

*UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA*



TEMA:

*“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE
SALUD DEL BARRIO
TURUPAMBA SECTOR II,
SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE
2013”*

Tesis previa a la obtención
del Título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

- *Sra. Viviana Katherine Carrillo Condoy*

DIRECTORA DE TESIS:

- *Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga*

Loja - Ecuador

2014

Loja, 10 de Febrero del 2014

CERTIFICACIÓN

Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Certifico que el trabajo de investigación de tesis titulado **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO TURUPAMBA SECTOR II, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”**, de autoría exclusiva de la Sra. Viviana Katherine Carrillo Condoy, ha sido dirigido, analizado y revisado detenidamente en todo su contenido y desarrollo bajo mi dirección por tales razones autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal de grado asignado.



Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

Directora de tesis



AUTORÍA

Yo, Viviana Katherine Carrillo Condoy, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximimos expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente aceptamos y autorizamos a la Universidad Nacional de Loja la publicación del presente trabajo en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Viviana Katherine Carrillo Condoy

Firma:.....

Cédula: 1105437766

Fecha: Loja, Febrero del 2014.



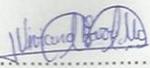
**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA,
PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y
PUBLICACIÓN ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo, Viviana Katherine Carrillo Condoy, declaro ser autora de la tesis titulada: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO TURUPAMBA SECTOR II, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”**. Como requisito para optar al grado de Licenciada de Enfermería; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI (Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual), en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, en el mes de Febrero del dos mil catorce. Firma la autora.

Firma: 

Autora: Viviana Katherine Carrillo Condoy

Cédula de Identidad: 1105437766

Dirección: Ramón Pinto y José Picoita

Correo Electrónico: vkatherine_1991@hotmail.com

Celular: 0983583333

Datos complementarios:

Directora de tesis:

Lic. Mg. Sonia Caraguay

Tribunal de grado:

Lic. Mg. Gina Monteros

Dra. Susana González

Lic. Mg. Mirian Romero

DEDICATORIA

A MIS PADRES

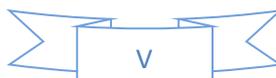
Sergio Raúl Carrillo Guamán y Gloria Argentina Condoy, quienes con su imperecedero sacrificio y esfuerzo, han permitido una exitosa culminación de una etapa más de mi vida.

Viviana Katherine Carrillo C.

A MI ESPOSO, A MI QUERIDO HIJO

Con infinito amor a mi querido esposo José Manuel Estrella Zhingre Y a mi hijo Jhosten Manuel Estrella Carrillo, que es mi bendición y el motivo de orgullo y felicidad

Viviana Katherine Carrillo C



AGRADECIMIENTO

A Dios: Por darnos la fuerza y la perspectiva, por aquellas palabras que nos alentaron cuando más lo necesitamos por guiar e iluminar nuestro camino, y aquella mano amiga que nos levantó, en los momentos difíciles de nuestra carrera.

A mis padres: Por darnos la existencia, por enseñarnos los valores dentro y fuera de la familia, porque sin el apoyo de ellos, no hubiésemos logrado hacer realidad nuestro meta propuesta.

A mi hijo: que son el motivo y la razón que nos ha llevado a seguir superándonos día a día, a quien con el corazón lleno de tristeza tuvimos que robarles horas de convivencia y juegos para poder terminar nuestra carrera.

A la directora de tesis: Lcda. Sonia Caraguay por el apoyo y enseñanza que nos impartieron durante este proceso de esta investigación.

Gracias....!!

Viviana Katherine Carrillo

TÍTULO

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO TURUPAMBA
SECTOR II, SEPTIEMBRE- DICIEMBRE DE 2013”**

RESUMEN

El presente estudio titulado “DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO TURUPAMBA SECTOR II, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013”, está enmarcado en el macro-proyecto ENFERMERÍA EN LA PARTICIPACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD – MAIS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2013, pretende contribuir con el desarrollo social de la localidad, aportando con datos estadísticos; los mismos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud del Hospital Universitario de Motupe, elaborar estrategias para el mantenimiento y mejoramiento de la salud de las personas, familias y comunidades, desde un enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural.

El estudio fue de tipo descriptivo, hace énfasis en el análisis e interpretación de los hechos; la metodología se apoyó en estrategias establecidas en el Modelo de Atención Integral de Salud, tales como: Visita Domiciliaria para aplicar la Ficha Familiar y guía de entrevista que permitió completar la información para la línea de base, donde se identificaron problemas prioritarios para tomar decisiones técnicas y políticas adecuadas a la realidad local buscando optimizar las respuestas institucionales y propiciar la participación comunitaria en el mejoramiento de las condiciones de salud. (Guerrero y Slimming, 2009:4).

Entre los datos más relevantes sobresalen indicadores como prevalencia de sexo femenino, nivel de educación básico, los/as jefes de familia se dedican a actividades como: haceres domésticos, agricultura, albañilería, en escolares y adolescentes se aprecia casos de desnutrición, sobrepeso y gran parte de ellos estudian, para la planificación familiar en mujeres en edad fértil, el método del ritmo es el más utilizado y con respecto al perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas sobresale el Alcoholismo.

Palabras Clave: Diagnóstico comunitario de salud, Perfil Epidemiológico

ABSTRACT

The present study titled " COMMUNITY DIAGNOSIS OF HEALTH DISTRICT Turupamba SECTOR II , SEPTEMBER- DECEMBER 2013 " is framed in the macro - project NURSING PARTICIPATION MODEL OF COMPREHENSIVE HEALTH CARE - MAIS HOSPITAL UNIVERSITY Motupe SEPTEMBER - DECEMBER 2013 aims to contribute to the social development of the town , bringing with statistical data that will enable them to basic health teams Motupe University Hospital , develop strategies for maintaining and improving the health of individuals , families and communities , from a biopsychosocial , multidisciplinary and intercultural approach.

The study was descriptive , emphasizes the analysis and interpretation of the facts, the methodology relied on strategies established in the comprehensive care model of health, such as Home Visit to implement the Family Record and interview guide that allowed complete information to the baseline , where priority problems were identified to take appropriate technical and political decisions to the local reality seeking to optimize institutional responses and encourage community participation in improving health conditions . (Guerrero and Slimming , 2009:4) .

Among the more significant indicators stand as female prevalence, level of basic education, / as householders engage in activities such as domestic chores, farming , masonry, school children and adolescents in cases of malnutrition , overweight and large seen part of them study , for family planning in women of childbearing age, the rhythm method is the most widely used and compared epidemiological profile of chronic diseases protrudes Alcoholism al.

Keywords: Community Health Diagnostic, Epidemiological Profile

INTRODUCCIÓN

“La Atención Primaria de Salud, según la Organización Mundial de la Salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación; es además el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”¹.

Por ende la salud, derecho fundamental garantizado por el Estado y eje estratégico para el desarrollo y logro del Buen Vivir, involucra a todas las instituciones prestadoras y formadoras de talento humano en salud, con la finalidad de afrontar los problemas en esta materia, ya sea a corto o largo plazo.

“Los enfoques del Nuevo Modelo de Salud implementado en nuestro país van orientados hacia resultados de impacto social partiendo desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida e insertando de esta manera al personal de salud a la Red Pública de Salud (RPIS) y la Red Complementaria de los Servicios de Salud”. (MAIS 2012)

El sistema actual de educación superior promueve la vinculación con la sociedad como eje transversal en todo proceso educativo y, con mayor énfasis en las Carreras de carácter social, como las ciencias médicas y afines que asumen el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural en Salud, el mismo que tiene como desafío trabajar con las familias y con ellas desarrollar nuevas formas relacionales ubicando al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones concretas y eficaces en salud.

Como base de su participación en salud la Academia enmarca sus actividades orientándolas a las Estrategias de Atención Primaria de Salud

¹OMS. (2013). *Atención Primaria De Salud*. Disponible en http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/ 03-12-2013

Renovada (APS-R) que es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, en este ámbito su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país, que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud, consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel, para articular así también las actividades con el segundo y tercer nivel de atención, mediante mecanismos de referencia y contra-referencia que aseguren en forma integral la continuidad de tratamientos de los pacientes. (MAIS 2012).

Luego del análisis sistemático de la problemática encontrada, el estudio pretende contribuir al fortalecimiento del MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL, en el Hospital Universitario de Motupe, aportando con estadísticas y datos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud – EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud) y formular propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de las familias e individuos del Barrio Turupamba sector II.

REVISIÓN DE LITERATURA

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud.

El desafío del Modelo de Atención es resolver los problemas de salud o las necesidades de la población, potenciando la capacidad de la misma de influir positivamente en su entorno.

El diagnóstico de salud implica contar con información y análisis de los determinantes de la salud a nivel biológico, económico, social, cultural, ambiental, que inciden sobre la calidad de vida y sobre los procesos individuales y colectivos de salud. El propósito básico es analizar las causas y consecuencias de los procesos de salud-enfermedad en la comunidad, así como identificar las condiciones y necesidades particulares de la población.²

Objetivos Estratégicos del MAIS

- ④ Reorientación del enfoque curativo, centrado en la enfermedad y el individuo, hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de APS.
- ④ Acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutoria del primero y segundo nivel.
- ④ Fortalecer la organización territorial de los establecimientos de Salud en Red Pública integral y aplicación de la oferta estructurando redes

² *Ibid.*, 172

zonales y distritales conforme a la nueva estructura desconcertada de gestión del sector social y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención.

- Ⓢ Fortalecer la calidad de atención con talento humano capacitado, garantizando el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y gestión.

- Ⓢ Impulsar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.

- Ⓢ Fortalecer la vigilancia epidemiológica y la incorporación de experiencias innovadoras y eficaces.

- Ⓢ Fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permita intervenir sobre los determinantes de salud.³

MAPEO DE ACTORES

Es el proceso que permite identificar las relaciones de las personas, sociedad civil organizada, delegaciones de gobierno, instituciones educativas, municipalidades, agencias de cooperación técnica; los niveles de poder y la posición en términos de apoyo indiferencia u oposición respecto de un “OBJETIVO CONCRETO” que se construye alrededor de una nueva forma de hacer salud, el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural.

Se basa en:

- Ⓢ Levantamiento de información de actores individuales y colectivos con su representatividad y finalidad.

- Ⓢ Clasificar los actores por las acciones y los objetivos de su participación

- Ⓢ Identificar funciones y roles de cada actor.

³Ibíd., 56-57.

- 📍 Análisis de actores: relaciones predominantes, jerarquización del poder
- 📍 Relaciones sociales de los actores.

MAPA PARLANTE

Los mapas parlantes son instrumentos técnicos y metodológicos que permiten conocer en forma gráfica a los actores sociales, el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y de protección: ambiental, estilos de vida, sanitario y biológico.

Para la elaboración de los mapas parlantes se debe utilizar los mapas disponibles en el distrito, o a su vez se los elabora conjuntamente con la población en talleres, asambleas.

La elaboración del mapa base deberá partir dentro de lo posible, de documentos cartográficos existentes y actualizados.

Elaboración del Mapa Parlante

✚ Elaboración de croquis: se elabora el gráfico o dibujo a partir de uno o más documentos cartográficos señalados anteriormente, se identifican accidentes geográficos, ríos, quebradas, las vías de comunicación, fuentes acuíferas, áreas de cultivo, áreas de pastoreo, áreas forestales, las viviendas, unidades de salud, unidades educativas, edificios importantes, mercados, entre otros.

Proceso para la sectorización urbana y rural

✚ Numeración de manzanas: La numeración de las manzanas se utilizara la existente y asignada por los gobiernos locales, de no existir se realizará en dependencia de la ubicación de la unidad operativa:

- ❖ Si la unidad se encuentra ubicada en el centro de la zona de cobertura la numeración es en sentido centrifugo (de adentro hacia afuera) y siguiendo la dirección de la manecillas del reloj, se utilizará los números arábigos 1,2,3,4.
- ❖ Si la unidad se encuentra en la periferia la numeración es centrípeta es decir de fuera hacia adentro siguiendo las manecillas de reloj.

✚ Numeración por sectores: La zona de cobertura se subdivide en cuatro sectores, apoyándose en los accidentes naturales (calles, avenidas, quebradas, ríos, etc.) que pudieran existir; cada uno de ellos se identificaran con números romanos y de manera secuencial siguiendo las manecillas del reloj. Esta subdivisión es facultativa pues a nivel de zonas rurales de población dispersa, suele resultar muy difícil esta subdivisión.

Cuando sea posible sobre todo en zonas urbanas, hay que tratar de que cada sector tenga un número similar de manzanas.

✚ Numeración de viviendas: Las viviendas se numeraran secuencialmente en cada una de las manzanas, partiendo con la vivienda No. 1 del extremo superior izquierdo de la primera manzana, continuando la numeración ascendente siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, sin romper la secuencia en la manzana No. 2 y subsiguientes. Los lotes baldíos y las casas en construcción no recibirán numeración

✚ Identificación de familias: A cada familia se le asignará un orden numérico (números y letras mayúsculas); el número será el mismo asignado a la vivienda, acompañado de la letra A. Cuando exista dos o más familias habitando en la vivienda, se mantendrá el mismo número y se añadirá la letra que corresponda, en orden alfabético.

✚ Sectorización en áreas dispersas: Generalmente no existen manzanas y es difícil o imposible conformar sectores, en estos casos para la identificación y numeración de las viviendas pueden servir los referentes locales como accidentes geográficos, vías de comunicación etc. o cualquier otra que se adecue más a la realidad local. Lo importante es que exista la máxima claridad en el diseño del mapa del territorio que debe cubrir el equipo de salud.

En los centros rurales a menudo deben realizarse varios croquis. El primero de ellos es global, poco detallado e identifica todas las poblaciones y comunidades de la zona de influencia. Los demás deben elaborarse para cada población y comunidad con el debido detalle.

✚ Identificación de sectores y familias de riesgo: Se realiza una convocatoria a los actores de la Red a los cuales se les socializa el proceso de construcción y/o actualización de los mapas parlantes enfatizando al mismo tiempo la importancia de la participación organizada en la construcción de dichos instrumentos, la utilidad en los diagnósticos, auto evaluación progresiva y la utilidad para permitir una planificación que mejore la salud de la población.

- Al grupo de actores se le presenta el mapa debidamente sectorizado y numerado de las manzanas y viviendas; se solicita entonces que identifique en los sectores cuales son los de mayor riesgo utilizando la siguiente matriz.
- A cada uno de los criterios se le dará una valoración de manera semi-cuantitativa utilizando la escala de Liker: 1 (bajo), 2 (medio), 3 (alto) con votación individual de los integrantes del grupo, luego se sumarán horizontalmente y el resultado se lo ubicará en la columna total.

- El sector de mayor puntuación será entonces la base de trabajo del equipo y la comunidad.

Ejemplo de selección de sectores prioritarios:

SECTORES	DIFÍCIL ACCESO GEOGRÁFICO A SERVICIOS DE SALUD	POBREZA	AGUA INSEGU-RA	ELIMINACIÓN INADECUADA DE BASURA	TOTAL	ORDEN DE PRIORIDAD
SECTOR I	3+3+3=9	=3	=5	=4	21	3
SECTOR II	=12	=8	=9	=9	38	2
SECTOR III	=18	=12	=12	=14	56	1
SECTOR IV	=3	=12	=6	=3	14	4

- Luego se solicita a los participantes que identifiquen familias que ellos las consideren de riesgo dentro de su comunidad, estas serán ubicadas en el mapa para su posterior diagnóstico a través de la ficha familiar y el seguimiento.⁴

MAPEO DEL SECTOR

Sectorización geo-poblacional y asignación de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS)

La Dirección de Distrito conjuntamente con la Unidad de Conducción del Distrito, serán quienes conformen y designen los Equipos de Atención Integral de Salud. Los criterios para la conformación de los EAIS son: un número de población, familia, acceso geográfico, cultural y social.

Las unidades de salud pueden tener varios EAIS de acuerdo al número de población que cubren. Para la definición de la ubicación y número de EAIS se planifica apoyándose con la información de las cartas censales a nivel de

⁴Ibíd., 188-190

circuitos, analizando criterios como acceso geográfico, vías, medios de transporte y número de población.

Estos equipos estarán constituidos por: médico/a general o especialista en medicina familiar y comunitaria; enfermero/a y técnico/a de atención primaria de salud de acuerdo a los siguientes estándares:

■ **A nivel urbano:** 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 Técnico de atención primaria de Salud-TAPS por cada 4000 habitantes.

■ **A nivel rural:** 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 TAPS por cada 1500 a 2500 habitantes.

Los EIAS son parte del equipo de los establecimientos de salud y coordinan con otros actores comunitarios de salud, agentes de las medicinas ancestrales y alternativas.

Los equipos de atención integral de primer nivel brindarán su atención bajo dos modalidades:

- Atención extra mural o comunitaria.
- Atención intramural o en el establecimiento.

Fases y herramientas para la Implementación del MAIS a nivel distrital en los establecimientos del Primer Nivel de Atención

El primer nivel de atención es definido como el primer nivel de servicios, que constituye el punto de encuentro entre la población y el sistema de salud

Un momento clave de la implementación del MAIS en el primer nivel de atención es el diagnóstico con el análisis de la situación social, de salud del territorio y su población.

Este proceso debe realizarse con la participación de los actores locales para lograr mayor integralidad, objetividad y compromisos para la resolución de los problemas y necesidades.

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

- Conformación y/o fortalecimiento de la organización comunitaria de salud.
- Diagnóstico Situacional.
- Diagnóstico Dinámico.
- Mapa Parlante.
- Sala Situacional.

Atención integral a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno

La provisión de servicios del MAIS se caracteriza porque la organización se basa en el escenario de atención lo que permite implementar acciones de promoción de la salud, identificación y prevención de riesgos y enfermedad, atención, rehabilitación y cuidados paliativos de acuerdo a normas y protocolos establecidos por las ASN.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

La epidemiología se considera una ciencia básica de la medicina preventiva y una fuente de información para salud pública, permitiendo conocer las causas de las enfermedades y de esta manera poder promocionar la salud en la comunidad.

La posibilidad de contraer una enfermedad aumenta por diversos factores de riesgo entre ellos tenemos: factores de servicios de salud, biológicos, psicológicos, sexuales, químicos, físicos, políticos, económicos, del medio ambiente y laboral, por lo tanto si hay una alteración en cualquiera de estos factores la salud de la población se vería afectada.

Según los indicadores de salud, en el año 2010 una de las enfermedades más comunes que causa morbilidad son las Infecciones Respiratorias Agudas con 1.703,083 casos y en segundo las Enfermedades Diarreicas Agudas con 516,567 casos; así mismo se encuentran las Enfermedades Crónicas Transmisibles como la Tuberculosis Pulmonar BK- con 480 casos, referente a las enfermedades prevenibles por vacunación tenemos la Hepatitis B con 236 casos, Tosferina con 125 casos y Tétanos 13 casos; siendo estas las principales causas de consulta externa en las unidades operativas del MSP.

Según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador) en el 2010 las Infecciones de Vías Urinarias son un problema de salud que se ubica en el octavo puesto con una tasa de 10.3% en las mujeres con relación a las diez principales causas de morbi-mortalidad. Así mismo la Hipertensión Arterial es un problema de salud, que se ubica en el sexto puesto con una tasa de 17.1% en los hombres con relación a las diez principales causas de mortalidad y en el quinto puesto en las mujeres con relación a los datos del INEC 2010. Según datos actuales del INEC, las Enfermedades Cardiovasculares ocupan las primeras causas de muerte en el país, produciendo más de 15.000 defunciones al año, lo que la define como la epidemia del siglo en el Ecuador.

De igual forma en la provincia de Loja las principales causas de morbilidad son las Infecciones Respiratorias Agudas con 55,424 casos, seguidamente están las Enfermedades Diarreicas Agudas con 19,492 casos notificados especialmente en los grupos más vulnerables que son los niños menores de 5 años.⁵

⁵Carcavallo RU, Martínez A (1985). Biología, ecología, distribución geográfica de los triatomos americanos, pp. 149-157 en (Carcavallo RU, Rabinovich JE, Tonn RJ eds.) Factores biológicos y ecológicos en enfermedades Prevalentes, Vol. II. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud OPS/OMS – Ministerio de Salud y Acción Social, Ecuador.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

En la actualidad, nuestro país tiene un territorio de 283 560 km², cuenta con 14.306.876 habitantes que se hallan distribuidos en las distintas provincias.⁶

En cuanto a la densidad demográfica es de 55,6 habitantes por Km², las provincias con mayor densidad poblacional son Pichincha con 269,5 habitantes por Km² y Guayas con 227,5; mientras que las de menor densidad son Pastaza y Galápagos con 2,8 habitantes por Km² cada una.⁷

Es un país multiétnico y pluricultural, destacando las siguientes:

- ☉ Mestizos 65%.
- ☉ Indígenas 25%.
- ☉ Blancos 7%.
- ☉ Afro ecuatorianos 3%.
- ☉ Shuar 9,37%.

La distribución de la población de acuerdo a grupos étnicos y al sexo, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), se distribuye de la siguiente manera:

- ☉ 0-14 años: 30,1% (hombres 2.301.840/mujeres 2.209.971).
- ☉ 15-64 años: 63,5% (hombres 4.699.548/mujeres 4.831.521).
- ☉ 65 años y más: 6,4% (hombres 463.481/mujeres 500.982).⁸

Distribución poblacional de la Provincia de Loja

De acuerdo al Censo realizado en el año 2010 la provincia de Loja cuenta con una población de 448.966 habitantes, se caracteriza por existir un predominio de la población mestiza con 90,2% seguida de la indígena

⁶e-Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^{ta} Edición, Septiembre 2012

⁷Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC; Disponible en: <http://www.inec.gob.ec>; Consultado: 28/11/2013; Hora: 15h00

⁸Ecuador Distribución por edad - Población - Mundial; Disponible en: http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html Consultado: 9/12/2013; Hora: 19h00

con un 3,7% y la raza blanca con el 3%, la población afro ecuatoriana, montubios y otros tienen un porcentaje muy bajo.

La distribución de la población con respecto al sexo se encuentra en un 49,2% a los hombres y el 50,8% mujeres. El 31,5% de la población de la provincia es menor de quince años; el 26,5% comprende las edades de 15 a 29 años y un 32,8% está entre los 30 y 64 años. La población adulta mayor representa aproximadamente el 9,1%.⁹

NIVEL DE ESCOLARIDAD

La educación es uno de los deberes primordiales del Estado y un derecho de las personas, además forma parte de un objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir.

El Ecuador, desde siempre ha presentado un nivel de educación deficiente, esto resulta preocupante para una sociedad que se encuentra en vías de desarrollo, ya que la educación es uno de los pilares fundamentales para forjar una nación exitosa y libre.

Entre los principales problemas que tiene la educación pública se encuentran los siguientes indicadores: persistencia del analfabetismo, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, mala calidad de la educación, poca preparación de los docentes, salarios bajos de los profesores y deficiente infraestructura educativa y material didáctico. Los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone la actual sociedad.¹⁰

⁹Resultados provinciales, Loja; Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>; Consultado: 05/11/2013; Hora: 19h00

¹⁰Situación De La Educación En El Ecuador - Eumed.net; Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm> Consultado: 9/12/2013; Hora: 22h30

Analfabetismo

En el Ecuador, la noción de analfabetismo se vincula a personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir, afecta al 6,8% de la población según el INEC (censo 2010). El analfabetismo trae consigo desigualdades en las condiciones sociales y en las oportunidades de alcanzar un mayor bienestar de los habitantes. Las consecuencias del analfabetismo se ven en tres aspectos: económico, social y político.

Una de las principales causas del analfabetismo es la pobreza, debido a que las condiciones de vida en las que se encuentran las familias ecuatorianas ocasionan que no todos los niños y adolescentes tengan la posibilidad de acceder a una educación. Primero se busca satisfacer las necesidades básicas de un hogar, antes que un miembro de la familia asista a una escuela. Los hogares tienen como objetivo generar dinero por medio del trabajo, incluso infantil, apartándolos del acceso a la educación.

El Gobierno Ecuatoriano ha creado campañas de alfabetización, las más recientes a partir del año 2007 arrojan resultados positivos, pero “mientras más pequeña es la tasa de analfabetismo es más difícil seguirla reduciendo” (UNESCO 2009).¹¹

Deserción escolar

La deserción escolar se considera al abandono de los estudios por parte del alumno/a, se ve influenciada principalmente por factores familiares, personales y pedagógicos. La familia implica un factor fundamental en la formación educativa del niño, ya que es el medio donde se relaciona y desenvuelve. A esta se juntan la migración y la economía de la familia, ya que la desintegración familiar o la falta de recursos económicos perjudica notablemente la estabilidad del niño/a.

¹¹Alfabetización en el Ecuador, Quito Ecuador, Septiembre 2009; Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdf> (Consultado: 27-11-2013; Hora: 20h00)

A su vez la afectividad juega un papel importante en el niño, ya que de esta dependen las buenas o malas relaciones que tenga en la escuela y su entorno a más de la afectividad en la vida de un niño cuenta su autoestima, pues si presenta una baja autoestima dificulta sus posibilidades de aprendizaje. Otros factores que influyen son los pedagógicos y metodológicos.¹²

En la provincia de Loja la deserción escolar constituye un problema, pues la condición económica de algunas familias no permite que sus hijos continúen sus estudios, limitando así sus posibilidades de desarrollo. La deserción en los niños matriculados en primer año de Educación Básica alcanza el 5,8%, sin embargo en los cantones de Olmedo y Chaguarpamba este índice alcanza el 12,2 y 11,1%, lo que evidencia la pobreza existente en estas zonas.¹³

OCUPACIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, *ocupadas* son aquellas personas de 10 años y más que trabajaron al menos una hora en la semana de referencia, o pese a que no trabajaron, tienen empleo pero se ausentaron por vacaciones, enfermedad, licencia por estudios, etc. También se consideran ocupadas a las personas que realizan actividades dentro del hogar por un ingreso, aunque las actividades desarrolladas no guarden las formas típicas de trabajo asalariado o independiente.¹⁴

Las cifras revelan que los empleados públicos se ubican en el primer lugar a nivel nacional con el 33% después están los comerciantes representando el 28,5% y después están los agricultores o jornaleros con el 13%.¹⁵

¹² La *deserción*; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf>; Consultado: 09/12/2013

¹³ Educación en la Provincia de Loja; Disponible en : <http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109> .Consultado: 28/11/2013; Hora: 10h00

¹⁴ INEC. *Glosario de Términos*. Recuperado de

http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_content&view=article&id=278&Itemid=57&lang=es

¹⁵ Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Disponible en:

http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf Consultado: 09-12-2013

“Según el Censo del 2001, los habitantes de la provincia de Loja están dedicados mayoritariamente a la agricultura y ganadería (19%), seguida del comercio (17%) y por el grupo humano que está dedicado a la enseñanza (17%), el resto del porcentaje (30%) de la población económicamente activa (PEA) está ubicado en actividades tales como construcción, administración pública, industrias manufactureras, transporte y comunicaciones”.¹⁶

FACTORES DE RIESGO

Características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya existencia en los individuos o familias incrementa la probabilidad de presentar algún daño en salud.

El Ministerio de Salud Pública ha considerado clasificar los factores de riesgo en grupos y componentes los cuales son los siguientes:

RIESGOS BIOLÓGICOS

- **Personas con vacunación incompleta:** a nivel mundial, los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con el desconocimiento de las madres hacia la importancia de los beneficios que tiene la vacunación.

- **Personas con mal nutrición:** el término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y otros nutrientes. En el Ecuador, según la ministra de Inclusión Económica y Social (MIES), 14 de cada 100 niños tienen problemas de obesidad y sobrepeso, además manifestó que entre 2007 y 2010 el porcentaje de desnutrición bajó de 27% a 23,2%.

- **Embarazadas con problemas:** En los países en vías de desarrollo la mortalidad materna, neonatal y de la niñez aún es un problema

¹⁶Loja (Ecuador). Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja Consultado: 09-12-2013

lacerante para el conjunto de la sociedad. La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Estas acciones tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.¹⁷

■ **Personas con discapacidad:** es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. En el Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad físicas y motoras con un 36,76%, seguida con las intelectuales 24,6% y las múltiples 12,92%.¹⁸

■ **Personas con problemas mentales:** (trastornos psicológicos) son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida, revelando que la

¹⁷Distribución de la población en el Ecuador. Disponible en: <http://solnaciencenews>

¹⁷Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. [Base en línea]. México. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

¹⁸Distribución de la población en el Ecuador. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: <http://solnaciencenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html> 10/12/13, 10:15

discapacidad mental en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad.¹⁹

RIESGOS SANITARIOS

■ Consumo de agua insegura: según datos del Censo 2010, el 28% de la población ecuatoriana no tiene acceso al líquido vital por red pública y más del 22% no tiene saneamiento adecuado (alcantarillado o pozo séptico). Más de cuatro millones de personas se proveen de agua a través de pozos, ríos, vertientes, carros repartidores y agua lluvia.²⁰

■ Mala eliminación de desechos líquidos: un niño muere cada 20 segundos en el mundo por falta de higiene según informes de la Organización de las Naciones Unidas, además cada año se vierten en todo el planeta más de 200 millones de desechos cloacales sin ser tratados, los cuales perjudican al medioambiente y diseminan enfermedades.

■ Impacto ecológico por industrias: gran parte del mundo depende de la producción del petróleo las cuales pueden causar daños graves al medio ambiente, la población humana y la vida animal ya sea a sabiendas o involuntariamente.

■ Animales intra-domiciliarios: las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes debido a la convivencia con animales, sin embargo existen enfermedades que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud debe informar a la familia que tenga en su domicilio mascotas, las posibles enfermedades que pueden provocar, así como la prevención contra las zoonosis y

¹⁹Discapacidad mental. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en:

<http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html> 10/12/13 9:00

²⁰Importancia del Agua potable, Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Agua_potable_saneamiento_en_Ecuador 10/12/13

detención oportuna tanto de parasitosis como patologías asociadas a mascotas.

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS

■ Pobreza: la pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación. La pobreza rural en el Ecuador disminuyó 4,23%, para Junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registro 44,96% según la última Escuela Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).²¹

■ Analfabetismo del padre o de la madre: el analfabetismo aumenta la vulnerabilidad socioeconómica presente y futura de los adultos, pero también es un importante agente de mantenimiento de dicha situación a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones.²²

■ Desempleo o empleo informal del jefe de familia: es una de las principales causas de migración, lo que desintegra núcleos familiares, hijos sin la presencias de ambos padres. Según la última Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (ENEMDU) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). El desempleo urbano se ubicó en 4,6% en Marzo del 2013 frente al 4,9% del mismo mes del año anterior. Por otro lado el subempleo en el área urbana llegó a 44,7% y la ocupación plena a 48,6% en comparación a 43,5% y 50,2% respectivamente de Marzo del 2012.²³

²¹Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-ano-anterior.html>
10/12/13, 9:25

²²El analfabetismo en el ecuador, Disponible <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-684.html>
10/12/13, 9:45

²³Adolescencia en el Ecuador. [Base en línea]. Disponible en:
http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3AAdesempleo-urbano-en-ecuador-seubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es 10/12/13, 8:45

■ **Desestructuración familiar:** las causas principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos. En los procesos de desestructuración del núcleo familiar influyen, además; las condiciones que obligan a que ambos cónyuges trabajen fuera del hogar, pues de esta manera el sistema extra familiar puede crear o exacerbar los conflictos entre la pareja.

■ **Violencia, Alcoholismo y Drogadicción:** actualmente no hay duda de que el alcoholismo constituye el problema de más importante ya que 70% y 80% de la población consumen alcohol; el cual es el responsable principal de violencia, ocasionando desintegración familiar y deterioro social, caracterizados por desajustes de la personalidad, degradación, así como conductas delictivas y antisociales. Alrededor de la mitad de los homicidios y violaciones se produce bajo el efecto del alcohol.

■ **Malas condiciones de la vivienda:** el problema de las condiciones de la vivienda constituye uno de los problemas sociales más sensibles y complejos de resolver. En un país de más de 13 millones de habitantes y cerca de 3 millones de hogares, existe más de un millón de viviendas deficitarias y una demanda anual de más de 60.000 viviendas para nuevos hogares.

■ **Hacinamiento:** es la situación en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. El 40% de la población del Ecuador viven en hacinamiento el cual es uno de los problemas de gran importancia en la actualidad, ya que la población mundial es muy

numerosa y la densidad de la misma es extremadamente alta en algunos espacios del planeta.²⁴

ENFERMEDADES CRÓNICAS

La OMS define a las Enfermedades Crónicas como enfermedades de larga duración y por lo general de lenta progresión: por término medio toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica.

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles son enfermedades que pueden tener una determinación congénita, hereditaria y muchas veces son autoinmunes e idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, hábitos negativos como fumar, tomar alcohol entre otros, sin embargo hay factores de riesgo no modificables como la edad, sexo, etnia, herencia, autoinmunidad que pueden agravar la condición.²⁵

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos:

- ↳ Accidentes Cerebrovasculares
- ↳ Enfermedades Respiratorias Crónicas
- ↳ Obesidad
- ↳ Diabetes
- ↳ Trastornos Neuropsiquiátricos
- ↳ Afecciones Digestivas
- ↳ Discapacidad Visual y Auditivas
- ↳ Enfermedades Osteoarticulares
- ↳ Afecciones Bucodental
- ↳ Enfermedad Renal

²⁴Definición del Hacinamiento, Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx10/12/2013>, 8:20

²⁵Centro de nutrición molecular y enfermedades crónicas. Facultad de medicina. Universidad católica de chile (disponible en: http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas_.php. Consultado: 09/12/13)

Impacto de las Enfermedades Crónicas

En el 2008 las Enfermedades Crónicas (Diabetes Mellitus, Enfermedades Cerebrovasculares, Enfermedades Hipertensivas, Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardíaca y Cirrosis) fueron las principales causas de muerte en la población general Ecuatoriana.

“En el caso del sexo femenino las principales causas de mortalidad eran la Diabetes Mellitus, las Enfermedades Hipertensivas, Cerebro-Vasculares, a Influenza y Neumonía, son responsables del 25% de las muertes totales. A estas causas le siguieron las Enfermedades Isquémicas del corazón, los padecimientos Cerebro-Vasculares, la Influenza y Neumonía, las Enfermedades Hipertensivas y la Diabetes Mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales”.²⁶

ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

El Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) tiene como finalidad asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del Programa usando vacunas de calidad, gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de una gerencia y vigilancia epidemiológica efectiva y eficiente en todos los niveles, que involucre a los diversos actores del Sistema Nacional de Salud.²⁷

TAMIZAJE NEONATAL

“Con pie derecho, la huella del futuro” es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar

²⁶Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4

²⁷PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en:

http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. Consultado: 09-12-2013

discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.²⁸

Este programa inició en Diciembre del 2011, bajo la supervisión de la Vicepresidencia de la República. El objetivo del proyecto es prevenir el retardo mental y otras discapacidades provocadas por enfermedades metabólicas hereditarias y trastornos relacionados; a través de la detección oportuna y tratamiento temprano, para la consecución del buen vivir de la población.

Estadísticas revelan que hasta el año 2012. “Se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos”,²⁹ lo que se puede destacar que la prueba del talón ha sido oportuna en cuanto a la detección temprana de las discapacidades en las que se puede corregir a tiempo estos errores genéticos.

Las cuatro enfermedades detectadas mediante esta prueba son: Hipotiroidismo Congénito, Fenilcetonuria, Hiperplasia Suprarrenal Congénita y Galactosemia.

● **Hipotiroidismo Congénito:** es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un recién nacido, es la causa más común de retardo mental prevenible.

● **Fenilcetonuria:** es un desorden del metabolismo debido a que el cuerpo no sintetiza adecuadamente la fenilalanina, por la deficiencia o ausencia de una enzima llamada fenilalanina hidroxilasa. Como consecuencia se acumula y resulta tóxica para el sistema nervioso central, ocasionando daño cerebral. Es una enfermedad autosómica recesiva ambos padres son portadores y el riesgo de recurrencia de la enfermedad es de un 25%.

²⁸Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec> Consultado: 09-12-2013.

²⁹Programa de Tamizaje Neonatal: proyecto coordinado por el MSP y la Vicepresidencia de la República, disponible en: <http://www.elciudadano.gob.ec/> , Consultado 27-11-2013

● **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** se da cuando los recién nacidos carecen de una enzima para producir cortisol y aldosterona, esto produce más andrógenos lo que ocasiona la masculinización de fetos femeninos y una potencial pérdida salina en ambos sexos.

● **Galactosemia:** se produce cuando el organismo no puede metabolizar la galactosa, un azúcar simple de la lactosa presente en la leche animal y humana. Es una enfermedad hereditaria causada por una deficiencia enzimática y se manifiesta con incapacidad para metabolizar la galactosa en glucosa lo cual provoca una acumulación dentro del organismo produciendo lesiones en el hígado, sistema nervioso central, cerebro, riñones y ojos.³⁰

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

El estado nutricional es un indicador de calidad de vida de la población, que refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, íntimamente relacionados con su estado de salud y factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales. Se ha demostrado que un estado nutricional deteriorado afecta todos los mecanismos de defensa, lo que obliga a plantear el axioma de que toda persona desnutrida es un individuo inmunocomprometido.

La valoración del estado nutricional, se relaciona con la medición del crecimiento, el cual está determinado genéticamente para el incremento de masa corporal libre de grasa. Si el niño permanece sano y asegura una fuente adecuada de nutrimentos durante sus etapas críticas de crecimiento físico, lograría cumplir todo su potencial genético.

³⁰Tamizaje, pinchazo vital contra la discapacidad, disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contra-la-discapacidad/> Consultado 27-11-2013.

Los efectos positivos o negativos de la alimentación tendrán repercusión, tarde o temprano, en la salud. Un estado de mal nutrición en los niños ya sea por déficit (desnutrición) o por exceso (obesidad) aumenta los riesgos de enfermedades asociadas a estas condiciones. La mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos a la dieta diaria.³¹

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños, los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable.

La OMS destaca que el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) y la lactancia materna es la mejor fuente de nutrición para el recién nacido ya que es una de las maneras más eficaces para garantizar la salud y la supervivencia infantil, por lo cual se recomienda exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida.

A nivel mundial, se estima que solo el 38% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva durante sus 6 primeros meses.³²

La OMS recomienda que a los seis meses (180 días) se empiece a dar a los lactantes alimentos complementarios, además de leche materna: 2-3 veces al día entre los 6 y 8 meses de edad y 3 veces al día más un refrigerio nutritivo de los 9 a los 11 meses, entre los 12 y 24 meses, deben administrar tres comidas y puede ofrecerles otros dos refrigerios nutritivos si lo desean.

Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento.³³

³¹Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1YIYUz>.

³²La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS. Disponible en <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivencia-infante-segun>

CONTROL DEL NIÑO SANO

La Norma Oficial de la OMS establece que durante el primer año, un niño/a debe revisarse clínicamente al momento del nacimiento, a la semana de vida y al mes de edad y posteriormente, a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses. Durante el segundo año de vida, debe ser evaluado cada 3 meses; de los 2 a los 5 años por lo menos de 2 a 3 veces al año y a partir de entonces, de 1 a 2 veces al año. La revisión clínica debe ser ajustada a cada paciente.

En cada visita médica se hace una evaluación integral del paciente: peso y talla para la edad, peso para la talla y perímetro cefálico, estas medidas son importantes para determinar si el crecimiento del individuo es armónico o no.

También se detecta si el paciente tiene algún grado de desnutrición o si por el contrario, está cursando con sobrepeso y obesidad para tomar las medidas necesarias para mantenerlo en un rango ideal de peso de acuerdo a su edad, talla y sexo.³⁴

Ya analizado el crecimiento y desarrollo del niño se valora otro aspecto, las inmunizaciones.

ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Estado Nutricional de los Escolares y Adolescentes

La nutrición es fundamental para el ser humano desde el momento mismo cuando es concebido. Desde el punto de vista de la Salud Pública, en todos los estadios del ciclo de vida se puede observar que déficits o excesos de nutrientes influyen negativamente en el desarrollo de una persona que provocan consecuencias en su salud a corto y largo plazo.

³³Hasta que edad es importante alimentar al bebe solo con leche materna disponible en <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>

³⁴Pediatría control del niño sano disponible en: <http://pediatria.org/?p=> consultado el 12/12/ 2013

Crecimiento del Niño y el Adolescente

El crecimiento en la infancia y adolescencia es el resultado del aumento en el tamaño y número de las células, a causa de cambios en el incremento, en las cantidades de grasa, proteínas, agua y minerales en los distintos tejidos.

Valoración del Estado Nutricional por el Índice de Masa Corporal

Es el mejor indicador del estado nutritivo en adolescentes por su buena correlación con la masa grasa en sus percentiles más altos y por ser sensible a los cambios en composición corporal con la edad; existen por tanto distintas curvas de IMC para población de 0 a 18 años.

VACUNACIÓN DT (Difteria y Tétanos)

El tétanos es una enfermedad bacteriana infecciosa causada por *Clostridium tetani*. En condiciones anaerobias favorables como en heridas sucias y necróticas este bacilo ubicuo puede producir tétano - espasmina, una neurotoxina extremadamente potente que bloquea los neurotransmisores inhibidores del sistema nervioso central, provocando rigidez muscular y espasmos característicos del tétanos generalizado, ésta enfermedad puede afectar a cualquier grupo de edad.

La protección contra el tétanos es dependiente de anticuerpos y sólo puede lograrse mediante la inmunización activa (vacuna antitetánica) o pasiva (inmunoglobulina antitetánica específica). Las vacunas contra el tétanos se basan en el toxoide tetánico.

AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

La agudeza visual es la capacidad del sistema de visión para percibir, detectar o identificar objetos espaciales con unas condiciones de iluminación buenas. Para una distancia al objeto constante, si el paciente ve

nítidamente una letra pequeña tiene más agudeza visual que uno que no la ve.

Para valorar la agudeza visual de un paciente se le realiza uno o varios “test” en los que tendrá que superar distintas pruebas visuales, el más usado es:

✚ Test de Snellen: son los más populares y están formados por filas de letras o imágenes que van de tamaño más grande a más pequeño conforme bajamos la mirada; cuanto más abajo logre ver nítido el paciente mayor agudeza visual tendrá.³⁵

ESTUDIO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

El estudio es el desarrollo de aptitudes y habilidades mediante la incorporación de conocimientos nuevos.

Educación Básica

En Ecuador el Ministerio de Educación determinó como misión dirigir y fortalecer la Educación Básica de 10 años con la universalización del primero, octavo, noveno y décimos años de educación básica con equidad, calidad, calidez y cobertura sobre la base de una propuesta pedagógica que responda a las necesidades de la sociedad del conocimiento e información en base a estándares nacionales e internacionales de calidad, potenciando el desarrollo de competencias generales, básicas y específicas en los estudiantes que les permitan un desenvolvimiento exitoso en su entorno.

Los conocimientos que deben ser logrados por los niños y niñas entre 5 y 14 años en la educación básica tendrán que estar asociados con la modernización productiva, la tecnología de la información y el desempeño de una nueva ciudadanía. Todo ello bajo el desarrollo de capacidades que

³⁵Agudeza Visual. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/> Citado el: 10/12/2013

los lleven a resolver problemas, tomar decisiones e integrar el arte y la comunicación a sus procesos formativos.³⁶

Educación media

La creciente cobertura de la educación primaria (6 años) y posteriormente de la educación básica (10 años) debía traer como consecuencia lógica el incremento de la demanda sobre la educación media que permitiría a los niños/as terminar la educación secundaria. Sin embargo dicha expansión marcó aún más las diferencias y la inequidad entre los y las adolescentes.

RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Se considera un nivel de conocimientos demostrados en un área o materia comparado con la norma (edad y nivel académico). Así tal rendimiento no es sinónimo de capacidad intelectual de aptitudes o competencias.

Existen factores asociados al fracaso escolar; sin embargo son esos mismos factores los que propician el éxito escolar entre ellos tenemos:

❖ Factores sociales y culturales: la clase social (determinada por el ingreso familiar, la escolaridad de la madre, del padre, el tipo y ubicación de la vivienda) ha sido reprobada como una variable relacionada con el hecho de que los alumnos sufran fracasos escolares.

❖ Factores escolares: el ambiente escolar también ha sido señalado como un factor que afecta el desempeño escolar de los alumnos; en este ambiente podemos citar la administración de la institución educativa (sus políticas, estrategias, etc.) y el profesor (capacitación, compromiso, etc.).

❖ Factores familiares: el rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante porque es

³⁶UNICEF. La Educación. [Base en línea]. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf
Citado el 10/12/2013

importante la percepción que tengan acerca de la valoración positiva o negativa de su familia hacia ellos, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.

❖ Factores personales: se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recurriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales.³⁷

❖ Pereza: las transformaciones físicas (como aumento de estatura, aparición de caracteres sexuales secundarios, etc.) junto con la inestabilidad de emociones y sentimientos, explican por qué con frecuencia el adolescente se siente fatigado y le es más difícil concentrarse.

❖ Conflictos propios de la adolescencia: el adolescente entra en conflicto con los valores de su infancia, cuestiona normas y orientaciones que recibió durante sus años anteriores.

❖ Mala alimentación: los adolescentes en esta etapa de su vida requieren una mayor cantidad de nutrientes ya que las consecuencias de una mala nutrición ocasiona bajo rendimiento escolar, falta de atención, concentración, entre otros problemas que impiden gravemente que desarrollen adecuadamente las habilidades previstas por el sistema educativo”.

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Según los profesionales de la salud, los trastornos de conducta son aquellos problemas que tienen los niños/as cuando tienen dificultades para cumplir las normas que la mayoría de los niños aceptan.

³⁷Torres L. Rodríguez N. *Rendimiento académico y contexto familiar*. [Base en línea]. Disponible en : <http://www.orienta.org.mx/docencia/Docs/Sesion-7-8/Torres.pdf>

Muchos comportamientos “normales” llegan a ser problemáticos, entre otros motivos, porque:

- Se siguen produciendo a pesar de la edad.
- No cumplen con las expectativas familiares.
- No se enseñan los hábitos adecuados.
- La familia (o algún miembro) las sigue manteniendo.

El problema es que si no se modifican adecuadamente, pueden llegar a afectar a la convivencia familiar, escolar y social.

Los trastornos de conducta han sido asociados con:

- Maltrato infantil.
- Drogadicción o alcoholismo de parte de los progenitores.
- Conflictos familiares.
- Anomalías genéticas.
- Pobreza.

Los trastornos de conducta a menudo están asociados con el trastorno de déficit de atención, también puede ser un signo inicial de depresión o trastorno bipolar. Los niños/as pueden llegar a desarrollar trastornos de personalidad como adultos, en particular el trastorno de personalidad antisocial.

ATENCIÓN MATERNA

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el marco del cumplimiento de los objetivos del milenio conjuntamente con los Derechos Sexuales - Reproductivos y la causa de la acelerada Muerte Materna y Neonatal implementaron desde hace tres años un proceso colaborativo de mejora en la calidad de la atención en obstetricia y neonatal esencial, comprende:

✚ Embarazo y parto: consultas y estudios de diagnóstico específicamente vinculados con el embarazo, el parto y puerperio. Además psicoprofilaxis obstétrica, medicamentos exclusivamente asociados con el embarazo y parto con cobertura del 100%.

✚ Infantil: el Plan Materno Infantil prevé la realización obligatoria de estudios para detección de la fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística del recién nacido. Además ofrece cobertura de consultas, seguimiento, control, inmunización y medicación requerida para los primeros 12 meses de vida, según el listado de medicamentos esenciales.

✚ Lactancia: con el objetivo de impulsar la lactancia materna no se brindará cobertura para la adquisición de leches maternizadas o de otro tipo, con excepción de casos en los que el médico lo indique.

CONTROLES MÉDICOS EN EL EMBARAZO

El control prenatal es un conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los riesgos y complicaciones del embarazo que amenazan la vida de la madre y el feto, comprende el control de salud tanto de la madre como del niño antes del parto, para prevenir los riesgos que se pueden presentar en esta etapa.³⁸

Los objetivos de los controles médicos son:

- 🕒 Reducir la morbi-mortalidad perinatal
- 🕒 Disminuir la incidencia de bajo peso al nacimiento
- 🕒 Disminuir el número de abortos
- 🕒 Disminuir la morbi-mortalidad de causa obstétrica

³⁸Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. (2003). *Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal*. [Base en línea]. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_01_30/es/index.html (Consultado: 11-12-2013)

- 🕒 Promover la lactancia materna
- 🕒 Proporcionar educación sanitaria básica

Según la Organización Mundial de la Salud, se considera saludable un embarazo si tiene cinco o más controles prenatales.³⁹ El control del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que existe mayor receptividad materna para las actividades de educación de la salud.

VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS

La inmunización materna es una intervención potencial para prevenir muchas enfermedades durante el embarazo y protege a la madre como al feto. Se considera que las mujeres embarazadas son especialmente vulnerables a las infecciones.

En el Ecuador el Tétanos Neonatal (TNN) ha sido eliminado como problema de Salud Pública Nacional y Provincial (OPS, 2008). El impacto a la fecha, se demuestra con la disminución de la tasa de TNN a 0.02 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. A pesar de ser la vacunación un método sencillo y económico para prevenir el tétanos neonatal, aún existen en nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tetánico”.⁴⁰

Una mujer embarazada y que tiene influenza también tiene una probabilidad más alta de que su futuro bebé presente problemas graves, incluido un aborto espontáneo o un parto prematuro. La vacuna contra la influenza

³⁹MPS. (2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. [Base en línea]. Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/134919280/guiastomo1> (Consultado: 11-12-2013)

⁴⁰Incidencia y Factores de Riesgo asociados al Tétanos Neonatal en el Ecuador: Principales determinantes que influyen en las bajas coberturas de vacunación con DT en las mujeres en edad fértil en el año 2009-2010 [Base en línea]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1030/1/98048.pdf>

puede proteger a las mujeres embarazadas y a sus futuros bebés, antes y después del parto”.⁴¹

ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

◆ Vacunación en las Mujeres de Edad Fértil: la inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dT), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.⁴²“El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos”. (Demicheli V., Barale A., Rivetti A., 2008)

◆ Regulación de la fecundidad: actualmente en el contexto de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad humana con las necesidades de bienestar y salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción.

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En África pasó de 23% a 24%; en Asia se mantuvo en 62%, y en América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%; en cada región es notable la variación entre países.

⁴¹Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. (2012). *Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza*. [Base en línea]. Atlanta-USA. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/> (Consultado: 05/12/2013)

⁴²Atención Primaria de Salud. [Base en línea]. Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. (Consultado: 05/12/2013)

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).⁴³

Clasificación de los métodos anticonceptivos

En general los métodos anticonceptivos se clasifican en definitivos y temporales; como su nombre indica los definitivos son teóricamente irreversibles. Los temporales (que si son reversibles) a su vez se dividen en cuatro categorías: naturales, de barrera, intrauterinos y hormonales; cabe resaltar que la abstinencia es también un método para prevenir el embarazo y la transmisión de ITS.

a) Métodos Naturales:

- ✘ Método del Calendario o del Ritmo.
- ✘ Método del moco cervical.

b) Métodos de Barrera:

- ✘ Dispositivo Intrauterino.
- ✘ Barrera o preservativos (masculino y femenino).

c) Métodos Hormonales: actualmente, los métodos anticonceptivos hormonales son los más utilizados a nivel mundial, ya que ofrecen las tasas más altas de eficacia anticonceptiva.

Entre ellos se encuentran:

- ✘ La Píldora (solo o combinado).
- ✘ Inyectables mensuales y trimestrales.

⁴³OMS. (2013). *Planificación Familiar*. Nota descriptiva N°351. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

- ✘ Implantes subdérmicos.
- ✘ Parche Anticonceptivo.

PAPANICOLAOU

En nuestro medio este examen se conoce con el nombre de prueba citológica, pero su nombre es Papanicolaou.

La toma de muestra para extendidos vaginales debe realizarse con precaución y sin manipulaciones intravaginales anteriores. Para ello la paciente no debe haber realizado el coito en las últimas 48 horas ni haber recibido irrigaciones vaginales.

“Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad”⁴⁴

⁴⁴GARRIDO, H., YUNGA E. (2010). *Incidencia del Cáncer en Loja: Estudio de una Década*. Loja Sociedad de Lucha Contra el Cáncer-SOLCA

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio titulado “Diagnostico comunitario de Salud del Barrio Turupamba Sector II, Septiembre - Diciembre de 2013”, como parte del macro-proyecto “ENFERMERIA EN LA PARTICIPACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD – MAIS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2013”.

Tipo de estudio

Esta investigación es un estudio de tipo descriptivo y transversal que permitió elaborar la línea de base, que contribuirá a mejorar la oferta de servicios de salud por parte del Hospital Universitario de Motupe y propiciar la participación comunitaria en el mejoramiento de las condiciones de salud.

Área de estudio

Turupamba se encuentra ubicado al oeste de Loja, a 6km del Hospital Universitario de Motupe. Para una mejor organización se han dividido en 2 sectores identificados como Turupamba sector I y II, los mismos que trabajan en beneficio de la comunidad.

Está limitada al norte con la Vía de Integración Barrial, al sur con San Jacinto, al este con Carigan y al Oeste con San Agustín, fue creada aproximadamente hace 150 años.

Universo

El universo está conformado por las familias de los 26 barrios que corresponden al área de influencia del Hospital Universitario de Motupe

Muestra

La muestra estuvo constituido por 30 familias que habitan en el barrio la Turupamba sector II

Técnicas e Instrumento

La visita domiciliaria fue el método de acercamiento a esta comunidad, cuya técnica fue la entrevista y los instrumentos que permitieron recolectar la información fue la ficha familiar elaborada por el MSP que es parte de la Historia Clínica del paciente (SNS-MSP/HCU-ANEXOS/2008), y con una guía de entrevista.

Procesamiento de la Información

Los datos obtenidos luego de la aplicación de la ficha familiar y la entrevista, fueron organizados y tabulados de acuerdo al problema y objetivos planteados en la investigación. La presentación de la información se realizó en tablas simples con su respectivo análisis e interpretación, basado en el marco teórico de esta investigación.

Así mismo para la elaboración del mapa parlante se partió desde un elemento cartográfico existente, se elaboró el croquis y posteriormente el proceso de sectorización e identificación de las familias de riesgo. Para su presentación se utilizó el programa AutoCAD 2012.

ANÁLISIS E INTEPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL
BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”**

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	1	0,93	0	0	1	0,93
1- 4 años	6	5,56	2	1,85	8	7,41
5-9 años	4	3,70	5	4,63	9	8,33
10-19 años	10	9,26	18	16,67	28	25,93
20-64 años	27	25,00	31	28,70	58	53,70
65 años y más	0	0,00	4	3,70	4	3,70
TOTAL POBLACIÓN	48	44,45	60	55,55	108	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

Según los datos obtenidos en la presente investigación se evidencia que la población que predomina es el sexo femenino con **55,55%**, mientras que el sexo masculino esta con el **44,45%**. En lo que se refiere a los distintos rangos de edad la demografía que sobresale es de 20-64 años, la misma que constituye la población económicamente activa.

TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	f	%
Sin Escolaridad	4	3,70
Analfabetos	5	4,63
Prebásica	5	4,63
Básica	55	50,93
Bachillerato	32	29,63
Superior	4	3,70
Especialidad	3	2,78
TOTAL	108	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: En la categoría de "Sin Escolaridad" constan niños menores de 3 años

“La educación es uno los deberes primordiales del Estado, y un derecho de las personas a lo largo de su vida, además forma parte de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir”⁴⁵ En el barrio Turupamba sector II, en lo referente al nivel de escolaridad se encontró que la educación básica ocupa un **50,93%**, seguido el bachillerato **29,63%**. Así mismo se logró detectar en este barrio, 5 analfabetos representado el **4.63%**.

⁴⁵ Vera D. (2010). Nivel de escolaridad de los Ecuatorianos. Recuperado de: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf>

TABLA Nº 3

**RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL
BARRIO“TURUPAMBA SECTOR II”**

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Personas con mala nutrición	13	12,04	95	87,96	108	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio "Turupamba sector II".

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: Se elimina las categorías "personas con vacunación incompleta, con enfermedad de impacto, embarazadas con problemas, personas con problemas mentales, y personas con discapacidad" por no existir casos

En lo referente a los riesgos biológicos existentes en la población de Turupamba sector II, se encontró a personas con mala nutrición en un **12,04%** encontrando casos de desnutrición leve y sobrepeso calificándolos como riesgo bajo y moderado.

La población en riesgo biológico está conformada por los escolares y adolescentes, siendo uno de los "factores predisponentes sería el habitar en áreas rurales ya que aumenta la probabilidad de padecer problemas de malnutrición"⁴⁶.

⁴⁶Portilla S. (2012). Factores asociados en áreas rurales. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4097/1/ENF152.pdf>

TABLA Nº 4

RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de agua Insegura	16	53,33	14	46,67	30	100
Mala eliminación de basura y excretas	30	100	0	0	30	100
Mala eliminación de desechos líquidos	30	100	0	0	30	100
Animales intradomiciliarios	27	90	3	10	30	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: Se elimina la categoría “impacto ecológico por industrias” por no existir casos

En lo referente a los riesgos sanitarios que afectan directamente al barrio Turupamba sector II son:

- ▶ La mala eliminación de basura y excretas así como la mala eliminación de desechos líquidos el **100%**. Sin embargo uno de los factores predisponentes es la mala higiene en los hogares debido a que la basura orgánica la queman y en lo referente a la inadecuada eliminación de los desechos la mayoría de las familias de este sector tienen letrinas y estas aguas se van hacia los ríos quebradas, etc.
- ▶ En lo referente a animales intradomiciliarios tenemos que el **90%** del total de las familias, tienen animales dentro de su domicilio.
- ▶ Esta población, consume agua insegura con el **53,33%** debido a que no todas las familias de este sector tienen agua potable, algunas de estas se proveen de agua entubada o a través de pozos, ríos, vertientes, carros repartidores y agua de lluvia.⁴⁷

⁴⁷ Gómez B. (2007). Agua potable y saneamiento ambiental. Recuperado de: http://es.wikipedia.org/wiki/Agua_potable_y_saneamiento_en_Ecuador

TABLA Nº 5
RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO
“TURUPAMBA SECTOR II”

RIESGOS SOCIO - ECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Pobreza	23	76,67	7	23,33	30	100
Desempleo o empleo Informal del jefe de familia	12	40	18	60	30	100
Analfabetismo del Padre o Madre	5	16,67	25	83,33	30	100
Desestructuración Familiar	3	10	27	90	30	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	7	23,33	23	76,67	30	100
Malas Condiciones de la Vivienda	24	80	6	20	30	100
Hacinamiento	9	30	21	70	30	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

Según los datos obtenidos en el barrio Turupamba sector II en lo referente a los riesgos socioeconómicos tenemos:

- ▶ Las malas condiciones de la Vivienda representan el 80%, debido al ingreso económico de cada familia ya que la mayoría de la gente se dedica a la agricultura.

- ▶ “La pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación”⁴⁸. En el sector de Turupamba el **76, 67%**de las familias tienen algún grado de pobreza esto está relacionado con el desempleo del jefe de familia.

- ▶ El hacinamiento en este barrio se presenta con el **30%**en las familias, conllevando a una mala comodidad, seguridad e higiene de las mismas.

⁴⁸ Villalba J. (2005). Economía y pobreza del Ecuador. Recuperado de: <http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-ano-anterior.html>

- ▶ En las categorías de violencia/alcoholismo/drogadicción el **23,33%**
- ▶ El analfabetismo se encuentra en un **16,67%**.
- ▶ En relación a la desestructuración familiar afecta al **10%** de las familias.

TABLA Nº 6

**TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS DEL BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”**

TAMIZAJE NEONATAL	f	%
SI	2	22,22
NO	7	77,78
TOTAL	9	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

El Programa Nacional de Tamizaje Neonatal: “Con pie derecho” fue iniciado a partir de Diciembre del 2011 cuyo objetivo es detectar cuatro enfermedades en el recién nacido como son, hipotiroidismo congénito, Fenilcetonuria, galactosemia e hiperplasia suprarrenal congénita; en este barrio, se realizaron 2 niños del total de la población menor de 5 años.

De acuerdo a lo encontrado en la comunidad de Turupamba sector II, se logró observar en el carné de vacunación que el **22.22%** de los niños se realizaron el tamizaje neonatal.

TABLA N° 7

**ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL
BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”**

ESQUEMA DE VACUNAS	f	%
Esquema Completo	9	100
Esquema Incompleto	0	0
TOTAL	9	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

Dentro de la realidad de la comunidad de Turupamba sector II, encontramos que todos los niños menores de 5 años cuentan con el 100% de un esquema completo de vacunas de acuerdo a su edad, lo que nos muestra el alto grado de interés que tiene la población al esquema de vacunación. Con la vacunación se podrá disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles, lograr coberturas universales de vacunación, usando vacunas de calidad que satisfagan al usuario.⁴⁹

⁴⁹ Cumandá L. (2012). Tesis vacunación. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>

TABLA Nº 8

**ACTIVIDAD LABORAL DE LOS HABITANTES DEL BARRIO
“TURUPAMBA SECTOR II”**

OCUPACIÓN	f	%
Estudiante	36	33,33
Ama de Casa	19	17,59
Albañil	7	6,48
Sin ocupación	9	8,33
Artesanos	10	9,26
Agricultor	7	6,48
E. Privado	8	7,41
E. Público	4	3,70
Comerciante	4	3,70
Chofer	2	1,85
Desempleado	2	1,85
TOTAL	108	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: La Categoría “Sin Ocupación” corresponde a niños menores de 5 años

En la presente tabla podemos observar que en el barrio Turupamba sector II de la población económicamente activa son los artesanos con **9,26%**, seguido de Empleados Privados con el 7,41% siendo estos los principales responsables del sustento diario a las diferentes familias y en menor porcentaje están los choferes y desempleados con el **1,85% (PEA)** este grupo está conformado por personas de la tercera edad debido a que ellas no producen ingreso.

TABLA Nº 9

LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
Hospital de Motupe	59	54,63
Hosp. Isidro ayora	14	12,96
IESS	9	8,33
Otros	26	24,07
TOTAL DE POBLACIÓN	108	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: Se elimina la categoría de centro de salud nº 3 por no existir casos

NOTA: La categoría “Otros” abarca: Clínicas, Policlínico ISSFA, ISSPOL y Médicos particulares

En relación al lugar de atención médica los moradores de Turupamba sector II, manifiestan en un **54,63%** acuden a atenderse al Hospital Universitario de Motupe a su vez que se benefician de la gratuidad de los diferentes servicios que prestan esta institución de salud, el **12,96%** de la población acude al Hospital Isidro Ayora y el **8,33%** tiene acceso a la atención en el IESS que corresponde a personas con seguro general, seguro campesino y jubilados, siendo estas instituciones de salud, que vienen ofertando servicios con calidad y calidez para los usuarios.

Sin embargo es importante recalcar que a pesar de no tener un buen ingreso económico un gran porcentaje alto (**24,07%**) invierten en su salud, asistiendo a otras casas de salud entre ellas se encuentran “Clínicas Policlínicos, ISSPOL, ISSFA y médicos particulares” para su atención médica.

TABLA N° 10
ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE
4 AÑOS DEL BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”

ESTADO NUTRICIONAL	f	%
Normal (12,9-18,5Kg)	7	77,78
Desnutrición leve (10-12,8Kg)	2	22,22
TOTAL	9	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: Se elimina las categorías “Desnutrición moderada, desnutrición grave, sobrepeso y obesidad” por no existir casos

“La desnutrición es uno de los principales problemas de salud en los países en desarrollo. Incide directamente en la mortalidad infantil y a rezagos en el crecimiento físico y desarrollo intelectual de las personas”.⁵⁰ En el Barrio Turupamba sector II, el estado nutricional se lo puede determinar a partir del Índice de Masa Corporal en los niños y niñas, obteniéndose que un **77,78%** de los niños tiene un estado nutricional dentro de la escala normal, el **22,22%** con desnutrición leve, conllevando al deterioro de su salud

⁵⁰ Viteri G. (2001) Situación de la Salud en el Ecuador. Recuperado de: <http://www.eumed.net/coursecon/at/ec/2007>

TABLA N° 11

LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

LACTANCIA MATERNA	SI		NO	
	f	%	f	%
1 AÑO	9	100	0	0
2 AÑOS	6	66,67	0	0
TOTAL POBLACION	9			

FUENTE: Fichas familiares del Barrio "Turupamba sector II".

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

La leche materna es altamente beneficiosa para los niños lactantes debido a que posee "características bioquímicas ideales y sustancias que ayudan en la digestión del niño/a, fomentando de esta manera el desarrollo sensorial, protección al niño de las enfermedades infecciosas, crónicas, así mismo es benéfico para su crecimiento y desarrollo e inclusive ayuda a la prevención de la desnutrición, obesidad".⁵¹ De las tablas obtenidas las madres de familia de este sector se pudo establecer que el **100%** de los niños recibieron la lactancia materna hasta el año de edad, mientras que el **66,67%** recibieron la leche materna hasta los dos años de edad.

⁵¹ Escuder MML, Venâncio SY, Pereira JCR. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidad infantil. RevSaúdePublica 2003; 37(3):319-25.

TABLA N° 12
CONTROLES MÉDICOS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL
BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”

EDAD	CONTROLES PARA LA EDAD					
	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
> de un año	1	12,50	0	0	1	12,50
1 a 4 años	5	62,50	2	25	7	87,50
TOTAL	6	75	2	25	8	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: Se elimina la categoría “cuarto, quinto, y sexto” por no existir casos.

En el barrio Turupamba sector II, el **75%** de los niños menores de 5 años se han realizado todos los controles respectivos, mientras que el 25% de estos no han cumplido, conllevando a un riesgo que el niño pueda padecer problemas de salud, falta de desarrollo de su crecimiento.

La Atención Primaria para la Salud del niño menor de 5 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha sido de gran interés en los sistemas de salud con el objetivo de “reducir la morbilidad y mortalidad infantil, mediante la inspección periódica del estado de salud, como del crecimiento, desarrollo, desde que nace hasta los 5 años”.⁵²

⁵² Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/01/Manual-para-el-Apoyo-y-Seguimiento-del-Desarrollo-Psicossocial-de-los-Ninos-y-Ninas-de-0-a-6-Anos-2008.pdf>

TABLA N° 13

**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES
DEL BARRIO“TURUPAMBA SECTOR II”, EVALUADO MEDIANTE
ÍNDICE DE MASA CORPORAL**

IMC	f	%
Normal (18,5-24,99Kg)	26	70,27
Des. Leve (17,00- 18,49Kg)	7	18,92
Sobrepeso (25,00- 29,99Kg)	4	10,81
TOTAL	37	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: Se elimina la categoría “moderado, grave y obesidad” por no existir casos en el sector

En el barrio Turupamba sector II, el **70,27%** de escolares y adolescentes tienen un estado nutricional normal, seguido de un **18,92%** que corresponde a desnutrición leve y **10,81%** a sobrepeso, uno de los factores de riesgo que conllevan alteraciones del estado nutricional es hábitos alimenticios incorrectos. Los escolares y adolescentes están directamente expuestos a este factor debido que la alimentación tienen fuera de casa.

TABLA N° 14

**ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN
ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO“TURUPAMBA SECTOR
II”**

ESQUEMA	f	%
Completo	34	91,89
Incompleto	3	8,11
TOTAL POBLACIÓN	37	100

FUENTE: Fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

La vacunación o inmunización con DT a este grupo consiste en la exposición a una cantidad pequeña y muy segura de microorganismos. Esta exposición leve ayuda al sistema inmune a reconocer y atacarla enfermedad de manera eficiente.⁵³

Se puede evidenciar que en el barrio Turupamba sector II, el **91,89%** de la población escolar y adolescentes tienen el esquema de vacunación completo y el **8,11%** tiene el esquema incompleto, conllevando a un riesgo bajo para esta población

⁵³ MERIZALDE V (2004) Sistemas de Salud, Edit. EPN; Quito, Ecuador, pág. 45, 16

TABLA N° 15

AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”

AGUDEZA VISUAL	NORMAL		AMETROPIA		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%
Escolares y Adolescentes	37	100	0	0	37	100
TOTAL POBLACIÓN	37					

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

La aplicación de la prueba con la cartilla de Snellen calibrada determina el déficit de la agudeza visual, instrumento que se utilizó para la valoración visual en escolares y adolescentes de este estudio⁵⁴. En los escolares y adolescentes del barrio Turupamba sector II, se determinó que el **100%** tienen una agudeza visual normal.

⁵⁴Norte de Santander: Guía para el tamizaje visual y auditivo. Santander, Bogotá, DC: PAHO/WHO Representation in Colombia [sitio en Internet]. [citado Sept 2009]. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/juventudes/ESCUELASALUDABLE/tamizajevisualyauditivo.html>

TABLA N° 16

ACCESO O NO AL ESTUDIO DE LA POBLACIÓN ESCOLAR Y ADOLESCENTE DEL BARRIO“TURUPAMBA SECTOR II”

ESTUDIA	f	%
SI	35	94,59
NO	2	5,41
TOTAL POBLACIÓN	37	100

FUENTE: Fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

En la presente tabla se puede evidenciar en el barrio Turupamba sector II, el **94,59%**, de los escolares y adolescentes estudian, y **5,41%** no tienen ningún grado de educación, debido a factores familiares, pobreza, falta de recursos económicos por parte de los padres de familia.

TABLA N° 17
RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL
BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”, SEGÚN INFORMANTE

RENDIMIENTO ACADÉMICO	f	%
BUENO	33	89,19
MALO	4	10,81
TOTAL POBLACIÓN	37	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

En la presente investigación se logró encontrar en el barrio Turupamba sector II, el **89,19%** de los niños y adolescentes tienen un buen rendimiento, mientras el **10,81%** es malo, debido a la “falta de recursos necesarios, poco apoyo por parte de los padres, por ayudar económicamente a la familia, o por no haber alcanzado las pruebas de admisión para entrar en la universidad”⁵⁵.

⁵⁵ Torres L. Rodríguez N. Rendimiento académico y contexto familiar. Disponible en :<http://www.orienta.org.mx/docencia/Docs/Sesion-7-8/Torres.pdf>

TABLA N° 18

**PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES
DEL BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”**

PROBLEMAS DE CONDUCTA	f	%
SI	5	13,51
NO	32	86,49
TOTAL POBLACIÓN	37	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

En relación a problemas de conducta en el barrio Turupamba sector II, el 86,49% no presentan inconveniente en relación a su conducta mientras que el 13,51% si tienen generalmente estos problemas son en forma psicológica que sumado al bajo rendimiento escolar altera el bienestar mental y emocional de escolares y adolescentes así como también afecta directamente a la familia.

TABLA N° 19

ATENCIÓN MÉDICA Y VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN GESTANTES DEL BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”

EMBARAZADAS CON:	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Vacunación con Dt	0	0	2	100	2	100
Controles	2	100	0	0	2	100

FUENTE: Fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresadas de la Carrera de Enfermería de la UNL.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera saludable un embarazo si tiene cinco o más controles prenatales.⁵⁶ La atención prenatal y los cuidados en el embarazo reduce la morbi-mortalidad perinatal, disminuye la incidencia de bajo peso al nacimiento, el número de abortos, la morbi-mortalidad de causa obstétrica.⁵⁷ Así mismo la vacunación ayuda a prevenir la malformación en el feto o padecer enfermedades como la rubeola congénita.

En el Barrio Turupamba sector II, se identificó el **100%** de mujeres en estado de gestación las mismas que no se han inmunizado con la vacuna dt por motivo que en el (HUM) la vacuna se la administra a partir de los 6 meses de gestación; y ellas aún están cursando el primer trimestre de gestación, en lo que confiere a los controles cuentan con el **100%** considerando la edad gestacional.

⁵⁶CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.

⁵⁷Dra. MARTÍNEZ. A. <http://ginecologaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05embarazos.html>

TABLA Nº 20

MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DEL BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”

MÉTODOS	f	%
Método del Ritmo	10	52,63
Esterilización Tubárica	6	31,58
Inyectables	2	10,53
Oral	1	5,26
TOTAL	19	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresadas de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: La categoría “implante, T de cobre, método de barrera” se elimina por no existir casos

El método de regulación de la fecundidad permite armonizar la fertilidad humana con las necesidades de bienestar y salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción⁵⁸.

En el barrio Turupamba sector II, el **52,63%** de mujeres en edad fértil utilizan como método de regulación de la fecundidad el método del ritmo, seguido a esta el **31,58%** perteneciente a mujeres que optaron métodos permanentes como esterilización Tubárica y en menores porcentajes métodos hormonales como inyecciones y tabletas.

⁵⁸ Escribar A. (2006). Anticoncepción de Emergencia. Recuperado de: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>

TABLA N° 21

DOSIS DE VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DEL BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”

NÚMERO DE DOSIS RECIBIDAS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
PRIMERA	37	100	0	0	37	100
SEGUNDA	31	83,78	6	16,22	37	100
TERCERA	18	48,65	19	51,35	37	100
CUARTA	7	18,92	30	81,08	37	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: Se elimina la categoría “quinta y refuerzos” por no existir casos

La importancia de la vacunación dT en mujeres en edad fértil es la inmunización con la finalidad de inducir una respuesta protectora contra la difteria y tétanos, esta debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que un posible embarazo en toda la etapa de fertilidad termine con un recién nacido con problema de tétanos o el síndrome de rubeola congénita.⁵⁹

En el barrio Turupamba sector II, en relación a la vacunación con dT en mujeres de edad fértil el **100%** se han administrado la primera dosis, la segunda dosis un **83,87%**, en relación a la tercera y cuarta dosis va disminuyendo.

⁵⁹Recuperado de: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE

TABLA N° 22

REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”

PAPANICOLAOU		
	f	%
SI	8	42,11
NO	11	57,89
TOTAL DE LA POBLACIÓN	19	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

En el barrio Turupamba sector II, el **42,11%** de las mujeres con vida sexual activa se han realizado el examen de Papanicolaou, a diferencia que el **57,89%** no se han hecho este examen por motivo de desconocimiento o por el miedo de realizárselo, lo cual determina un alto riesgo de padecer cáncer de cérvix durante todo el ciclo de vida. De allí la gran importancia de realizarse este examen ya que permite detectar las células malignas y con un tratamiento adecuado, en miles de casos el cáncer se ha podido erradicar.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

TABLA N° 23

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL BARRIO “TURUPAMBA SECTOR II”

PATOLOGÍAS POR GRUPO ETARIO	MENOR DE 1 AÑO		1 - 4 AÑOS		5 - 9 AÑOS		10 - 19 AÑOS		20 -64 AÑOS		65 AÑOS Y MAS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hipertensión arterial	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,85	2	1,85	4	3,70
Diabetes	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,93	1	0,93	2	1,85
Hipertiroidismo	-	-	-	-	1	0,93	-	-	-	-	-	-	1	0,93
Alcoholismo	-	-	-	-	-	-	-	-	7	6,48	-	-	7	6,48
Epilepsia	-	-	-	-	-	-	2	1,85	-	-	-	-	2	1,85
Ninguna	1	0,93	8	7,41	8	7,41	26	24,07	48	44,44	1	0,93	92	85,19
TOTAL	1	0,93	8	7,41	9	8,33	28	25,93	58	53,70	4	3,70	108	100,00

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Turupamba sector II”.

ELABORADO POR: Viviana Carrillo, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: Se elimina la categoría “degenerativas, de impacto y discapacitados” por no existir casos

En el sector II de la comunidad de Turupamba la prevalencia de enfermedades crónicas se presenta en el grupo etáreo de 20 a 64 años de edad siendo la principal causa el alcoholismo, con porcentaje de **6,48%** este puede ser un factor de gran riesgo en la familia y causa enfermedades como: cirrosis, elevación de la presión sanguínea, pancreatitis, Ca. de estómago, diabetes, entre otras.

En el grupo etareo de 20 a 64 años y 65 años y más se encuentra la HTA con un porcentaje de **3,70%**.

APARTADO

Para cumplir con el tercer objetivo del proyecto de “Brindar servicios específicos de enfermería, orientados a procurar el ejercicio del derecho a la salud de los grupos menos favorecidos, como forma de acercamiento a la comunidad y estrategia de vinculación con el servicio de salud”, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Control de peso y talla.
- Determinación del estado nutricional a través del IMC.
- Toma de presión arterial a la población mayor de 40 años.
- Control de la agudeza visual a escolares y adolescentes según la cartilla de Snellen.
- Información a las madres de familia sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva durante los 6 meses de vida, importancia de controles médicos, vacunación y la adecuada alimentación a niños menores de 5 años.
- Intervención directa para el cumplimiento de los esquemas de vacunación incompleta
- Brindar información a las mujeres con vida sexual activa sobre la importancia de la realización del papanicolaou.
- Determinación de la fecha probable parto de todas las embarazadas encontradas en el sector.

DISCUSIÓN

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, es la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.⁶⁰

La población del Barrio Turupamba del Sector II, predominante el femenino con el 55,55%, sobresaliendo la población de 20 a 64 años de edad con el 53,70 la edad promedio de un ecuatoriana es de 29 años, el 62.2% de la población está entre los 15 y 64 años de edad, mientras que los menores a 15 años representan el 31.3%. La población masculina representó el 44,45% de la población total.⁶¹

El grado de escolaridad de la mayoría de la población es la educación básica (50,93%) además se encontró un 4,63% de analfabetos; datos que se relacionan con el INEC 2010 donde el grado de escolaridad de la población de 24 años y más, disminuye a medida que la edad aumenta. La mayor escolaridad presenta el grupo de 24 a 34 años con 11.1 grados, los adultos mayores presentan el menor grado de escolaridad con un promedio de 5,4⁶². En cuanto a la tasa de analfabetismo hace relevancia a nivel nacional se reduce del 11.7% en el 2001 a 5.8% al 2010 a nivel local”.⁶³

De acuerdo a los riesgos encontrados en las familias de este sector están los riesgos biológicos como: personas con mal nutrición con el 4,16%, personas con discapacidad con un 1,85% y embarazadas con problemas

⁶⁰ instituciones.msp.gov.ec/somossalud/.../Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

⁶¹ Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/203162-censo-revela-que-en-el-pais-habitan-14-483-499-personas/>

⁶² INEC. Análisis Revista Coyuntural. Edición septiembre 2010.pg. 6

⁶³ País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador . 2010, disponible en: http://www.inec.gov.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf

con un 25%, en los riesgos sanitarios esta el 54.55% de mala eliminación de basura y excretas, esto corresponde a que no cuentan con la recolección de la misma diariamente, así mismo encontramos a animales Intradomiciliarios en un 34,55% los mismos que son causantes de la proliferación de la fauna nociva lo cual es perjudicial para la salud de la población, también se identificó la mala eliminación de líquidos con un porcentaje muy notorio, en los riesgos socioeconómicos encontramos al empleo informal del jefe de familia en un 80%, relacionándose con la pobreza con un 70,91%, un 47,27% encontramos a la mala infraestructura de las viviendas de este sector, hacinamiento con un 41.82% y violencia/alcoholismo/drogadicción con un 25,45% que presentan las familias de estos sectores.

Según el INEC, la pobreza en el área Urbana cerró en el 2011 en 17,36% 8,5 puntos menos que lo registrado en diciembre del 2006 cuando llegó a 25,9% mientras que la pobreza Rural estuvo en el 50,9%. El 12,5% de hogares viven en condiciones físicas inadecuadas, el abastecimiento de servicio de agua potable es del 72,0%, la disponibilidad de servicio eléctrico es del 93,2% de viviendas, el 53,6% cuentan con alcantarillado y el 77,0% eliminan la basura mediante carro recolector⁶⁴.

De acuerdo a los riesgos encontrados en las familias de este sector II están los biológicos como personas con mala nutrición con el 12,04%; en los riesgos sanitarios esta la mala eliminación de basura y excretas, mala eliminación de desechos líquidos con el 100%; animales Intradomiciliarios en un 90%, consumo de agua insegura con el 53,33%; en los riesgos socioeconómicos está la infraestructura de las vivienda de este sector con un 80% es mala, el 76,66% tienen pobreza en las familias y con el 30% de las familias que viven en hacinamiento.

⁶⁴ IDEM

Estadísticas revelan que hasta el año 2012 se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos,⁶⁵ en el barrio Turupamba sector II a todos los niños menores de 5 años se les realizó esta prueba.

En relación a un estudio sobre el diagnóstico situacional en seguridad, y salud en el trabajo se encontró: que el patrón de ocupación de la PEA refleja el perfil de desarrollo del Ecuador que se caracteriza por un importante trabajo agrícola, una baja producción industrial y un creciente sector de comercio y servicios. Por otro lado, solamente 35,78% tienen ocupación plena y un 32,49% se encuentra inserto en el sector formal de la economía. La mayor parte de la PEA se encuentra en el sector informal y esta subempleada.

En la ocupación de los habitantes; la población económicamente pasiva esta es estudiantes con el 33,33%, haceres domésticos con el 17,59% y la población económicamente activa, 9,26% se dedica a la artesanía y 1,85% son choferes.

Considerando los datos al 2010, la tasa neta para el Nivel Básico, en relación a la población entre los 5 y 14 años de edad es del 94,61%. La tasa para el Nivel Medio, tomando en cuenta la población entre los 15 y 17 años, es del 59,75% y en el Nivel Superior, la tasa neta de matriculación para la población entre 18 y 24 años, es del 28,34%⁶⁶, situación similar se observa en este barrio, resaltando que 5,41% de escolares y adolescentes no acceden a la educación.

En cuanto a problemas de conducta se evidencia que 13,51% de escolares y adolescentes presenta problemas; comparando este resultado, en México aproximadamente la mitad de menores presentan algún síntoma emocional

⁶⁵ Programa del tamizaje neonatal: proyecto coordinado por el MSP y la Vicepresidencia de la República, disponible en: <http://www.elciudadano.gob.ec/>, consultado el 31/01/2014

⁶⁶ INEC Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf> Consultado 10/12/13

o de conducta, de los cuales, el 16% presentaban de cuatro a más síntomas.⁶⁷

La planificación familiar y el derecho de la mujer a decidir su calendario reproductivo promueven la igualdad. En América Latina un porcentaje variable de mujeres comienza a utilizar métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo. Este porcentaje sólo es superior al 50% de las mujeres en los casos de Colombia, Paraguay y la República Dominicana. En el otro extremo, sólo el 11% de las adolescentes de Guatemala declara haber usado métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo y el 21% después de tener uno o más hijos. Por otra parte, más de un tercio de las adolescentes de Ecuador, El Salvador, Nicaragua y Perú comienzan a usar métodos anticonceptivos después de tener el primer hijo⁶⁸. Esta realidad es diferente a la población de estudio debido ya que la mayoría de las mujeres optan por métodos de regulación tradicional con el método del ritmo con el 52,63%, seguido de 31,58% se han realizado esterilización Tubárica.

El 57,89% de mujeres con vida sexual activa no se han realizado el Papanicolaou, según manifiestan algunas, debido al desconocimiento de la importancia de esta prueba, y la incomodidad que genera, estas cifras son similares con un estudio en Chile ya que la cobertura del examen Papanicolaou (PAP) en mujeres de riesgo ha sufrido un descenso sostenido en los últimos 4 años, de 68% a 59% entre los años 2008 y 2011. Esta reducción de la cobertura es aún mayor en las mujeres de más alto riesgo, es decir las mayores de 35 años⁶⁹.

⁶⁷ Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes Disponible en:

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/17448/28672> Consultado 10/12/2013

⁶⁸ Planificación Familiar Disponible en <http://www.unfpa.org.co/portal/uploadUNFPA/file/FINAL%20PLANIFICACION%20FAMILIAR.pdf> Consultado: 10/12/2013

⁶⁹ Campaña para aumento cobertura PAP en mujeres de 25 a 64 años. Disponible en:

http://www.colegiomatronasdechile.cl/documentos/InsumoCampanaPAP_SSy%20SEREMIS_2012.pdf Consultado 10/12/13

Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en la mayoría de los países de América Latina. En el 2002 representaban el 44% de las defunciones en hombres y mujeres menores de 70 años⁷⁰.

En Luluncoto y Pio XII, pertenecientes al área de salud N° 4 Chimbacalle del MSP del Ecuador en adultos mayores en que las enfermedades crónicas que más prevalecen en estas edades se encuentran la HTA, Diabetes, Obesidad, artritis.

Referente a enfermedades crónicas se encontró 6,48% de personas con alcoholismo entre 20 a 64 años de edad; seguido HTA, diabetes, epilepsia e hipertiroidismo.

⁷⁰ Problemática de salud en América latina disponible en: <http://www.granotec.com/ecuador/new/20120222182759/> Consultado 10/12/13

CONCLUSIONES

AL término de la investigación entre los hallazgos más sobresalientes y que están relacionados con el tema y los objetivos propuestos en este estudio son:

■ En el barrio Turupamba sector II está conformado por 30 familias y un total de 108 personas, de las cuales 55,55 son de sexo femenino y 44,45 de sexo masculino.

■ El nivel de instrucción que predomina en la comunidad de Turupamba sector II es la educación básica.

■ La ocupación de los habitantes de Turupamba sector II sobresale la categoría estudiantes y haceres domésticos, los cuales corresponden a la población económicamente pasiva, mientras que la que produce ingresos económicos la familia son los artesanos.

■ En relación a los riesgos biológicos encontrados son 12,04% de personas con malnutrición; riesgos sanitarios encontrados son mala eliminación de basuras y excretas, mala eliminación de desechos líquidos que afectan en un 100% a los habitantes del sector, riesgos socioeconómicos con mayor predominio las malas condiciones de la vivienda.

■ Los niños menores de 5 años de la comunidad de turupamba sector II tienen su esquema de vacunación completo y han recibido lactancia materna como alimento exclusivo conforme las recomendaciones de la OPS/OMS.

■ En cuanto al acceso a la educación, 94,59% de escolares y adolescentes se encuentran estudiando y 89,19% tiene un rendimiento académico bueno según refieren los padres de familia.

- En relación a la planificación familiar el método de preferencia utilizado por las mujeres en edad fértil del barrio Turupamba sector II es el método del ritmo.
- El 57,89% de las mujeres con vida sexual activa no se han realizado el examen de papanicolau debido al desconocimiento de la importancia que tiene este examen.
- Con relación al perfil epidemiológico tenemos que las enfermedades crónicas afectan al 12,96%.

RECOMENDACIONES

Al finalizar la presente investigación y con todos los resultados expuestos recomiendo lo siguiente:

- Que la carrera de enfermería incluya en su programa de vinculación con la colectividad acciones tendientes a promover estilos saludables y de esta manera contribuir a reducir factores de riesgo biológicos, sanitarios y socioeconómicos.

- Es importante que el Hospital Universitario de Motupe, con el aporte de enfermería se mantenga un control y seguimiento del cumplimiento de los controles periódicos de las diferentes personas con enfermedades crónicas para planear visitas domiciliarias, a quienes transcurrido cierto tiempo no acudan a realizarse los controles.

- Que en la institución donde se ejecute el estudio, se gestione la participación del personal de salud para que planifique ejecute y evalúe medidas de prevención en la comunidad de Turupamba sector II.

- Que el equipo de salud del Hospital Universitario de Motupe realice talleres mediante charlas educativas e información escrita acerca de los beneficios de cuidar la alimentación de los niños y adolescentes para evitar índices de mala nutrición, además incentivar mediante la educación a las mujeres con vida sexual activa a realizarse el examen del papanicolau ya que ayuda a la detección oportuna del cáncer de cuello uterino.

BIBLIOGRAFÍA

- Ⓔ Aguirre Pilar & Otros. (septiembre 2010). Manual de Atención al Alumnado con necesidades específicas de Apoyo Educativo por padecer Enfermedades Raras y Crónicas [Base en línea]. España Disponible en: www.juntadeandalucia.es/educacio/portal/com/big/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/ManualdeatencionalalumnadoN/AE/1278667341285_09.pdf
- Ⓔ Atie, Guidalli & Otros. (2011). Nutrición y Alimentación en el ámbito Escolar [Base en línea]. Madrid Disponible en: <http://www.nutricion.org/img/files/nutricion%20ambito%20escolar%20FINALprot.pdf>.
- Ⓔ Collazos Jaime_ & Otros. (2008). Salud Pública y Discapacidad [Base en línea]. Bogotá Disponible en: <http://books.google.es/books?id=cBhhQB3dq5EC&dq=salud+publica+2008&hl=es&sa=X&ei=9j7xUuzAJ9KfkQe48IGQBQ&ved=0CE4Q6AEwBQ>
- Ⓔ Correa Eduardo & Otros. (2009). Manual de Salud Comunitario. [Base en línea]. Ecuador Disponible en: <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMAN%3%8DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20TRABAJO%20SOCIAL/09/SALUD%20COMUNITARIO/MANUAL%20DE%20SALUD%20COMUNITARIA.pdf>
- Ⓔ Escobar, A., Velasco M. (2010). Los y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte1.pdf (Citado: 10/12/2013).
- Ⓔ Fathalla, Mahmoud. (2008). Guía práctica de investigación en salud. [Base en línea]. Washington, D.C: OPS Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/724/OPS.%20Gu%C3%81a%20pr%C3%81ctica%20de%20investigaci%C3%81n%20en%20salud.pdf>

- ☉ GARRIDO, H., YUNGA E. (2010). Incidencia del Cáncer en Loja: Estudio de una Década. Loja Sociedad de Lucha Contra el Cáncer-SOLCA.
- ☉ HERNÁNDEZ, M., AGUAYO J., GÓMEZ A., (2008). Manual de Lactancia Materna - de la teoría a la práctica. España. Editorial Médica Panamericana.
- ☉ HERNÁNDEZ, R., & Otros. (2010). Metodología de la Investigación. 5ª ed. México. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana.
- ☉ JUMBO, F. (2011). Análisis y Porcentajes de los Problemas Psicológicos. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: <http://www.slideshare.net/jumbobabian/la-psicologia-educativa-en-quito-ecuador-informe-del-ao-escolar-2010-2011> (Citado: 10-11-13).
- ☉ LEÓN, W., YÉPEZ G., NIETO, M. (2008). Componente Normativo Materno. Ecuador. MSP-SNS.
- ☉ MENDIETA, M. (2012). Dinámica poblacional en Ecuador, Informe de Coyuntura Económica. No 9. Ecuador. Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Técnica Particular de Loja.
- ☉ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (2013). MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI. Ecuador.
- ☉ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CONASA. (Agosto 2010). Norma y protocolo de Planificación Familiar. [Base en línea]. Ecuador Disponible en:
[http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma planit famil.pdf](http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma%20planit%20famil.pdf)
- ☉ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2007). Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Suiza.
- ☉ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2010). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Suiza.

- ④ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2011). Agua y Saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública. Washington.
- ④ PINEDA, E., & Otros. (2008). Metodología de la Investigación. 3ª ed. Washington. Publicación de la OPS.
- ④ SALAS, M., PEÑALOSA J. (2006). Pediatría, Bases Fisiopatológicas Clínicas y Terapéuticas. 3ª ed. México. Editorial Masson.
- ④ VILLACÍS, B., CARRILLO D. (2011). La Nueva Cara Sociodemográfica del Ecuador. Edición Especial. Quito-Ecuador. Revista Analítica - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

ANEXOS

CERTIFICADO DE LA ENTREVISTA CON LA PRESIDENTA DEL BARRIO



MSP - UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja... 5 de Octubre del 2013

Sr.ta... Melina Fernandez

Presidente del Barrio... Turupamba

CERTIFICO:

Habernos reunido con los/as egresadas de la Carrera de Enfermería y haber acordado brindar el apoyo para el trabajo que van a realizar en la comunidad... Turupamba

.....
PRESIDENTE DEL BARRIO

Ci: 1104904811

.....
Maria Paulina Ambelodi Torres

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci: 1104295263

.....
Viviana Katherine Corday

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci: 1105437766

FICHA FAMILIAR



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD Nº 3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

FICHA FAMILIAR DE SALUD Nº

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA _____

1. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE

LACTANTE	LECHUZA	ALTURA
----------	---------	--------

IDENTIFICACIÓN DEL APTIDIANO	INDICIO OPERATIVO	CÓDIGO UD	ÁREA Nº	CÓDIGO LOCALIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO
PROVENIENCIA	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
PROVENIENCIA	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR

NUMERO DE CARNÉ O IDENTIFICACIÓN

2. MEMBRAS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

ACTUALIZAR LOS DATOS SEGUN LA EDAD Y MES DE LOS REGISTROS

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADUAL			PROBADO COMPLETO DE MAMAS	SALUD DENTAL			NÚMERO DE ENTENDIDOS O DEPENDIENTES	Nº DE ENTENDIDOS O DEPENDIENTES	Nº DE ENTENDIDOS O DEPENDIENTES
				SI	NO	OTRO		SI	NO	OTRO			
GRUPO I - 0													
GRUPO II - 1													
GRUPO II - 2													
GRUPO III - 1													
GRUPO III - 2													
GRUPO III - 3													
GRUPO III - 4													
GRUPO III - 5													
GRUPO III - 6													
GRUPO III - 7													
GRUPO III - 8													
GRUPO III - 9													
GRUPO III - 10													
TOTAL													

3. MEMBRAS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADUAL	PROBADO COMPLETO DE MAMAS	SALUD DENTAL			NÚMERO DE ENTENDIDOS O DEPENDIENTES	Nº DE ENTENDIDOS O DEPENDIENTES	Nº DE ENTENDIDOS O DEPENDIENTES
						SI	NO	OTRO			

4. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE

INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
-----------	-----------	-----------	-----------

5 CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES		FECHAS DE CALIFICACIÓN									

CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE: 0 = SIN RIESGO 1 = RIESGO MUY BAJO 2 = RIESGO BAJO 3 = RIESGO MODERADO 4 = RIESGO ALTO

		TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
		BAJO	ALTO								
A	RIESGOS BIOLÓGICOS										
1	PERSONAS CON VACUNACIÓN INCOMPLETA										
2	PERSONAS CON MALA NUTRICIÓN (DEFICITARIO O SOBRESOBRESADO)										
3	PERSONAS CON EFEMERIDAD DE IMPACTO										
4	EMBAZAZADOS CON PROBLEMAS										
5	PERSONAS CON DISCAPACIDAD										
6	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES										
B	RIESGOS SOCIALES										
7	CONSUMO DE AGUA INSEGURO										
8	HALLA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS										
9	HALLA ELIMINACIÓN DE DESECHOS LÍQUIDOS										
10	IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS										
11	ANIMALES INTRA DOMICILIOS										
12	POBREZA										
13	DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA										
14	ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE										
15	DESESTRUCTURACIÓN FAMILIAR										
16	VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN										
17	HALLAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA										
18	HACIENDAMIENTO										

NIVEL DE RIESGO TOTAL	TOTAL											
	BAJO	ALTO										

CALIFICACIÓN DE RIESGO FAMILIAR DE UN IMPACTO EN LA SALUD DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA: 0 = SIN RIESGO 1 = RIESGO BAJO 2 = RIESGO MODERADO 3 = RIESGO ALTO

RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN		FECHAS DE CALIFICACIÓN									

ISS: MEF / HCO - Versión 1 (2008) (Pág. 2)

FICHA FAMILIAR - RIESGOS

ANEXO DE LA FICHA FAMILIAR

ANEXO A LA FICHA FAMILIAR

BARRIO: N° DE FICHA FAMILIAR.....
 APELLIDO PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA.....

PROTECCION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

1. VACUNACION

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	TAMIZAJE NEONATAL		MENOR < 1 AÑO						12 A 23 MESES					1 A 4 AÑOS							
			B.C.S.	H.B.	ROTAVIRUS	O.P.V. Y PENTAVALENTE	NEUMOCOCCO CONJUGADA	SR	SRP	NEUMOCOCCO CONJUGADA	VARICELA	FA	O.P.V.	D.P.T.	O.P.V. Y PENTAVALENTE	H.B.							
			1	2	1	2	3	1	2	1	1	3	1	1	4	4	1	2	3	4	1	2	3

2. CONTROL DEL NIÑO SANO

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESTADO NUTRICIONAL (IMC)	LACTANCIA MATERNA		CONTROLES MEDICOS																		
			SI	TIEMPO	NO	1*	2*	3*	4*	5*	6*												

ATENCIÓN INTEGRAL DEL ESCOLAR Y ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESTADO NUTRICIONAL (IMC)	VACUNACION			AGUDEZA VISUAL		ESTUDIA		REDIMIENTO ESCOLAR		PROBLEMA DE CONDUCTA		
			DT	OD	OI	SI	NO	BUENO	MALO	SI	NO			

PROTECCION DE LA MUJER

1. ATENCIÓN MATERNA

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	FUM	FPP	ANTEC. PATOL. OBST.	VACUNA		CONTROLES					PARTO	PUERPERO		
					DT		1*	2*	3	4	5		1*	2*	

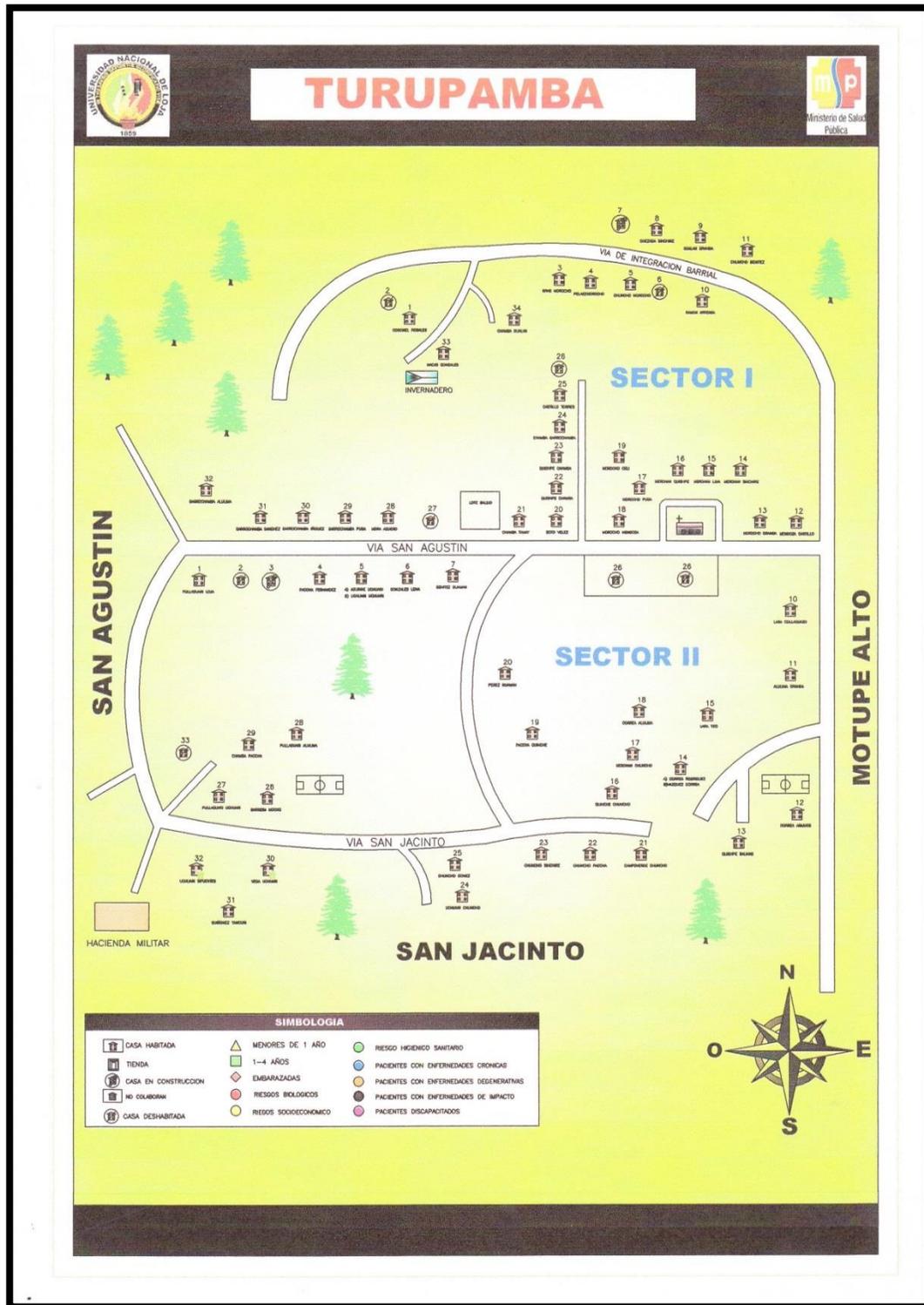
2. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	METODO DE REGULACION DE FECUNDIDAD							VACUNACION					PAPANICOLAOU					
		INJECTABLE	ORAL	IMPLANTE	T DE COBRE	METODO DEL RITMO	DI					SI	NO	FECHA	DIAGNOSTICO				
							Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta Dosis	Quinta Dosis					Referenz (Cada 10 años)			

PROBLEMAS DE SALUD CRONICOS

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ENFERMEDAD CRONICA	CONTROLES											
			1°	2°	3°	4°	5°							

CROQUIS DEL BARRIO TURUPAMBA



ENTREVISTA CON LA PRESIDENTA DEL BARRIO TURUPAMBA SECTOR II



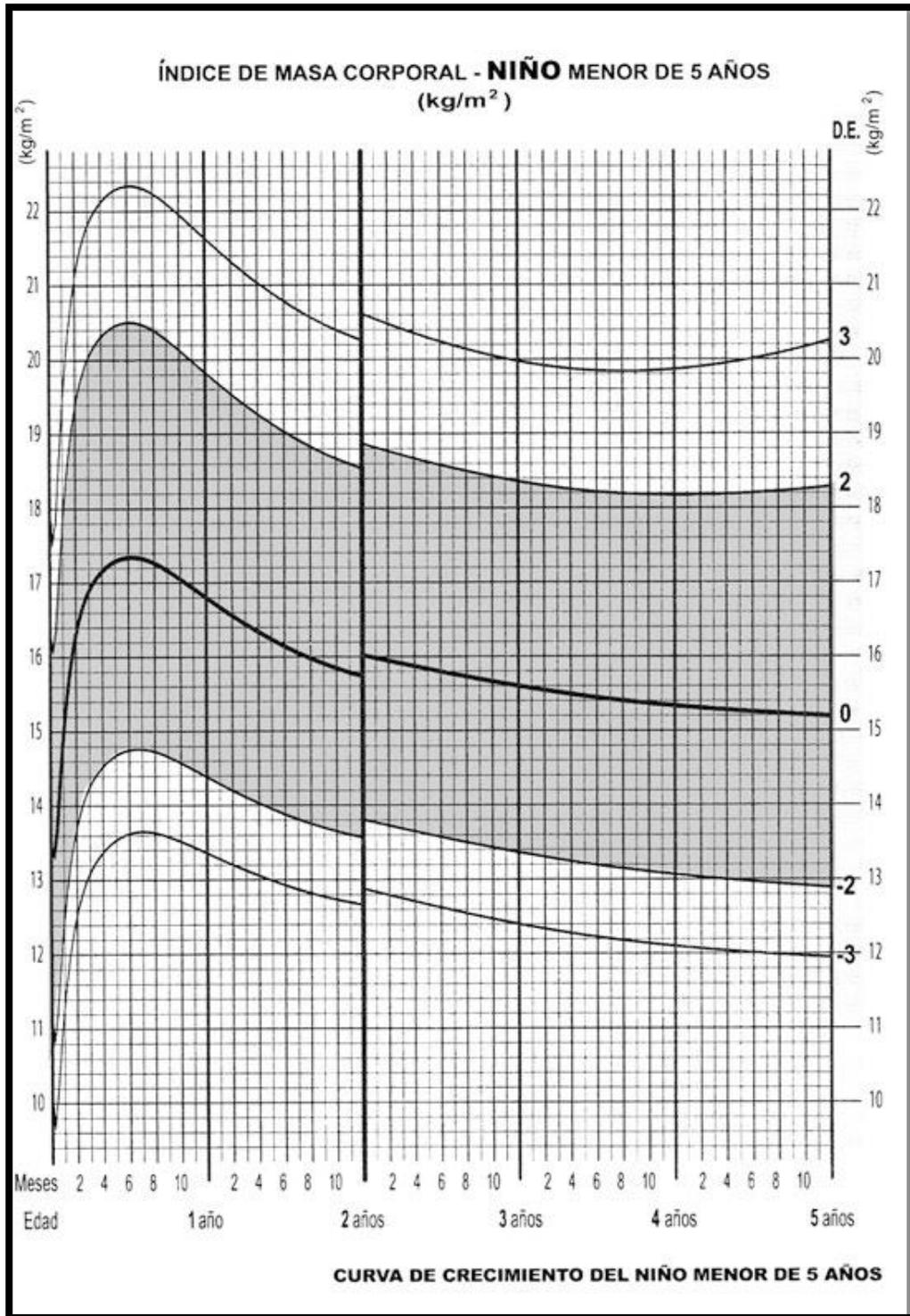
RECONOCIMIENTO DEL BARRIO TURUPAMBA SECTOR II



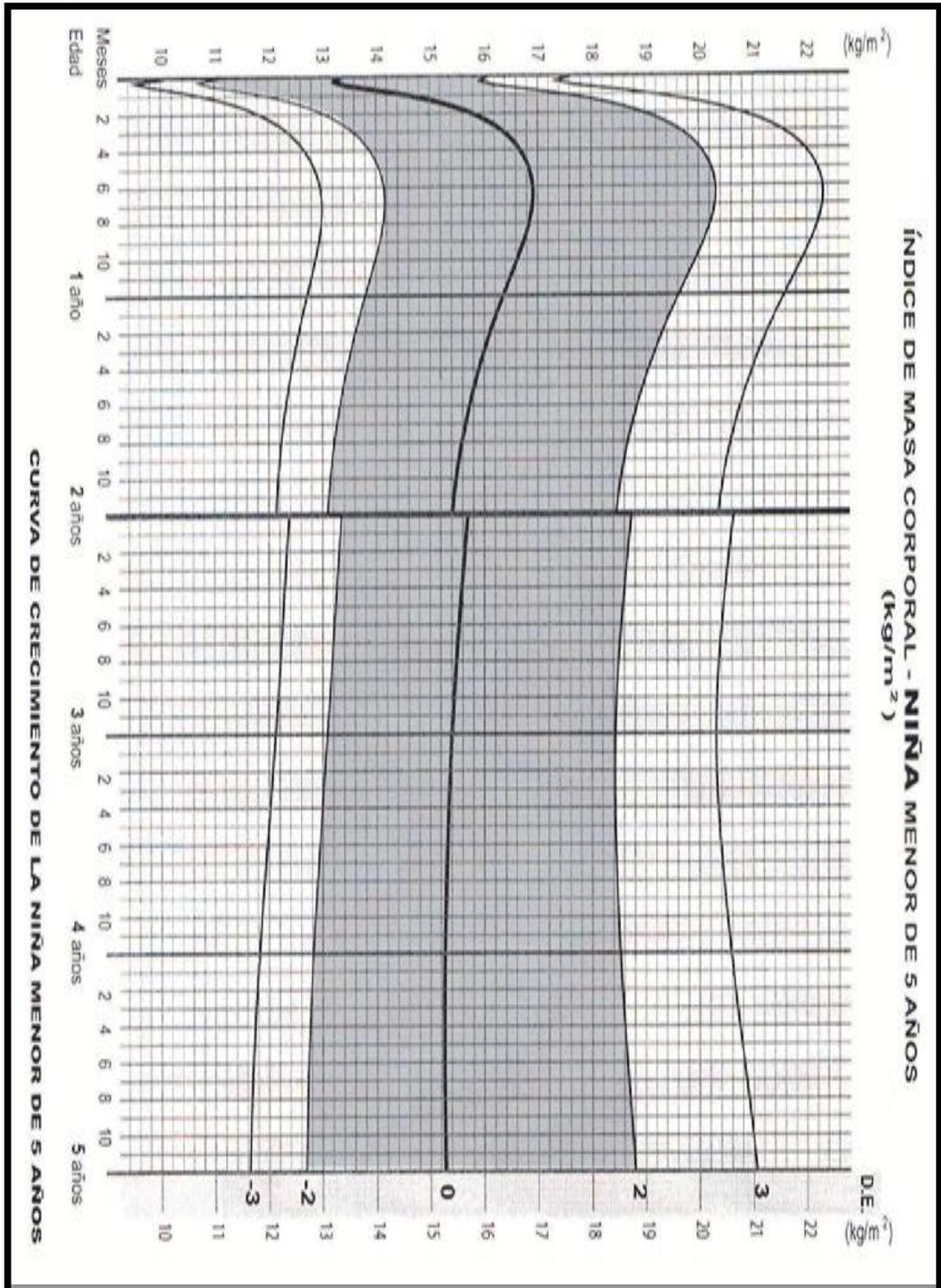
ENTREVISTA CON LOS MORADORES DEL BARRIO TURUPAMBA SECTOR II



ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN NIÑO MENORES DE 5 AÑOS



INDICE DE MASA CORPORAL EN NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS



INSTRUMENTO DE INDICE DE MASA CORPORAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

		Peso [Kilograms]																		
		45	48	50	53	55	58	60	63	65	68	70	73	75	78	80	82.5	85	87.5	90
Altura [Centimeters]	145.0	21.4	22.6	23.8	25.0	26.2	27.3	28.5	29.7	30.9	32.1	33.3	34.5	35.7	36.9	38.0	39.2	40.4	41.6	42.8
	147.5	20.7	21.8	23.0	24.1	25.3	26.4	27.6	28.7	29.9	31.0	32.2	33.3	34.5	35.6	36.8	37.9	39.1	40.2	41.4
	150.0	20.0	21.1	22.2	23.3	24.4	25.6	26.7	27.8	28.9	30.0	31.1	32.2	33.3	34.4	35.6	36.7	37.8	38.9	40.0
	152.5	19.3	20.4	21.5	22.6	23.6	24.7	25.8	26.9	27.9	29.0	30.1	31.2	32.2	33.3	34.4	35.5	36.5	37.6	38.7
	155.0	18.7	19.8	20.8	21.9	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	28.1	29.1	30.2	31.2	32.3	33.3	34.3	35.4	36.4	37.5
	157.5	18.1	19.1	20.2	21.2	22.2	23.2	24.2	25.2	26.2	27.2	28.2	29.2	30.2	31.2	32.2	33.3	34.3	35.3	36.3
	160.0	17.6	18.6	19.6	20.6	21.6	22.6	23.6	24.6	25.6	26.6	27.6	28.6	29.6	30.6	31.6	32.6	33.6	34.6	35.6
	162.5	17.0	18.0	18.9	19.9	20.8	21.8	22.7	23.7	24.6	25.6	26.5	27.5	28.4	29.3	30.3	31.2	32.2	33.1	34.1
	165.0	16.5	17.4	18.4	19.3	20.2	21.1	22.0	23.0	23.9	24.8	25.7	26.6	27.5	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1	33.1
	167.5	16.0	16.9	17.8	18.7	19.6	20.5	21.4	22.3	23.2	24.1	24.9	25.8	26.7	27.6	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1
	170.0	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	23.4	24.2	25.1	26.0	26.8	27.7	28.5	29.4	30.3	31.1
	172.5	15.1	16.0	16.8	17.6	18.5	19.3	20.2	21.0	21.8	22.7	23.5	24.4	25.2	26.0	26.9	27.7	28.6	29.4	30.2
	175.0	14.7	15.5	16.3	17.1	18.0	18.8	19.6	20.4	21.2	22.0	22.9	23.7	24.5	25.3	26.1	26.9	27.8	28.6	29.4
	177.5	14.3	15.1	15.9	16.7	17.5	18.3	19.0	19.8	20.6	21.4	22.2	23.0	23.8	24.6	25.4	26.2	27.0	27.8	28.6
	180.0	13.9	14.7	15.4	16.2	17.0	17.7	18.5	19.3	20.1	20.8	21.6	22.4	23.1	23.9	24.7	25.5	26.2	27.0	27.8
	182.5	13.5	14.3	15.0	15.8	16.5	17.3	18.0	18.8	19.5	20.3	21.0	21.8	22.5	23.3	24.0	24.8	25.5	26.3	27.0
	185.0	13.1	13.9	14.6	15.3	16.1	16.8	17.5	18.3	19.0	19.7	20.5	21.2	21.9	22.6	23.4	24.1	24.8	25.6	26.3
187.5	12.8	13.5	14.2	14.9	15.6	16.4	17.1	17.8	18.5	19.2	19.9	20.6	21.3	22.0	22.8	23.5	24.2	24.9	25.6	
190.0	12.5	13.2	13.9	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.0	18.7	19.4	20.1	20.8	21.5	22.2	22.9	23.6	24.2	24.9	

<http://www.freebmiccalculator.net>

Infrapeso
 Normal
 Sobrepeso
 Obeso

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLEN)

E	1	20/200
F P	2	20/100
T O Z	3	20/70
L P E D	4	20/50
P E C F D	5	20/40
E D F C Z P	6	20/30
F E L O P Z D	7	20/25
D E F P O T E C	8	20/20
L E F O D F C T	9	
F D P L T C E O	10	
P E Z O L C F T D	11	

TABLA DE FECHA PROBABLE DE PARTO

ENERO																																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31										
OCTUBRE																															NOVIEMBRE									
FEBRERO																																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28													
NOVIEMBRE																															DICIEMBRE									
MARZO																																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31										
DICIEMBRE																															ENERO									
ABRIL																																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30											
ENERO																															FEBRERO									
MAYO																																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31										
FEBRERO																															MARZO									
JUNIO																																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30											
MARZO																															ABRIL									
JULIO																																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31										
ABRIL																															MAYO									
AGOSTO																																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31										
MAYO																															JUNIO									
SEPTIEMBRE																																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30											
JUNIO																															JULIO									
OCTUBRE																																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31										
JULIO																															AGOSTO									
NOVIEMBRE																																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30											
AGOSTO																															SEPTIEMBRE									
DICIEMBRE																																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31										
SEPTIEMBRE																															OCTUBRE									

ÍNDICE

	Pág.
Portada.....	I
Certificación.....	II
Autoría.....	III
Carta de autorización.....	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice.....	VII
Tema.....	1
Resumen, Abstract Sumary.....	3
Introducción.....	6
Revisión de Literatura.....	9
Materiales y Métodos.....	44
Análisis e Interpretación de Resultados.....	47
Perfil epidemiológico.....	71
Apartado.....	73
Discusión.....	75
Conclusiones.....	81
Recomendaciones.....	84
Bibliografía.....	86
Anexos.....	90
Índice.....	105

