

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



TÍTULO:

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE
SALUD DEL BARRIO MOTUPE
BAJO SECTOR V,
SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”**

Tesis previa a la obtención del
Título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

Srta. Johana Karina Cuenca Cuenca

DIRECTORA :

Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

Loja - Ecuador

2013

CERTIFICACIÓN

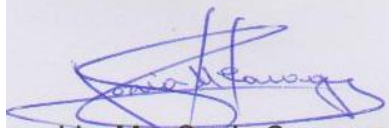
Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

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 MOTUPE BAJO SECTOR V, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**, de autoría de la egresada de la Carrera de Enfermería Johana Karina Cuenca Cuenca, previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, ha sido desarrollado, corregido y orientado bajo mi estricta dirección y una vez que se enmarca dentro de las exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, disertación y defensa.

Loja, Enero de 2014



Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga
Directora de tesis

AUTORÍA

Yo, Johana Karina Cuenca Cuenca, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo 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 acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Johana Karina Cuenca Cuenca

Firma: 

Cédula: 1104620552

Fecha: Loja, Enero de 2014

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

Yo, Johana Karina Cuenca Cuenca, declaro ser autora, de la tesis titulada: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO MOTUPE BAJO SECTOR V, 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, al mes de Enero del dos mil catorce. Firma la autora.

Firma: 

Autora: Johana Karina Cuenca Cuenca

Cédula: 1104620552

Dirección: Cdla. Las Pitas calles Primicias y Clarín

Correo Electrónico: wwwjokas77@hotmail.com

Celular: 0993709547

Datos complementarios:

Directora de tesis: Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

Tribunal de tesis: Lic. Mg. Beatriz Cobos Morales
Lic. Mg. Rosario Carrión Valdez
Lic. Mg. Patricia Chávez Poma

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo principalmente a Dios, por darme la vida y fortaleza para permitirme llegar a este momento tan anhelado. A mis queridos padres por ser el pilar más importante, por demostrarme siempre apoyo, cariño, comprensión y estar ahí cuando más los necesité. A mis hermanos/as que formar parte de los seres más importantes en mi vida, que a pesar de la distancia siempre recuerdo momentos que vivimos juntos.

A mis amigas con las cuales he compartido felices y amargos momentos en nuestra vida universitaria y a mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional.

Johana Karina Cuenca Cuenca

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por haberme permitido llegar a culminar esta etapa muy importante de mi vida y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, por apoyarme en todo momento, por sus consejos que me han llevado por el camino correcto, por su paciencia y motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. A mis hermanos/as y a mi novio que son los seres más maravillosos que tengo gracias por estar siempre a mi lado.

Pongo en consideración mi más sincero agradecimiento a mi directora de tesis Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga, quien con sus sabios conocimientos y dedicación contribuyeron para culminar este trabajo investigativo. Sin dejar pasar por alto también un claro agradecimiento a la comunidad de Motupe Bajo, quienes aportaron para la realización del presente trabajo.

Johana Karína Cuenca Cuenca

1. TÍTULO

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO
MOTUPE BAJO SECTOR V,
SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**

2. RESUMEN

El presente estudio titulado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO MOTUPE BAJO SECTOR V, 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 DE 2013**, pretende contribuir con el desarrollo social de la localidad, aportando datos estadísticos; los mismos que permitirán a los Equipos 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.

Entre los datos más relevantes sobresalen indicadores como prevalencia de sexo femenino, nivel de educación básico, se localizó a nueve analfabetos, la población económicamente activa son albañiles, en escolares y adolescentes se aprecia casos de sobrepeso y todos estudian, el método de planificación familiar más utilizado por las mujeres en edad fértil el método y con respecto al perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas sobresale la HTA, se identificó dos personas con discapacidad de tipo visual e intelectual.

Palabras Clave: Diagnóstico comunitario de salud, Perfil Epidemiológico.

ABSTRACT

The present titled study "DIAGNOSTIC COMMUNITY OF HEALTH OF THE NEIGHBORHOOD MOTUPE LOW SECTOR V, SEPTEMBER-DECEMBER OF 2013", it is framed in the macro-project INFIRMARY IN THE PARTICIPATION OF THE PATTERN OF INTEGRAL ATTENTION OF HEALTH MAIS UNIVERSITY HOSPITAL DE MOTUPE SEPTEMBER DECEMBER OF 2013, it seeks to contribute with the social development of the town, contributing statistical data; the same ones that will allow to the Teams of Health of the University Hospital of Motupe, to elaborate strategies for the maintenance and improvement of the health of people, families and communities, from a focus biopsicosocial, multidisciplinary and intercultural.

The study was of Descriptive type, he/she makes emphasis in the analysis and interpretation of the facts; the methodology leaned on in strategies settled down in the Pattern of Integral Attention of Health, such as: It visits Domiciliary to apply the Family Record and it guides of interview that it allowed to complete the information for the base line, where high-priority problems were identified to take technical decisions and appropriate politicians to the local reality looking for to optimize the institutional answers and to propitiate the community participation in the improvement of the conditions of health.

Among the most outstanding data indicators stand out as prevalencia of feminine sex, basic education level, was located nine illiterates, the economically active population is bricklayers, in school and adolescents are appreciated cases of overweight and all study, for the family planning in women in fertile age the method of the rhythm is the most used one and with regard to the epidemic profile of the chronic illnesses the HTA stands out, it was identified two people with discapacidad of visual type and intellectual.

Words Key: Diagnostic community of health, Epidemic Profile.

3. 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 de la comunidad.¹

Por ende la salud, es un 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 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.

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

Como base de su participación en salud la academia enmarca sus actividades orientándolas a las Estrategias de Atención Primaria de Salud 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 resolutive 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 – E AIS (Equipos de Atención Integral de Salud) formular propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de las familias e individuos del **Barrio Motupe Bajo Sector V**.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. 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

4.1.1. 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.

² Ibid., 172

- ④ Fortalecer la organización territorial de los establecimientos de Salud en Red Pública integral y aplicación de la oferta estructurando redes zonales y distritales conforme a la nueva estructura desconcertada de gestión del sector social y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención.
- ④ Fortalecer la calidad de atención con talento humano capacitado, garantizando el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y gestión.
- ④ Impulsar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.
- ④ Fortalecer la vigilancia epidemiológica y la incorporación de experiencias innovadoras y eficaces.
- ④ Fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permita intervenir sobre los determinantes de salud.³

4.1.2. 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:

- ④ Levantamiento de información de actores individuales y colectivos con su representatividad y finalidad.

³ Ibid., 56-57.

- ② Clasificar los actores por las acciones y los objetivos de su participación.
- ② Identificar funciones y roles de cada actor.
- ② Análisis de actores: relaciones predominantes, jerarquización del poder.
- ② Relaciones sociales de los actores.

4.1.3. 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.

4.1.3.1. 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, 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.

- **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.

- **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.

- **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.
- ✓ 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

4.1.4. MAPEO DEL SECTOR

4.1.4.1. 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.

⁴ Ibid., 188-190

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 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.

4.1.5. 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 herramientas metodológicas para:

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

4.2. 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, económicos, 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 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, 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. 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

4.3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

En la actualidad, nuestro país tiene un territorio de 283 560 km², cuenta con 14.306.876 habitantes 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; 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 etéreos 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

⁵ Carcavallo RU, Martínez A (1985). Biología, ecología, distribución geográfica de los triatomíneos 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.

⁶ Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^a Edición, Septiembre 2012

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

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

4.3.1. 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 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

4.4. 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 docentes

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

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

4.4.1. 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

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

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

4.4.2. 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.

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.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. 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

4.5. 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.

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

También se consideran ocupadas a las personas que realizan actividades en el hogar por un ingreso, aunque 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 luego agricultores o jornaleros con el 13%.¹⁵

“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 profesionales dedicados a la enseñanza (17%), el (30%) de la población económicamente activa (PEA) está ubicado en actividades tales como construcción, administración pública, industrias manufactureras, transporte y comunicaciones”.¹⁶

4.6. FACTORES DE RIESGO

Características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya existencia en los individuos o familias incrementa la probabilidad de presentar daños en salud. El MSP ha clasificado los factores de riesgo en grupos y componentes que son los siguientes:

4.6.1. 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.

¹⁴ INEC. Glosario de Términos. Recuperado de http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_content&article&id=8&Itemid=57&lang=es Consultado: 09-12-2013

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

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

- **Personas con mal nutrición:** La malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y otros nutrientes. En el Ecuador, según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), 14 de cada 100 niños tienen problemas de obesidad y sobrepeso, además entre 2007 y 2010 el porcentaje de desnutrición bajó de 27% a 23,2%.
- **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%.¹⁷

4.6.2. 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.¹⁸
- **Mala eliminación de desechos líquidos:** Un niño muere cada 20 segundos en el mundo por falta de higiene según informes de la ONU, 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.

¹⁷ Distribución 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

¹⁸ Importancia del Agua potable, Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/AguapotableysaneamientoenEcuador10/12/13>

- **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, 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 las mascotas.

4.6.3. 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).¹⁹
- **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.²⁰

¹⁹ Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423%-relacion-ano-anterior.html>
Consultado: 10/12/13, 9:25

²⁰ Analfabetismo en Ecuador, Disponible <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo.html>
Consultado:10/12/13, 9:45

- **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 2012.²¹
- **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 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.

²¹ Adolescencia en el Ecuador. [Base en línea]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3Adesempleo-urbano-en-ecuador-seubica-en46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es 10/12/13, 8:45

- **Malas condiciones de la vivienda:** El problema de las condiciones de la vivienda constituye uno de los problemas sociales más sensibles y complejos. 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, no tienen habitaciones suficientes para el total de personas.²²

4.7. 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 como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, fumar, beber alcohol entre otros, sin embargo hay factores de riesgo no modificables como la edad, sexo, etnia, herencia, autoinmunidad que pueden agravar la condición.²³

²² Definición del Hacinamiento, Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx>
Consultado: 10/12/2013

²³ Centro 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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos:

- Ⓢ Accidentes Cerebrovasculares
- Ⓢ Enfermedades Respiratorias Crónicas
- Ⓢ Obesidad
- Ⓢ Diabetes
- Ⓢ Trastornos Neuropsiquiátricos
- Ⓢ Discapacidad Visual y Auditivas
- Ⓢ Enfermedades Osteoarticulares
- Ⓢ Enfermedad Renal

4.8. ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

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.²⁴

4.9. 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 discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.²⁵

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

²⁴ PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. Consultado: 09-12-2013

²⁵ Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec> Consultado: 09-12-2013.

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”,²⁶ 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:** 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, misma que se acumula y resulta tóxica para el sistema nervioso central, ocasionando daño cerebral, ambos padres son portadores y el riesgo de recurrencia de la enfermedad es de un 25%.

- Ⓢ **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.

²⁶ Programa 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

- Ⓢ **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.²⁷

4.10. 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. 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.²⁸

²⁷ Tamizaje, 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.

²⁸ Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo N.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#ixzz2ly1YIYuZ>.

4.11. 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.²⁹

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.³⁰

²⁹ 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> Consultado:09-12-2013

³⁰ Hasta que edad es importante alimentar al bebe solamente con leche materna Disponible en <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html> Consultado:09-12-2013

4.12. 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.³¹

4.13. ESCOLARES Y ADOLESCENTES

4.13.1. 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.

³¹ Pediatría control del niño sano disponible en: <http://pediatria.org/?p=> consultado el 12/12/ 2013

4.13.2. 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.

En comparación con los adultos, los niños y adolescentes necesitan de una cantidad extra de energía y de otros nutrientes para cubrir las demandas de crecimiento mismo que se caracteriza por ser lento y uniforme.

4.13.3. Valoración del Estado Nutricional por el Índice de Masa Corporal

El índice de masa corporal (IMC) 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.

4.13.4. 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 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, puede afectar a cualquier grupo de edad.

4.13.5. 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: 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.³²

4.14. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

4.14.1. 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.³³El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos.

4.14.2. 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

³² Agudeza Visual. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/> Citado el: 10/12/2013

³³ Atención Primaria de Salud. [Base en línea]. Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_/HLTHES/APS/HTM#TOPOFPAGE. Consultado: 05/12/2013

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 África. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado 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 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.³⁴

4.14.3. 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).

³⁴ OMS. (2013). *Planificación Familiar* Nota descriptiva N°351. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/es/> Consultado:09-12-2013

c) Métodos Hormonales: Actualmente 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.
- Ⓜ Implantes subdérmicos.
- Ⓜ Parche Anticonceptivo.

4.15. 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”.³⁵

³⁵ GARRIDO, H., YUNGA E. (2010). *Incidencia del Cáncer en Loja: Estudio de una Década*. Loja Sociedad de Lucha Contra el Cáncer-SOLCA Consultado:09-12-2013

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio titulado “DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO MOTUPE BAJO SECTOR V, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”, como parte del macro-proyecto “ENFERMERÍA EN LA PARTICIPACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD – MAIS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2013”.

TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es un estudio de tipo descriptivo, 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

El Barrio Motupe Bajo Sector V, se encuentra ubicado a 7km del Hospital Universitario de Motupe, fue creado aproximadamente en el año 1873.

Limitándose **Al norte:** Quebrada de las Lágrimas, parte de San Francisco y Zalapa Bajo; **Al sur:** Pucacocha; **Al este:** San Vicente y Sauces Norte; **Al Oeste:** Motupe Alto.

UNIVERSO

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

MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 50 familias que habitan en la Barrio Motupe Bajo Sector V.

TÉCNICAS E INSTRUMENTO

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

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 existente, se elaboró el croquis y posteriormente el proceso de sectorización e identificación de las familias en riesgo. Para su presentación se utilizó el programa AutoCAD 2012.

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TOTAL DE CASAS Y FICHAS FAMILIARES APLICADAS EN “MOTUPE BAJO SECTOR V”

INDICADORES	f	%
Familias que colaboran	50	72,46
Casas no habitadas	15	21,74
Casas fallidas	4	5,80
TOTAL	69	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Motupe Bajo Sector V”

ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

ANÁLISIS

La presente tabla refleja que el **72,46%** de las familias del barrio colaboraron al momento de aplicar la entrevista, seguido de un **21,74%** que corresponde a las casas que no se encuentran habitadas y el **5,80%** representa las casas fallidas, cabe recalcar que por varias ocasiones se las frecuento con la finalidad de obtener la información, pero no se obtuvo un resultado favorable.

TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR V”

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	2	1,01	0	0,00	2	1,01
1-4 años	6	3,03	5	2,53	11	5,56
5-9 años	10	5,05	11	5,56	21	10,61
10-19 años	24	2,12	25	12,63	49	24,75
20-64 años	42	1,21	52	26,26	94	47,47
65 años y más	8	4,04	13	6,57	21	10,61
TOTAL POBLACIÓN	92	46,46	106	53,54	198	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Motupe Bajo Sector V”

ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

NOTA: grupos etáreos según el MSP

ANÁLISIS

En el Barrio “Motupe Bajo Sector V”, el **53,54%** corresponde al sexo femenino y el **46,46%** al sexo masculino, existiendo una relativa supremacía de las mujeres ante los hombres, con respecto a los grupos etáreos la mayor parte del grupo investigado oscila entre 20 y 64 años de edad lo que representa el **47,47%** que es una población económicamente activa, seguido de los adolescentes de 10 a 19 años con el **24,75%**.

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR V”, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	f	%
Analfabetos	9	4,55
Sin Escolaridad	11	5,56
Pre-básica	2	1,01
Básica	84	42,42
Bachillerato	70	35,35
Superior	20	10,10
Especialidad	2	1,01
TOTAL	198	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio "Motupe Bajo Sector V"

ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

NOTA: la población de la categoría "Sin escolaridad" corresponde a niños menores de 3 años

ANÁLISIS

El nivel de escolaridad que prevalece en los moradores del barrio es el básico con el **42,42%** dentro de esta cifra se encuentran incluidos niños en edad escolar y adultos, seguida de bachillerato con un **35,35%**.

Además se encontró a 9 analfabetos que representan un **4,55%** que lo conforman los adultos mayores.

TABLA N° 4

**RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO
“MOTUPE BAJO SECTOR V”**

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Personas con mala nutrición	5	2,53	193	97,47	198	100
Personas con discapacidad	2	1,01	196	98,99	198	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Motupe Bajo Sector V”

ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

NOTA: se eliminan las categorías “Personas con vacunación incompleta, enfermedad de impacto, problemas mentales y embarazadas con problemas”, por no existir casos.

ANÁLISIS

En lo que concierne a los riesgos biológicos del total de la población de este barrio el **97,47%** cuentan con un estado nutricional adecuado, de esta manera el individuo se protege de diversas enfermedades originadas por una deficiente alimentación, mientras que el valor restante lo representan las personas que tienen una mala alimentación.

Por otra parte el **98,99%** de los moradores no presentan discapacidades, sin embargo se encontró a dos personas con discapacidad de tipo visual e intelectual.

TABLA N° 5

RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DE “MOTUPE BAJO SECTOR V”

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de agua insegura	7	14	43	86	50	100
Mala eliminación de basuras y excretas	7	14	43	86	50	100
Mala eliminación de desechos líquidos	6	12	44	88	50	100
Animales Intradomiciliarios	13	26	37	74	50	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Motupe Bajo Sector V”

ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

NOTA: se elimina la categoría “Impacto ecológico por industrias”, por no existir casos

ANÁLISIS

El **86%** de las familias acceden al servicio de agua potable, sin embargo aún existen familias que se abastecen de agua entubada. Con la misma cifra se encuentran las familias que realizan una adecuada eliminación de basura y excretas, por su parte las familias que no cuentan con el servicio de recolección de basura y alcantarillado utilizan la basura orgánica como abono, la inorgánica la queman, entierran o recolectan para sacarla al lugar más cercano donde pasa el recolector, para la eliminación de excretas cuentan con letrinas, representando un riesgo para la salud, si los desechos humanos no se disponen sanitariamente.

Mientras que el **88%** de las familias eliminan adecuadamente los desechos líquidos, pero es primordial la colocación de alcantarillado para todas las familias del barrio.

Del total de familias el **74%** que conviven con animales domésticos no presenta riesgos, el 26% de familias tienen animales intradomiciliarios especialmente perros y gatos encontrándose propensos a adquirir enfermedades transmitidas por estos.

TABLA N° 6

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DE “MOTUPE BAJO SECTOR V”

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Pobreza	16	32	34	68	50	100
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	17	34	33	66	50	100
Analfabetismo del padre y la madre	7	14	43	86	50	100
Desestructuración familiar	9	18	41	82	50	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	8	16	42	84	50	100
Malas condiciones de la vivienda	16	32	34	68	50	100
Hacinamiento	6	12	44	88	50	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio "Motupe Bajo Sector V"
 ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

ANÁLISIS

El **68%** de las familias cuentan con ingresos económicos aceptables reflejándose en las condiciones de sus viviendas, con el **88%** no se evidencia hacinamiento, el **66%** corresponde a las familias que cuentan con un trabajo estable en varios de los casos autónomos, pero existen jefes de familia que no cuentan con un trabajo fijo y si lo consiguen no son bien remunerados, repercutiendo en la economía del hogar, mismo que se asocia con la pobreza, malas condiciones de las viviendas y hacinamiento.

Por otra parte el **86%** de las familias han cursado la primaria, mientras que en siete familias existen personas analfabetas en algunos casos ambos jefes de familia, con un **82%** las familias se encuentran consolidadas, no exhiben algún tipo de violencia o alcoholismo proporcionando un **84%**, sin embargo algunas familias presentan desestructuración familiar causada por violencia generada principalmente por el alcoholismo.

TABLA N° 7

OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR V”

OCUPACIÓN	f	%
Estudiante	77	38,89
Quehaceres domésticos	48	24,24
Sin ocupación	13	6,57
Albañil	11	5,56
Chofer	10	5,05
Comerciante	8	4,04
Empleado Privado	7	3,54
Agricultor	6	3,03
Empleado Público	5	2,53
Desempleado	5	2,53
Artesanos	5	2,53
Mecánico	3	1,52
TOTAL	198	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Motupe Bajo Sector V”

ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

NOTA: se elimina la categoría “Jubilado”, por no existir casos; la categoría “Sin ocupación” corresponde a niños menores de 5 años.

ANÁLISIS

En cuanto a la ocupación de los moradores de este barrio el **38,89%** son estudiantes es decir un grupo económicamente inactivo, seguido de quehaceres domésticos con un **24,24%**.

De acuerdo a la población económicamente activa en primer lugar están los albañiles con un **5,56%**, siendo está una de las principales fuentes de ingresos para las familias, cabe mencionar que este trabajo no es estable y tampoco es bien remunerado afectando directamente en la económica del hogar.

TABLA N° 8

LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR V”

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
HOSPITAL DE MOTUPE	140	70,71
HOSPITAL ISIDRO AYORA	24	12,12
IESS	9	4,55
OTROS	25	12,63
TOTAL DE POBLACIÓN	198	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Motupe Bajo Sector V”

ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

NOTA: se elimina la categoría “Centro N°3”, por no existir casos, la categoría “Otros” corresponde a Clínicas, Policlínicos y Médicos particulares.

ANÁLISIS

En lo que corresponde a las entidades de salud a las que acuden los habitantes de este sector se evidencia que el **70,71%**, acuden al Hospital Universitario de Motupe, beneficiándose de la gratuidad de los diferentes servicios que presta esta institución, el **12,12%** acude al Hospital Isidro Ayora para una atención más especializada, el **4,55%** refiere atención en el Hospital del IESS, mientras que un **12,63%** recurre a Clínicas, Policlínicos o Médicos particulares.

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR V”

Los niños de esta comunidad de acuerdo a su edad el **100%** accedieron a esta prueba por estar dentro de los 28 días de nacidos. El proyecto Tamizaje Metabólico Neonatal impulsado por el Ministerio de Salud Pública y la Vicepresidencia de la República tiene como objetivo evitar la discapacidad intelectual y/o muerte prematura de los infantes.³⁶

³⁶ Con pie derecho la huella del futuro: disponible en: <http://www.salud.gob.ec/47-000-recien-nacidos-se-beneficiaron-con-la-prueba-de-tamizaje-metabolico-neonatal/>

ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR V”

Luego de haber revisado los carnets de vacunación de los niños menores de 5 años que existen en este barrio se evidencia que el **100%** de estos niños han recibido las vacunas de acuerdo con el esquema propuesto por el Ministerio de Salud Pública.

LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

En lo referente al tiempo de lactancia materna tenemos que el **100%** de los niños menores de 5 años han sido alimentados con leche materna durante su primer año de vida.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida del bebé y junto con la alimentación complementaria, hasta los 2 años.³⁷

³⁷ Diseño de un manual educativo en lactancia materna dirigido a las madres de los niños que asisten a la guardería estrellitas del mañana. licto.2010-2011 Disponible: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1588/1/64T00048.pdf>

TABLA N° 9

**CONTROLES MÉDICOS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR V”**

Número de controles	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Primero	13	100	0	0,00	13	100
Segundo	12	92,31	1	7,69	13	100
Tercero	10	76,92	3	23,08	13	100
Cuarto	7	53,85	6	46,15	13	100
Quinto	4	30,77	9	69,23	13	100
Sexto	0	0,00	13	100	13	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Motupe Bajo Sector V”
ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

ANÁLISIS

La presente tabla demuestra que los niños menores de 5 años de este barrio el **100%** fueron llevados a su primer control médico, seguido del segundo control con un **92,31%**, mientras que los controles subsecuentes descienden de manera significativa, cabe mencionar que estos controles se llevan a cabo habitualmente las fechas señaladas para inmunizar a los niños.

El control de niño sano incluye todas las actividades destinadas a la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades con el fin de lograr un adecuado desarrollo y crecimiento.³⁸

³⁸ Red Salud Facultad de Medicina-Control del niño sano. Disponible en:
<http://redsalud.uc.cl/link.cgi/VidaSaludable/Glosario/C/control-nino-sano.act>. Consultado: 29/11/2013

TABLA N° 10

ESTADO NUTRICIONAL DE MENORES DE 5 AÑOS, ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR V”, EVALUADO MEDIANTE ÍNDICE DE MASA CORPORAL

GRUPO POBLACIONAL	IMC					
	NORMAL		SOBREPESO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 5 años	13	100	0	0,00	13	100
Escolares y Adolescentes	68	97,14	2	2,86	70	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Motupe Bajo Sector V”

ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

NOTA: se eliminan las categorías “Desnutrición leve, moderada, grave y obesidad” por no existir casos.

ANÁLISIS

El estado nutricional fue calculado mediante el IMC, el que reflejó que el **100%** de los niños menores de 5 años mantienen un estado nutricional normal ubicándose dentro del rango de (12,9 a 18,5 kg).

En lo que concierne a escolares y adolescentes el **97,14%** mantiene un estado nutricional normal de (18,5 a 24,99 kg) y el 2,86% corresponde a los que presentan sobrepeso.

ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR V”

La inmunización con la vacuna DT en escolares y adolescentes cubre el **100%**. Las vacunas en escolares y adolescentes son muy importantes, pues en algún momento están expuestos a epidemias y si ellos no han recibido las vacunas estarán en riesgo de enfermar.³⁹

³⁹ Atención Primaria en Salud, riesgo de la falta de Inmunización. Disponible en:
http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH04.HTML Consultado 28-11-2013

TABLA N° 11

**AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO
“MOTUPE BAJO SECTOR V”**

AGUDEZA VISUAL	f	%
Normal	69	98,57
Con problemas	1	1,43
TOTAL	70	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector V

ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

ANÁLISIS

Para medir la agudeza visual en los escolares y adolescentes de este barrio se utilizó la cartilla de Snellen determinando que el **98,57%** no presenta problemas visuales tienen agudeza visual normal, mientras que el **1,43%** presenta dificultad visual.

Los problemas visuales actúan directamente en el desempeño escolar, se estima que el 80% del aprendizaje de un niño ocurre a través de sus ojos.⁴⁰

⁴⁰ Revista médica; "Examen de Agudeza visual; publicado el 02/07/2013; Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003396.htm>; Consultado: 27/11/2013

TABLA N° 12

MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA

MÉTODO	f	%
Método del Ritmo	18	54,55
T de Cobre	10	30,30
Esterilización Tubárica	1	3,03
Inyectable	1	3,03
Implantes	1	3,03
Orales	1	3,03
Método de barrera	1	3,03
TOTAL	33	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio "Motupe Bajo Sector V"
ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

ANÁLISIS

La presente tabla refleja que el 100% de las mujeres con vida sexual activa de este sector, utilizan algún método de regulación de la fecundidad, el **54,55%** utiliza en método del ritmo, el **30,30%** planifican con la T de cobre y el **3,03%** representan a otros métodos de planificación como: esterilización tubárica, inyectables, implantes, orales y método de barrera.

La planificación familiar permite decidir a las parejas el número de hijos que desean tener de acuerdo a las condiciones económicas con las que cuentan, así como determinar el intervalo entre cada embarazo.

TABLA N° 13

DOSIS DE VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR V”

Número de dosis recibidas	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Primera	69	100	0	0,00	69	100
Segunda	30	43,48	39	56,52	69	100
Tercera	17	24,64	52	75,36	69	100
Cuarta	4	5,80	65	94,20	69	100
Quinta	0	0,00	69	100	69	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Motupe Bajo Sector V”

ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

NOTA: se elimina la categoría “Refuerzos cada 10 años” por no existir casos.

ANÁLISIS

De acuerdo a las mujeres en edad fértil de este sector el **100%** ha recibido la primera dosis de vacuna dT, mientras que las siguientes dosis aplicadas descenden de manera altamente significativa, toda mujer en edad fértil debe estar inmunizada contra las enfermedades más comunes que pueden suponer un riesgo durante futuros embarazos, al encontrarse inmunizada la embarazada pasa anticuerpos al bebé a través del cordón umbilical, otorgándole inmunidad pasiva contra el tétanos neonatal.

TABLA N° 14

REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR V”

PAPANICOLAOU	f	%
SI	18	54,55
NO	15	45,45
TOTAL	33	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Motupe Bajo Sector V”

ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

ANÁLISIS

En las mujeres con vida sexual activa el **54,55%** se han realizado el examen de Papanicolaou, que consiste en un estudio de las células del cuello uterino que permite determinar la presencia de infecciones, inflamación o cambios malignos que pueden originar cáncer del cuello uterino, la mayoría de cánceres pueden detectarse temprano y ser tratados.

Mientras que el **45,45%** no se ha realizado mencionada prueba, las causas para no realizárselo son: el miedo, recelo o temor debido a que creen que este examen es doloroso, restándole la importancia que este tiene.

TABLA N° 15

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS,
DEGENERATIVAS, DE IMPACTO Y DISCAPACIDADES DEL
BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR V”**

ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES	f	%
Enfermedades Crónicas	5	2,53
Discapacidades	2	1,01
Ninguna	191	96,46
TOTAL	198	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Motupe Bajo Sector V”

ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

NOTA: se eliminan las categorías “Personas con enfermedad de impacto y degenerativas”, por no existir casos.

ANÁLISIS

En la presente tabla se evidencia que el **96,46%** de la población no presenta ninguna enfermedad, el **2,53%** padecen algún tipo de enfermedad crónica definida por la OMS como enfermedades de larga duración y generalmente de progresión lenta,⁴¹ en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo.

Dentro de las enfermedades crónicas encontradas en esta comunidad tenemos: hipertensión arterial y fiebre reumática. Además el **1,01%** corresponde a dos personas que presentan discapacidad de tipo visual e intelectual.

⁴¹ Enfermedades Crónicas No Transmisibles Disponible en: <http://www.who.int/es/> Fecha de consulta: 07/12/2013

6.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DISCAPACIDADES

TABLA N° 16

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR V”

PATOLOGÍAS	menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 y más años		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
HTA	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,01	2	1,01	4	2,02
Fiebre reumática	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,51	1	0,51
Ninguno	2	1,01	11	5,56	21	10,61	49	24,7	92	46,46	18	9,09	193	97,47
TOTAL	2	1,01	11	5,56	21	10,61	49	24,7	94	47,47	21	10,61	198	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Motupe Bajo Sector V”

ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

ANÁLISIS

La presente tabla revela que el **97,47%** de los habitantes de este sector no presentan ninguna enfermedad, en primer lugar se encuentra la Hipertensión Arterial con el **2,02%**. La OMS considera a la hipertensión como la primera causa de muerte a nivel mundial, es una condición tratable y puede prevenirse mediante cambios en el estilo de vida, sobre todo a través de la reducción del consumo de sal y la realización de ejercicio físico.⁴²

El **0,51%** corresponde a la persona que presenta fiebre reumática, que se caracteriza por la presencia de lesiones que afectan al corazón, sistema nervioso central, articulaciones, piel y tejido celular subcutáneo.

⁴² Hipertensión arterial Disponible en: <http://www.paho.org/hipertension/> Fecha de consulta:04/12/2013

TABLA N° 17

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS DISCAPACIDADES DEL BARRIO
“MOTUPE BAJO SECTOR V”**

Discapacidades	menor de 1 año		1 – 4 años		5 – 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 y más años		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
D. Intelectual	-	-	-	-	-	-	1	0,51	-	-	-	-	1	0,51
D. Visual	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,51	-	-	1	0,51
Ninguno	2	1,01	11	5,56	21	10,6	48	24,24	93	46,97	21	10,6	196	98,99
TOTAL	2	1,01	11	5,56	21	10,6	49	24,75	94	47,47	21	10,6	198	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “Motupe Bajo Sector V”

ELABORADO POR: Johana K. Cuenca Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

ANÁLISIS

La presente tabla refleja que el **98,99%** de los habitantes de este sector no presentan discapacidades, el **0,51%** representa a las personas con discapacidad de tipo visual e intelectual.

Con la finalidad de atender las necesidades de todas las personas con discapacidad nacen dos históricas misiones solidarias: “Manuela Espejo” que se encarga de estudiar y registrar las personas con discapacidad a nivel nacional y “Joaquín Gallegos Lara” para cuidar a los ecuatorianos más vulnerables,⁴³ otorgándoles un bono económico como una retribución mensual para el familiar o responsable de los cuidados de las personas que tienen discapacidades.

⁴³ CONADIS, Disponible en: <http://www.discapacidadesecuador.org> Fecha de consulta: 07/12/2013

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:

- ✓ Determinación del estado nutricional calculado a través del índice de masa corporal.
- ✓ Control de presión arterial a la población mayor de 45 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 durante los 6 primeros meses de vida y la importancia de los controles médicos, vacunación y la adecuada alimentación a los niños menores de 5 años.
- ✓ Información a las familias sobre los riesgos que implica el tener animales dentro del domicilio.
- ✓ Brindar información a las mujeres con vida sexual activa sobre la importancia de la realización del Papanicolaou.

7. 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.⁴⁴

En la población de Motupe Bajo Sector V, se determinó que el sexo predominante es el femenino con (53,54%), prevaleciendo la población de 20 a 64 años de edad con (47,47%), lo que se relaciona con los resultados del INEC de 2010, señala que la edad promedio de un ecuatoriano 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 femenina representa el 50,4% de la población total.⁴⁵

El nivel de escolaridad de la mayoría de la población es el básico con (42,42%), seguido de bachillerato con un (35,35%) relacionándose con datos del INEC 2010 que señala que Ecuador es un país más educado, el promedio de los años de escolaridad en el 2001 era de 6,61 años promedio, en el 2010 tenemos 9,04 años promedio.⁴⁶ La tasa neta de asistencia a educación básica es de 92,5% y la tasa neta de asistencia a bachillerato es de 53,9%.⁴⁷

⁴⁴ Instituciones.msp.gob.ec/somossalud/.../Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

⁴⁵ Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/203162-censo-revela-que-en-el-pais-habitan-14-483-499-personas>. Fecha de consulta: 28/11/2013.

⁴⁶ Instituto Nacional de Estadística y Censos 2010 Disponible en: www.inec.gob.ec. Fecha de consulta: 28/11/2013.

⁴⁷ INEC 2010 Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.com> Fecha de consulta: 28/11/2013.

En el Barrio Motupe Bajo Sector V, se localizó a 9 analfabetos que representan un (4,55%) que corresponde a adultos mayores. A nivel de país las provincias que denotan un mayor número de analfabetos son Bolívar, Cotopaxi y Chimborazo que son aquellas que cuentan con una población indígena presentan las tasas más altas de analfabetismo superior al 13%,⁴⁸ esta afirmación se cumple en la Provincia de Loja, debido a que la mayor tasa de analfabetismo se encuentra en Saraguro, que tiene una alta tasa de población indígena.

El cuanto a los riesgos biológicos el indicador que sobresale son personas con mala nutrición con (2,53%), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), señala que entre 2007 y 2010 el porcentaje de desnutrición descendió de 27% a 23.2%, mencionados datos se relacionan con la población en estudio debido a que este valor es bajo.

En los riesgos sanitarios tenemos que el (26%) de las familias tienen animales intradomiciliarios, el mismo que se convierte en un problema de salud debido a las enfermedades que pueden ser transmitidas por el contacto directo con las mascotas, en la provincia de Azuay el porcentaje de tener animales intradomiciliarios es de 50,5% al relacionarlo con estos datos se evidencia que el porcentaje es mayor.

En cuanto a los riesgos socioeconómicos el indicador que sobresale es el desempleo o empleo informal del jefe con el (34%), según datos de Encuesta Nacional de Empleo Desempleo y Subempleo (Enemdu) señala que en Ecuador el desempleo descendió ligeramente en el primer trimestre de 2012 cuando se situó al 4,9% de la población activa, frente a los últimos meses del año 2011 cuando fue de 5,1%⁴⁹ dichos datos no se

⁴⁸ Instituto Nacional de Estadística y Censos 2010. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf Fecha de consulta: 28/11/2013.

⁴⁹ Encuesta Nacional de Empleo Desempleo y Subempleo (Enemdu) Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec. Fecha de consulta: 30/11/2013.

relacionan con los porcentajes del barrio ya que estos son superiores a los señalados. 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%, el 53,6% cuentan con alcantarillado y el 77% eliminan la basura mediante el carro recolector.⁵⁰

En este sector sobresale la población económicamente inactiva en primer lugar se encuentran los estudiantes (38,89%) y en cuanto a la población económicamente activa el (5,56%) de la población son albañiles siendo está una de las principales fuentes de ingresos para las familias, esto se relaciona con datos del INEC del año 2010 que señala que el jornalero o peón ocupa el 13% de la población que se dedica a esta actividad a Nivel Nacional.⁵¹

En cuanto a planificación familiar en América Latina, en países como Colombia, Paraguay y República Dominicana el 50% mujeres comienza a utilizar métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo. En el otro extremo, sólo el 11% de las adolescentes de Guatemala declaran 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, Salvador, Nicaragua y Perú comienzan a usar métodos anticonceptivos después de tener el primer hijo.⁵² Esta realidad es diferente a la población de estudio debido que la mayoría de las mujeres optan por métodos de regulación tradicional con el método del ritmo con un (54,55%), seguido de un (30.30%) que planifican con la T de cobre.

⁵⁰ INEC. Análisis Revista Coyuntural. Edición septiembre 2010.pág. 6

⁵¹ Población Económicamente Activa (PEA)<http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php> Fecha de consulta: 28/11/2013

⁵² Planificación Familiar Disponible en <http://www.unfpa.org.co/portal/uploadUNFPA/file/%20PLANIFICACION%20FAMILIAR.pdf> consultado: 10/12/2013

El Papanicolaou es un examen cuyo objetivo primordial es detectar de manera precoz alguna alteración en el cuello uterino, del total de mujeres con vida sexual activa el (54,55%) se ha realizado el examen del Papanicolaou y el (45,45%) no se ha realizado esta prueba y si se lo han realizado ya han transcurrido varios años, 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 el 2008 y 2011. Esta reducción de la cobertura es aún mayor en las mujeres mayores de 35 años.⁵³

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 años.⁵⁴ Mencionados datos se relacionan con los obtenidos en este sector debido a que el (2,53%) de la población presentan Hipertensión Arterial. Además se localizó a dos personas con discapacidad de tipo visual e intelectual que representan el (1,01%), en la Provincia de Loja existen 5.207 personas con algún tipo de discapacidad según el Ministerio Inclusión Económica y Social (MIES).

⁵³ 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

⁵⁴ Problemática de salud en América latina disponible en: <http://www.granotec.com/ecuador/new/20120222182759/> Consultado 10/12/13

8. CONCLUSIONES

Al término de la investigación entre los hallazgos más sobresalientes y que están en relación con el tema y los objetivos propuestos en este estudio concluyo con lo siguiente:

- ♦ En Barrio Motupe Bajo Sector V, está conformado por 50 familias con una población de 198 habitantes, predominando el sexo femenino.
- ♦ El nivel de instrucción que predomina en este sector es el nivel de educación básico, se localizaron a nueve personas analfabetas.
- ♦ La ocupación que predomina en los habitantes de Motupe Bajo Sector V, son los estudiantes, mismos que corresponden a la población económicamente inactiva, mientras que la ocupación de la población económicamente activa que prevalece son los albañiles.
- ♦ En relación a los riesgos biológicos el 2,53% corresponde a personas con malnutrición, riesgos sanitarios encontrados son animales intradomiciliarios con un 26% y riesgos socioeconómicos con mayor predominio es desempleo o empleo informal del jefe de familia con 34%.
- ♦ En cuanto a la planificación familiar, el método de preferencia utilizado por las mujeres en edad fértil de Motupe Bajo Sector V, es el método del ritmo.

- ♦ El 45,45% de las mujeres con vida sexual activa no se han realizado el examen de Papanicolaou, restándole la importancia que tiene este examen.
- ♦ Los datos obtenidos del perfil epidemiológico revelan que las enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial afecta a un 2,53% además se localizó a dos personas con discapacidad de tipo visual e intelectual representado en 1,01%.

9. RECOMENDACIONES

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

- ♦ Los Equipos de Atención Integral de Salud deben trabajar conjuntamente, con las organizaciones sociales del barrio (actores locales), con la finalidad de identificar los problemas de salud de la población e intervenir de manera efectiva y participativa con la comunidad.
- ♦ 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 riesgos 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 el equipo de salud del Hospital Universitario de Motupe realice talleres mediante charlas educativas e información escrita para incentivar mediante la educación a las mujeres con vida sexual activa a realizarse el examen del Papanicolaou ya que ayuda a la detección oportuna del cáncer de cuello uterino.

10. 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/ManualdeatencionalalumnadoNEAE/1278667341285_09.pdf
- Atie, Guidalli & Otros. (2011). Nutrición y Alimentación en el ámbito Escolar [Base en línea]. Madrid Disponible en:
<http://www.nutrición.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=9j7xUKfkQe48IGQBQ&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%20HUMANAS%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.%20Gui%CC%81a%20pra%CC%81ctica%20de%20investigacio%CC%81n%20en%20salud.pdf>.
- GARRIDO, H., YUNGA E. (2010). Incidencia del Cáncer en Loja: Estudio 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.
- 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 planicacion/familiar/pdf](http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma%20planificacion/familiar/pdf).

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2007). Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Suiza.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2011). Agua y Saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública. Washington.
- PINEDA, E., & Otros. (2008). Metodología de la Investigación. 3ª ed. Washington. Publicación de la OPS.
- SALAS, M., PEÑALOSA J. (2006). Pediatría, Bases Fisiopatológicas Clínicas y Terapéuticas. 3ª ed. México. Editorial Masson.
- VILLACÍS, B., CARRILLO D. (2011). La Nueva Cara Sociodemográfica del Ecuador. Edición Especial. Quito-Ecuador. Revista Analítica - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

11. ANEXOS

∞ CERTIFICADO DEL PRESIDENTE DEL BARRIO


1859

MSP-UNL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE
AREA DE SALUD N° 3 LOJA


Loja 06 de octubre del 2013

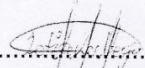
Sr. José Rodrigo Gonzales Gonzales a.e. (542489)


Presidente del Barrio Motupe Bajo
Ing: Hugo Feijoo

CERTIFICO:


Habernos reunido con las egresadas de la Carrera de Enfermería y haber acordado brindar el apoyo para el trabajo que van a realizar en la comunidad de Motupe Bajo


.....
PRESIDENTE DEL BARRIO
Ci: 442430208


.....
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD
Ci: 1105130841


.....
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD
Ci: 1104988611

FICHA FAMILIAR



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD N° 3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

FICHA FAMILIAR DE SALUD N°

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA _____

1. INFORMACIÓN (SO) REFERENCIAL

LUGAR DE NACIMIENTO	LUGAR DE RESIDENCIA
LUGAR DE NACIMIENTO	LUGAR DE RESIDENCIA

2. MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

ACTUALIZAR LOS DATOS CADA 12 MESES DE PERÍODO SUFICIENTE

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	INDICADOR	FECHA DE NACIMIENTO	OCCUPACION	AÑO	ESTADUO CIVIL		ESTADO DE SALUD	N° DE ENTREGA CLÍNICA	N° DE CONSULTA DE EMERGENCIA
						SI	NO			
15 años y más										
10 - 14 años										
5 - 9 años										
1 - 4 años										
0 - 1 años										
TOTAL										

3. INFORMACIÓN FAMILIAR

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO

4. RESPONSABLE DEL LLENADO

NOMBRE Y APELLIDO	FECHA
NOMBRE Y APELLIDO	FECHA

FICHA FAMILIAR - ADMINISTRACIÓN

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																
A	RIESGOS BIOLÓGICOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	TOTAL	TOTAL	
1	PERSONAS CON VACUNACIÓN INCOMPLETA																					
2	PERSONAS CON MALA NUTRICIÓN <small>DESNUTEO O SOBREPESO</small>																					
3	PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO																					
4	EMBARAZADAS CON PROBLEMAS																					
5	PERSONAS CON DISCAPACIDAD																					
6	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES																					
B	RIESGOS AMBIENTALES																					
7	CONSUMO DE AGUA INSEGURA																					
8	MALA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS																					
9	MALA ELIMINACIÓN DE DESECHOS LÍQUIDOS																					
10	IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS																					
11	ANIMALES INTRA DOMICILIOS																					
12	POBREZA																					
C	RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS																					
13	DESEMPEÑO O EMPLEO INORMAL DEL JEFE DE FAMILIA																					
14	ANAL/FALTANTE DEL PADRE O LA MADRE																					
15	DESESTRUCTURACIÓN FAMILIAR																					
16	VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN																					
17	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA																					
18	NACIMIENTO																					

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

7. FAMILIOGRAMA

ANALIZAR EL CUENCA A SU LA IDENTIFICACION COMO COMPONENTE A LA ESTACION FAMILIAR E IDENTIFICAR EL AMBIENTE DE LA FAMILIA EN SU ENTORNO (COMPORTAMIENTO Y AMBIENTE DE LA FAMILIA)

(DETALLAR EL NOMBRE Y LA DISTRIBUCION DE LA FAMILIA EN SU ENTORNO (COMPORTAMIENTO Y AMBIENTE DE LA FAMILIA))

SIMBOLOGIA	ABREVIATURAS	MASCULINO	FEMENINO
	HI HIJITO HT HIJITA PA PADRE MA MADRE CA CASO EP EMPLEADO TR TERCERA AS ABUELO SA TATARABUELO AL ALABUELO ES ESPOSA EC EMPLEADA MS MUESTRAS EN ENFERMERIA S (SOLTERO)	MASCULINO	FEMENINO

8. UBICACIÓN DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN	9. CONTAMINACIÓN AMBIENTAL
NORTE ↖	CALIBRE DE LA CONTAMINACIÓN
10. LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO	

B.A.S., M.B.S. / H.C.S. - Versión 1 / 2009 (Pág. 4)

ANEXO A 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.G.	H.E.	ROTAVIRUS	O.P.V. Y FENTAVALENTE	NEUMOCOCCO CONJUGADA	SR	SRP	NEUMOCOCCO CONJUGADA	VARICELA	FA	O.P.V.	D.P.T.	O.P.V. Y FENTAVALENTE	HB	
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	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°				

ATENCION INTEGRAL DEL ESCOLAR Y ADOLESCENTE

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

PROTECCION DE LA MUJER

1. ATENCION MATERNA

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	FUM	FPP	ANTEC. PATOL. OBST.	VACUNA		CONTROLES					PARTO	PUERPERIO		
					DT	NO	1°	2°	3°	4°	5°		1°	2°	
															DT

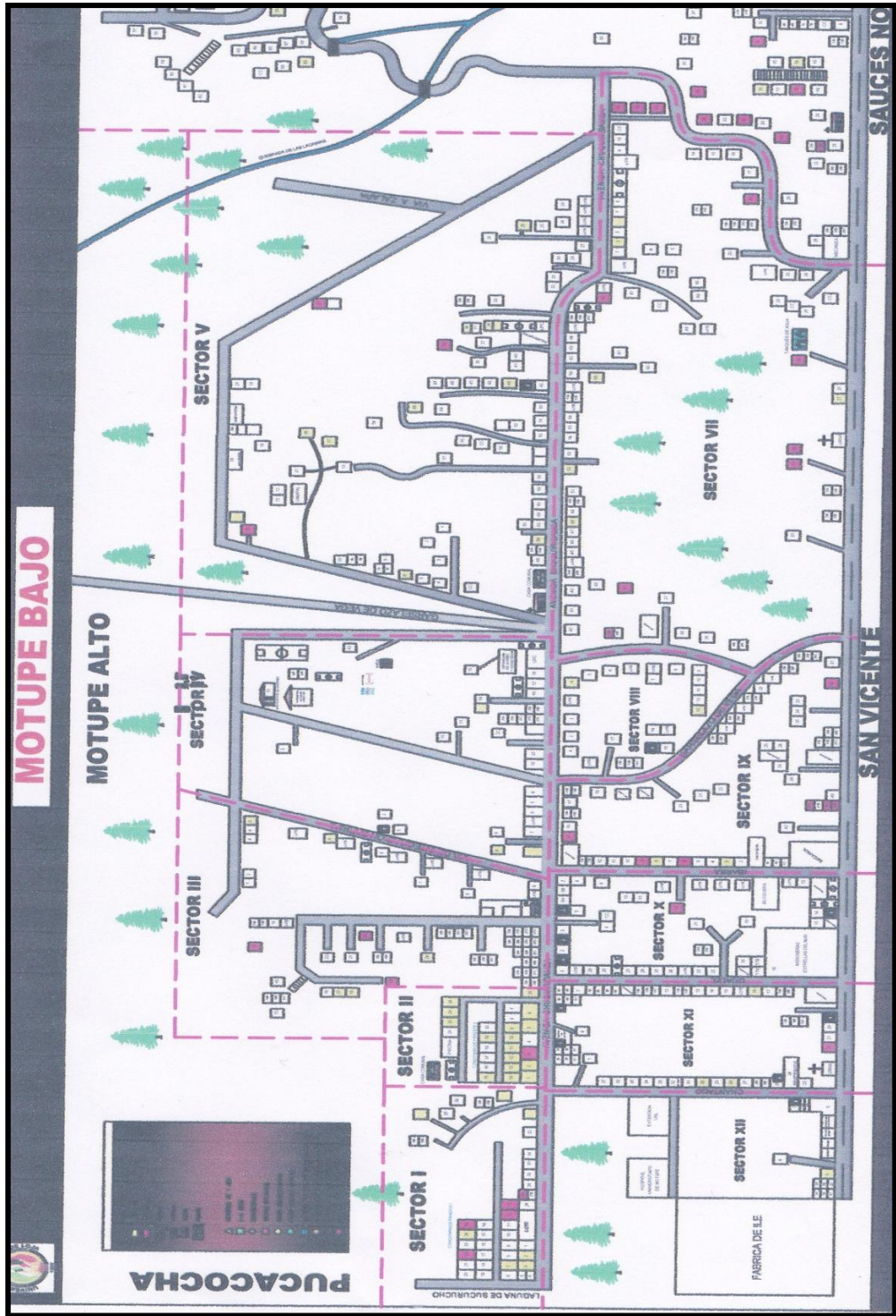
2. ATENCION A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	METODO DE REGULACION DE FECUNDIDAD										VACUNACION				PAPANICOLAOU	
		INJECTABLE	ORAL	IMPLANTE	TIE CORRE	METODO DEL INTIMO	Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta Dosis	Quinta Dosis	Recurso (Cada 10 años)	SI	NO	FECHA	DIAGNOSTICO	
																	DI

PROBLEMAS DE SALUD CRONICOS

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

MAPA DEL BARRIO MOTUPE BAJO



MAPA PARLANTE DEL BARRIO MOTUPE BAJO



EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

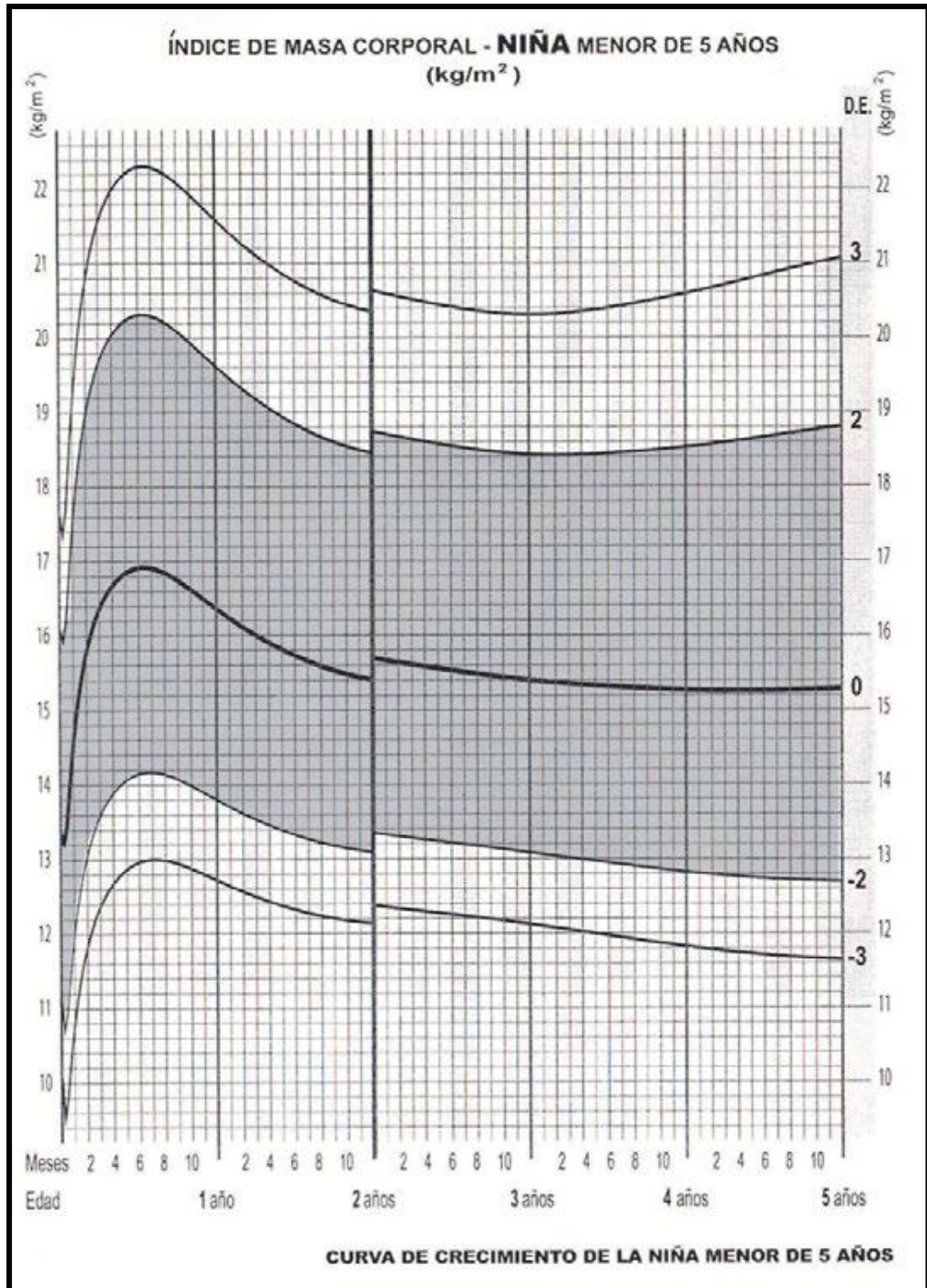
Reconocimiento del barrio



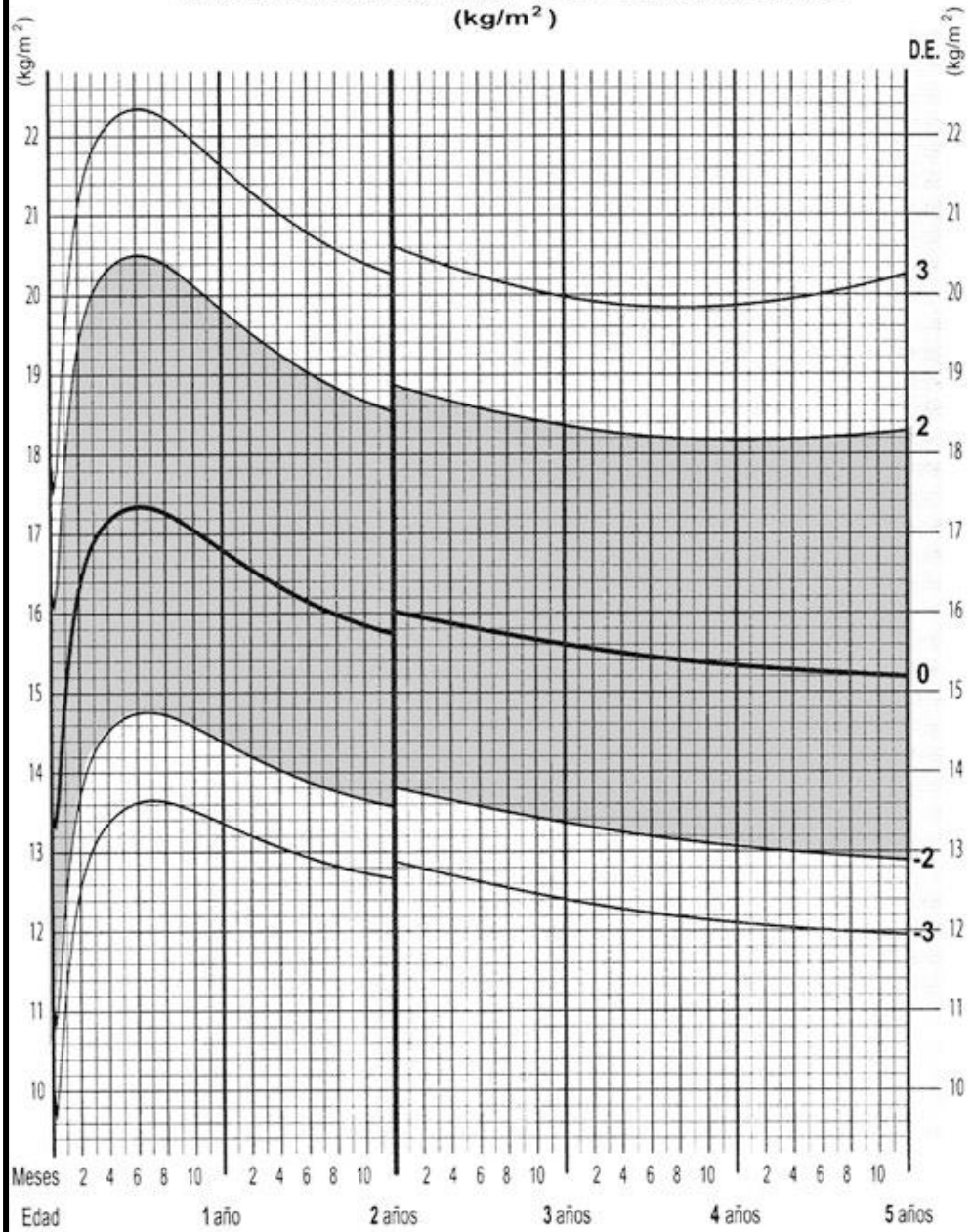
Entrevista con los moradores del barrio



∞ INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS



ÍNDICE DE MASA CORPORAL - **NIÑO** MENOR DE 5 AÑOS
(kg/m²)



CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

INSTRUMENTO DE ÍNDICE 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
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	19.5	20.5	21.5	22.5	23.4	24.4	25.4	26.4	27.3	28.3	29.3	30.3	31.3	32.2	33.2	34.2	35.2
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 DE LA OMS DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO AL IMC	
Clasificación	IMC (Kg/m ²)
Desnutrición	<18,50
Desnutrición grave	<16,00
Desnutrición moderada	16,00 - 16,99
Desnutrición leve	17,00 – 18,49
Normal	18,50 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00
Obeso	≥30,00

🌀 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 P C T	9	
F D P L T C E O	10	
P E Z O L C F T D	11	

8 TABLA DE TAMIZAJE VISUAL SNELLEN (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)



LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

APELLIDOS Y NOMBRES	N° DE FICHA FAMILIAR	FECHA DE NACIMIENTO	ENFERMEDAD CRÓNICA	LUGAR DE RESIDENCIA
Paccha Quizhpe Francisco	2	19/07/1934	Fiebre reumática	Garcilazo de la Vega
Puga Quinche Santos Benito	30	03/04/1942	HTA	Avenida Chuquiribamba
Salinas Tinitana Francisco Noé	34	30/06/1969	HTA	Detrás del Polideportivo
Pullaguari Granda Carmen Lucrecia	52	25/11/1952	HTA	Avenida Chuquiribamba
Gómez Benítez María Rosalinda	65B	13/09/1938	HTA	Dos casas luego de la iglesia

LISTA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

APELLIDOS Y NOMBRES	N° DE FICHA FAMILIAR	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO DE DISCAPACIDAD	LUGAR DE RESIDENCIA
Puga Illescas Julia Rosario	30	07/06/1972	Discapacidad Visual	Vía a Zalapa Av. Chuquiribamba
Alulima Yunga Danny Paúl	41	29/04/1995	Discapacidad Intelectual	A dos casas del polideportivo

LISTA DE ANALFABETOS

APELLIDOS Y NOMBRES	N° DE FICHA FAMILIAR	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE RESIDENCIA
Úrgiles González Zoila	13	10/02/1932	Detrás de los tanques de agua
Pullaguari Granda Mercedes	15	08/11/1930	Cerca de los tanque de agua
Paccha Chamba Manuel Asunción	15	01/05/1927	Cerca de los tanque de agua
Cajas Zhingre Rosa Margarita	24	09/08/1937	Av. Chuquiribamba cerca de la vía a Zalapa
Pastuizaca Segundo Manuel	24	03/05/1938	Av. Chuquiribamba cerca de la vía a Zalapa
Ordoñez Rosa Elena	39	23/9/35	Entrada del polideportivo
Alulima Yunga Amable Ramiro	41	1949	Av. Chuquiribamba
Silva Pineda María Vitelina	47	26/06/1936	Av. Chuquiribamba
Morales Martínez Rosa	58	16/03/40	Av. Chuquiribamba

LISTA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

APELLIDOS Y NOMBRES	N° DE FICHA FAMILIAR	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE RESIDENCIA
Macao Soto Joel Sebastián	8	15/01/2013	Garcilazo de la Vega
Torres Sarango Byron Ismael	37	22/09/2013	Detrás del polideportivo al lado de la carpintería
Tacuri Jiménez Antony Xavier	31	11/04/2012	Av. Chuquiribamba
Lima Yunga Ángela Gabriela	46	12/06/2012	Por un camino antes de llegar al polideportivo
Macas Armijos Edwin Oswaldo	49	10/10/12	Av. Chuquiribamba
Granda Benítez Valeria Estefania	55	25/09/12	Av. Chuquiribamba
Macao Jimbo Franklin Antonio	7B	08/04/2010	Calle Garcilazo de la Vega
Paccha Neira Emily Alejandra	9 A	08/08/2011	Por la vía antigua a los viveros de Predesur
Benítez Poma Iris Grisel	23	21/04/2011	Av. Chuquiribamba cerca de la vía Zalapa
Malla Quizhpe Estefania Cecibel	32	28/06/2011	Av. Chuquiribamba
Quizhpe Lima Kevin Joel	45	01/07/2010	Detrás de una tienda cerca del polideportivo
Granda Benítez Xavier Alejandro	55	13/01/2009	Av. Chuquiribamba
Quezada Medina Josué Sebastián	65 A	24/12/2010	Av. Chuquiribamba

12. ÍNDICE

APARTADO	PÁGINAS
CARÁTULA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI

PRELIMINAR	PÁGINAS
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT	
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	32
6. RESULTADOS.....	34
7. DISCUSIÓN.....	56
8. CONCLUSIONES.....	60
9. RECOMENDACIONES.....	62
10. BIBLIOGRAFÍA.....	63
11. ANEXOS.....	66
12. ÍNDICE.....	83