



Universidad Nacional de Loja

ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA:

*“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE
SALUD DEL BARRIO SAN JACINTO
SECTOR III y IV,
SEPTIEMBRE -DICIEMBRE DE 2013”*

Tesis previa obtención del
título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

ADRIANA FABIOLA BERMEO CUMBICUS

DIRECTORA:

Líc. Mg. PATRICIA CHAVEZ POMA.

Loja - Ecuador

2013



CERTIFICACIÓN

Lic. Mg. Patricia Chávez Poma.

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

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación de tesis titulado: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”** de autoría exclusiva de la egresada la Srta. Adriana Fabiola Bermeo Cumbicus, ha sido dirigida, analizada y revisada detenidamente en todo su contenido y desarrollo bajo su dirección por tales razones autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal de grado asignado.

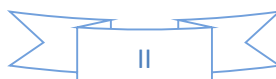
Atentamente:

Loja, Enero del 2014



Lic. Mg. Patricia Chávez

Directora de tesis



AUTORÍA

Yo, Adriana Fabiola Bermeo Cumbicus, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de los posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de este trabajo en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Adriana Fabiola Bermeo Cumbicus

Firma:

Cédula: 1104979875

Fecha: Loja, Enero del 2014



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

Yo, Adriana Fabiola Bermeo Cumbicus, declaro ser autora de la tesis titulada: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV 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 Digital Institucional – Biblioteca Virtual), en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

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

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

Firma: _____

Autor: Adriana Fabiola Bermeo Cumbicus

Cédula: 1104979875

Dirección: Loja, 18 de noviembre y 10 de agosto 07-465

Correo electrónico: adriananenita1@hotmail.com

Teléfonos: 0993969985 -2570-070 -2910-108

Datos complementarios

Directora de tesis: Lic. Mg. Patricia Chávez Poma.

Tribunal de grado: Lic. Mg. Gina Monteros.

Dra. Susana González.

Lic. Mg. Mirian Romero.

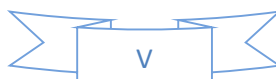
DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede manar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

De igual forma, dedico este trabajo de investigación a mis padres **María Antonia** y **Gilbert Gonzalo** que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mi hermana **María del Carmen** y **Jorge Daniel** que siempre han estado junto a mí brindándome su apoyo incondicional.

Adriana Fabiola Bermeo Cumbicus



AGRADECIMIENTO

Agradezco a **Dios** por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades que se me han presentado a lo largo de toda mi vida.

A mis padres **María Antonia** y **Gilbert Gonzalo**, que con su demostración de padres ejemplares me han enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mis hermanos **María del Carmen** y **Jorge Daniel** por estar siempre brindándome su apoyo incondicional.

A mi asesora de tesis la Lic. **Patricia Chávez Poma** por brindarme su apoyo y conocimientos en la elaboración de mi tesis.

Adriana Fabiola Bermeo Cumbicus

TITULO

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD
DEL BARRIO
SAN JACINTO SECTOR III Y IV,
SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”**

RESUMEN

El presente estudio titulado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013**”, está enmarcado en el macro-proyecto titulado **ENFERMERÍA EN LA PARTICIPACIÓN EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD-MAIS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE SEPTIEMBRE DICIEMBRE DEL 2013**, que busca 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 y trasversal, hace énfasis en el análisis e interpretación de los hechos, la metodología se apoya en estrategias establecidas en el Modelo de Atención Integral de Salud tales como: Visita Domiciliaria para aplicar la Ficha Familiar y la guía de entrevista que permitió completar la información para la línea de base, donde se identificaron problemas prioritarios, los mismos que sirvieron 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 los indicadores como: prevalencia del sexo masculino, nivel de educación básico, los/as jefes de familia se dedican a actividades como: haceres domésticos, agricultura, albañilería, en los escolares y adolescentes se aprecia pocos casos de desnutrición y sobrepeso, gran parte de los niños estudian, las mujeres en edad fértil utilizan como método de planificación familiar el método del ritmo y con respecto al perfil epidemiológico sobresalen las enfermedades crónicas como:

Alcoholismo, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.

Palabras Clave: Diagnóstico comunitario de salud, Perfil Epidemiológico

ABSTRACT

The present study titled "COMMUNITY HEALTH DIAGNOSIS OF BARRIO SAN JACINTO SECTOR III AND IV , SEPTEMBER- DECEMBER 2013", is framed in the macro-project entitled NURSING PARTICIPATION MODEL OF COMPREHENSIVE HEALTH CARE COLLEGE HOSPITAL - MAIS Motupe SEPTEMBER DECEMBER 2013, which seeks 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 and cross type, emphasizes the analysis and interpretation of the facts, the methodology relies on strategies established in the Model Comprehensive Health Care including: Home Visit Family Listing to apply and interview guide allowing information to complete the baseline, where priority problems were identified, the same techniques that were used to make appropriate decisions and policies to local realities seeking to optimize institutional responses and encourage community participation in improving health conditions. (Guerrero and Slimming, 2009:4).

Among the most relevant project data and indicators: prevalence of male sex, level of basic education, / as heads of households are engaged in activities such as household chores, farming, masonry, in school and adolescents seen few cases of malnutrition and overweight, most of the children studied, women of childbearing age use family planning method as the rhythm method and epidemiological profile regarding chronic diseases such project: Alcoholism, Hypertension and Diabetes Mellitus.

Keywords: Community Health Diagnostic, Epidemiological

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud, según la Organización Mundial de la Salud es la asistencia sanitaria esencial y 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 comunidad¹.

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 implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país, que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, la necesidad de superar las brechas

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

en el acceso a servicios integrales de salud, consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel, para articular así también las actividades con el segundo y tercer nivel de atención, mediante mecanismos de referencia y contra-referencia que aseguren en forma integral la continuidad de tratamientos de los pacientes. (MAIS 2012)

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

REVISIÓN DE
LITERATURA

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

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

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

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

Objetivos Estratégicos del MAIS

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

² Ibid., 172

gestión del sector social y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención.

- ④ Fortalecer la calidad de atención con talento humano capacitado, garantizando el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y gestión.
- ④ Impulsar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.
- ④ Fortalecer la vigilancia epidemiológica y la incorporación de experiencias innovadoras y eficaces.
- ④ Fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permita intervenir sobre los determinantes de salud.³

MAPEO DE ACTORES

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

Se basa en:

- ④ Levantamiento de información de actores individuales y colectivos con su representatividad y finalidad.
- ④ Clasificar los actores por las acciones y los objetivos de su participación
- ④ Identificar funciones y roles de cada actor.
- ④ Análisis de actores: relaciones predominantes, jerarquización del poder
- ④ Relaciones sociales de los actores.

³Ibíd., 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 gráfico o dibujo a partir de uno o más documentos cartográficos señalados anteriormente, se identifican accidentes geográficos, ríos, quebradas, las vías de comunicación, fuentes acuíferas, áreas de cultivo, áreas de pastoreo, áreas forestales, las viviendas, unidades de salud, unidades educativas, edificios importantes, mercados, entre otros.

Proceso para la sectorización urbana y rural

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

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

- ✚ Numeración por sectores: La zona de cobertura se subdivide en cuatro sectores, apoyándose en los accidentes naturales (calles, avenidas, quebradas, ríos, etc.) que pudieran existir; cada uno de ellos se identificarán 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 numerarán secuencialmente en cada una de las manzanas, partiendo con la vivienda No. 1 del extremo superior izquierdo de la primera manzana, continuando la numeración ascendente siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, sin romper la secuencia en la manzana No. 2 y subsiguientes. Los lotes baldíos y las casas en construcción no recibirán numeración.

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

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

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

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

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

⁴Ibíd., 188-190

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.

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. ⁵

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 notificado especialmente en los grupos más vulnerable los niños menores de 5 años.

⁵Carcavallo 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.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

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

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

Es un país multiétnico y pluricultural, destacando las siguientes:

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

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

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

Distribución poblacional de la Provincia de Loja

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

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

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

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

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

NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

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

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

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.

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

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

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 esto se juntan la migración y la economía de las familias, ya que la desintegración familiar o la falta de recursos económicos perjudica notablemente la estabilidad del niño/a.

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

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)

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

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

“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

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

¹⁴INEC. *Glosario de Términos*. Recuperado de

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

¹⁵Resultados 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

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

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 diferentes países en desarrollo la mortalidad materna, neonatal y de la niñez ya que aún es uno de problemas lacerante para el conjunto de la sociedad. La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normatizados 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.
- ✓ **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,

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

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

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

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.
- Impacto ecológico por industrias: gran parte del mundo depende de la producción del petróleo las cuales pueden causar daños graves al

¹⁹CORPOALEGRIA, Tipos de discapacidad, Disponible en: <http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/> Citado: 09/12/13, Hora: 18h30pm.

²⁰Discapacidad 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

²¹Importancia del Agua potable, Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/AguapotableysaneamientoenEcuador10/12/13>

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
- Desempleo o empleo informal del jefe de familia: es una de las principales causas de migración, la misma que desintegra núcleos familiares, hijos sin la presencias de ambos padres. Según la última

²²Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-ano-anterior.html>
10/12/13, 9:25

²³El analfabetismo en el Ecuador, Disponible <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-684.html>
10/12/13, 9:45

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 más sociales más sensibles y complejos de resolver. En un país de más de 13 millones de habitantes y cerca de 3 millones de hogares, existe más de un millón de viviendas deficitarias y una demanda anual de más de 60.000 viviendas para nuevos hogares.

²⁴Adolescencia en el Ecuador. [Base en línea]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3Adeempleo-urbano-en-ecuador-seubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es 10/12/13, 8:45

- **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
- 👉 Afecciones Digestivas

²⁵Definición del Hacinamiento, Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx10/12/20>

²⁶Centro 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)

- ↳ 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.

²⁷Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4

²⁸Ecuador 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 que 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

²⁹Enfermedades crónicas: disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php, acceso a las 10:45

³⁰Enfermedades infecciosas disponibles en: <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx> consultado 5/12/13

³¹Control 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

³²PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en:

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

³³Con Pie Derecho "La Huella del Futuro". Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec> Consultado: 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 de este 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.

³⁴Programa 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

³⁵Tamizaje, 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.

³⁶Cortez, 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#ixzz2ly1Y1yUz>.

LACTANCIA MATERNA

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

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

³⁷La 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>

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

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

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

³⁹Pediatría control del niño sano disponible en: <http://pediatria.org/?p=> consultado el 12/12/ 2013

VACUNACIÓN DT (Difteria y Tétanos)

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

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

AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

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

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

ESTUDIO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

⁴⁰Agudeza 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

Educación Básica

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

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

⁴¹UNICEF. 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

- ❖ Factores sociales y culturales: la clase social (determinada por el ingreso familiar, la escolaridad de la madre, del padre, el tipo y ubicación de la vivienda) ha sido reprobada como una variable relacionada con el hecho de que los alumnos sufran fracasos escolares.
- ❖ Factores escolares: el ambiente escolar también ha sido señalado como un factor que afecta el desempeño escolar de los alumnos; en este ambiente podemos citar la administración de la institución educativa (sus políticas, estrategias, etc.) y el profesor (capacitación, compromiso, etc.).
- ❖ Factores familiares: el rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante porque es 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.

⁴²Torres 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>

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

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y 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 y periódicos destinados a la prevención, diagnósticos y tratamientos 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

⁴³Organización 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)

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

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 Tétanos Neonatal 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

⁴⁴MPS. (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/guia1tomo1> (Consultado: 11-12-2013)

⁴⁵Incidencia 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>

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 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.

⁴⁶Centros 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)

⁴⁷Atención Primaria de Salud. [Base en línea]. Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFFPAGE. (Consultado: 05/12/2013)

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

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.

⁴⁸OMS. (2013). *Planificación Familiar*. Nota descriptiva N°351. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

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

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

**MATERIALES Y
METODOS**

El estudio titulado “**Diagnóstico comunitario de salud del Barrio San Jacinto Sector III y IV**”, como parte del macro-proyecto “**ENFERMERIA EN LA PARTICIPACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD-MAIS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2013**”

Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo descriptivo y transversal, que permitió elaborar la línea de base que contribuir 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 San Jacinto, se encuentra ubicado al Noroeste de la ciudad de Loja a 6 km del Hospital Universitario Motupe, posee un clima templado que oscila entre 15°C y 25°C, las principales fuentes de ingreso de su población son: agricultura y ganadería debido a sus características climáticas y geológicas de la zona.

Las vías de acceso son de segundo orden y el medio de transporte más utilizado son los buses urbanos, sus límites son:

- ✓ **Al norte:** Pucacocha;
- ✓ **Al sur:** La Banda Alto;
- ✓ **Al este:** La Banda Bajo;
- ✓ **Al Oeste:** Turupamba

Universo y Muestra

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

Muestra: está conformada por las 55 familias del Barrio San Jacinto la cual está distribuida por 115 hombres y 101 mujeres.

Técnicas e Instrumento

El presente diagnóstico se lo realizó mediante la aplicación de la visita domiciliar el cual fue el método de acercamiento a la comunidad, cuya técnica fue la entrevista y sus instrumentos, la ficha familiar elaborada por el MSP que es parte de la Historia Clínica del paciente (SNS-MSP/HCU-ANEXOS/2008) y se anexa a esta la guía de entrevista los mismos que permitieron recolectar la información,

Procesamiento de la Información

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

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

ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN
DE DATOS

TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR
II Y IV.**

Número de familias	f	%
Colaboran	55	98,22
No colaboran	1	1.79
Total	56	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV
ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

De acuerdo al Diagnóstico realizado en el Barrio San Jacinto en el Sector III y IV se pudo indicaron 56 familias de las cuales solo 55 colaboraron con el Diagnóstico, las mismas que nos permitieron lograr la elaboración del Diagnóstico Comunitario.

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO
SAN JACINTO SECOTR III Y IV

POBLACIÓN	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	2	0,93	4	1,85	6	2,78
1 a 4 años	17	7,87	9	4,17	26	12,04
5-9 años	15	6,94	14	6,48	29	13,43
10-19 años	27	12,50	25	11,57	52	24,07
20-64 años	47	21,76	43	19,91	90	41,67
65 años y más	7	3,24	6	2,78	13	6,02
TOTAL	115	53,24	101	46,76	216	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV
ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: grupos etario según el MSP.

En la presente tabla se puede identificar que en el Barrio San Jacinto y de acuerdo al género de mayor prevalencia es el sexo masculino con el **53,24%**, y el **46,76%** corresponde al sexo femenino. De acuerdo a los rangos de edades establecidos los de mayor porcentaje son los adultos entre: 20– 64 años con un **41,67%** correspondiente a ambos sexos.

TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR
III Y IV SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	f	%
Analfabetos	4	1,85
Sin Escolaridad	16	7,41
Pre básica	16	7,41
Básica	109	50,46
Bachillerato	61	28,24
Superior	10	4,63
TOTAL	216	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV

ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría "Según el nivel de escolaridad a la especialidad" por no existir casos, los niños sin escolaridad corresponde a los niños menores de 5 años.

En la presente tabla los indicadores de escolaridad de mayor incidencia es la educación básica con un **50,46%**, seguido del bachillerato con el **28,24%**, al igual se pudo identificar un **1,85%** de adultos jóvenes y adultos mayores con analfabetismo. Por lo cual la educación es uno los deberes primordiales del Estado y un Derecho de las personas a lo largo de toda su vida.⁵⁰

⁵⁰ Situación de la educación en el Ecuador- Eumed.net; disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gyd.htm>
 Consultado: 9/12/2013; Hora 22:30

TABLA N° 4
RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO SAN JACINTO
SECTOR III Y IV

RIESGOS BIOLÓGICOS	Con riesgo		Sin riesgo		Total
	f	%	f	%	f
Personas con mala Nutrición	9	4,16	207	95,83	216
Personas con discapacidad	4	1,85	212	98,14	216
Embarazadas con problemas	1	25	3	75	4

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV

ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría "Riesgos biológicos a personas con enfermedad de impacto, personas con vacunación incompleta, personas con problemas mentales" por no existir casos

Referente al estado nutricional de la población del barrio en estudio el **4,16%** de la misma presenta malnutrición los mismos que son problemas nutricionales que afectan el equilibrio y al funcionamiento vital del ser humano. También nos permitió identificar que un **1,85%** de la población presenta discapacidad física y auditiva y de las 4 mujeres gestantes el **25%** no se ha realizado los controles médicos.

TABLA N° 5
RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO SAN JACINTO
SECTOR III Y IV

RIESGOS SANITARIOS	Familias con riesgo		Familias sin riesgo		Total	
	f	%	f	%	f	%
Mala eliminación de basuras y excretas	30	54,55	25	45,45	55	100
Animales Intradomiciliarios	19	34,55	36	65,45	55	100
Mala eliminación de desechos líquidos	14	25,45	41	74,55	55	100
Impacto Ecológico por Industrias	5	9,09	50	90,91	55	100
Consumo de agua insegura	4	7,27	51	92,73	55	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV
ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Mediante la aplicación de las fichas familiares se pudo identificar los riesgos sanitarios a las que están expuestos la población como: el **54,55%** tiene mala eliminación de basura y excretas, un **34,55%** de esta población tiene animales intra-domiciliarios los mismos que son causantes de un sinnúmero de enfermedades y un **25,45%** presenta mala eliminación de desechos líquidos, considerandos en un estado de mayor riesgo para la salud.

TABLA N° 6

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV

RIESGOS SOCIOECONÓMICOS	Familias con riesgo		Familias sin riesgo		Total	
	f	%	f	%	f	%
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	44	80	11	20	55	100
Pobreza	39	70,91	16	29,09	55	100
Malas condiciones de la Vivienda	26	47,27	29	52,73	55	100
Hacinamiento	23	41,82	32	58,18	55	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	14	25,45	41	74,55	55	100
Desestructuración Familiar	5	9,09	50	90,91	55	100
Analfabetismo del Padre y de la Madre	3	5,45	52	94,55	55	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV
 ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Las familias del Barrio San Jacinto en cuanto a los riesgos económicos presentan: el **80%** presenta desempleo o empleo informal, pobreza en un **70,91%**, debido a que los miembros de estas familias se dedican a la agricultura y a la albañilería el cual es un trabajo que no permita tener un ingreso económico estable para las familias, las mujeres se dedican más a los haceres domésticos el cual es un trabajo sin remuneración alguna; las malas condiciones de la vivienda se encuentran en un **47,27%**, el hacinamiento con el **41,82%**; estos se presentan debido al bajo ingreso económico de las familias. El **25,45%** representa alcoholismo siendo este uno de los principales factores para que se presente violencia familiar.

TABLA N° 7
TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV

Tamizaje Neonatal	f	%
Si	9	28,13
No	23	71,87
Total	32	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV
ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

En la presente tabla se puede señalar que los niños menores de 5 años del barrio y de acuerdo a la edad indicada para la realización del Tamizaje Neonatal “huella del futuro,” “con pie derecho”, solo el **28,13%** se les ha realizado el mismo, el cual entro en vigencia desde Diciembre del 2011, y el que se encarga de prevenir cuatro de las principales enfermedades más prevalentes tales como: Galactosemia, Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita y Fenilcetonuria, ya que existen 251 casos por año”.⁵¹

⁵¹ Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec> Consultado: 09-12-2013.

TABLA N° 8
ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV

ESQUEMA DE VACUNAS	F	%
Esquema Completo	32	100
TOTAL	32	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV
ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL
NOTA: se elimina la categoría del "esquema incompleto" por no existir casos

El conocimiento que la población tanto nacional, local y del barrio en estudio tiene en relación a la inmunización de los niño/as contra las enfermedades inmuno-prevenibles, es notable ya que permite alcanzar el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, que consiste en reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de cinco años.⁵²

Según el esquema de vacunación podemos indicar que mediante la revisión de los carnets de vacunación de los niños menores de 5 años del barrio encontramos que de acuerdo a su edad y a la vacuna presente en esos año todos ellos cuentan con el **100%** de esquemas completo, por ende se puede determinar la gran importancia que las madres dan a la vacunación.

⁵² Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/> . Consultado: 09-12-2013

TABLA N° 9
ACTIVIDAD LABORAR DE LOS HABITANTES DEL BARRIO SAN
JACINTO SECTOR III Y IV

OCUPACION	f	%
Estudiante	76	35,19
Haceres domésticos	37	17,13
Sin ocupación	32	14,81
Albañil	18	8,33
Comerciante	10	4,63
Chofer	10	4,63
Artesano	10	4,63
Agricultor	9	4,17
Empleado publico	8	3,70
Desempleado	3	1,39
Empleado privado	2	0,93
Mecánicos	1	0,46
TOTAL	216	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV

ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría Jubilado por no existir casos, la categoría sin ocupación pertenece a los niños menores de 5 años.

La ocupación del Barrio San Jacinto y de mayor predominación son los estudiantes con el **35,19%** la misma que es una ocupación pasiva ya que no tiene ingreso económico alguna en el hogar, pero la población económicamente activa es la albañilería con un **8,33%**, comerciantes, choferes y artesanos con el **4,63%**, los cuales son trabajos no bien remunerados y por lo cual el ingreso económico de las familias es bajo y el mismo que impide cubrir con los gastos de la canasta básica.

TABLA N° 10
LUGAR DE ATENCIÓN MEDICA AL QUE ACUDEN LA POBLACIÓN DEL
BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
Hospital de Motupe	189	87,50
Otros	21	9,72
IESS	6	2,78
TOTAL	216	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV

ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: se elimina las categorías de lugar de atención a: Hospital Isidro Ayora y Centro de Salud N° 3 por no existir casos. LA categoría Otros abarcan a clínicas, policlínicos, ISSFA, ISPOL y consultorios privados.

De acuerdo al diagnóstico realizado y a la presente tabla existe una gran afluencia de los habitantes del barrio hacia el Hospital Universitario Motupe con el **87,50%** el mismo que oferta servicios de calidad y calidez hacia sus usuarios, demas un **9,72%** acuden a otros servicios los cuales corresponde a: clínicas, policlínicos y ISSFA, etc, también encontramos un **2,78%** de la población que acude al IESS que pertenece a personas con seguro general, campesino y jubilados.

TABLA N° 11
ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV

ESTADO NUTRICIONAL	f	%
Normal (12,9-18,5kg)	30	93,75
Desnutrición leve (10-12,5kg)	2	6,25
TOTAL	32	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV

ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría del Estado nutricional a: desnutrición moderada, desnutrición grave, sobrepeso, obesidad" por no existir casos

En la presente tabla se puede indicar que mediante la aplicación del IMC (índice de masa corporal) que se empleó a todos los en los niños del Barrio San Jacinto se pudo determinar que el **93,75%** de los ellos tienen un estado nutricional normal y solo un **6,25%** de los niños presentan desnutrición leve.

TABLA N° 12

TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA	SI		TOTAL	
	f	%	f	%
1 año	19	59,37	19	59,37
2 años	13	40,63	13	40,63
TOTAL	32	100	32	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV

ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría de lactancia materna "no" por no existir casos

En la presente tabla y mediante la aplicación de la fichas familiares los niños de este barrio si han recibido leche materna, logrando así un **100%** de efectividad, la lactancia materna es exclusiva hasta los 6 meses de edad y como alimentación complementaria hasta los dos años y logrando así el acercamiento entre la madre y el hijo.

TABLA N° 13
CONTROLES MÉDICOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO
SAN JACINTO SECTOR III Y IV.

EDAD	SI		NO		TOTAL
	f	%	f	%	f
> de un año	9	31,04	0	0	9
1 a 4 años	20	68,96	3	100	23
Total	29	100	3	100	32

Fuente: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV
Elaborado por: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

“La OPS/OMS recomienda que se realicen por lo menos 1 control médico cada mes en los niños menores de 1 año y 1 control cada 2 meses en los niños de 2 a 5 años”,⁵³ de acuerdo a la aplicación de la fincha familiar se puede determinar que los niños menores de 5 años si tienes sus respectivos controles para su edad y solo 3 de estos niños no tienes todos sus controles según como los indica la Organización Mundial de Salud.

⁵³ Red Salud UC-Facultad de Medicina-Control del niño sano. (Disponible en: <http://redsalud.uc.cl/link.cgi/VidaSaludable/Glosario/C/control-nino-sano.act> Consultado: 28/11/2013)

TABLA N° 14
ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL
BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV, EVALUADO MEDIANTE EL
INDICE DE MASA CORPORAL

IMC	f	%
Normal (18,5-24,99kg)	74	91,36
Des. Leve (17-18,49kg)	5	6,17
Sobrepeso (>25 29,99kg)	2	2,47
TOTAL	81	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV

ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría "En el IMC de escolares y adolescentes a: desnutrición moderada, desnutrición grave y obesidad" por no existir casos

El estado nutricional de los escolares y adolescentes del barrio fue valorado mediante el IMC, en el cual se identificó que la mayoría de los niños tiene un **91,36%**, normal. Pero el **6,17%** de los escolares y adolescentes presentan desnutrición leve, mientras que un **2,47%** tiene sobrepeso, esto se relaciona con la vida sedentaria, los malos hábitos alimentarios y la situación socio-económica que tiene la mayoría de esta población.

TABLA N° 15
ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS
EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO
SAN JACINTO SECTOR III Y IV

VACUNACION	COMPLETA		TOTAL	
	f	%	f	%
Escolares y adolescentes	81	100	81	100
TOTAL	81			

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV
ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL
NOTA: se elimina la categoría "de vacunación incompleta" por no existir casos

“El “PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) tiene como objetivo vacunar a los escolares y adolescentes del tétanos y difteria ya que son grupos muy vulnerables, pues en algún momento están expuestos a epidemias y si en algún caso ellos no han recibido las vacunas estarán en un mayor riesgo de enfermar”.⁵⁴ Los escolares y adolescentes del Barrio San Jacinto tienen completo el esquema de vacunación.

⁵⁴Programa ampliado de inmunizaciones, Disponible en:http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH04.HTM

TABLA N° 16

AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV

AGUDEZA VISUAL	f	%
Normal	79	97,53
A normal	2	2,47
TOTAL	81	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV
ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Mediante la valoración de la agudeza visual la cual se la realizó mediante la carta de Snellen se pudo determinar en el Barrio San Jacinto los escolares y adolescentes tienen un **97,53%** de agudeza visual normal, y solo un **2,47% de** ellos presentan problemas de la visión.

TABLA N° 17
ACCESO O NO AL ESTUDIO ACADÉMICO DE LA POBLACIÓN ESCOLAR
Y ADOLESCENTE DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV

ESTUDIA	f	%
SI	73	90,12
NO	8	9,88
TOTAL	81	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV
ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

De acuerdo a los datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha familiar se puede indicar que los escolares del Barrio San Jacinto el **90,12%** de ellos si estudian, pero el **9,88%** no, los mismos que son adolescentes que no han ingresado a las instituciones educativas ya sea por: que se han casado, trabajan, presentan alguna discapacidad, ayudan a sus padres en los haceres de la casa o cuidan a sus hermanos menores o a un miembro de la familia que presente alguna discapacidad y además por la falta de recursos económicos presentes en las familias.

TABLA N° 18
RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL
BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV SEGÚN INFORMANTE

RENDIMIENTO ESCOLAR	f	%
Bueno	70	86,42
Malo	11	13,58
TOTAL	81	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV
ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

En la presente tabla se puede indicar que el rendimiento académico en los escolares y adolescentes es de **86,42%** bueno rendimiento escolar y solo el **13,58%** cuenta con mal rendimiento esto es presenta debido a múltiples factores como: sociales, culturales, familiares, escolares y personales los mismos que llevan al mal rendimiento” .⁵⁵

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

TABLA N° 19
PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES
DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV
SEGÚN FAMILIAR INFORMANTE

PROBLEMAS DE CONDUCTA	NO		TOTAL	
	f	%	f	%
	81	100	81	100
TOTAL POBLACIÓN	81			

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV

ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría de "si tienen problemas de conducta por no existir casos.

Según los datos obtenidos en el barrio mediante la aplicación de la ficha familiar se pudo determinar que los escolares y adolescentes no presentan problemas de conducta logrando así un **100%**, lo cual esto nos indica que los niños tienen una buena formación en casa.

TABLA N° 20
ATENCIÓN MÉDICA Y VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN
GESTANTES DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV

EMBARAZADAS CON:	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
VACUNACIÓN dT	3	75	1	25	4	100
CONTROLES MÉDICOS	3	75	1	25	4	100

Fuente: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV

Elaborado por: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Mediante la aplicación de las fichas familiares se pudo identificar que de las 4 mujeres embarazadas, solo el **75%** están inmunizadas con la vacuna dT y las mismas que tiene controles médicos, ya que de acuerdo a los esquemas de vacunación “las mujeres embarazadas deben recibir al segundo y tercer meses de embarazo las vacunas de la dT, logrando así evitar el tétanos neonatal, según la normativa las mujeres embarazadas deben realizarse por lo menos 5 chequeos ya que el control prenatal comprende la salud tanto de la madre como del niño antes del parto y después del mismo”.⁵⁶

⁵⁶Dra. MARTÍNEZ. A. <http://ginecologaobstetareynosa.blogspot.com/2011/05/embarazoz.htm>

TABLA N° 21
MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES CON
VIDA SEXUAL ACTIVA

METODO	f	%
Método del Ritmo	19	50
Implantes	7	18,42
Esterilización Tubárica	6	15,79
Inyectable	3	7,89
T de Cobre	2	5,26
Método de Barrera	1	2,63
TOTAL	38	100

Fuente: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV
Elaborado por: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.
Nota: se elimina la categoría de métodos anticonceptivo orales por no existir casos.

“La planificación familiar proporciona a las parejas la oportunidad de determinar el tanto de número de hijos, con los intervalos entre los nacimientos, ofreciendo así las ventajas sobre la salud reproductiva”.⁵⁷

El **50%** de mujeres con vida sexual activa utilizan como método de regulación de la fecundidad al método del ritmo, seguido con un **18,42%** los implantes y el **15,79%** se han realizado la esterilización tubárica, los cuales les permiten llevar un control de su fecundidad.

⁵⁷Métodos de planificación familiar, Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>

TABLA N° 22
DOSIS DE VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN MUJERES DE
EDAD FÉRTIL DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV

NUMERO DE DOSIS RECIBIDAS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Primera	59	100	0	0,00	59	100
Segunda	51	86,44	8	13,56	59	100
Tercera	39	66,10	20	33,90	59	100
Cuarta	39	66,10	20	33,90	59	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV

ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría de quinta y refuerzo de la vacunación con dT por no existir casos.

De acuerdo a la presente tabla y a la relación con la vacunación con Difteria y Tétanos en mujeres en edad fértil el **100%** de ellas se han administrado la primera dosis, un **86,44** la segunda dosis y en relación a la tercera y la cuarta un **66,10%**; en cuanto a la quinta dosis y refuerzo, ninguna mujer después del embarazo y en edad fértil se ha administrado la vacuna ya que no le han prestado la adecuada importancia de completar el esquema de la inmunización.

TABLA N° 23

REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV

PAPANICOLAOU	TOTAL	
	f	%
SI	13	34,21
NO	25	65,79
TOTAL	38	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV

ELABORADO POR: Adriana Bermeo; egresadas de la Carrera de Enfermería de la UNL.

De acuerdo a la presente tabla en el Barrio San Jacinto el **34,21%** de las mujeres con vida sexual activa de esta comunidad se han realizado el examen de Papanicolaou pero el **65,79%** no se han realizado, lo cual podría determinar un alto riesgo en su salud, uno de los factores para que esta población no se realice el examen porque manifiestan que: “por la falta de interés.

TABLA 24

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LOS HABITANTES DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV

PATOLOGIAS	< 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 y mas		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Alcoholismo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	12	5,56	0	0,00	12	5,56
HTA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	1,85	1	0,46	5	2,32
Diabetes	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,93	0	0,00	2	0,93
Artritis	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,46	1	0,46
Asma	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,46	0	0,00	1	0,46
Soplo cardíaco	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,46	0	0,00	1	0,46
NINGUNO	6	2,78	26	12,04	29	13,43	52	24,07	70	32,41	11	5,09	194	89,82
TOTAL	6	2,78	26	12,04	29	13,43	52	24,07	90	41,67	13	6,02	216	100

Fuente: fichas familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV
 Elaborado Por: Adriana Bermeo; Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

En la presente tabla se puede identificar que el Alcoholismo en este sector es la patología de mayor predominio y con mayor afectación entre los rangos de edades de 20 a 64 años con el **5,56%**, seguido de la Hipertensión Arterial con el **1,85%**, Diabetes Mellitus con un **0,93%**, siendo las que conllevan a que la salud de la población de esta comunidad se encuentre en un mayor riesgo, por ende se establece que estas personas predispongamos de una mejor atención.

TABLA 25

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS DISCAPACIDADES DE LOS
HABITANTES DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR III Y IV**

DISCAPACIDADES	< de 1 año		1-4 años		5-9 años		10-19años		20-64años		65 y mas		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Discapacidad física	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,46	2	0,92	3	1,39
Discapacidad auditiva	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,46	0	0,00	0	0,00	1	0,46
NINGUNA	6	2,78	26	12,04	29	13,43	51	23,61	89	41,20	11	5,09	212	98,15
TOTAL	6	2,78	26	12,04	29	13,43	52	24,07	90	41,66	13	6,01	216	100

Fuente: fichas Familiares del Barrio San Jacinto sector III y IV

Elaborado Por: Adriana Bermeo; Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

De acuerdo a la presente tabla y a la aplicación de las fichas familiares se puede identificar que en el Barrio San Jacinto se encuentran 4 personas con Discapacidades Especiales como: Física con un **1,36%** y Auditiva con el **0,46%**, los mismos que en su mayoría son ayudados por el programa Manuela espejo, permitiéndoles así llevar un mejor estilo de vida.

APARTADO

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

- Determinación del estado nutricional a través del IMC (índice de masa corporal).
- Toma de la presión arterial a la población mayor de 45 años.
- Control de la agudeza visual a los escolares y adolescentes según la cartilla de Snellen.
- Información a las madres de familia sobre los beneficios de la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida y la importancia de los controles médicos, vacunación y la adecuada alimentación a los niños menores de 5 años.
- Brindar información a las mujeres con vida sexual activa sobre la importancia de la realización del Papanicolaou.
- Determinación de la fecha probable de parto en mujeres embarazadas.

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.⁵⁸

La población del Barrio San Jacinto del Sector III y IV, se determinó que el sexo predominante el masculino con el 53,24%, sobresaliendo la población de 20 a 64 años de edad con el 41,67 “lo que se relaciona con los resultados del INEC del año 2010, la edad promedio de un ecuatoriana es de 29 años, el 62.2% de la población está entre los 15 y 64 años de edad, mientras que los menores a 15 años representan el 31.3%”.⁵⁹ La población femenina representó el 50,4% de la población total.

El grado de escolaridad de la mayoría de la población de dichos sectores es la educación básica (50,46%) además se encontró un 1,85% 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”⁶⁰. “En cuanto a la tasa de analfabetismo hace relevancia a nivel nacional se reduce del 11.7% en el 2001 a 6.75% al 2010”.⁶¹

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

⁵⁸ instituciones.msp.gob.ec/somossalud/.../Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

⁵⁹ Habitantes en el Ecuador, Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/203162-censo-revela-que-en-el-pais-habitan-14-483-499-personas/>

⁶⁰ INEC. Análisis Revista Coyuntural. Edición septiembre 2010,pg. 6

⁶¹ País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador, 2010, disponible en: http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf

potable es del 72,0%, el 53,6% cuentan con alcantarillado y el 77% eliminan la basura mediante carro recolector.⁶²

De acuerdo a los riesgos encontrados en las familias de este sector están los riesgos biológicos como: personas con mal nutrición con el 4,16%, personas con discapacidad con un 1,85% y embarazadas con problemas con un 25%, en los riesgos sanitarios esta el 54.55% de mala eliminación de basura y excretas, así mismo encontramos a animales Intra-domiciliarios en un 34,55%, también se identificó la mala eliminación de líquidos con un porcentaje muy notorio, en los riesgos socioeconómicos encontramos al empleo informal del jefe de familia en un 80%, relacionándose con la pobreza con un 70,91%, un 47,27% tiene mala condiciones de las viviendas, hacinamiento con un 41.82% y violencia/alcoholismo/drogadicción con un 25,45%.

“Estadísticas revelan que hasta el año 2012 se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos”,⁶³ en el Barrio San Jacinto se realizó a 9 niños la prueba.

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

En estos sectores sobresale la población económicamente pasiva como son los estudiantes con el 35,19%, haceres domésticos con el 17,13% y en la población económicamente encontramos el 8,33% son albañiles, el 4.63% son comerciantes, choferes y artesanos.

“Considerando los datos al 2010, la tasa neta para el Nivel Básico, en relación a la población entre los 5 y 14 años de edad es del 94,61%. La tasa para el Nivel Medio, tomando en cuenta la población entre los 15 y 17 años, es del 59,75% y

⁶² IDEM

⁶³ 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

en el Nivel Superior, la tasa neta de matriculación para la población entre 18 y 24 años, es del 28,34%”,⁶⁴ situación similar se observa en este barrio, resaltando que 9,88% de escolares y adolescentes no acceden a la educación.

“En cuanto a los problemas de conducta se evidencia que 5,22% de escolares y adolescentes presentan problemas, comparando estos resultados en México reportan que aproximadamente la mitad de los menores presentan algún síntoma emocional o de conducta, de los cuales, el 16% presentaban de cuatro a más síntomas”.⁶⁵

“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”.⁶⁶ Esta realidad es diferente a la población de estudio debido que la mayoría de las mujeres optan por métodos de regulación tradicional como el método del ritmo con el 50%, seguido del 18,42% utilizan los implantes como método de fecundidad.

El 65,79% de mujeres con vida sexual activa no se han realizado el Papanicolaou, según manifiestan debido al desconocimiento de la importancia que tiene la realización 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 el año 2011. Esta reducción de la

⁶⁴ INEC Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf> Consultado 10/12/13

⁶⁵ 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

⁶⁶ Planificación Familiar Disponible en <http://www.unfpa.org.co/portal/uploadUNFPA/file/FINAL%20PLANIFICION%20FAMILIAR.pdf> Consultado: 10/12/2013

cobertura es aún mayor en las mujeres de más alto riesgo, es decir las mayores de 35 años”.⁶⁷

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 años⁶⁸.

“En Luluncoto y Pio XII, pertenecientes al área de salud N° 4 Chimbacalle del MSP del Ecuador en los adultos mayores, las enfermedades crónicas que más prevalecen son: HTA, Diabetes Obesidad y Artritis”.⁶⁹

En este estudio referente a las enfermedades crónicas, degenerativas y discapacidades se encontró: Alcoholismo con el 5,56% y un 2,32% de personas con Hipertensión Arterial, seguido de Diabetes en el 0,93% en entre los rangos de 20 años a más, así mismo un se encontró un 1,39% física y 0,46% auditiva en especial en los grupo etarios de 10 años y más.

⁶⁷ Campaña para aumento cobertura PAP en mujeres de 25 a 64 años. Disponible en:

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

⁶⁸ Problemática de salud en América latina disponible en: <http://www.granotec.com/ecuador/new/20120222182759/> Consultado 10/12/13

CONCLUSIONES

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

- En el Barrio San Jacinto, sector III y IX está conformado por 55 familias y un total de 216 personas, de las cuales 53,24% son de sexo masculino y 46,76 son de sexo femenino.
- El nivel de instrucción que predomina en el Barrio San Jacinto, Sector III y IV es la educación básica.
- La ocupación de los habitantes de San Jacinto sector III y IV sobresale la categoría estudiante y haceres domésticos, los cuales corresponden a la población económicamente pasiva, mientras que la que produce ingresos económicos la familia son los albañilería.
- En relación a los riesgos biológicos encontrados son: 4,165 personas con malnutrición, 25% de embarazadas con riesgo; riesgos sanitarios encontrados son: la mala eliminación de basura y excretas con un 54,55%, seguido de animales intra-domiciliarios y mala eliminación de desechos líquidos, el riesgo socioeconómico de mayor predominio es desempleo o empleo informal del jefe de familia con el 80%, seguido de pobreza, malas condiciones de la vivienda, hacinamiento y Violencia/Alcoholismo.
- En los menores de 5 años el esquema de vacunación se encuentra completo para su edad. El control del niño sano ha logrado un 100% de afectividad ya que estos se han llevado a cabo conjuntamente con las inmunizaciones programadas. El estado nutricional es normal con el 93,75%, ya que estos niños recibieron lactancia materna exclusiva.
- Los niños menores de 5 años del Barrio San Jacinto sector III y IV tienen su esquema de vacunación completo y han recibido lactancia materna como alimento exclusivo conforme las recomendaciones de la OPS/OMS.

- En cuanto al acceso a la educación el 90,12% de escolares y adolescentes se encuentran estudiando y un 86,42% tiene un rendimiento académico bueno según referencia de los padres de familia.
- En relación a la planificación familiar el método de preferencia utilizado por las mujeres en edad fértil del Barrio San Jacinto sector III y IV es el método del ritmo.
- EL 34,21% de las mujeres con vida sexual activa se han realizado el Papanicolaou debido al desconocimiento de la importancia que tiene este examen.
- Con relación al perfil epidemiológico tenemos que las enfermedades crónicas afectan al 8.81% de la población, además se identificó 4 discapacitados.

RECOMENDACIONES

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

- Que la carrera de enfermería incluya en su programa de vinculación con la colectividad acciones tendientes a promover estilos saludables y de esta manera contribuir a reducir factores de riesgo biológicos, sanitarios y socioeconómicos.
- Es importante que el Hospital Universitario de Motupe, con el aporte de enfermería se mantenga un control y seguimiento del cumplimiento de los controles periódicos de las diferentes personas con enfermedades crónicas para planear visitas domiciliarias, a quienes transcurrido cierto tiempo no acudan a realizarse los controles.
- Que en la institución donde se ejecute el estudio, se gestione la participación del personal de salud para que planifique ejecute y evalúe medidas de prevención en el Barrio San Jacinto sector III y IV.
- Que el equipo de salud del Hospital Universitario de Motupe realice talleres mediante charlas educativas e información escrita acerca de los beneficios de cuidar la alimentación de los niños y adolescentes para evitar índices de mala nutrición, además incentivar mediante la educación a las mujeres con vida sexual activa a realizarse el examen del Papanicolaou ya que ayuda a la detección oportuna del cáncer de cuello uterino.

BIBLIOGRAFÍA

- ☉ Aguirre Pilar & Otros. (septiembre 2010). Manual de Atención al Alumnado con necesidades específicas de Apoyo Educativo por padecer Enfermedades Raras y Crónicas [Base en línea]. España Disponible en: www.juntadeandalucia.es/educacio/portal/com/big/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/ManualdeatencionalalumnadoNEAE/1278667341285_09.pdf
- ☉ Atie, Guidalli & Otros. (2011). Nutrición y Alimentación en el ámbito Escolar [Base en línea]. Madrid Disponible en: <http://www.nutricion.org/img/files/nutricion%20ambito%20escolar%20FINALprot.pdf>.
- ☉ Collazos Jaime & Otros. (2008). Salud Pública y Discapacidad [Base en línea]. Bogotá Disponible en: <http://books.google.es/books?id=cBhhQB3dq5EC&dq=salud+publica+2008&hl=es&sa=X&ei=9j7xUuzAJ9KfkQe48IGQBQ&ved=0CE4Q6AEwBQ>
- ☉ Correa Eduardo, (2009). Manual Salud Comunitario.[Base en línea]. Ecuador Disponible en: <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMANAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20TRABAJO%20SOCIAL/09/SALUD%20COMUNITARIO/MANUAL%20DE%20SALUD%20COMUNITARIA.pdf>
- ☉ Escobar, A., Velasco M. (2010). Los y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Part_e1.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.%20Guia%20practica%20de%20investigacion%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 Planificación Familiar. [Base en línea]. Ecuador Disponible en: <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma/planificacionfamiliar.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

➤ CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE



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

Loja, 05 de Octubre del 2013

Sr.

Flore Guillama Gudoy

PRESIDENTE DEL BARRIO SAN JACINTO

CERTIFICO:


Habemos reunido con las egresadas de la Carrera de Enfermería y haber acordado brindar el apoyo para el trabajo investigativo que van a realizar en la comunidad del barrio San Jacinto.

Atentamente:

Flore Guillama Gudoy

PRESIDENTE DEL BARRIO
CI: 1101245773

➤ FICHA FAMILIAR



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD Nº 3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

FICHA FAMILIAR DE SALUD Nº

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA _____

1 INFORMACIÓN SOLO REFERENCIADA

LUGAR	ACTIVO
COMETIDO	ACTIVO

2 INFORMACIÓN DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

MENCIONE CADA CELDA REALIZANDO LA ACTUALIZACIÓN

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	SEXO		ESCOLARIDAD				ESTADO CIVIL				ESTADO DE SALUD		Nº DE OCUROS DE ESCOLARIDAD	Nº DE OCUROS DE ESCOLARIDAD	
					H	M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			NO
00 años y más																			
01 - 04 años																			
5 - 9 años																			
10 - 14 años																			
15 - 19 años																			
20 - 24 años																			
25 - 29 años																			
30 - 34 años																			
35 - 39 años																			
40 años y más																			
TOTALES																			

3 INFORMACIÓN FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	CARGO

4 RESPONSABLE DEL LLENADO

NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA

5 CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES	FECHAS DE CALIFICACIÓN			

CALIFICACIÓN DEL RIESGO - PUNTO 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 <small>(SOBREPESO O DESNUTRICIÓN)</small>																
	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 INSEGURO																
	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 HACENDAMIENTO																
	TOTAL																

NIVEL DE RIESGO TOTAL	TOTAL				TOTAL				TOTAL				TOTAL			
	0=0	1=1	2=2	3=3	0=0	1=1	2=2	3=3	0=0	1=1	2=2	3=3	0=0	1=1	2=2	3=3
CALIFICACIÓN GLOBAL, SUMA DEL PUNTO DE LOS COMPONENTES EN LA CELDA DE "TOTAL" Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE DEBIDO AL PUNTO TOTAL																

CALIFICACIÓN DEL RIESGO - PUNTO TOTAL: 0 = SIN RIESGO 1 - 14 = RIESGO BAJO 15 - 24 = RIESGO MEDIO 25 - 32 = RIESGO ALTO

RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN				
--------------------------------	--	--	--	--

➤ ANEXO DE LA FICHA FAMILIAR

ANEXO A LA FICHA FAMILIAR

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

PROTECCION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

1. VACUNACION

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

2. CONTROL DEL NIÑO SANO

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

ATENCIÓN INTEGRAL DEL ESCOLAR Y ADOLESCENTE

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

PROTECCION DE LA MUJER

1. ATENCIÓN MATERNA

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

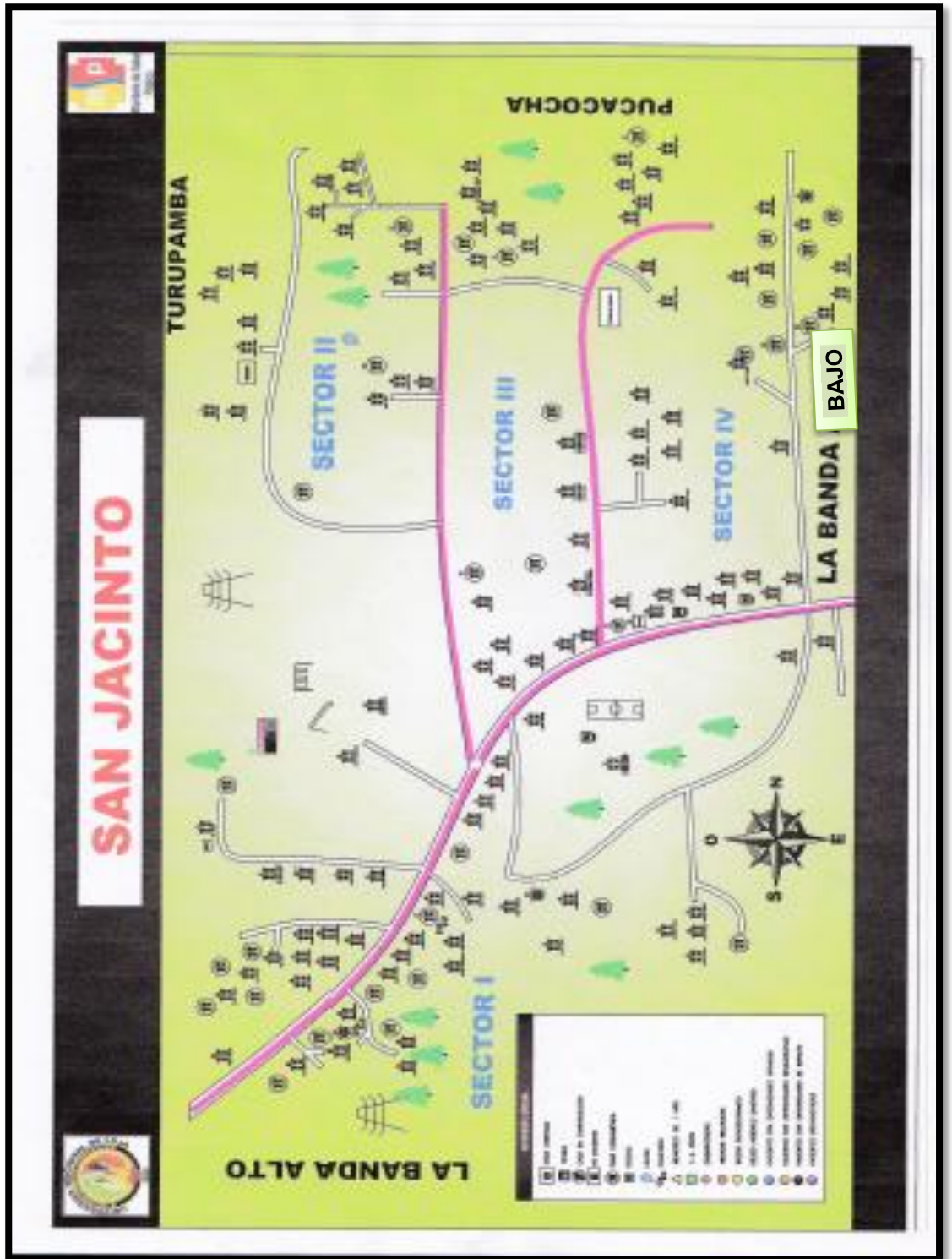
2. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	MÉTODO DE REGULACION DE FECUNDIDAD		VACUNACION						PAPANICOLAOU					
		INYECCION	ORAL	DI						SI	NO	FECHA	DIAGNOSTICO		
		IMPLANTE	T DE COBRE	Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera dosis	Cuarta dosis	Quinta dosis	Retarzo (Cada 10 años)						

PROBLEMAS DE SALUD CRONICOS

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

➤ CROQUIS DEL BARRIO SAN JACINTO



➤ EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

ACERCAMIENTO CON EL PRESIDENTE



Entrevista con el señor Eliseo Guillermo Godoy presidente del Barrio San Jacinto



Firma de certificación de la Entrevista con el presidente del Barrio San Jacinto

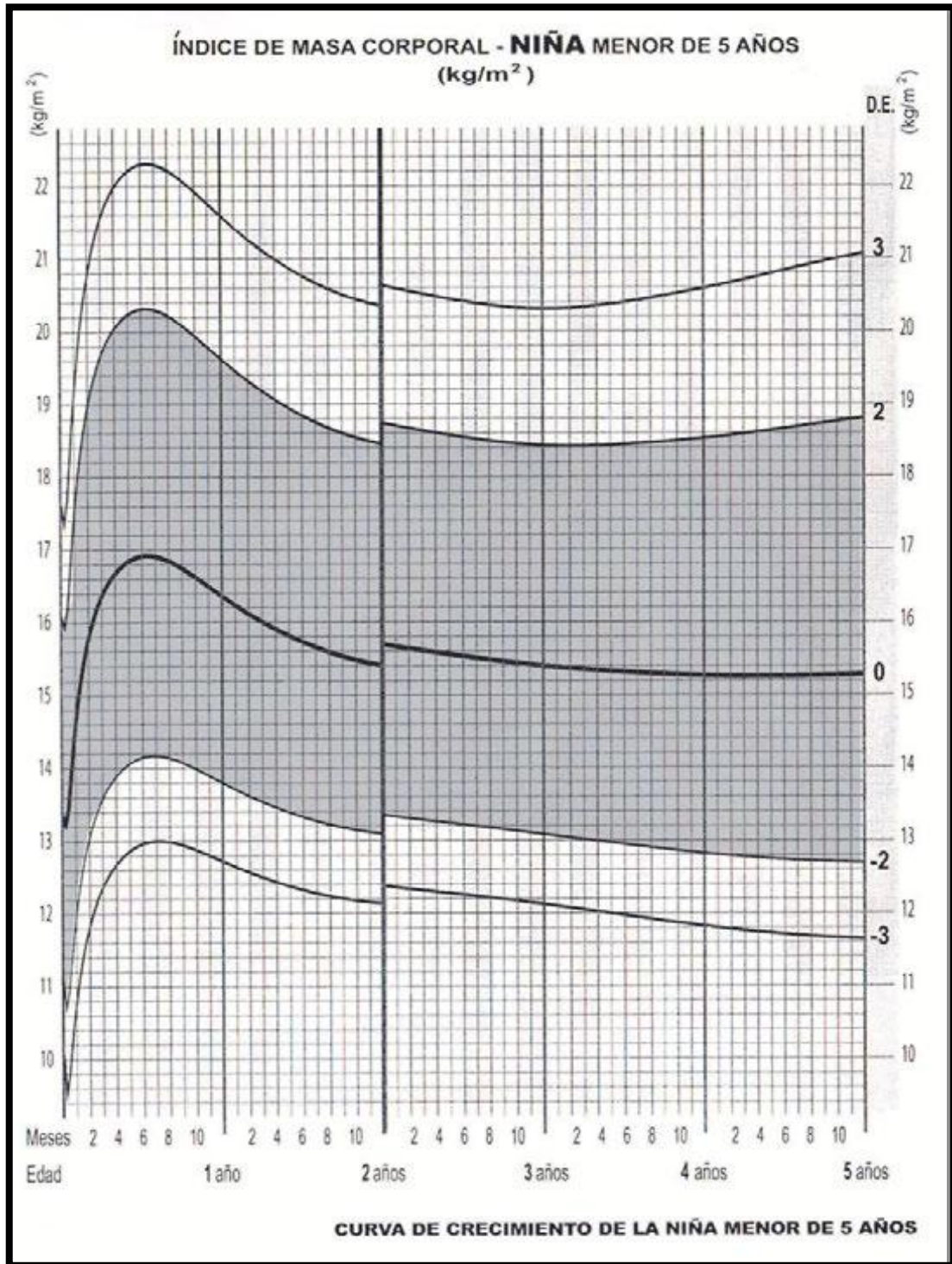
VISTA DEL BARRIO SAN JACINTO



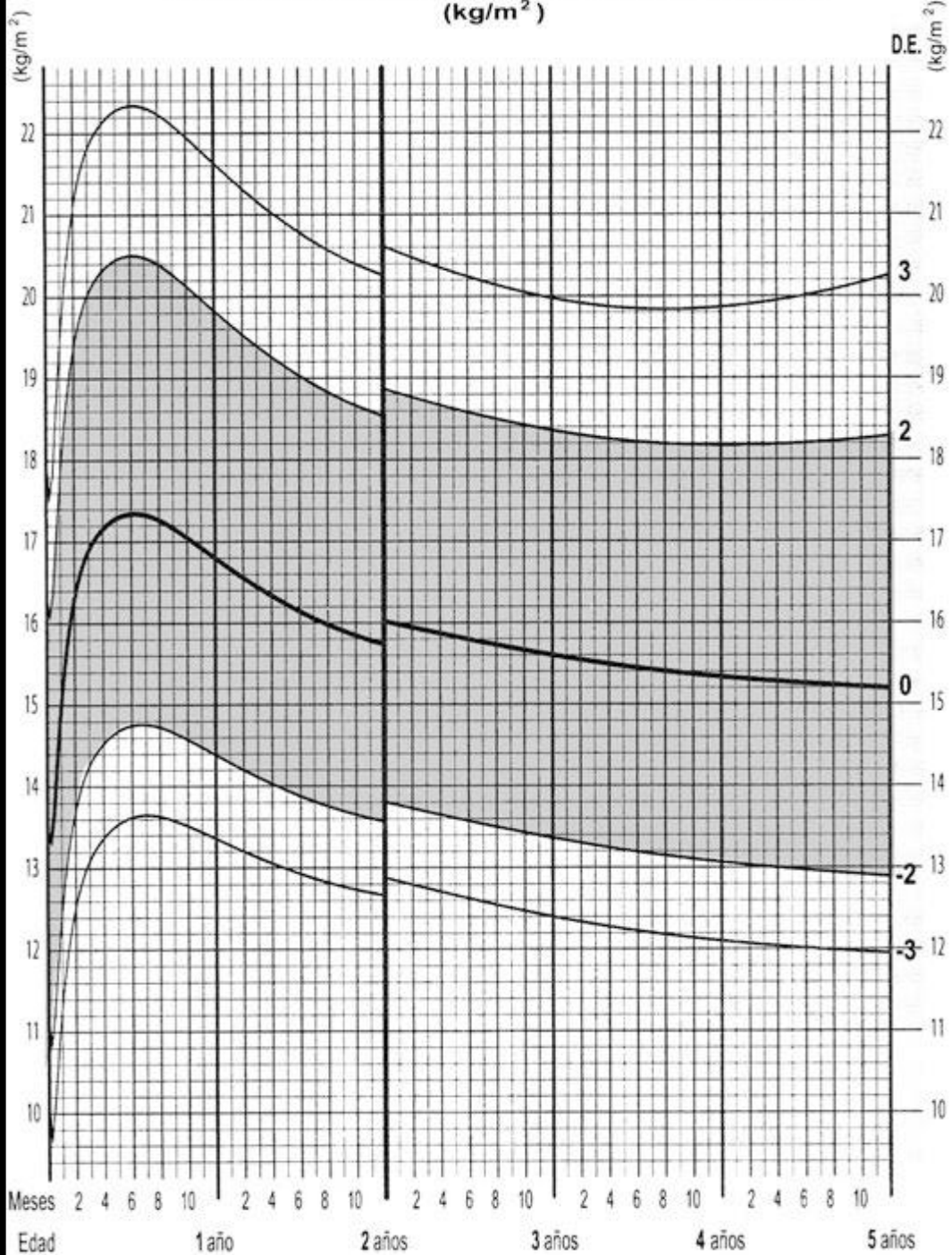
APLICACIÓN DE LAS FICHAS FAMILIARES A LOS MORADORES DEL BARRIO



➤ INSTRUMENTO QUE SE UTILIZÓ EN EL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO



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



CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

➤ **ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES**

Peso [Kilograms]

	45	48	50	53	55	58	60	63	65	68	70	73	75	78	80	82.5	85	87.5	90	
Altura [Centimeters]	145.0	21.4	22.6	23.8	25.0	26.2	27.3	28.5	29.7	30.9	32.1	33.3	34.5	35.7	36.9	38.0	39.2	40.4	41.6	42.8
	147.5	20.7	21.8	23.0	24.1	25.3	26.4	27.6	28.7	29.9	31.0	32.2	33.3	34.5	35.6	36.8	37.9	39.1	40.2	41.4
	150.0	20.0	21.1	22.2	23.3	24.4	25.6	26.7	27.8	28.9	30.0	31.1	32.2	33.3	34.4	35.6	36.7	37.8	38.9	40.0
	152.5	19.3	20.4	21.5	22.6	23.6	24.7	25.8	26.9	27.9	29.0	30.1	31.2	32.2	33.3	34.4	35.5	36.5	37.6	38.7
	155.0	18.7	19.8	20.8	21.9	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	28.1	29.1	30.2	31.2	32.3	33.3	34.3	35.4	36.4	37.5
	157.5	18.1	19.1	20.2	21.2	22.2	23.2	24.2	25.2	26.2	27.2	28.2	29.2	30.2	31.2	32.2	33.3	34.3	35.3	36.3
	160.0	17.6	18.6	19.5	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.freebmiccalculator.net>

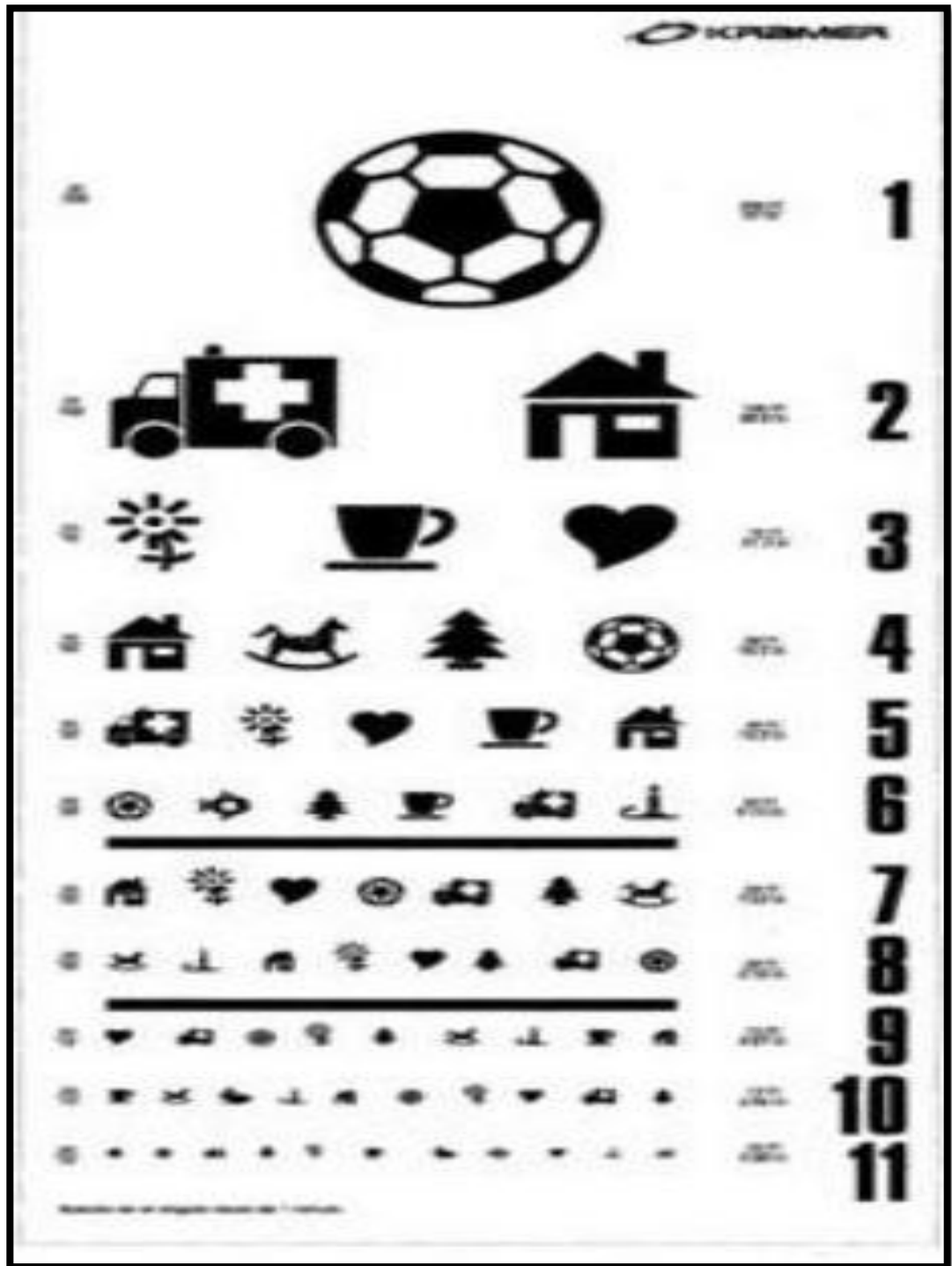
Infrapeso
 Nomal
 Sobrepeso
 Obeso

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

➤ TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLEN)

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

➤ TABLA DE TAMIZAJE VISUAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



➤ TABLA DE FECHA PROBABLE DE PARTO

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

ÍNDICE

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

PRELIMINAR	PÁGINAS
TÍTULO	1
RESUMEN.	2
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	4
REVISIÓN DE LITERATURA	6
MATERIALES Y MÉTODOS	40
RESULTADOS	42
DISCUSIÓN	68
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	74
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	77
ÍNDICE	93