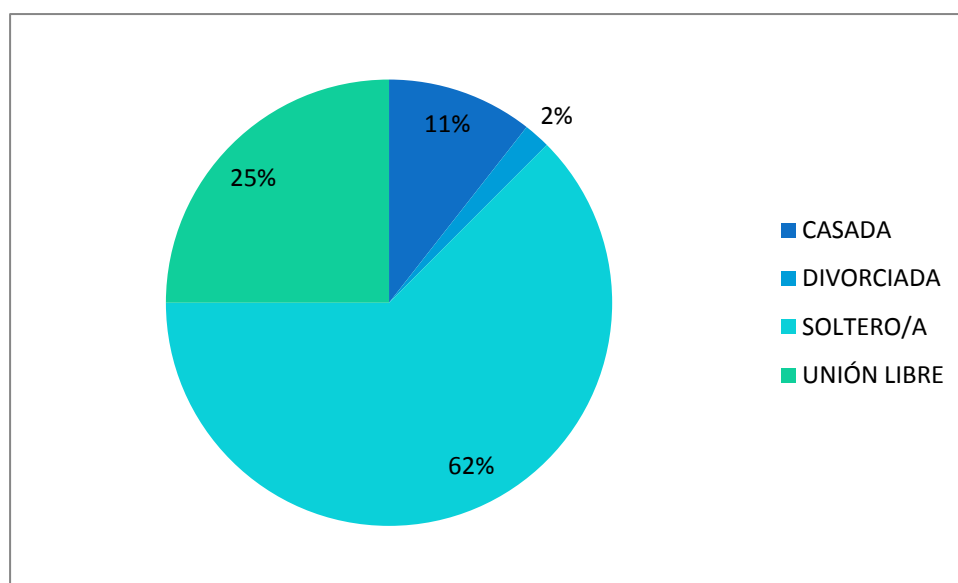
VALIDOS	Frecuencia	Porcentaje
CASADA	11	10,6
DIVORCIADA	2	1,9
SOLTERO/A	65	62,5
UNIÓN LIBRE	26	25,0
Total	104	100,0

Fuente: formulario de recolección de la información

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

Gráfico 7.

Distribución de individuos según estado civil



Fuente: datos de la tabla 3

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

La tabla 3 nos indica que el 62.5% (65) de encuestados fueron solteros/as, el 25% (26) se encuentran en unión libre, el 10.8% (11) son casadas y el 1.9% (2) fueron divorciadas.

8.4 Procedencia

Tabla 10

Distribución de 52 niños y madres según procedencia

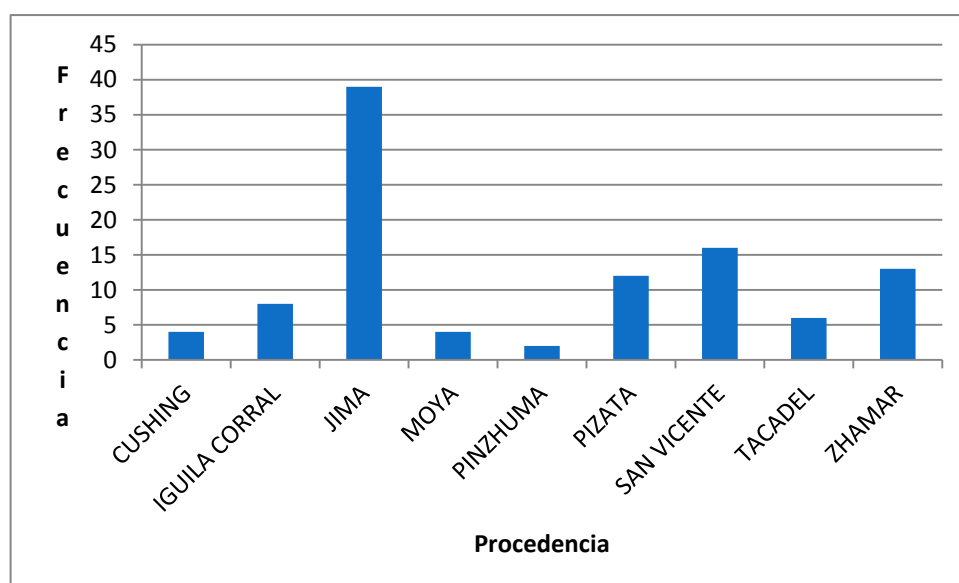
PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
CUSHING	4	3,8
IGUILA CORRAL	8	7,7
JIMA	39	37,5
MOYA	4	3,8
PINZHUMA	2	1,9
PIZATA	12	11,5
SAN VICENTE	16	15,4
TACADEL	6	5,8
ZHAMAR	13	12,5
Total	104	100,0

Fuente: formulario de recolección de la información

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

Gráfico 8

Distribución de individuos según procedencia



Fuente: datos de la tabla 10

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

Se encontró que el 37.5% (39) del total procede de Jima, el 15.4% (16) de San Vicente, el 11.5% (12) de Pizata, el 12.5% (13) de Zhamar, el 7.7% (8) de Iguala Corral, el 5.8% (6) de Tacadel, el 3.8% (4) de Cushing, el 3.8% (4) de Moya, el 1.9% (2) de Pinzhuma.

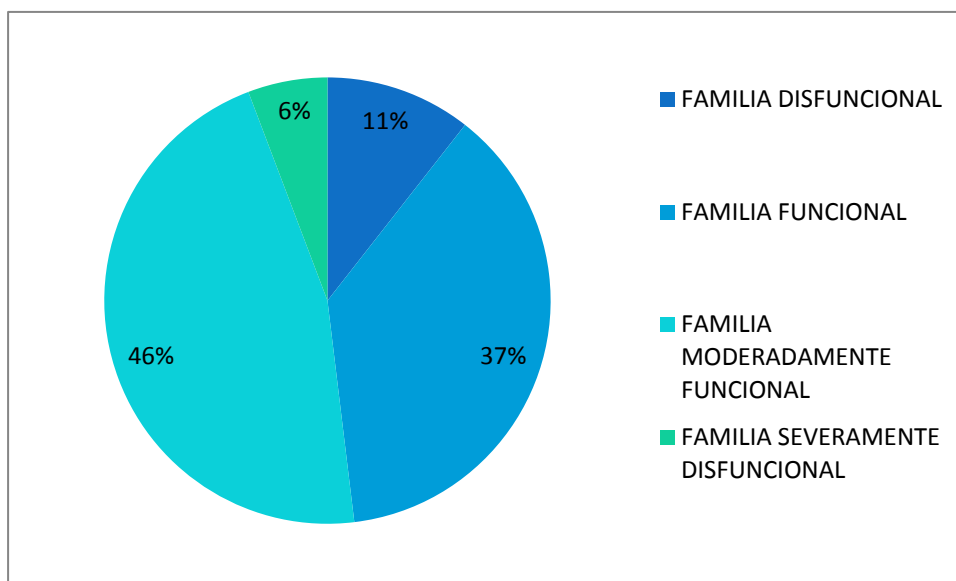
Tabla 10.
Distribución De 52 niños y madres según funcionalidad familiar

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
FAMILIA DISFUNCIONAL	6	10,6
FAMILIA FUNCIONAL	19	37,5
FAMILIA MODERADAMENTE	24	46,2
FUNCIONAL		
FAMILIA SEVERAMENTE	3	5,8
DISFUNCIONAL		
Total	52	100,0

Fuente: formulario de recolección de la información

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

Gráfico 9.
Distribución de individuos según funcionalidad familiar



Fuente: datos de la tabla 5

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

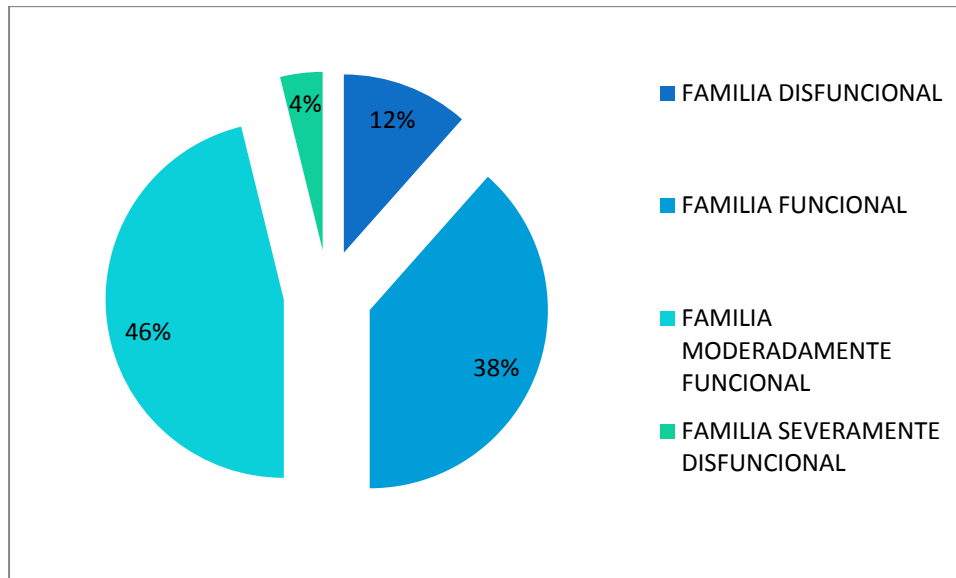
Se encontró que 46.5% (24) de encuestados poseen familias moderadamente funcionales, el 37.5% (20) presentó familia funcional, el 10.6% (6) familia disfuncional y el 5.8% (6) presentó familia severamente disfuncional.

Luego de seis meses de talleres en conjunto con los niños de la institución educativa y sus familias los resultados que se dieron fueron los siguientes

Tabla 11.
Distribución De 52 niños y madres según funcionalidad familiar

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
FAMILIA DISFUNCIONAL	6	10,6
FAMILIA FUNCIONAL	20	37,5
FAMILIA		
MODERADAMENTE	24	46,2
FUNCIONAL		
FAMILIA SEVERAMENTE	2	5,8
DISFUNCIONAL		
Total	52	100,0

Gráfico 10.
Distribución de individuos según funcionalidad familiar



Fuente: datos de la tabla 11

Realizado por: Dra. Rocío Campoverde

Se encontró que 46.5% (24) de encuestados poseen familias moderadamente funcionales, el 37.5% (20) presentó familia funcional, el 10.6% (6) familia disfuncional y el 5.8% (2) presentó familia severamente disfuncional.

DISCUSIÓN

Sicológicamente se plantea que el niño/a, adolescente se enfrenta a nuevas condiciones de vida por el sistema de escolarizado, juego con sus amigos, hermanos, el niño/a aprende a ser laborioso, productivo, competente para buscar y ganarse su propio espacio. A lo largo de sete aprendizaje le asaltan temores; si no logra cruzar esta etapa con un sentido de capacidad sobre sus posibilidades, resultan frecuentes los problemas de autoestima, depresión, distracción y relaciones sociales (Armas G.N., Díaz M.L 2007), El sistema educativo debe adecuar las tareas del niño(a)según su desarrollo tal manera que el escolar tenga éxito en las actividades que se le encomienda. Solo así tendremos seres humanos con buena valoración de si mismos, los padres deben ayudar a sus hijos a descubrir su “mejor capacidad”, para que los niños y niñas se descubran a si mismos en otras faceta y construya su autoestima, los resultados que arrojo la investigación no difieren a la realidad internacional.

En el aspecto socio psicológico, el ejercicio mejora el estado de ánimo, disminuye la depresión y la ansiedad, eleva además el vigor, el autoestima y la imagen corporal, ofrece oportunidades de distracción e interacción social y ayuda a mejorar el enfrentamiento al estrés de la vida (OPS). Cuando el niño/a se le brinda cuidado, cariño, se le activa socialmente mejora su autoestima por ende mejora su psiquis, así se demostró cuando se implemento el programa de escuelas promotoras de salud, para mejorar la percepción de la calidad de vida de la familia.. Esta realidad no es diferente a la internacional.

En el estudio el factor que influye para una mala relación intrafamiliar es el entorno familiar, muchos de los cuales se encuentran solos y temen por su futuro, lo que les provoca inseguridad, estrés y este a su vez patologías; violencia intrafamiliar, alcoholismo y destrucción familiar.

Se debe tener en claro que lo más importante no es mejorar la salud mental de cada una de los integrantes de la familia, si no mejorar cualitativamente la relación intrafamiliar de estas, con una adecuada calidad de vida.

CAPITULO 8

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

CONCLUSIONES

- Los niños/as en edad escolar y adolescentes son una fase más del ciclo vital, con características relacionales comunes al resto de las etapas y otras que le son propias y requieren atención desde un prisma particular.
- Es particularmente importante que la asistencia a las familias de cada uno de los alumnos se base en los principios de medicina de familia: integral, continua, multidisciplinar, debiendo contar con la participación de los servicios sociales, servicios médicos y familiares.
- La valoración de la calidad de vida demostró ser un referente para elaborar estrategias encaminadas a modificar y mejorar las dimensiones en las que se basa la calidad la vida.
- Las sesiones grupales periódicas donde se les brinda información de interés general, se intercambian opiniones, se atienden dificultades individuales, se realizan ejercicios físicos según las posibilidades, motivaciones e intereses mejoran la percepción de calidad de vida.
- Considerando que el hombre es un ser social, la integración de las familias a grupos con inquietudes y problemas similares resulta imprescindible para obtener resultados positivos.
- El poco interés y la falta de compromiso de los familiares para con los niños/as no permite desarrollar un programa integral que permita alcanzar los objetivos.
- El diseño de intervención debe ser adaptado a la realidad para que intervenga simultáneamente en los aspectos biológicos psicológicos y sociales.

RECOMENDACIONES

- Incluir en todos los servicios de salud y a todos los niveles, los principios de medicina de familia garantizando la atención integral a los alumnos y la continuidad de los cuidados.
- Mejorar la formación de los profesionales de atención primaria tanto en aspectos clínicos como funcionales y psicosociales, y con especial hincapié en el empleo de escalas de valoración y manejo de población en edad escolar y el correcto abordaje de las crisis familiares tanto normativas como paranormativas.
- Incluir permanentemente en las actividades de atención primaria el uso de la valoración funcional.
- Posibilitar la creación de espacios saludables en donde se fomente actividades y actitudes para mejorar la relación intrafamiliar, con la colaboración intersectorial de todos los agentes implicados.
- Crear programas que estimulen la creatividad y participación de los niños que se encuentran en edad escolar.
- Integrar a los miembros de la familia en el proceso de la escolaridad para beneficiarse claramente de las intervenciones que se podrían desarrollar en conjunto.
- Asumir que la atención integral a la persona los niños/as, es responsabilidad de la familia, de la sociedad y del estado.

BIBLIOGRAFIA

1. INEC, Ecuador (2001) Datos definitivos.
2. INSTITUTO ECUATORIANO DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (2001) *VI censo de población y V de vivienda 2001 Datos definitivos*. Tomo II. Quito pp. 272-273.
3. Treviño S, Pelcastre-Villafuerte B & Márquez-Serrano, Experiencias de envejecimiento en el México rural. Dirección de Determinantes y Retos del Sistema de Salud, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
4. Armas-Guerra, N & Diaz-Muñoz L, Entre Voces y Silencios: Las Familias por Dentro (2007), Quito pp. 114-116.
5. Documentos Técnicos de Escuelas Promotoras de la Salud (2008), Quito-Ecuador.
6. Boletín N 4 del Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia, (2008), Cuenca-Ecuador.
7. Coello-Astudillo, E., Cuna y asiento de Celebres Personalidades del Ecuador. Su Historia y Cultura (2007), Cuenca-Ecuador, pp 339-350.
8. Manual de Escuelas Promotoras de la Salud, (2005), Quito- Ecuador.
9. Escuelas Promotoras de Salud “Experiencias Exitosas”, (2006), Quito-Ecuador.
10. Navarro –Navarro L, LA ESCUELA Y LAS CONDICIONES SOCIALES PARA APRENDER Y ENSEÑAR, 2006.
11. LCárdenas L, Suárez C, Agudelo Nly, Implementation of healthy school strategies. An intersector Alliance, Invest. educ. enferm vol.28 no.3 Medellín Nov. 2010

12. Benítez M, Jefe del Departamento de Comunicación, Ministerio de Salud, AVANCES Y TENDENCIA DEL PROYECTO PILOTO ESCUELAS SALUDABLES EN PARAGUAY, 2006.
13. Davo Blanes M, Las Culturas de Salud en las Escuelas Primaria y la incorporación de las escuelas promotoras de la Salud a la Salud Escolar en Comunidades Escolares Locales: Hacia un Proyecto de Educación Alimentaria-Nutricional,,2002.
14. Gasperi, Rafael. Investigación evaluativa del proyecto “Escuelas Promotoras de Salud”. Biblioteca Lascasas, 2009.
15. Cepeda-Cuervo E, Caicedo- Sánchez G, Más Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653) N.º 43/4 – 10 de julio de 2007, EDITA: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) España, 2005.
16. Mainous AG, & Kohrs FP. (1995). A comparison of health status between rural and urban adults. J Community Health.

ANEXOS 1

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia.

Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1), Pocas

Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.

2. En mi casa predomina la armonía._____

3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades._____

4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.

5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa._____

6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos._____

7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante

Situaciones diferentes._____

8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.

9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado._____

10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones._____

11. Podemos conversar diversos temas sin temor._____

12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas._____

13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar._____

14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos._____

BAREMO

De 70 a 57 puntos. Familias funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

Número de pregunta y las Situaciones Variables que mide

1 y 8..... Cohesión

2 y 13..... Armonía

5 y 11..... Comunicación

7 y 12..... Permeabilidad

4 y 14..... Afectividad

3 y 9..... Roles

6 y 10..... Adaptabilidad

.

ANEXOS 2



