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

**TEMA:**

"DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SOLAMAR BAJO, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013"

Tesis previa a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería


**AUTORA:**

Liliana Gabriela Cartuche Medina

**DIRECTORA :**

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga


**Loja - Ecuador**

**2013**

## CERTIFICACIÓN

Lic. Mgs. Sonia Caraguay

**DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

Certifico que el trabajo de investigación de tesis titulado "**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SOLAMAR BAJO, SETIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013"** de autoría exclusiva de la Sta. Liliana Gabriela Cartuche Medina, ha sido dirigido, analizado y revisado detenidamente en todo su contenido y desarrollado bajo mi dirección por tales razones autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal de grado asignado.

Loja, febrero del 2014

Atentamente.

.....

Lic. Mgs. Sonia Caraguay

**Directora de tesis**

## AUTORÍA

Yo, Liliana Gabriela Cartuche Medina, 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 o 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:** Liliana Gabriela Cartuche Medina

**FIRMA:**.....

**N° DE CEDULA:** 1105023244

**FECHA:** Febrero del 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, Liliana Gabriela Cartuche Medina, declaro ser autora, de la tesis titulada: "**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SOLAMAR BAJO, 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 febrero del dos mil catorce. Firma la autora.

**Firma:** .....
**Autor:** Liliana Gabriela Cartuche Medina
**Cédula:** 1105023244
**Dirección:** Barrio Chinguilanche
**Correo Electrónico:** lilianagcm-23@hotmail.es
**Teléfono:** 0989001834

**DATOS COMPLEMENTARIOS**
**Directora de tesis:**
Lic. Mg. Sonia Caraguay
**Tribunal de grado:**
Lic. Mg. Gina Monteros
Dra. Susana González
Lic. Mirian Romero

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi amor primeramente a Dios, ser sublime que dirige mi vida, a mis queridos padres María y Cesar quienes han sido los que me han apoyado e incentivado para la realización y superación personal y profesional que han hecho de mí una persona de bien y por su aporte para la culminación de mi Profesión

**Liliana Gabriela Cartuche Medina**

## AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a **Dios** por darme la sabiduría y fuerza para culminar esta etapa académica.

A mis **padres** por ser un pilar fundamental en el cumplimiento de esta meta tan anhelada, por el apoyo brindado día a día.

A mi **directora de tesis** Licda. Sonia Caraguay por la enseñanza brindada y por su tiempo dedicado quien con su conocimiento y sugerencias me apoyo en el desarrollo y culminación de este trabajo investigativo.

Manifiesto mis más sinceros agradecimientos a la **Universidad Nacional de Loja**, carrera de Enfermería; por ser la institución donde me he formado como profesional a la que tengo una especial gratitud.

**Gracias**

**Liliana Cartuche Medina**

# *TITULO*

# “DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SOLAMAR BAJO, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”

# RESUMEN

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

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

Entre los datos más relevantes sobresalen indicadores como proporción entre hombres y mujeres, nivel de educación básico, los/as jefes de familia se dedican a actividades como: haceres domésticos, agricultura, albañilería. En escolares y adolescentes, se aprecia casos de desnutrición y gran parte de ellos estudia. Para la planificación familiar en mujeres en edad fértil el método del ritmo es el más utilizado, en el perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas prevalece la HTA.

**Palabras Clave:** Diagnóstico comunitario de salud, Perfil Epidemiológico.

**ABSTRACT**

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

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

Among the more significant indicators stand as a proportion of men and women, basic level of education, / as heads of households are engaged in activities such as household chores, farming, masonry. In children and adolescents, cases of malnutrition and most of them studying appreciated. For family planning in women of childbearing age, the rhythm method is the most used in the epidemiological profile of chronic diseases prevalent hypertension.

**Keywords:** Community Health Diagnostic, Epidemiological Profile.

# INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

Como base de su participación en salud la academia enmarca sus actividades orientándolas a las Estrategias de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) que es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, en este ámbito su organización e

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

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 resolutiva del primer nivel, para articular así también las actividades con el segundo y tercer nivel de atención, mediante mecanismos de referencia y contra-referencia que aseguren en forma integral la continuidad de tratamientos de los pacientes. (MAIS 2012).

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

# REVISIÓN DE LITERATURA

## DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

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

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

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

### Objetivos Estratégicos del MAIS

- 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.
- Acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutiva del primero y segundo nivel.
- 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.

[2] Ibíd., 172

- Fortalecer la calidad de atención con talento humano capacitado, garantizando el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y gestión.
- Impulsar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica y la incorporación de experiencias innovadoras y eficaces.
- Fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permita intervenir sobre los determinantes de salud.[3]

## MAPEO DE ACTORES

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

Se basa en:

- Levantamiento de información de actores individuales y colectivos con su representatividad y finalidad.
- Clasificar los actores por las acciones y los objetivos de su participación
- Identificar funciones y roles de cada actor.
- Análisis de actores: relaciones predominantes, jerarquización del poder
- Relaciones sociales de los actores.

[3] Ibíd., 56-57.

## MAPA PARLANTE

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

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

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

### Elaboración del Mapa Parlante

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

### Proceso para la sectorización urbana y rural

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

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

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

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

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

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

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

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

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

  - Al grupo de actores se le presenta el mapa debidamente sectorizado y numerado de las manzanas y viviendas; se solicita entonces que identifique en los sectores cuales son los de mayor riesgo utilizando la siguiente matriz.

  - A cada uno de los criterios se le dará una valoración de manera semi-cuantitativa utilizando la escala de Liker: 1 (bajo), 2 (medio), 3 (alto) con votación individual de los integrantes del grupo, luego se sumarán horizontalmente y el resultado se lo ubicará en la columna total.

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

Ejemplo de selección de sectores prioritarios:

| SECTO-RES | DIFÍCIL ACCESO GEO-GRÁFICO A SERVI-CIOS DE SALUD | POBRE-ZA | AGUA INSEGU-RA | ELIMINA-CIÓN INADE-CUADA DE BA-SURA | TOTAL | OR-DEN DE PRIO-RIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SECTOR I | 3+3+3=9 | =3 | =5 | =4 | 21 | 3 |
| SECTOR II | =12 | =8 | =9 | =9 | 38 | 2 |
| SECTOR III | =18 | =12 | =12 | =14 | 56 | 1 |
| SECTOR IV | =3 | =12 | =6 | =3 | 14 | 4 |

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

## MAPEO DEL SECTOR

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

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

Las unidades de salud pueden tener varios EAIS de acuerdo al número de población que cubren. Para la definición de la ubicación y número de EAIS se planifica apoyándose con la información de las cartas censales a nivel de circuitos, analizando criterios como acceso geográfico, vías, medios de transporte y número de población.

[4] Ibíd., 188-190

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

- Conformación y/o fortalecimiento de la organización comunitaria de salud.
- Diagnóstico Situacional.

- Diagnóstico Dinámico.
- Mapa Parlante.
- Sala Situacional.

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

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

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

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

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

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

Según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador) en el 2010 las Infecciones de Vías Urinarias son un problema de salud que se ubica en el octavo puesto con una tasa de 10.3% en las mujeres con

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

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

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA**

En la actualidad, nuestro país tiene un territorio de 283 560 $km^2$, cuenta con 14.306.876 habitantes que se hallan distribuidos en las distintas provincias.[6]

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

Es un país multiétnico y pluricultural, destacando las siguientes:

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

[5]Carcavallo RU, Martínez A (1985). Biología, ecología, distribución geográfica de los triatominos 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]e-Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4ta 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

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

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

**Distribución poblacional de la Provincia de Loja**

De acuerdo al Censo realizado en el año 2010 la provincia de Loja cuenta con una población de 448.966 habitantes, se caracteriza por existir un predominio de la población mestiza con 90,2% seguida de la indígena con un 3,7% y la raza blanca con el 3%, la población afro ecuatoriana, montubios y otros tienen un porcentaje muy bajo.

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

**NIVEL DE ESCOLARIDAD**

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

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

Entre los principales problemas que tiene la educación pública se encuentran los siguientes indicadores: persistencia del analfabetismo, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, mala calidad de la educación, poca preparación de los docentes, salarios

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

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

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]

**Analfabetismo**

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

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

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

**Deserción escolar**

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

[10]Situación De La Educación En El Ecuador - Eumed.net; Disponible en: http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm Consultado: 9/12/2013; Hora: 22h30
[11]Alfabetización en el ecuador, Quito Ecuador, Septiembre 2009; Disponible en: http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdf (Consultado: 27-11-2013; Hora: 20h00)

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. Otros factores que influyen son los pedagógicos y metodológicos.[12]

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

**OCUPACIÓN**

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

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

---

[12] La *deserción*; Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf; Consultado: 09/12/2013
[13]Educación en la Provincia de Loja; Disponible en : http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109 .Consultado: 28/11/2013; Hora: 10h00
[14]INEC. *Glosario de Términos*. Recuperado de http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_content&view=article&id=278&Itemid=57&lang=es
[15]Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf Consultado: 09-12-2013

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

## FACTORES DE RIESGO

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

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

## RIESGOS BIOLÓGICOS

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

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

- Embarazadas con problemas: En los países en vías de desarrollo la mortalidad materna, neonatal y de la niñez aún es un problema lacerante para el conjunto de la sociedad. La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden

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

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

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

**Tipos de discapacidad**

- ✓ Discapacidad Física: limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectada son los brazos y piernas.

- ✓ Discapacidad Cognitiva: presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y el aprendizaje.

- ✓ Discapacidad Sensorial: corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

[17]Distribución de la población ene l Ecuador. Disponible en: http://solnacientenews
[17]Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. [Base en línea]. México. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html
[18]Distribución de la población en el Ecuador. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: http://solnacientenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html 10/12/13, 10:15

- ✓ Discapacidad Intelectual: se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.[19]

- Personas con problemas mentales: (trastornos psicológicos) son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida, revelando que la discapacidad mental en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad.[20]

**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.[21]

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

---

[19]CORPOALEGRIA, Tipos de discapacidad, Disponible en: http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/ Citado: 09/12/13, Hora: 18h30pm.
[20]Discapacidad mental. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html 10/12/13 9:00
[21]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, sin embargo existen enfermedades que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud debe informar a la familia que tenga en su domicilio mascotas, las posibles enfermedades que pueden provocar, así como la prevención contra las zoonosis y detención oportuna tanto de parasitosis como patologías asociadas a mascotas.

**RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS**

- Pobreza: la pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación. La pobreza rural en el Ecuador disminuyó 4,23%, para Junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registro 44,96% según la última Escuela Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).[22]

- 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.[23]

---

[22]Disponible en: http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-ano-anterior.html 10/12/13, 9:25
[23]El analfabetismo en el ecuador, Disponible http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-684.html 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.[24]

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

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

- Malas condiciones de la vivienda: el problema de las condiciones de la vivienda constituye uno de los problemas sociales más sensibles y complejos de resolver. En un país de más de 13 millones de habitantes y cerca de 3 millones de hogares, existe más de un millón

[24] 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-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es 10/12/13, 8:45

de viviendas deficitarias y una demanda anual de más de 60.000 viviendas para nuevos hogares.

- Hacinamiento: es la situación en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. El 40% de la población del Ecuador viven en hacinamiento el cual es uno de los problemas de gran importancia en la actualidad, ya que la población mundial es muy numerosa y la densidad de la misma es extremadamente alta en algunos espacios del planeta.[25]

**ENFERMEDADES CRÓNICAS**

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

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles son enfermedades que pueden tener una determinación congénita, hereditaria y muchas veces son autoinmunes e idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, hábitos negativos como fumar, tomar alcohol entre otros, sin embargo hay factores de riesgo no modificables como la edad, sexo, etnia, herencia, autoinmunidad que pueden agravar la condición. [26]

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos:

- Accidentes Cerebrovasculares
- Enfermedades Respiratorias Crónicas
- Obesidad
- Diabetes
- Trastornos Neuropsiquiátricos

[25]Definición del Hacinamiento, Disponible en: http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx10/12/2013, 8:20
[26]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)

- Afecciones Digestivas
- Discapacidad Visual y Auditivas
- Enfermedades Osteoarticulares
- Afecciones Bucodental
- Enfermedad Renal

**Impacto de las Enfermedades Crónicas**

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

"En el caso del sexo femenino las principales causas de mortalidad eran la Diabetes Mellitus, las Enfermedades Hipertensivas, Cerebro-Vasculares, a Influenza y Neumonía, son responsables del 25% de las muertes totales. A estas causas le siguieron las Enfermedades Isquémicas del corazón, los padecimientos Cerebro-Vasculares, la Influenza y Neumonía, las Enfermedades Hipertensivas y la Diabetes Mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales".[27]

**ENFERMEDADES DEGENERATIVAS**

Una Enfermedad Degenerativa es una afección generalmente crónica, en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo.[28]

Algunas enfermedades degenerativas son:

- **Espondilo artrosis:** degeneración de los cartílagos articulares. Afecta con mayor frecuencia a la columna vertebral, sobre todo a los segmentos cervicales y lumbares.

- **Alzheimer:** se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian.

[27] Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4
[28] Ecuador y las enfermedades no Trasmisibles. Disponible en http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html consultado el 09/12/13

- **Cáncer:** producción excesiva de células malignas, con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento descontrolado (crecimiento y división más allá de los límites normales, invasión del tejido circundante y a veces metástasis).

- **Tumores Benignos y Malignos:** es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen del órgano afectado independientemente de que sean de carácter benigno o maligno. Generalmente pueden retirarse o extirparse y en la mayoría de los casos no reaparecen".[29]

**ENFERMEDADES DE IMPACTO**

También llamadas transmisibles, según la OMS es cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico y se manifiestan por la transmisión de ese agente de una persona o de un reservorio, a un huésped susceptible, directa o indirectamente. En el 2001 las enfermedades infecciosas causaron el 26% de la mortalidad total en todo el mundo y ocasionaron 15 millones de muertes, muchas de las cuales podrían haberse evitado con medicamentos, vacunas, acceso a agua y alimentos no contaminados. Las muertes por SIDA, Tuberculosis, Malaria, Enfermedades Diarreicas y las Infecciones Respiratorias representan una gran parte de la carga de las Enfermedades Infecciosas.[30]

- Enfermedades de Transmisión Sexual: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 685 mil hombres y mujeres de todo el mundo y aproximadamente unos 40-50 millones en América, contraen Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) cada día. Más de 340 millones de ITS curables y muchas más enfermedades incurables ocurren cada año.[31]

[29]Enfermedades crónicas: disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php, acceso a las 10:45
[30]Enfermedades infecciosas disponibles en: http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx consultado 5/12/13
[31]Control de enfermedades trasmisibles. Disponible en: http://www.spherehandbook.org/es/servicios-de-salud-esenciales-norma-2-sobre-control-de-enfermedades-transmisibles-diagnostico-y-tratamiento-de-casos

- Enfermedad Diarreica Aguda: es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas.

- Tuberculosis: es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones. Se transmite de una persona a otra a través de diminutas gotas generadas en el aparato respiratorio de los pacientes con enfermedad pulmonar activa.

- Infección Respiratoria Aguda: es una enfermedad causada por una infección aguda de la tracto respiratorio superior: nariz, senos nasales, faringe o laringe, la mayor parte de las infecciones respiratorias altas son causadas por virus, especialmente el rinovirus.

**ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD**

El Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) tiene como finalidad asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del Programa usando vacunas de calidad, gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de una gerencia y vigilancia epidemiológica efectiva y eficiente en todos los niveles, que involucre a los diversos actores del Sistema Nacional de Salud.[32]

**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.[33]

[32]PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. Consultado: 09-12-2013
[33]Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: http://www.conpiederecho.com.ecConsultado: 09-12-2013.

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

Estadísticas revelan que hasta el año 2012. "Se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos",[34] lo que se puede destacar que la prueba del talón ha sido oportuna en cuanto a la detección temprana de las discapacidades en las que se puede corregir a tiempo estos errores genéticos.

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

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

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

- **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.

[34] 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.[35]

## ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

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

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

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. [36]

[35] 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.

[36] Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38.Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1YlYuZ.

## 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 bebes reciben lactancia materna exclusiva durante sus 6 primeros meses.[37]

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.[38]

## 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.

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

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

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.[39]

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

## ESCOLARES Y ADOLESCENTES

### Estado Nutricional de los Escolares y Adolescentes

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

### Crecimiento del Niño y el Adolescente

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

### Valoración del Estado Nutricional por el Índice de Masa Corporal

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

### VACUNACIÓN DT (Difteria y Tétanos)

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

[39]Pediatría control del niño sano disponible en: http://pediatrica.org/?p= consultado el 12/12/ 2013

espasmos característicos del tétanos generalizado, ésta enfermedad puede afectar a cualquier grupo de edad.

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

**AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES**

La agudeza visual es la capacidad del sistema de visión para percibir, detectar o identificar objetos espaciales con unas condiciones de iluminación buenas. Para una distancia al objeto constante, si el paciente ve nítidamente una letra pequeña tiene más agudeza visual que uno que no la ve.

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

- Test de Snellen: son los más populares y están formados por filas de letras o imágenes que van de tamaño más grande a más pequeño conforme bajamos la mirada; cuanto más abajo logre ver nítido el paciente mayor agudeza visual tendrá. [40]

**ESTUDIO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES**

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

**Educación Básica**

En Ecuador el Ministerio de Educación determinó como misión dirigir y fortalecer la Educación Básica de 10 años con la universalización del primero, octavo, noveno y décimos años de educación básica con equidad, calidad, calidez y cobertura sobre la base de una propuesta pedagógica que responda a las necesidades de la sociedad del conocimiento e información en base a estándares nacionales e internacionales de calidad, potenciando

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

el desarrollo de competencias generales, básicas y específicas en los estudiantes que les permitan un desenvolvimiento exitoso en su entorno.

Los conocimientos que deben ser logrados por los niños y niñas entre 5 y 14 años en la educación básica tendrán que estar asociados con la modernización productiva, la tecnología de la información y el desempeño de una nueva ciudadanía. Todo ello bajo el desarrollo de capacidades que los lleven a resolver problemas, tomar decisiones e integrar el arte y la comunicación a sus procesos formativos.[41]

**Educación media**

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

## RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

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

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

- Factores escolares: el ambiente escolar también ha sido señalado como un factor que afecta el desempeño escolar de los alumnos; en

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

este ambiente podemos citar la administración de la institución educativa (sus políticas, estrategias, etc.) y el profesor (capacitación, compromiso, etc.).

- Factores familiares: el rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante porque es importante la percepción que tengan acerca de la valoración positiva o negativa de su familia hacia ellos, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.

- Factores personales: se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recurriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales.[42]

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

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

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

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

## PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLECENTES

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

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

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

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

Los trastornos de conducta han sido asociados con:

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

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

## ATENCIÓN MATERNA

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

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

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

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

**CONTROLES MÉDICOS EN EL EMBARAZO**

El control prenatal es un conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los riesgos y complicaciones del embarazo que amenazan la vida de la madre y el feto, comprende el control de salud tanto de la madre como del niño antes del parto, para prevenir los riesgos que se pueden presentar en esta etapa.[43]

**Los objetivos de los controles médicos son:**

- Reducir la morbi-mortalidad perinatal
- Disminuir la incidencia de bajo peso al nacimiento
- Disminuir el número de abortos
- Disminuir la morbi-mortalidad de causa obstétrica
- Promover la lactancia materna
- Proporcionar educación sanitaria básica

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

Según la Organización Mundial de la Salud, se considera saludable un embarazo si tiene cinco o más controles prenatales.[44] El control del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que existe mayor receptividad materna para las actividades de educación de la salud.

## VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS

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

En el Ecuador el Tétanos Neonatal (TNN) ha sido eliminado como problema de Salud Pública Nacional y Provincial (OPS, 2008). El impacto a la fecha, se demuestra con la disminución de la tasa de TNN a 0.02 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. A pesar de ser la vacunación un método sencillo y económico para prevenir el tétanos neonatal, aún existen en nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tetánico".[45]

Una mujer embarazada y que tiene influenza también tiene una probabilidad más alta de que su futuro bebé presente problemas graves, incluido un aborto espontáneo o un parto prematuro. La vacuna contra la influenza puede proteger a las mujeres embarazadas y a sus futuros bebés, antes y después del parto".[46]

## ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

- Vacunación en las Mujeres de Edad Fértil: la inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dT), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49

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

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

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

años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.[47]"El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos". (Demicheli V., Barale A., Rivetti A., 2008)

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

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

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).[48]

**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.

[47]Atención Primaria de Salud. [Base en línea]. Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. (Consultado: 05/12/2013)
[48]OMS. (2013). *Planificación Familiar.* Nota descriptiva N°351. [Base en línea]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/

**a)** Métodos Naturales:

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

**b)** Métodos de Barrera:

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

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

Entre ellos se encuentran:

- La Píldora (solo o combinado).
- Inyectables mensuales y trimestrales.
- Implantes subdérmicos.
- Parche Anticonceptivo.

**PAPANICOLAOU**

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

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

"Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún

más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad”.[49]

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

# MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio titulado “Diagnóstico comunitario de salud del barrio Solamar Bajo, como parte del 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-transversal que permitió elaborar la línea de base, que contribuirá a mejorar la oferta de servicios de salud por parte del Hospital Universitario de Motupe y propiciar la participación comunitaria en el mejoramiento de las condiciones de salud.

**Área de estudio**

El barrio Solamar Bajo, se encuentra ubicado al Norte de la ciudad de Loja, a 30 Km del Hospital Universitario de Motupe fuera de la expansión urbana; se caracteriza por ser un sector agrícola debido a las características climáticas y geológicas de la zona; por lo que la principal fuente de ingreso de su población es la agricultura entre otras actividades complementarias.

La vía principal de acceso es por la vía antigua a Cuenca y el medio de transporte utilizado por los habitantes son los buses interparroquiales. La población del barrio cuenta con una escuela de Educación Básica e Inicial, sin embargo carecen de servicios básicos como agua potable y red de alcantarillado.

**Universo y Muestra**

El universo está constituido por 26 barrios que forman parte del área de influencia del Hospital Universitario de Motupe.

La muestra estuvo constituida por 17 familias que habitan en el barrio Solamar Bajo.

**Técnicas e Instrumento**

La visita domiciliaria fue el método de acercamiento a esta comunidad cuya técnica fue la entrevista y los instrumentos que permitieron recopilar 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)*, se anexa a esta ficha una guía de entrevista que permitió completar la información requerida para la línea de base.

**Procesamiento de la Información**

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

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

# PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

## TABLA N° 1

## DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO SOLAMAR BAJO

| POBLACIÓN | HOMBRES | | MUJERES | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | f | % | f | % | f | % |
| **Menores de 1 año** | 0 | 0 | 1 | 1,61 | 1 | 1,61 |
| **1-4 años** | 3 | 4,84 | 1 | 1,61 | 4 | 6,45 |
| **5-9 años** | 4 | 6,45 | 5 | 8,06 | 9 | 14,52 |
| **10-19 años** | 6 | 9,68 | 4 | 6,45 | 10 | 16,13 |
| **20-64 años** | 12 | 19,35 | 15 | 24,2 | 27 | **43,55** |
| **65 años y más** | 6 | 9,68 | 5 | 8,06 | 11 | 17,74 |
| **TOTAL** | **31** | **50** | **31** | **50** | **62** | **100** |

**FUENTE:** fichas familiares del "Barrio Solamar Bajo"
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
**NOTA**: Grupos etarios según el MSP

En la presente tabla se determina que en relación a la edad y sexo de los habitantes del barrio "Solamar Bajo", el 50% corresponde a la población de sexo masculino y el otro 50% al sexo femenino.

De acuerdo al rango de edad se destaca la población de 20-64 años con el 43.55% que corresponde a una población económicamente activa.

**TABLA N° 2**

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO SOLAMAR BAJO SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

| ESCOLARIDAD | f | % |
|---|---|---|
| **Analfabetos** | 1 | 1,61 |
| **Sin Escolaridad** | 5 | 8,06 |
| **Básica** | 42 | **67,74** |
| **Bachillerato** | 10 | **16,13** |
| **Superior** | 4 | 6,45 |
| **TOTAL** | **62** | **100** |

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo"
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
**NOTA**: La población de la categoría sin escolaridad corresponde a los niños menores de 3 años.
Se elimina la categoría "Prebásica" por no existir casos.

La educación, es parte fundamental del desarrollo de la capacidad personal en el mundo actual, es uno de los factores que influye en el avance y progreso de personas y sociedades.[50]

Según datos obtenidos de las fichas familiares del barrio "Solamar Bajo" se encontró que el nivel predominante es la educación básica con un porcentaje del 67,74 %, seguido del bachillerato con 16,13%.

[50] Importacia de la educación para el desarrollo, disponible en: http://www.planeducativonacional.unam.mx/CAP_00/Text/00_05a.html. Consultado: 01/02/2014

**TABLA N° 3**

**RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO SOLAMAR BAJO**

| RIESGOS BIOLOGICOS | CON RIESGO | | SIN RIESGO | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | f | % | f | % | f | % |
| **Personas con mala Nutrición** | 3 | **4.84** | 59 | 95,16 | 62 | **100** |
| **Personas con Discapacidad** | 1 | **1.61** | 61 | 98,39 | 62 | **100** |

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo"
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
**NOTA**: Se elimina la categoría "personas con vacunación incompleta, personas con enfermedad de impacto, embarazadas con problemas y personas con problemas mentales" por no existir casos.

En la población de "Solamar Bajo" existen personas con mala nutrición representando el 4,84%, los mismos que están dentro del rango de desnutrición leve ubicándolos como riesgo bajo.

Una alimentación adecuada no sólo se trata de la cantidad de alimentos que se ingieran, sino de la calidad en la dieta, si no existe una cantidad suficiente de vitaminas y nutrientes esenciales en las comidas, los niños se vuelven vulnerables a enfermedades[51].

En este barrio de encontró una persona con discapacidad física que representa el 1.61%.

[51] Alimentación sana. Disponible en: http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/ESTRATEGIA%20NACIONAL/NUTRICION%20EN%20SALUD.pdf. Consultado: 05/11/2013.

**TABLA N° 4**

**RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO SOLAMAR BAJO**

| RIESGOS SANITARIOS | RIESGO | | SIN RIESGO | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | f | % | f | % | f | % |
| **Consumo de agua insegura** | 17 | **100** | 0 | 0 | 17 | **100** |
| **Mala eliminación de basuras y excretas** | 17 | **100** | 0 | 0 | 17 | **100** |
| **Mala eliminación de desechos líquidos** | 17 | **100** | 0 | 0 | 17 | **100** |
| **Animales Intradomiciliarios** | 16 | **94,12** | 1 | 5,88 | 17 | **100** |

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo"
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
**NOTA**: Se elimina la categoría "impacto ecológico por industrias" por no existir casos.

Entre los riesgos sanitarios presentes en esta comunidad están: consumo de agua insegura; mala eliminación de basuras y excretas y mala eliminación de desechos líquidos y 94,12% de ellas tienen animales intradomiciliarios

El consumo de agua insegura, es un problema que afecta a todas las familias del sector ya que el agua que consumen es entubada, y no tiene ningún tipo de tratamiento antes de ser utilizada, convirtiéndose en un factor perjudicial para la salud al no disponer de líquido vital seguro.

## TABLA N° 5

## RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO SOLAMAR BAJO

| RIESGOS SOCIO-ECONOMICOS | RIESGO | | SIN RIESGO | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | f | % | f | % | f | % |
| **Pobreza** | 10 | 58,82 | 7 | 41.18 | 17 | 100 |
| **Desempleo o empleo informal del jefe de familia** | 17 | **100** | 0 | 0,0 | 17 | 100 |
| **Analfabetismo del Padre y de la Madre** | 1 | 5,88 | 16 | 94,12 | 17 | 100 |
| **Desestructuración Familiar** | 1 | 5,88 | 16 | 94,12 | 17 | 100 |
| **Malas condiciones de la Vivienda** | 11 | **64,71** | 6 | 35,29 | 17 | 100 |
| **Hacinamiento** | 1 | 5,88 | 16 | 94,12 | 17 | **100** |

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo"
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
**NOTA**: Se elimina la categoría "violencia/alcoholismo/drogadicción" por no existir casos.

En la comunidad de "Solamar Bajo", el principal riesgo socio-económico es el desempleo o empleo informal del jefe de familia, ya que la mayoría se dedica a la agricultura y no tienen un trabajo fijo, posteriormente se encuentran las malas condiciones de la vivienda que representa el 64,71% de las familias que carecen de una vivienda digna.

## TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO SOLAMAR BAJO

El objetivo del programa Tamizaje Metabólico Neonatal es prevenir el retardo mental y otras discapacidades provocadas por enfermedades metabólicas hereditarias y trastornos relacionados; a través de la detección oportuna y tratamiento temprano y así evitar las discapacidades y de esta forma lograr el buen vivir de la población[52].

En el barrio Solamar Bajo el 100% de los niños menores de 5 años se realizaron este examen.

[52]TAMIZAJE NEONATAL. [Acceso el 14 de Noviembre del 2013]Disponible en: http://www.salud.gob.ec/47-000-recien-nacidos-se-beneficiaron-con-la-prueba-de-tamizaje-metabolico-neonatal/

## TABLA N° 6

## ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO SOLAMAR BAJO

| ESQUEMA DE VACUNAS | f | % |
|---|---|---|
| **Esquema Completo** | 5 | **100** |
| **TOTAL** | **5** | **100** |

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo".
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
**NOTA:** se elimina la categoría "esquema incompleto" por no existir casos.

"La inmunización es una de las intervenciones sanitarias más costo-eficaces y con más éxito, evita entre 2 y 3 millones de muertes al año y es esencial para alcanzar el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, que consistente en reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de cinco años para el 2015, y es que millones de niños mueren de enfermedades que pueden evitarse con las vacunas"[53].

Todos los niños menores de 5 años de la comunidad de Solamar Bajo tienen su esquema de vacunación completo de vacunación, a través de estos resultados podemos conocer el valor que los padres dan a la inmunización y a la protección de sus hijos.

[53] who.int, Inmunizaciones, [acceso 14 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/immunization/es/.

## TABLA N° 7

## OCUPACIÒN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO SOLAMAR BAJO

| OCUPACIÓN | f | % |
|---|---|---|
| **Estudiante** | 19 | **30,65** |
| **QQDD** | 18 | **29,03** |
| **Agricultor** | 14 | **22,58** |
| **Sin ocupación** | 5 | 8,06 |
| **Albañil** | 2 | 3,23 |
| **Empleado privado** | 2 | 3,23 |
| **Empleado publico** | 1 | 1,61 |
| **Desempleado** | 1 | 1,61 |
| **TOTAL** | **62** | **100** |

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo".
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
**NOTA:** La categoría "sin ocupación" corresponde a niños menores de 5 años. Se elimina la categoría "comerciante, chofer, artesano y jubilado" por no existir casos.

La ocupación que predomina en este sector corresponde a estudiantes con el 30,65%, seguida de haceres domésticos con 29,03%, los cuales se encuentran dentro de la población económicamente pasiva.

Mientras que en la población económicamente activa sobresale la agricultura con el 22,58%.

**TABLA N° 8**

**LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL BARRIO SOLAMAR BAJO**

| LUGAR DE ATENCION | f | % |
|---|---|---|
| **Hosp. De Motupe** | 48 | **77,42** |
| **IESS** | 12 | **19,35** |
| **Hosp. Isidro Ayora** | 2 | **3,23** |
| **TOTAL** | 62 | **100** |

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo"
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
**NOTA**: Se elimina la categoría "centro N° 3 y otros" por no existir casos

Para la atención médica el 77,42% los habitantes del Barrio "Solamar Bajo" acuden al Hospital Universitario de Motupe ya que manifiestan que es el centro de atención más cercano; el 19,35% de la población se atienden en el IESS por ser afiliadas al seguro campesino y con el 3,23% acuden al Hospital Isidro Ayora.

**TABLA N° 9**

**ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO SOLAMAR BAJO**

| ESTADO NUTRICIONAL | f | % |
|---|---|---|
| **Normal (12,9 a 18,5 Kg)** | 4 | **80** |
| **Desnutrición Leve (10 a 12,8 Kg)** | 1 | **20** |
| **TOTAL** | 5 | **100** |

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo".
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
**NOTA:** Se elimina la categoría "desnutrición moderada, desnutrición grave, sobrepeso y obesidad" por no existir casos.

Según la valoración nutricional, 80% de los niños menores de 5 años tienen un Índice de Masa Corporal dentro de los rangos normales; pero 20% presentan desnutrición leve.

Según las estadísticas de la Organización Mundial de Salud entre 3 y 5 millones de niños menores de 5 años mueren por año en el mundo por causas asociadas a la desnutrición.[54].

[54]Desnutrición Infantil; http://www.pobrezamundial.com/la-desnutricion-infantil/; consultado 20/12/2013

## TABLA N° 10

## LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

| LACTANCIA MATERNA | f | % |
|---|---|---|
| **SI** | 5 | **100** |
| **NO** | 0 | 0 |
| **TOTAL** | **30** | **100** |

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo".
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

La OMS y el UNICEF señalan que la lactancia materna "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños" y la recomiendan como imprescindible, exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido[55].

De acuerdo al estudio realizado se encontró que todos los niños menores de 5 años recibieron lactancia materna, forma ideal de aportar los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.

[55] Lactancia Materna Beneficios y Mitos; Disponible en: http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20VIII%202010/10_-_Lactancia_Materna.pdf; consultado: 14/12/2013

## TABLA N° 11

## CONTROLES MÉDICOS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO SOLAMAR BAJO

| EDAD | CONTROLES MÉDICOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD | | | |
|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | TOTAL | |
| | | | f | % |
| **Menores de un año** | 1 | 0 | 1 | **100** |
| **De 1 a 4 años** | 4 | 0 | 4 | **100** |

**Fuente:** fichas familiares del barrio "Solamar Bajo".
**Elaborado por:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
**Nota:** Se elimina la categoría "NO" por no existir datos.

"El control de niño sano o supervisión de salud incluye todas las actividades destinadas a la prevención, detección, tratamiento oportuno de enfermedades, además del acompañamiento, educación al niño y su familia, con el fin de lograr un adecuado desarrollo y crecimiento"[56]; en este aspecto, todos los niños menores de 5 años de este barrio cumplieron con todos los controles preventivos de acuerdo a la normatividad del MSP.

[56]Control Niño Sano; Disponible en: http://redsalud.uc.cl/salud/VidaSaludable/Glosario/C/control-nino-sano.act; consultado: 14/12/2013

**TABLA N° 12**

**ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SOLAMAR BAJO EVALUADO MEDIANTE ÍNDICE DE MASA CORPORAL**

| INDICE DE MASA CORPORAL | f | % |
|---|---|---|
| **Normal (18,5 a 24,99 Kg)** | 17 | **89,47** |
| **Des. Leve (17,00 a 18,49 Kg)** | 2 | **10,53** |
| **TOTAL** | **19** | **100** |

**Fuente:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo".
**Elaborado por:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
**Nota:** Se elimina la categoría "desnutrición moderada, desnutrición grave, sobrepeso y obesidad" por no existir casos.

Los déficits o excesos de nutrientes influyen negativamente en el desarrollo de una persona y provocan consecuencias en su salud a corto y largo plazo[57]; en este estudio 10,53% de escolares y adolescentes presentan desnutrición leve según la determinación del Índice de Masa Corporal.

[57]NUTRICION; Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos23/nutricion/nutricion.shtml#ixzz2ngJRp4mB; consultado: 10/12/2013

## TABLA N° 13

## ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SOLAMAR BAJO

| ESQUEMA | f | % |
|---|---|---|
| **COMPLETO** | 18 | **94,74** |
| **INCOMPLETO** | 1 | **5,26** |
| **TOTAL** | 19 | **100** |

**FUENTE**: fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo".
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

El Ministerio de Salud tiene un Plan Nacional de Inmunización para el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas, siendo esta la manera más efectiva de mantener al niño/a sano/a a través de la inmunización y lo más importante es que no sólo lo protege a él o a ella, sino a toda la familia y al resto de niños con los que interactúa[58]; en el barrio Solamar Bajo, 94,74% de escolares y adolescentes tienen un esquema completo de inmunización para difteria y tétanos, sin embargo hay un 5,26% con los que la unidad de salud debe trabar para alcanzar una cobertura total.

[58]Vacunas y su Importancia; Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/vacunas-y-su-importancia/; consultado: 10/12/2013

## TABLA N° 14

## AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SOLAMAR BAJO

| AGUDEZA VISUAL | f | % |
|---|---|---|
| **NORMAL** | 18 | 94,74 |
| **CON PROBLEMAS** | 1 | **5,26** |
| **TOTAL** | 19 | **100** |

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo".
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Una visión adecuada es esencial en el desarrollo físico, educativo y psicológico del individuo, por lo que el proyecto de detección temprana e intervención de discapacidad visual busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población escolar la discapacidad visual y finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual[59]; en el barrio Solamar Bajo 5,26% de escolares y adolescentes requieren una valoración y seguimiento mas cercano por parte de la unidad de salud pues presentan déficit visual.

[59] Proyecto de detección temprana e intervención de Discapacidad Visual en el Ecuador. Disponible: Estudio de OACDH sobre el derecho de los niños y niñas a la Salud, Defensoría del pueblo ecuatoriano. 7 Septiembre de 2012.

**TABLA N° 15**

**ACCESO O NO AL ESTUDIO ACADÉMICO DE LA POBLACIÓN ESCOLAR Y ADOLESCENTE DEL BARRIO SOLAMAR BAJO**

| ESTUDIA | f | % |
|---|---|---|
| **SI** | 18 | 94,74 |
| **NO** | 1 | **5,26** |
| **TOTAL** | 19 | 100 |

**FUENTE: f**ichas familiares del Barrio "Solamar Bajo".
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Los datos expuestos señalan que 5,26% de escolares y adolescentes no tienen acceso a la educación.

Se ha comprobado que la educación prolongada mejora las oportunidades de empleo (Iyigun y Owen, 1999; Rivera-Beatriz, 1992), reduce la duración de desempleo (Kettunen, 1997; Kiefer, 1985) y eleva los ingresos a través de mayores retribuciones en el mercado laboral[60].

[60] Nivel Educativo y satisfacción laboral, disponible en: http://www.uv.es/~carrascs/PDF/NivelEduc.pdf; consultado: 07/02/2014

**TABLA N° 16**

**RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SOLAMAR BAJO SEGÚN INFORMANTE**

| RENDIMIENTO ESCOLAR | F | % |
|---|---|---|
| **BUENO** | 16 | 84,21 |
| **MALO** | 3 | **15,79** |
| **TOTAL** | **19** | **100** |

**FUENTE**: fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo".
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

El rendimiento académico es el producto del inter-aprendizaje que el estudiante realiza en su escuela, es el resultado de múltiples factores ya sean de carácter técnico metodológico de los profesores, ambiente físico y social circundante, capacidad Intelectual, planes y programas de estudios adecuados, entre otros[61], en el caso de los escolares y adolescentes del barrio Solamar Bajo, a decir de los padres de familia 15,79 no tienen un rendimiento académico bueno y lo asocian al hecho de que este grupo de jóvenes trabaja para aportar económicamente a su familia.

[61]Estudio comparativo de Rendimiento Escolar; Disponible en: http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/2800/1/UPS-QT01132.pdf; consultado: 04/12/2013

## TABLA N° 17

## PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SOLAMAR BAJO SEGÚN FAMILIAR INFORMANTE

| PROBLEMAS DE CONDUCTA | f | % |
|---|---|---|
| **SI** | 1 | **5,26** |
| **NO** | 18 | 94,74 |
| **TOTAL** | 19 | **100** |

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo".
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Está demostrado que el tipo de disciplina que una familia aplica al niño, será responsable de la conducta agresiva, un padre poco exigente que tenga actitudes hostiles, y que está siempre desaprobando y castigando con agresión física o amenazante constantemente a su hijo, estará fomentando la mala conducta[62], entre escolares y adolescentes del barrio Solamar Bajo 5,26% tienen problemas de conducta, manifestados por un comportamiento agresivo hacia las personas según refieren los informantes.

[62]Conducta en los niños; Disponible en: http://www.guiainfantil.com/educacion/comportamiento/la_agresividad_infantil.htm; consultado: 04/12/2013

**TABLA N° 18**

**MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES EN EDAD FERTIL**

| MÉTODOS | f | % |
|---|---|---|
| **Método del Ritmo** | 5 | **45,45** |
| **Esterilización Tubárica** | 3 | **27,27** |
| **Implantes** | 1 | 9,09 |
| **T de Cobre** | 1 | 9,09 |
| **Orales** | 1 | 9,09 |
| **TOTAL** | 11 | **100** |

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo"
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
**NOTA:** Se elimina la categoría "método inyectable" por no existir casos.

La planificación familiar refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos, por ello es de suma importancia la promoción e información sobre el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, ya que estos ayudan a la prevención de un embarazo no deseado, así como a contraer enfermedades de transmisión sexual; en este estudio, 45,45% de las mujeres del barrio Solamar Bajo, en etapa reproductiva con vida sexual activa emplean el método del ritmo y 27,27% recurrieron a la esterilización tubárica.

**TABLA N° 19**

**DOSIS DE VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN MUJERES DE EDAD FERTIL DEL BARRIO SOLAMAR BAJO**

| N° DE DOSIS RECIBIDA | SI | | NO | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | f | % | f | % | f | % |
| **Primera** | 13 | **100** | 0 | 0 | 13 | 100 |
| **Segunda** | 10 | 76,92 | 3 | 23,08 | 13 | 100 |
| **Tercera** | 10 | 76,92 | 3 | 23,08 | 13 | 100 |
| **Cuarta** | 3 | 23,08 | 10 | 76,92 | 13 | 100 |
| **Quinta** | 2 | **15,38** | 11 | 84,62 | 13 | 100 |

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo".
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
**NOTA:** Se elimina la categoría "refuerzos" por no existir casos

La inmunización con las vacunas, tanto toxoide diftérico 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 reducir el riesgo de Tétanos Neonatal en futuros embarazos[63].

El tétanos es una enfermedad bacteriana infecciosa causada por Clostridium Tetani la protección contra esta enfermedad sólo se puede lograr mediante la inmunización activa.

En el caso de mujeres en edad fértil del barrio Solamar Bajo, solo 15,38% recibieron el esquema completo de DT, es decir casi el 85% se encuentran en riesgo y la unidad de salud debe trabajar con este grupo.

[63]Importancia de la alimentación:Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

**TABLA N° 20**

**REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO SOLAMAR BAJO**

| PAPANICOLAOU | f | % |
|---|---|---|
| **SI** | 7 | **63,64** |
| **NO** | 4 | 36,36 |
| **TOTAL** | 11 | **100** |

**FUENTE**: fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo".
**ELABORADO POR:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

Una vez que la mujer empieza a llevar una vida sexualmente activa, es de suma importancia el realizarse el examen de Papanicolaou o citología del cuello de útero esta prueba sirve para detectar cambios citológicos, infección, inflamación y células anormales, permite la detección precoz del cáncer de cuello uterino, uno de los cánceres más frecuente en la mujer después del cáncer de mama[64], en las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Solamar Bajo el 36,36% no se han realizado este examen.

[64]RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia "Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador"

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

## TABLA N° 21

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL BARRIO SOLAMAR BAJO

| PATOLOGÍA | RANGO DE EDAD | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Menor de 1 año | | 1-4 años | | 5-9 años | | 10-19 años | | 20-64 años | | Mayor de 65 años | | TOTAL | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| **Hipertensión Arterial** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | **3,23** | 2 | 3,23 | 4 | **6,46** |
| **Diabetes** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,61 | 1 | 1,61 |
| **Migraña** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,61 | 0 | 0 | 1 | 1,61 |
| **Hipertiroidismo** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,61 | 0 | 0 | 1 | 1,61 |
| **Artritis** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,61 | 0 | 0 | 1 | 1,61 |
| **Gastritis Crónica** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,61 | 1 | 1,61 |
| **Asma** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,61 | 1 | 1,61 |
| **Osteoporosis** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,61 | 1 | 1,61 |
| **Ninguna** | 1 | 1,61 | 4 | 6,45 | 9 | 14,52 | 10 | 16,13 | 22 | 35,48 | 5 | 8,07 | 51 | **82,26** |
| **TOTAL** | 1 | 1,61 | 4 | 6,45 | 9 | 14,52 | 10 | 16,13 | 27 | 43,54 | 11 | 17,74 | 62 | **100** |

**Fuente:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo".
**Elaborado por:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

De acuerdo al estudio realizado la enfermedad crónica más frecuente en el barrio es la Hipertensión Arterial con el 6,46%, seguida de Otras enfermedades como: diabetes, migraña, hipotiroidismo, artritis, gastritis crónica, asma y osteoporosis que se encuentran en el 1,61%.

## TABLA N° 22

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS DISCAPACIDADES DEL BARRIO SOLAMAR BAJO

| DISCAPACIDAD | RANGO DE EDAD | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Menor de 1 año | | 1-4 años | | 5-9 años | | 10-19 años | | 20-64 años | | Mayor de 65 años | | TOTAL | |
| | f | % | f | % | F | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| **FÍSICA** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,61 | 1 | **1,61** |
| **NINGUNA** | 1 | 1,61 | 4 | 6,45 | 9 | 14,52 | 10 | 16,13 | 27 | 43,55 | 10 | 16,13 | 61 | **98,39** |
| **TOTAL** | 1 | 1,61 | 4 | 6,45 | 9 | 14,52 | 10 | 16,13 | 27 | 43,55 | 11 | 17,74 | 62 | **100** |

**Fuente:** fichas familiares del Barrio "Solamar Bajo".
**Elaborado por:** Liliana Cartuche, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

En cuanto a discapacidades en la comunidad de Solamar Bajo existe un caso cuyo grado de afectación física alcanza un 52%.

**APARTADO**

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

- Control de peso y talla
- Determinación del estado nutricional atravéz de Índice de Masa Corporal.
- Toma de presión arterial, a la población mayor de 40 años.
- Control de la agudeza visual a escolares y adolescentes mediante cartilla de Snellen.
- Orientación 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 adecuada alimentación a los niños menores de 5 años, escolareds y adolescentes
- Brindar información a mujeres con vida sexual activa sobre la importancia de la realización del Papanicolaou.

# 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.[65]

La población del barrio Solamar Bajo es numéricamente proporcional tanto para el sexo masculino como femenino; sobresaliendo el grupo etario de 20 64 años de edad (43,55%), lo que se relaciona con los resultados del estudio del INEC del año 2010 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 representó el 50,4% de la población total.

El grado de escolaridad de la mayoría de la población de dicho sector es la educación básica (67,74%) además se encontró 1,61% de analfabetos; datos que se relacionan con el INEC 2010 donde el grado de escolaridad de la población de 24 años y más, disminuye a medida que la edad aumenta. La mayor escolaridad presenta el grupo de 24 a 34 años con 11.1 grados, los adultos mayores presentan el menor grado de escolaridad con un promedio de 5,4[66]. En cuanto a la tasa de analfabetismo hace relevancia que el total nacional se reduce del 11.7% en el 2001 a 6.75% al 2010[67].

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%, la disponibilidad de servicio eléctrico

[65] instituciones.msp.gob.ec/somossalud/.../Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
[66] INEC. Análisis Revista Coyuntural. Edición septiembre 2010.pg. 6
[67] País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. 2010, disponible en: http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf

es del 93,2% de viviendas, el 53,6% cuentan con alcantarillado y el 77% eliminan la basura mediante carro recolector[68].

De acuerdo a los riesgos encontrados en las familias de este sector están los biológicos como personas con mala nutrición con el 4,84%, personas con discapacidad en 1,61%; en los riesgos sanitarios está el consumo de agua insegura con el 100%, la mala eliminación de la basura y mala eliminación de los desechos líquidos y los animales Intradomiciliarios en un 94,12%; en los riesgos socio-económicos está el empleo informal del jefe de familia en un 84,81%, la pobreza que alcanza el 58,82% y las malas condiciones de la vivienda con 64,71%.

Estadísticas revelan que hasta el año 2012 se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos[69], en el barrio Solamar bajo a todos los niños menores de 5 años se les realizo esta prueba.

En la ocupación sobresale la población económicamente pasiva, esto es, estudiantes con 30,65%, haceres domésticos con el 29,03% y en la población económicamente activa, 22,58% se dedica a la agricultura y 3,23% son albañiles.

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

Considerando los datos del 2010, la tasa neta para el Nivel Básico, en relación a la población entre los 5 y 14 años de edad es del 94,61%. La tasa para el Nivel Medio, tomando en cuenta la población entre los 15 y 17

[68] IDEM
[69] Programa del tamizaje neonatal: proyecto coordinado por el MSP y la Vicepresidencia de la República, disponible en: http//www.elciudadano.gob.ec/, consultado el 31/01/2014

años, es del 59,75% y en el Nivel Superior, la tasa neta de matriculación para la población entre 18 y 24 años, es del 28,34%[70]; situación similar se observa en este barrio, resaltando que 5.26% de escolares y adolescentes no acceden a la educación.

En cuanto a problemas de conducta se evidencia que 5,26% de escolares y adolescentes presenta problemas; comparando este resultado, en México aproximadamente la mitad de menores presentan algún síntoma emocional o de conducta, de los cuales, el 16% presentaban de cuatro a más síntomas.[71]

La planificación familiar y el derecho de la mujer a decidir su calendario reproductivo promueven la igualdad. En América Latina un porcentaje variable de mujeres comienza a utilizar métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo. Este porcentaje sólo es superior al 50% de las mujeres en los casos de Colombia, Paraguay y la República Dominicana. En el otro extremo, sólo el 11% de las adolescentes de Guatemala declara haber usado métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo y el 21% después de tener uno o más hijos. Por otra parte, más de un tercio de las adolescentes de Ecuador, El Salvador, Nicaragua y Perú comienzan a usar métodos anticonceptivos después de tener el primer hijo[72]. Esta realidad es diferente a la población en estudio ya que la mayoría de mujeres optan por el método del ritmo con el 45,45%, y solo el 27,27% se han realizado esterilización tubárica.

El 36,36% de mujeres con vida sexual activa no se han realizado el examen Papanicolaou, según manifiestan algunas, debido al desconocimiento de la importancia de esta prueba, y la incomodidad que genera, estas cifras son similares con un estudio en Chile ya que la cobertura del examen Papanicolaou (PAP) en mujeres de riesgo ha sufrido un descenso sostenido en los últimos 4 años, de 68% a 59% entre los

[70] INEC Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf Consultado 10/12/13
[71] Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes Disponible en: http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/17448/28672 Consultado 10/12/2013
[72] Planificación Familiar Disponible en http://www.unfpa.org.co/portal/uploadUNFPA/file/FINAL%20PLANIFICION%20FAMILIAR.pdf Consultado: 10/12/2013

años 2008 y 2011. Esta reducción de la cobertura es aún mayor en las mujeres de más alto riesgo, es decir las mayores de 35 años[73].

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[74].

En Luluncoto y Pio XII, pertenecientes al área de salud Nº 4 Chimbacalle del MSP del Ecuador en adultos mayores en que las enfermedades crónicas que más prevalecen en estas edades se encuentran la HTA, Diabetes, Obesidad, artritis.

Referente a discapacidades, enfermedades crónicas, se encontró 6,46% de personas con HTA entre 20-64 años de edad; seguido diabetes, migraña, hipertiroidismo, artritis, gastritis crónica, asma y osteoporosis; así mismo 1,61% de personas con discapacidad física.

[73] Campaña para aumento cobertura PAP en mujeres de 25 a 64 años. Disponible en: http://www.colegiodematronasdechile.cl/documentos/InsumoCampanaPAP_SSy%20SEREMIS_2012.pdf Consultado 10/12/13

[74] Problemática de salud en América latina disponible en: http://www.granotec.com/ecuador/new/20120222182759/ Consultado 10/12/13

# CONCLUSIONES

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

- El barrio Solamar Bajo está conformado por 17 familias y un total de 62 personas, de las cuales 50% son de sexo masculino y 50% de sexo femenino.

- El nivel de instrucción que predomina en la comunidad de Solamar Bajo es educación básica.

- La ocupación de los habitantes de Solamar Bajo, sobresale la categoría estudiantes y haceres domésticos, los cuales corresponden a la población económicamente pasiva, mientras que la que produce ingresos económicos a la familia es la agricultura.

- Entre los riesgos sanitarios que mayormente afectan a la población está el consumo de agua insegura, mala eliminación de basura y excretas, mala eliminación de desechos líquidos y animales intradomiciliarios

- Los niños menores de 5 años de la comunidad de Solamar Bajo tienen su esquema de vacunación completo y han recibido lactancia materna como alimento exclusivo, conforme recomienda el MSP.

- En cuanto al acceso a la educación 94,74% de escolares y adolescentes se encuentran estudiando y 84,21% tiene un rendimiento académico bueno, según refieren los padres de familia.

- En relación a la planificación familiar el método de preferencia utilizado por las mujeres en edad fértil del barrio Solamar Bajo es el método del ritmo.

- El 36,36% de las mujeres con vida sexual activa no se han realizado el examen de Papanicolaou debido al desconocimiento de la importancia que tiene este examen.

- Con relación al perfil epidemiológico tenemos que las enfermedades crónicas afectan al 17,74% de la población y discapacidades al 1,61%.

# *RECOMENDACIONES*

- Es importante que el Hospital Universitario de Motupe responsable de este sector desarrolle proyectos educativos dirigidos a la adecuada eliminación de la basura y excretas, técnicas para purificar el agua antes de ser consumida, así como los riesgos de la convivencia con animales dentro del hogar.

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

- A la carrera de enfermería continúen fortaleciendo la vinculación con la comunidad para contribuir al fortalecimiento del modelo de atención de salud.

# 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/orientacionyatenciondiversiadad/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=9j7xUuzAJ9KfkQe48IGQBQ&ved=0CE4Q6AEwBQ
- Correa Eduardo & Otros. (2009). Manual de Salud Comunitario. [Base en línea]. Ecuador Disponible en: http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMAN%C3%8DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20TRABAJO%20SOCIAL/09/SALUD%20COMUNITARIO/MANUAL%20DE%20SALUD%20COMUNITARIA.pdf
- Escobar, A., Velasco M. (2010). *Los y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI*. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte1.pdf (Citado: 10/12/2013).
- Fathalla, Mahmoud. (2008). Guía práctica de investigación en salud. [Base en línea]. Washington, D.C: OPS Disponible en: http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/724/OPS.%20Gui%CC%81a%20pra%CC%81ctica%20de%20investigacio%CC%81n%20en%20salud.pdf
- GARRIDO, H., YUNGA E. (2010). *Incidencia del Cáncer en Loja: Estudio de una Década*. Loja Sociedad de Lucha Contra el Cáncer-SOLCA.

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

# ANEXOS

## CERTIFICADO DEL PRESIDENTE

MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja 06 de Octubre del 2013

Sr. Manuel Nolberto Pacheco Tapia

Presidente del Barrio "Solamar Bajo"

CERTIFICO:

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

PRESIDENTE DEL BARRIO

CI: 1100299541-5

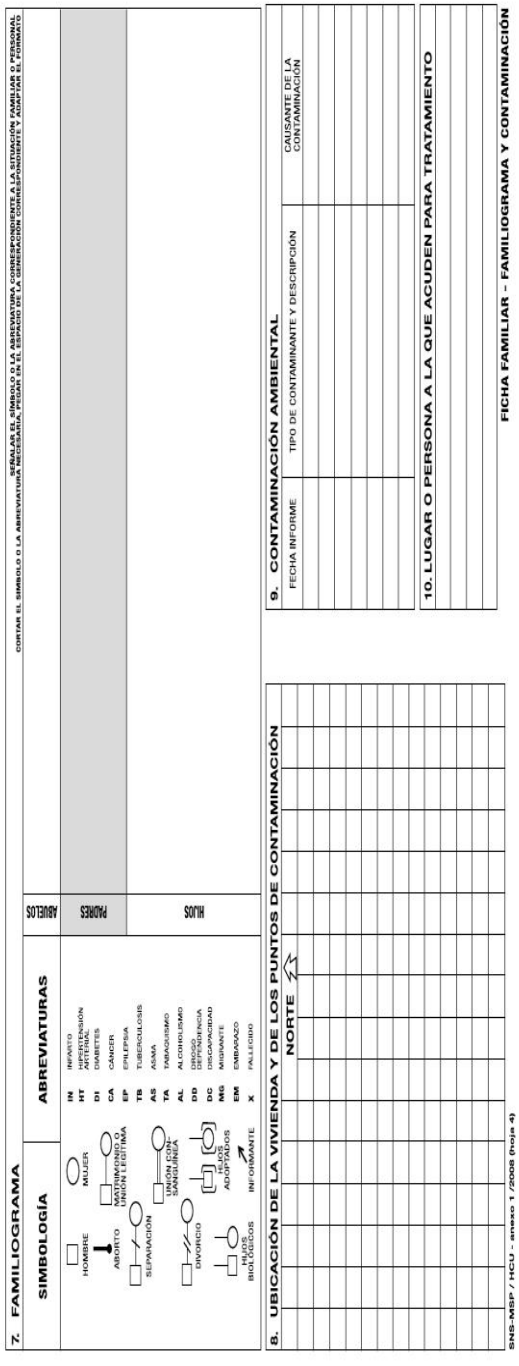
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

CI: 1900152719-9

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

CI: 1105023240

# FICHA FAMILIAR



CORTAR EL SÍMBOLO O LA ABREVIATURA NECESARIA, PEGAR EN EL ESPACIO DE LA GENERACIÓN CORRESPONDIENTE Y ADAPTAR EL FORMATO

SEÑALAR EL SÍMBOLO O LA ABREVIATURA CORRESPONDIENTE A LA SITUACIÓN FAMILIAR O PERSONAL

7. FAMILIOGRAMA

SIMBOLOGÍA: HOMBRE; MUJER; ABORTO; MATRIMONIO O UNIÓN LIBRE; SEPARACIÓN; UNIÓN CONSANGUÍNEA; DIVORCIO; HIJOS BIOLÓGICOS; HIJOS ADOPTADOS; INFORMANTE

ABREVIATURAS: IN INFARTO; HT HIPERTENSIÓN ARTERIAL; DI DIABETES; CA CÁNCER; EP EPILEPSIA; TB TUBERCULOSIS; AS ASMA; TA TABAQUISMO; AL ALCOHOLISMO; DD DROGO DEPENDENCIA; DC DISCAPACIDAD; MG MIGRAÑA; EM EMBARAZO; X FALLECIDO

ABUELOS | PADRES | HIJOS

8. UBICACIÓN DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN

NORTE

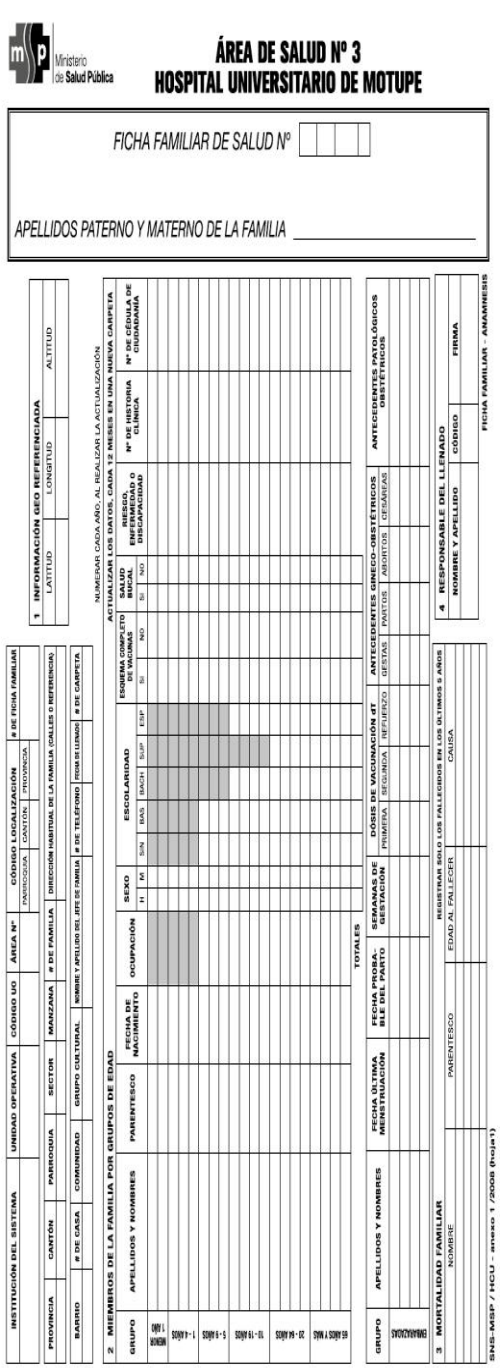
9. CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

| FECHA INFORME | TIPO DE CONTAMINANTE Y DESCRIPCIÓN | CAUSANTE DE LA CONTAMINACIÓN |
|---|---|---|
| | | |

10. LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO

FICHA FAMILIAR – FAMILIOGRAMA Y CONTAMINACIÓN

SNS-MSP / HCU – anexo 1 /2008 (hoja 4)



Ministerio de Salud Pública

ÁREA DE SALUD Nº 3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

FICHA FAMILIAR DE SALUD Nº

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | CÓDIGO UO | ÁREA Nº | CÓDIGO LOCALIZACIÓN (PARROQUIA, CANTÓN, PROVINCIA) | # DE FICHA FAMILIAR

PROVINCIA | CANTÓN | PARROQUIA | SECTOR | MANZANA | # DE FAMILIA | DIRECCIÓN HABITUAL DE LA FAMILIA (CALLES O REFERENCIA)

BARRIO | # DE CASA | COMUNIDAD | GRUPO CULTURAL | NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE DE FAMILIA | # DE TELÉFONO | FECHA DE LLENADO | # DE CARPETA

1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIADA: LATITUD | LONGITUD | ALTITUD

NUMERAR CADA AÑO, AL REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN
ACTUALIZAR LOS DATOS, CADA 12 MESES EN UNA NUEVA CARPETA

2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

| GRUPO | APELLIDOS Y NOMBRES | PARENTESCO | FECHA DE NACIMIENTO | OCUPACIÓN | SEXO (H, M) | ESCOLARIDAD (SIN, BAS, BACH, SUP, ESP) | ESQUEMA COMPLETO DE VACUNAS (SI, NO) | SALUD BUCAL (SI, NO) | RIESGO, ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD | Nº DE HISTORIA CLÍNICA | Nº DE CÉDULA DE CIUDADANÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MENOR 1 AÑO | | | | | | | | | | | |
| 1 – 4 AÑOS | | | | | | | | | | | |
| 5 – 9 AÑOS | | | | | | | | | | | |
| 10 – 19 AÑOS | | | | | | | | | | | |
| 20 – 64 AÑOS | | | | | | | | | | | |
| 65 AÑOS Y MÁS | | | | | | | | | | | |
| | | | | | TOTALES | | | | | | |

| GRUPO | APELLIDOS Y NOMBRES | FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN | FECHA PROBABLE DEL PARTO | SEMANAS DE GESTACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| EMBARAZADAS | | | | |

DÓSIS DE VACUNACIÓN dT: PRIMERA | SEGUNDA | REFUERZO

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: GESTAS | PARTOS | ABORTOS | CESÁREAS

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS

3 MORTALIDAD FAMILIAR — REGISTRAR SOLO LOS FALLECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

| NOMBRE | PARENTESCO | EDAD AL FALLECER | CAUSA |
|---|---|---|---|
| | | | |

4 RESPONSABLE DEL LLENADO: NOMBRE Y APELLIDO | CÓDIGO | FIRMA

FICHA FAMILIAR – ANAMNESIS

SNS-MSP / HCU – anexo 1 /2008 (hoja1)

## 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 | PERSONAS CON VACUNACIÓN INCOMPLETA | | | | | | | | |
| | 2 | PERSONAS CON MALA NUTRICIÓN (SOBREPESO O DESNUTRICIÓN) | | | | | | | | |
| | 3 | PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO | | | | | | | | |
| | 4 | EMBARAZADAS CON PROBLEMAS | | | | | | | | |
| | 5 | PERSONAS CON DISCAPACIDAD | | | | | | | | |
| | 6 | PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES | | | | | | | | |
| B RIESGOS SANITARIOS | 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 DOMICILIARIOS | | | | | | | | |
| C RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS | 12 | POBREZA | | | | | | | | |
| | 13 | DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA | | | | | | | | |
| | 14 | ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE | | | | | | | | |
| | 15 | DESESTRUCTURACIÓN FAMILIAR | | | | | | | | |
| | 16 | VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN | | | | | | | | |
| | 17 | MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA | | | | | | | | |
| | 18 | HACINAMIENTO | | | | | | | | |
| | | | TOTAL | TOTAL | TOTAL | TOTAL | | | | |
| NIVEL DE RIESGO TOTAL | | | SIN RIESGO / BAJO / MEDIO / ALTO | SIN RIESGO / BAJO / MEDIO / ALTO | SIN RIESGO / BAJO / MEDIO / ALTO | SIN RIESGO / BAJO / MEDIO / ALTO | | | | |
| CALIFICACIÓN (SUMAR EL VALOR DEL RIESGO DE LOS COMPONENTES EN LA CELDA DE "TOTAL" Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE SEGÚNM EL RANGO TOTAL | | | | | | | | | | |
| CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0 =SIN RIESGO 1 - 14=RIESGO BAJO 15 - 34=RIESGO MEDIO 36 - 72=RIESGO ALTO | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN | | | | | | | | | | |

SNS-MSP / HCU - anexo 1 /2008 (hoja 2)

**FICHA FAMILIAR - RIESGOS**

## 6. EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

| RIESGO | | ACTIVIDADES PROGRAMADAS | | EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE ANÁLISIS | NÚMERO | COMPROMISO DE LA FAMILIA | COMPROMISO DEL EQUIPO DE SALUD | FECHA DE EVALUACIÓN | SI CUMPLE | NO CUMPLE | PARCIAL | CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES | RESPON-SABLE |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

SNS-MSP / HCU - anexo 1 /2008 (hoja 3)

**FICHA FAMILIAR - EVOLUCIÓN**

# ANEXO DE FICHA FAMILIAR

## ANEXO A LA FICHA FAMILAR

**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.B. | ROTAVIRUS | | O.P.V. Y PENTAVALENTE | | | NEUMOCOCO CONJUGADA | | SR | SRP | NEUMOCOCO CONJUGADA | VARICELA | FA | O.P.V. | D.P.T. | O.P.V. Y PENTAVALENTE | | | | H.B | | |
| | | | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

#### 2. CONTROL DEL NIÑO SANO

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

#### ATENCION INTEGRAL DEL ESCOLAR Y ADOLESCENTE

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

### PROTECCION DE LA MUJER

#### 1. ATENCIÓN MATERNA

| NOMBRES Y APELLIDOS | EDAD | FUM | FPP | ANTEC. PATOL. OBST. | VACUNA DT | | CONTROLES | | | | | PARTO | PUERPERIO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1° | 2° | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 1° | 2° |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

#### 2. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

| NOMBRES Y APELLIDOS | EDAD | METODO DE REGULACION DE FECUNDIDAD | | | | | VACUNACION Dt | | | | | | PAPANICOLAOU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | INYECTABLE | ORAL | IMPLANTE | T DE COBRE | METODO DEL RITMO | Primera Dosis | Segunda Dosis | Tercera Dosis | Cuarta dosis | Quinta dosis | Refuerzo ( Cada 10 años ) | SI | NO | FECHA | DIAGNOSTICO |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

#### PROBLEMAS DE SALUD CRONICOS

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

**MAPA PARLANTE**

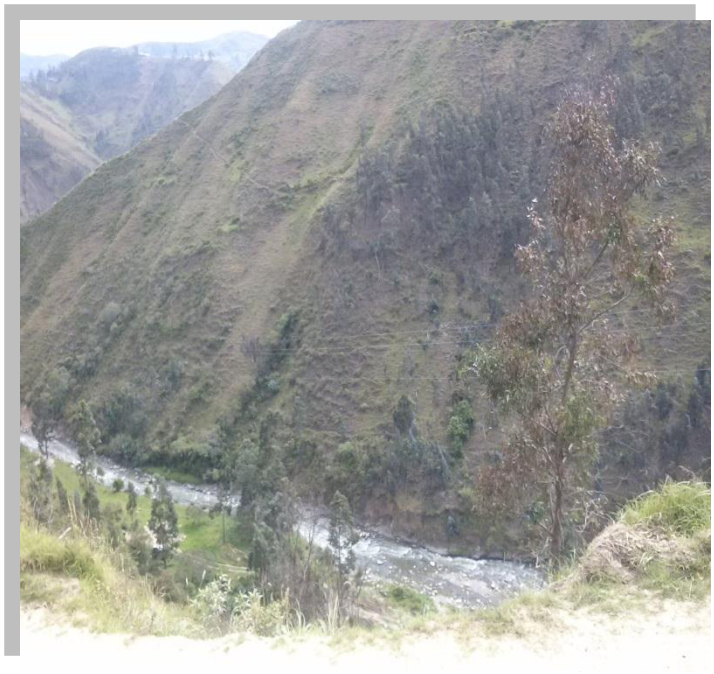
# *BARRIO SOLAMAR BAJO*

**ENTREVISTA CON EL LIDER DEL BARRIO**

**VÍA ANTIGUA A CUENCA Y VIA A JIMBILLA**

VÍA A JIMBILLA

VÍA ANTIGUA A CUENCA



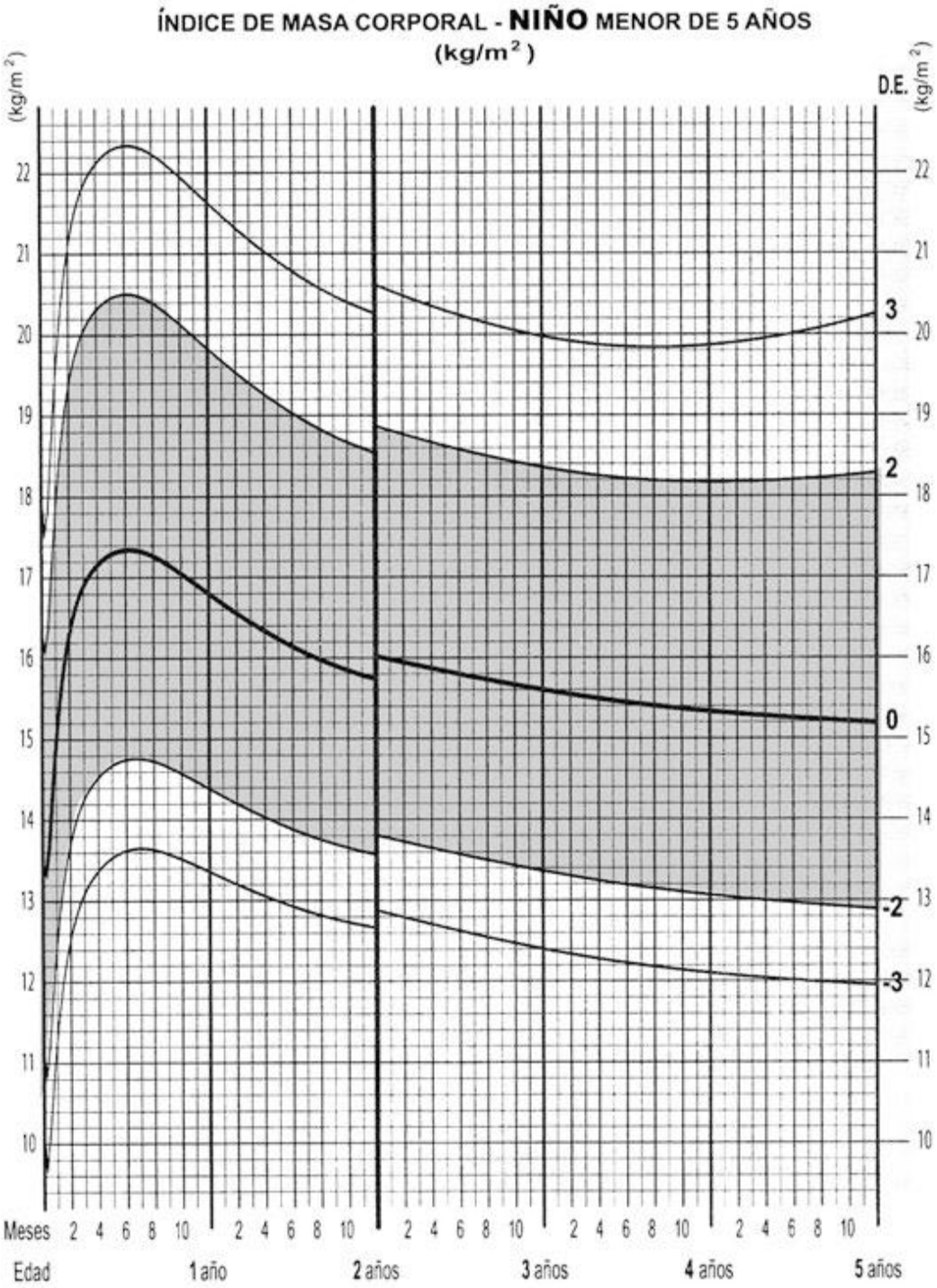
**EL RIO ZAMORA**

**IGLESIA“VIRGEN DEL CARMEN” DEL BARRIO SOLAMAR BAJO**

**ESCUELA JOSÉ MARÍA JARAMILLO**

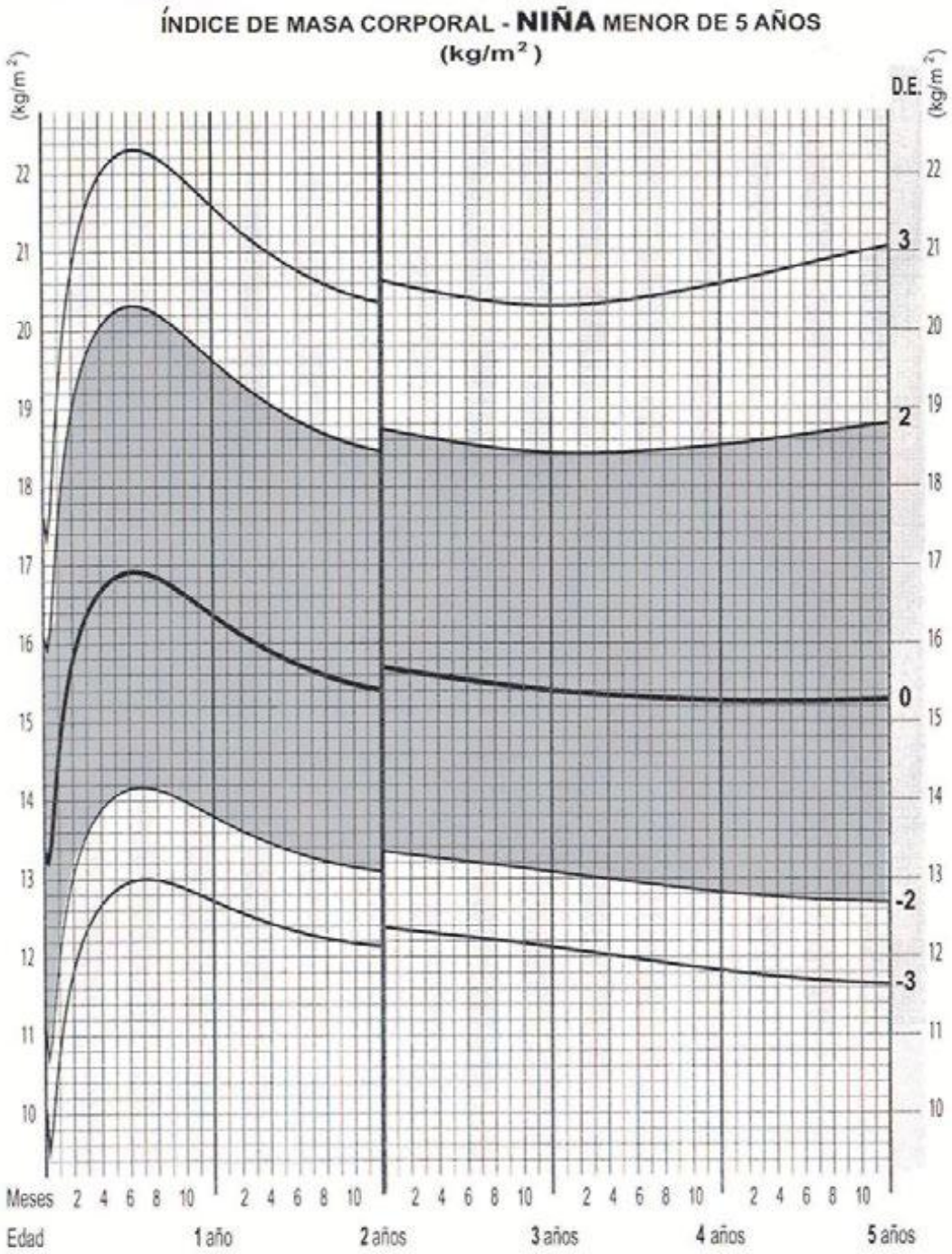
**CASA COMUNAL Y CANCHA**

## INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS




CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

## INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS




CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

## TABLA DE IMC PARA ESCOLARES Y ADOLESCENTES

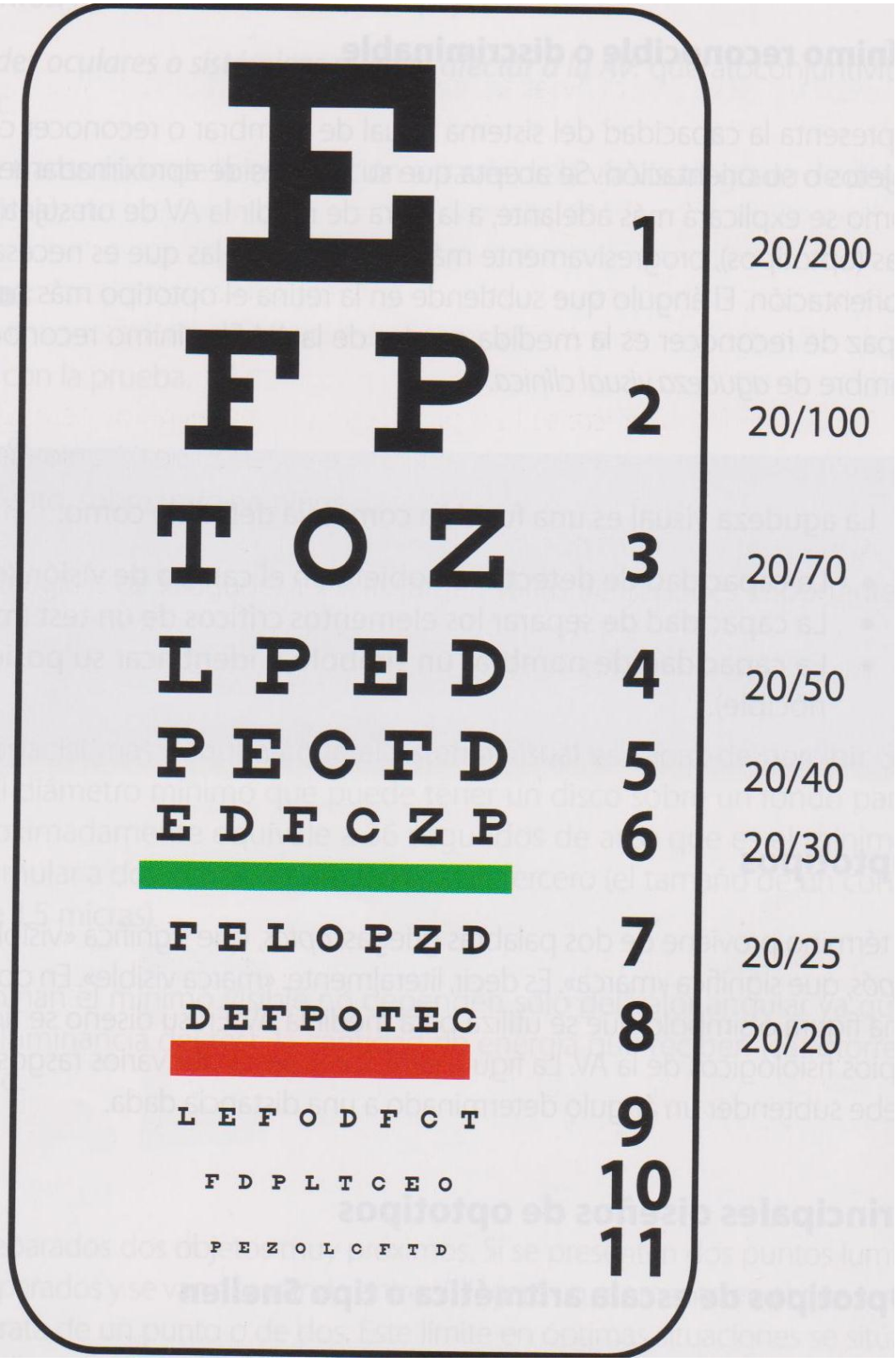
**Peso [Kilograms]**

| Altura [Centimeters] | 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 | 23.5 | 24.2 | 24.9 |

http://www.freebmicalculator.net

Infrapeso  Nomal  Sobrepeso  Obeso

**TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLE)**



## ÍNDICE


| APARTADO | PÁGINAS |
|---|---|
| CARÁTULA | I |
| CERTIFICACIÓN | II |
| AUTORÍA | III |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN | IV |
| DEDICATORIA | V |
| AGRADECIMIENTO | VI |
| TÍTULO | 1 |
| RESUMEN. | 3 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| REVISIÓN DE LITERATURA | 9 |
| MATERIALES Y MÉTODOS | 44 |
| PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS | 47 |
| APARTADO | 72 |
| DISCUSIÓN | 73 |
| CONCLUSIONES | 78 |
| RECOMENDACIONES | 81 |
| BIBLIOGRAFÍA | 83 |
| ANEXOS | 87 |
| ÍNDICE | 101 |