



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

TÍTULO

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

Tesis previa a la obtención
del Título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

- *Nora Alexandra Sarango Valle*

DIRECTORA :

- *Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga*

Loja - Ecuador

2013



CERTIFICACIÓN

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

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

DIRECTORA DE TESIS:

CERTIFICO.

Que el trabajo de investigación titulado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO “SAN AGUSTIN, SECTOR II”, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013** elaborado por la estudiante, Nora Alexandra Sarango Valle, egresada de la Carrera de Enfermería, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, ha sido desarrollado, corregido y orientado bajo mi estricta dirección y una vez que se enmarca dentro de las exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, disertación y defensa.

Loja, Enero del 2014

Atentamente.



Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga
Directora de tesis

AUTORÍA

Yo, **Nora Alexandra Sarango Valle**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Nora Alexandra Sarango Valle

Firma:.....

Cédula: 1104964026

Fecha: Enero del 2014

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

Yo, Nora Alexandra Sarango Valle, declaro ser autora, de la tesis titulada: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR I”, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”** Como requisito para optar al grado de Licenciada de Enfermería; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

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

Firma: 

Autor: Nora Alexandra Sarango Valle

Cédula: 1104964026

Dirección: alex.sa_26@ yahoo.es

Correo Electrónico: Av. Occidental de Paso

Teléfono: 2696389

Celular: 0990297266

DEDICATORIA

Dedico mi esfuerzo y superación:

A Dios por darme la vida, por estar siempre a mi lado y haberme acompañado en estos días tan difíciles, permitiéndome que realizara este logro en mi vida y por haberme dado la fortaleza para seguir adelante.

*A mi familia por sus palabras, tiempo y esfuerzo: En especial a mis **PADRES**, por guiarme en el camino de la vida ya que gracias a ellos he ido avanzando, construyendo mi camino con esfuerzo y cariño y me han alentado a culminar una etapa más. A mis **HERMANOS** por sus ánimos brindados, por sus palabras que me impulsaron cada día a seguir adelante, por creer en mí, por su confianza, cariño, y por darme la dicha de haber crecido junto a ustedes.*

*A mi hijo **DANIELITO**, mi razón de vida, quien ha sido, es y será siempre mi inspiración de lucha para continuar siempre adelante.*

A toda mi familia que siempre me han dado su apoyo incondicional y buenos deseos, mil gracias por esas palabras que me incitaban a seguir adelante.

Nora Alexandra Sarango Valle

AGRADECIMIENTO

Agradezco a:

A Dios quien ha sido el que me ha dado fortaleza y sabiduría para afrontar todos los obstáculos y dificultades que se me ha presentado durante toda mi vida estudiantil.

A la Lic. Sonia Caraguay Gonzaga, mi directora de tesis, persona íntegra y sabia que me ha apoyado incondicionalmente en este trabajo y me ha guiado de forma adecuada para poderlo culminar satisfactoriamente.

Y de manera muy especial al personal que labora en la Facultad de Medicina y sobre todo a la Escuela de Enfermería donde por algunos años me acogió y fue para mí como un segundo hogar en la cual compartí momentos inolvidables junto a mis compañeros y maestros, a quienes llevaré siempre en mi corazón.

Gracias....!!

Nora Alexandra Sarango Valle.

TÍTULO

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO
DE SALUD DEL BARRIO SAN
AGUSTÍN SECTOR II
SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE
2013”**

RESUMEN

El presente trabajo de tesis tiene como objetivo principal; **contribuir al fortalecimiento del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar, comunitario e intercultural** en el Hospital Universitario de Motupe y de esta manera aportar con estadísticas y datos que permitan a los Equipos Básicos de Salud - EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud) elaborar propuestas locales en el ámbito sanitario, tendientes a mejorar la calidad de vida del Barrio **“San Agustín sector II”**.

Este estudio es de tipo descriptivo ya que se detalla hechos y características relacionadas con la población y su entorno, el instrumento para la recolección de la información fue la ficha familiar elaborada por el MSP a la cual se le sumo una cartilla contenedora de información necesaria, siendo anexado todo esto para su respectivo análisis y por ende obtener los resultados propios del barrio.

El Barrio San Agustín sector II está distribuido de 22 familias y 89 habitantes. El grupo de edad de 20 a 64 años conjuntamente con el sexo femenino predomina en la población. Su educación se mantiene en un nivel básico. La ocupación de los habitantes se basa en la agricultura. En las 22 familias existe consumo de agua insegura, mala eliminación de basura y excretas, pobreza y por ende malas condiciones de la vivienda, desempleo o empleo informal del jefe de familia y hacinamiento.

En cuanto al perfil epidemiológico, la Hipertensión es la patología crónico-degenerativa prevalente en la población seguido de la Diabetes y también se identificó un escolar con discapacidad intelectual.

Se respalda la investigación con bibliografía y anexos que contempla el desarrollo de la misma.

Palabras Claves: Diagnóstico comunitario de salud del Barrio **“San Agustín sector II”** y sus resultados.

ABSTRACT

This thesis work has as main goal, to help strengthen the comprehensive care model of the national system of family, community and intercultural health at the University Hospital of Motupe and thus provide statistics and data to the Core Team health - EAIS (Equipment Comprehensive Health Care) develop local proposals in the health sector , aimed at improving the quality of life of the Neighborhood " San Agustín Sector II " .

This study is descriptive as facts and characteristics related to population and environment is detailed , the instrument for data collection was the family record compiled by the MSP to which I add a container primer necessary information all this being annexed for examination and thus obtain the district 's own results .

The Barrio "San Agustín Sector II", is distributed in 22 families and 89 inhabitants. The age group 20 to 64 years together with a prevalence of females in the population. His education is maintained at a basic level. The occupation of the inhabitants is based on agriculture. In the 22 families there consumption of unsafe water, poor sewage and garbage disposal, and hence poverty poor housing conditions, unemployment or informal employment of the household head and overcrowding. Regarding the epidemiological profile Hypertension is prevalent in chronic degenerative population followed by the Diabetes disease and a school was also identified with intellectual disabilities.

Research bibliography and appendices which involves the development of it is supported.

Keywords: Community health diagnosis Neighborhood "San Agustín Sector II" and its results.

INTRODUCCIÓN

El sistema actual de educación superior promueve la vinculación con la comunidad como eje transversal en todo proceso educativo y con mayor énfasis en las carreras de carácter social. Las ciencias médicas y afines se insertan al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural en Salud, 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.

El presente trabajo investigativo denominado: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN AGUSTIN SECTOR II, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**, tiene como finalidad aportar con conocimientos técnicos y científicos en bien de la población del sector y como parte del requisito para la titulación de Licenciada en Enfermería con lo que aportó datos que contribuirán a establecer proyectos de intervención viables y efectivos.

Los enfoques del Nuevo Modelo de Salud implementado en el 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.

Como personal de salud, en calidad de egresada de la carrera de enfermería mi objetivo con la presente investigación es: Contribuir al fortalecimiento del **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL** en el Hospital Universitario de Motupe, aportando con estadísticas y datos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud - E AIS (Equipos de Atención Integral de Salud) formular propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad **“San Agustín sector II”**.

REVISIÓN DE LITERATURA

1. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

1.1. Definiciones

El diagnóstico comunitario consiste en hacer un estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y necesidades de cada población así como los factores que influyen positivamente y negativamente sobre dicho nivel 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.

1.2. Objetivos de Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

- ④ Reorientar los servicios de salud y fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria.
- ④ Fortalecer la calidad de atención por el Talento Humano.
- ④ Optimizar la prestación de servicios en los tres niveles de atención.
- ④ Organizar el Sistema Único de Información en Salud
- ④ Fomentar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.¹

1.3. Mapeo de Actores

La Participación Social en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud. La Atención Primaria de Salud renovada está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos.

La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar

¹ MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 48-53

conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención.

1.4. Mapeo del Sector

1.4.1. Sectorización geo-poblacional y asignación de EAIS(Equipos de Atención Integral de Salud):

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 **TAPS** (Técnicos de Atención Primaria de Salud) 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.

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

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:

- ② Conformación y/o fortalecimiento de la organización comunitaria de salud –Comité local de salud.
- ② Diagnóstico Situacional.
- ② Diagnóstico Dinámico.

1.4.3. Fases y herramientas para la implementación del Modelo de Atención

- ② Mapa Parlante.
- ② Sala Situacional.

Organización de los establecimientos de salud para la provisión de atención según paquete de prestaciones en el escenario individual. La entrega de los servicios a la persona en el contexto de su familia se efectuará considerando las necesidades y paquete de prestaciones según el ciclo de vida.

1.4.4. Diagnóstico integral de la salud de individuos y familias, identificación oportuna de riesgos biológicos, psicológicos, sociales, ambientales e implementación de planes de atención:

Estas acciones se desarrollarán a través de visitas domiciliarias programadas mensualmente dentro del cronograma de actividades de la unidad operativa y de los **EAIS**.

Con el objetivo de garantizar el acceso y la continuidad de la atención se asigna un **EAIS** a un grupo de familias de acuerdo al estándar establecido por la autoridad sanitaria quienes tienen la responsabilidad de implementar la ficha familiar, identificar riesgos y factores protectores, establecer planes de intervención en conjunto con el resto del equipo de la unidad de salud más cercana.²

² MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 60-63

2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

En toda circunstancia o situación la posibilidad aumenta en cada persona a contraer una enfermedad 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 trastornaría la salud de la población.

En el Ecuador en el año 2010 y según los indicadores de salud una de las enfermedades más comunes y que ocupan uno de las primeras causas de morbilidad son las Enfermedades Infecciones Respiratorias Agudas con 1.703,083 casos y en segundo lugar constan 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 es un problema de salud, que se ubica en el sexto puesto con una tasa de 17.1% en los hombres con relación a las diez principales causas de mortalidad y en el quinto puesto en las mujeres con relación a los datos del **INEC** 2010. Según datos actuales del **INEC**, las Enfermedades Cardiovasculares ocupan las primeras causas de muerte en el

país, produciendo más de 15.000 defunciones al año, lo que la define como la epidemia del siglo en el Ecuador.

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

Las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos, se evidencian en aspectos biológicos; se explican, fundamentalmente por el tipo y forma de la actividad productiva, en los porcentajes alarmantes de poblaciones con necesidades básicas insatisfechas, la pobreza de consumo, el acceso a los servicios de salud, las distintas culturas, la forma y consumo de alimentos, el clima y otras más que constituyen un complejo variante (condicionantes-determinantes) que exige superar el enfoque biológico.³

3. 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.⁴

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.⁵

Es un país multiétnico destacando las siguientes:

- ④ Mestizos 65%.
- ④ Indígenas 25%.
- ④ Blancos 7%.
- ④ Afro ecuatoriana 3%
- ④ Etnia Shuar 9,37%.

³Carcavallo RU, Martínez A (1985). Biología, ecología, distribución geográfica de los triatomíneos americanos, pp. 149-157 en (Carcavallo RU, Rabinovich JE, Tonn RJ eds.) Factores biológicos y ecológicos en enfermedades Prevalentes, Vol. II. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud OPS/OMS – Ministerio de Salud y Acción Social, Ecuador.

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

⁵Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC; Disponible en: <http://www.inec.gob.ec>; Consultado: 28/11/2013; Hora: 15h00

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

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

3.1. Distribución poblacional de la Provincia de Loja

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

La distribución de la población con respecto al sexo se encuentra en un 49,2% a los hombres y el 50,8% mujeres. El 31,5% de la población de la provincia es menor de quince años; el 26,5% comprende las edades de 15 a 29 años y un 32,8% está entre los 30 y 64 años. La población adulta mayor representa aproximadamente el 9,1%.⁷

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

El Ecuador, desde siempre ha cargado con 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

⁶Ecuador Distribución por edad - Población - Mundi; Disponible en: http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html
Consultado: 9/12/2013; Hora: 19h00

⁷Resultados provinciales, Loja; Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>; Consultado: 05/11/2013; Hora: 19h00

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.⁸

4.1. Analfabetismo

En el Ecuador, la noción de analfabetismo se vincula a personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir. Las nociones de analfabetismo y alfabetización siguen apegadas a la definición acuñada por el **UNESCO** (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), "Una persona analfabeta no puede leer entendiendo lo que lee ni escribir una descripción sencilla y breve de su vida cotidiana" (**UNESCO** 1958). "Una persona es funcionalmente analfabeta cuando no puede dedicarse a las actividades en las que hace falta saber leer y escribir para el funcionamiento efectivo del grupo o la comunidad a la que pertenezca la persona, para su desarrollo propio y de la comunidad" (**UNESCO** 1978).

El analfabetismo en Ecuador afecta al 6,8% de la población según el (**INEC** censo 2010). El analfabetismo trae consigo desigualdades en las condiciones sociales y en las oportunidades de alcanzar un mayor bienestar de los habitantes. Las consecuencias del analfabetismo se ven en tres aspectos: económico, social y político.

Una de las principales causas del analfabetismo es la pobreza, debido a que las condiciones de vida en las que se encuentran las familias ecuatorianas ocasionan que no todos los niños y adolescentes tengan la posibilidad de acceder a una educación. Primero se busca satisfacer las necesidades básicas de un hogar, antes que un miembro de la familia asista a una escuela. Los hogares tienen como objetivo generar dinero por medio del trabajo, incluso infantil, apartándolos del acceso a la educación.⁹

⁸ Situación 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

⁹ 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

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).

4.2. Deserción escolar

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

A su vez la afectividad juega un papel importante en el niño, ya que de esta dependen las buenas o malas relaciones que tenga en la escuela y su entorno a más de la afectividad en la vida de un niño cuenta su autoestima, pues si presenta una baja autoestima dificulta sus posibilidades de aprendizaje. Otros factores escolares como la pedagogía y metodología, son decisivos, ya que deben desarrollarse metodologías acordes a las necesidades de los alumnos y una pedagogía basada en su formación crítica que despierte el interés del escolar.¹⁰

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 sus posibilidades de desarrollo. La deserción en los niños matriculados en primer año de Educación Básica alcanza el 5,8%, sin embargo en los cantones de Olmedo y Chaguarpamba este índice alcanza el 12,2 y 11,1%, lo que evidencia la pobreza existente en estas zonas.¹¹

¹⁰La deserción; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf>; Consultado: 09/12/2013

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

5. OCUPACIÓN

El trabajador es el principal factor de la producción, al ser el elemento dinámico de las empresas, con su desgaste físico, intelectual y espiritual, accionan los objetos e instrumentos del trabajo, de esta manera generan bienes, servicios, ingresos y por supuesto impulsa el consumo para satisfacer sus necesidades.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**) realizado en el 2010, señala 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%.¹²

“Según el Censo del 2001, la provincia de Loja está dedicada 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”.¹³

6. 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:

6.1. Riesgos Biológicos

- 🌐 **Personas con vacunación incompleta:** a nivel mundial, los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con múltiples factores; entre los reportados en la literatura se encuentran: pobreza, costo a las familias, a los proveedores, inicio tardío de la vacunación, información deficiente del estado de vacunación, y desconocimiento por parte del personal de

¹²Resultados 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

¹³Loja (Ecuador). Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja Consultado: 09-12-2013

salud de las contraindicaciones y edades adecuadas para la aplicación de las vacunas. Se ha documentado en la literatura que los niños que viven en condiciones de pobreza tienen una cobertura de 4% a 9% inferior a la reportada en niños que no cuentan con este agravante.

- Ⓢ **Personas con mal nutrición (sobrepeso o desnutrición):** el término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y otros nutrientes. Aunque el uso habitual del término “malnutrición” no suele tenerlo en cuenta, su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación. 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:** según los datos estadísticos en los 6 primeros meses del 2010 se atendieron 748 madres embarazadas; de las que resultó sólo un nacimiento con un niño enfermo. Todas estas mujeres embarazadas estuvieron dentro del Programa de 7 Controles Prenatales, mientras que en el mes de Junio estuvieron dentro del programa 155 mujeres, las que al término del embarazo dieron a luz a niños completamente sanos, lo que habla del éxito de que un buen control prenatal va en directo beneficio del binomio madre - hijo.

- Ⓢ **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, tras finalizar la primera evaluación de la situación en el país, llegando hasta los lugares más recónditos en los cuales se evidenció que las discapacidades físicas y motoras son mayores 36,76%, seguidas por las intelectuales 24,6% y las múltiples 12,92%.¹⁴

¹⁴Disponible en: <http://solnaciencenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html> 10/12/13, 10:15

- Ⓢ **Personas con problemas mentales:** las enfermedades mentales o 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. En Ecuador un estudio realizado por los médicos Santiago Luna, Flor María Bazurto, Inés del Pino integrantes de la Misión Solidaria Manuela Espejo, reveló que la discapacidad mental por demencia en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad.¹⁵

6.2. Riesgos Sanitarios

- Ⓢ **Consumo de agua insegura:** según datos derivados del Censo 2010, más del 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.¹⁶
- Ⓢ **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:** aunque gran parte del mundo depende de la producción o el comercio de petróleo para alimentar sus economías, estas actividades pueden causar daños graves al medio

¹⁵ Disponible en: <http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html> 10/12/13 9:

¹⁶ Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/AguapotableysaneamientoenEcuador> 10/12/13, 8:11

ambiente ya sea a sabiendas o involuntariamente. La producción de petróleo y/o transporte, pueden alterar la población humana y la vida animal y pesca de la región, residuos de aceite, la contaminación de producción y los derrames pueden causar daños en la fauna y el hábitat circundante.

- Ⓢ **Animales intradomiciliarios:** las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes y dan como resultado infecciones localizadas, sin embargo existen otras infecciones que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud informe 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.

6.3. Riesgos Socio-Económicos

- Ⓢ **Pobreza:** la pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación. La pobreza rural en el Ecuador bajo 4,23%, en 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**).¹⁷
- Ⓢ **Desempleo o empleo informal del jefe de familia:** es una de las principales causas de migración, lo que desintegra núcleos familiares, hijos sin la presencias de ambos padres. También hay impacto en lo individual la persona desempleada olvida en la mayoría de los casos la dirección de su propio destino, se invade de frustración y degradación. Según la última Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (**ENEMDU**) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (**INEC**). El desempleo

¹⁷ Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-ano-anterior.html>
10/12/13, 9:25

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. La encuesta revela que aproximadamente 8 de cada 10 empleos en el área urbana son generados por el sector privado, tendencia que se ha mantenido en los últimos años.¹⁸

- Ⓢ **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 reproducción de dicha condición a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones. El Ministerio de Educación de Ecuador trabaja para reducir la tasa de analfabetismo del 6,8 según datos entregados por el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC).¹⁹

- Ⓢ **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/Drogadicción:** actualmente no hay dudas de que el alcoholismo constituye el problema de drogas más importante; es responsable principal de violencias en todas partes donde ocasionan 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. El 70% y 80% de la población joven

¹⁸ Disponible http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3ADesempleo-urbano-en-ecuador-seubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es 10/12/13, 8:45

¹⁹ Disponible <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-68-4.html> 10/12/13, 9:45

consumen alcohol: 15% de la población ingiera alcohol en forma anormal; 5% presenta síndrome de dependencia alcohólica y 10% son bebedores excesivos. Alrededor del 20% y el 25% de los jóvenes son abstemios, es decir beben muy ocasionalmente y sin embriagarse.

Ⓢ **Malas condiciones de la vivienda:** el problema de la vivienda constituye en Ecuador uno de los problemas sociales más sensibles y complejos de resolver. En un país de más de 13 millones de habitantes y cerca de 3 millones de hogares, existe más de un millón de viviendas deficitarias y una demanda anual de más de 60.000 viviendas para nuevos hogares, de ellos 25.000 son hogares bajo la línea de la pobreza, es decir con un ingreso familiar por debajo del costo de la canasta básica, estimada en 450 dólares mensuales.

Ⓢ **Hacinamiento:** el término hacinamiento hace referencia a la situación lamentable 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 hacinamiento es un problema 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.²⁰ En el Ecuador el 40% de las viviendas las personas viven hacinadas es decir, no tendrían habitaciones suficientes para el total de personas que residen en tales viviendas.²¹

7. ENFERMEDADES CRÓNICAS

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

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (**ECNT**) son enfermedades que pueden tener una determinación congénita, hereditaria y muchas veces son

²⁰ Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx> 10/12/2013, 8:20

²¹ Disponible en: https://www.google.com.ec/?qws_rd=cr&ei=vivnUpOAI8efkQepzoCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador 10/12/2013.

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.

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos:²²

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

7.1. 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 de Ecuador.

“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”.²³

²² Centro de nutrición molecular y enfermedades crónicas. Facultad de medicina. Universidad católica de Chile (disponible en: http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas_php. Consultado: 09/12/13)

²³ Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4

A nivel mundial existen más de 347 millones de personas viviendo con Diabetes. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**) correspondientes al año 2011, esta enfermedad es la primera causa de muerte en el Ecuador.

Los 35 millones de muertes que provocan anualmente las Enfermedades Crónicas equivalen al 60% del número total de defunciones en el mundo, porcentaje que podría escalar a más de un 75% para el 2030.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2008, más de la mitad de la población de nuestro país presenta factores de riesgo Cardiovascular alto o muy alto como Hipertensión, sobrepeso u obesidad, considerando que 1 de cada 3 muertes obedecen precisamente a cardiopatías.

Las Enfermedades Crónicas aquejan casi en igual proporción a hombres y mujeres, si bien se las suele asociar principalmente a personas mayores, los estudios indican que un 25% de las muertes causadas por esta epidemia corresponden a personas menores de 60 años. Así mismo, la prevalencia de factores de riesgo entre niños y adolescentes ha experimentado un incremento en los últimos años.

8. DISCAPACIDAD

Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos.

En Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, unos 21.000 son críticos y se desenvuelven en un entorno de extrema pobreza. La mayoría de los casos se concentran en las provincias de Guayas con 74.833 casos y Pichincha con 45.098.

Las disfunciones físicas y motoras son mayoría (36,76%), seguidas por las intelectuales (24,6%) y las múltiples (12,92%). En Ecuador la prevalencia es de

2,43% lo que significa que de cada 100 ecuatorianos, al menos dos tienen alguna discapacidad física o mental.

“Muchas discapacidades se desarrollan por hipoxia, asociada a partos no tradicionales, además producto traumatismos, prematuridad, y eventos postnatales asociados”, explicó Gómez, al tiempo que destacó el aporte del estudio de 651 muestras en el Centro Nacional de Genética de Cuba.²⁴

Además según los índices, las personas de más de 60 años son las que más tienden a sufrir alguna discapacidad, también los hombres aunque la diferencia respecto a las mujeres cada vez es menor.

8.1 Personas con Discapacidad Carnetizadas.

Según datos del **MIES** en la Provincia de Loja hay 5.207 personas. En la zona 7: El Oro, Loja y Zamora Chinchipe, son 12.613 personas.

8.2 Tipos de discapacidad

- ④ **Discapacidad Física:** limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y piernas.

- ④ **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.

- ④ **Discapacidad Sensorial:** corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

- ④ **Discapacidad Intelectual:** se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de

²⁴LAZARUM, Disponible en: <http://www.lazarum.com/2/web.php?search=datos+estadisticos+ecuador> Citado: 10/12/2013, Hora: 10h25.

las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.²⁵

9. 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.²⁶

Las coberturas del Programa de Inmunizaciones en el año 2009, superan las alcanzadas en el 2008 en todos los biológicos. La vacuna contra Rotavirus en el año 2009 alcanza el 97% de cobertura, SRP el 15%, el menor incremento reportado es en BCG 2%.²⁷

10. 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.²⁸

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

²⁵ CORPOALEGRIA, Tipos de discapacidad, Disponible en: <http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/> Citado: 09/12/13, Hora: 18h30pm.

²⁶ PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. Consultado: 09-12-2013

²⁷ Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>. Consultado: 09-12-2013

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

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

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

- Ⓢ **Hipotiroidismo Congénito:** es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un **RN** (Recién Nacido), es la causa más común de retardo mental prevenible.

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

- Ⓢ **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** se da cuando los recién nacidos carecen de una enzima para producir cortisol y aldosterona, esto produce más andrógenos lo que ocasiona la masculinización de fetos femeninos y una potencial pérdida salina en ambos sexos.³⁰

- Ⓢ **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

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

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

organismo produciendo lesiones en el hígado, sistema nervioso central, cerebro, riñones y ojos.

11. ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS 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.³¹

La lactancia materna corta o inferior a los 6 meses, determina una desnutrición precoz, de carácter grave y de mayores consecuencias futuras. Ante la disminución de la ingesta de alimentos se ponen en funcionamiento mecanismos compensadores que tienden a restaurar el balance, desencadenando cambios metabólicos, alteración en algunas funciones biológicas y finalmente modificación del tamaño y composición corporal, que en forma muy tardía se manifiesta por una disminución en el peso o en la talla. La medición de este evento se centra en la antropometría nutricional, apoyado en las técnicas antropométricas usuales.

Además se ha comprobado en varios estudios, que la probabilidad de tener problemas relacionados con nutrición como es el caso de los déficit de micronutrientes, es mayor en la población que tiene déficit del consumo de

³¹ Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1Y1YuZ>

alimentos (población con máxima vulnerabilidad) y por lo tanto alteraciones del crecimiento.

Es así que el menor tamaño corporal y la disminución de las necesidades nutricionales de niños sometidos a la pobreza urbana no puede considerarse una adaptación saludable, sino la consecuencia epidemiológica de fenómenos sociales complejos como pobreza, marginalidad, mala alimentación temprana, infecciones frecuentes o una combinación de todas ellas.

Una alimentación saludable requiere en muchos casos de una educación nutricional que debe promoverse desde la infancia y en el núcleo familiar ya que los hábitos adquiridos en esa etapa son fundamentales para una correcta alimentación en la adolescencia y prevención de las enfermedades vinculadas a los trastornos alimenticios.

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.

12. LACTANCIA MATERNA

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

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

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

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

Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica para evitar al máximo el riesgo de contaminación. Alimentar a un niño pequeño requiere una atención activa y estimulación para animarlo a comer.³³

13. CONTROL DEL NIÑO SANO

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

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

Por ejemplo: si el perímetro cefálico está creciendo a un ritmo menor que el de su talla, puede indicarnos la probabilidad de que el cerebro no se está desarrollando adecuadamente o de que las suturas de la cabeza del niño se han cerrado en forma prematura y cada una de estas posibilidades implica un abordaje y tratamiento muy diferentes. También se detecta si el paciente tiene

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

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

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.

Ya analizado el crecimiento y desarrollo del niño pasamos al aspecto de las inmunizaciones (vacunas). Por ello los padres deben recibir la información actual acerca de todas las enfermedades que se previenen con el esquema básico que nos ofrece el Sector Salud.³⁴

14. ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

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

En comparación con los adultos, los niños y adolescentes necesitan de una cantidad extra de energía y de otros nutrientes para cubrir las demandas de crecimiento, por lo tanto, las consecuencias de las carencias nutricionales en este periodo de la vida son mayores. El crecimiento se caracteriza por ser lento y uniforme durante los años preescolar y escolar”.

Los hábitos alimentarios durante la infancia pueden afectar las preferencias y prácticas de la alimentación en etapas posteriores como la adolescencia. La interrelación entre el factor nutricional y el potencial genético explican la gran variabilidad de peso, estatura y edad de inicio

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

puberal, en poblaciones de diferentes grupos étnicos o de diferente nivel socioeconómico. La adecuación del peso y de la estatura habla acerca de la calidad del ambiente en que ha vivido una población.

14.3. Valoración del Estado Nutricional

14.3.1. 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.

14.4. Datos Estadísticos

En el Ecuador el exceso de peso se caracteriza por bajas tasas durante los primeros años de vida 6,5% en la edad infantil; aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar 14% de sobrepeso/obesidad en escolares ecuatorianos de ocho años de edad que habitan en el área urbana incremento sostenido durante la adolescencia en un 22% a nivel nacional.³⁵

Para el Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador (**MIES**), en Loja “El 26,6 % de niños y niñas presentan desnutrición global, cifra mucho más acentuada en el sector rural”.³⁶ El mismo considera que los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

14.5. 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

³⁵ MSP. Normas de Nutrición para la prevención secundaria de sobrepeso y la obesidad en niños y niña adolescentes.

http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDARIA.pdf

³⁶ Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC <http://www.alimentatecuador.gob.ec>

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.

14.6. 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 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.³⁷

14.6.1. Proyecto de Detección Temprana e Intervención de Discapacidad Visual – Ecuador.

El Proyecto busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población pre-escolar y escolar la discapacidad visual, finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual.³⁸

³⁷ Agudeza Visual. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/> Citado el: 10/12/2013

³⁸ Proyecto de detección temprana e intervención de Discapacidad Visual en el Ecuador. Disponible: Estudio de OACDH sobre el derecho de los niños y niñas a la Salud, Defensoría del pueblo ecuatoriano. 7 Septiembre de 2012.

15. 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.³⁹ El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos. Es muy frecuente en países de bajos ingresos y se produce por la protección insuficiente que pasa de la madre al feto junto con infección que entra en el recién nacido a través del cordón umbilical. La revisión de estudios que evalúan la vacunación de mujeres en edad fértil mostró menos casos de tétanos neonatal al aplicarse dos o tres dosis.⁴⁰

- **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. Por lo tanto se adoptan métodos que se engloban en programas como: la planificación familiar la cual es la utilización de objetos, sustancias y procedimientos naturales o artificiales, que se utilizan de manera voluntaria, tanto temporales como definitivos, para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja, para impedir la fecundación y evitar un embarazo no planificado.⁴¹

- **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

³⁹ Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. Fecha: 05/12/2013.

⁴⁰ Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959> Fecha: 05/12/2013.

⁴¹ Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013.

resaltar que la abstinencia es también un método para prevenir el embarazo y la transmisión de ETS.

🕒 **Métodos Naturales**

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

🕒 **Métodos de Barrera**

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

🕒 **Métodos Hormonales:**

- ✓ La Píldora
- ✓ Inyectables
- ✓ Implante

16. 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”.⁴²

⁴² RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia “Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador”

MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología que se utilizó fue la establecida en la Atención Primaria de Salud (APS), que incluye estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud como: visita domiciliaria, ficha familiar y criterios de dispensarización.

Como herramienta para obtener los datos, se aplicó en la comunidad la ficha familiar elaborada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y que es parte de la Historia Clínica del paciente SNS-MSP/HCU-ANEXOS/2008, de igual forma se anexó a esta ficha un formulario de entrevista que permitió complementar la información requerida para línea de base.

En lo referente al levantamiento del mapa del sector, en cuanto a la sectorización se estableció el criterio técnico de que la numeración de las viviendas se la realice en la forma que sea más fácil de trabajar en base a la realidad de la comunidad.

TIPO Y AREA DE ESTUDIO

- **Tipo de estudio.**

El estudio que se aplicó en este trabajo es el descriptivo, que tiene como principal objetivo el detallar sistemáticamente hechos y características relacionadas con la población y su entorno, información que sirvió para elaborar el diagnóstico del barrio “San Agustín sector II”, conjuntamente con la línea de base y perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas, de impacto y degenerativas de la comunidad.

- **Área de estudio**

La comunidad de San Agustín se encuentra al Norte de la ciudad de Loja, fue creada en el año 1963, se encuentra ubicada a 7 km de distancia del Hospital Universitario de Motupe, limita al Norte con Turupamba, al sur con la Florida, al este con San Jacinto y al Oeste con el Manzano y Carigán, la principal vía de acceso es por la carretera Interbarrial.

Las fiestas religiosas que se celebran son: El último domingo de Agosto se celebra la fiesta en honor al Santo Patrono que lleva el mismo nombre

del barrio de “San Agustín”, en el mes de Mayo se celebra la fiesta de la Santa Cruz, en el mes de Febrero celebran la fiesta en honor al Divino Niño Jesús.

Los habitantes de este barrio son gente que en su mayoría se dedican a la agricultura como siembra de hortalizas y verduras, también se dedican a la crianza de ganado ovino, vacuno y porcino esto para cubrir sus necesidades en cuanto a su economía, otros en cambio son profesionales.

Los habitantes de esta comunidad cuentan con buses de transporte urbano, los horarios son:

En la mañana: 06:10 de la mañana y 07:15, que salen del barrio.

En la tarde: 13:30 y 18:30, que entran al barrio.

- **Universo**

El universo estuvo conformado por las 22 familias de barrio “**San Agustín Sector II**”.

- **Análisis de la Información**

La tabulación de las fichas familiares y las entrevistas se la realizó con matrices por cada ítem o parámetros de las fichas lo que permitió establecer y consolidar en forma ordenada la información en base a grupos programáticos.

Los resultados obtenidos fueron presentados en tablas y los datos que de ellas se derivan se realizaron los respectivos análisis.

Se realizó el levantamiento definitivo del mapa parlante, utilizando el programa de AUTOCAD el cual fue apoyado por el mapa físico que fue elaborado durante toda la jornada laborada en el Barrio “**San Agustín sector II**”.

- **Materiales.**

- ✚ **Recursos materiales**

- ✚ Computador

- ✚ Infocus

- ✚ Archivadores

- ✚ Material bibliográfico

- ✚ Fichas familiares

- ✚ Plano geográfico

- ✚ Material de escritorio: engrapadora, perforadora, esferográficos, adhesivos, etc.

- ✚ Material de consultorio: balanza de pie, cinta métrica, tensiómetro, fonendoscopio, etc.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO
“SAN AGUSTIN SECTOR II”.

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	1	1,12	1	1,12	2	2,25
1-4 años	6	6,74	5	5,62	11	12,36
5-9 años	2	2,25	3	3,37	5	5,62
10-19 años	13	14,61	10	11,24	23	25,84
20-64 años	18	20,22	22	24,72	40	44,94
65 años y más	3	3,37	5	5,62	8	8,99
TOTAL	43	48,31	46	51,69	89	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “San Agustín sector II”

ELABORADO POR: Nora Sarango, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

NOTA: Grupos etáreos según el MSP

ANÁLISIS:

En el Barrio “San Agustín sector II”, se evidencia que el 51,69% de la población corresponde al sexo femenino, superando al sexo masculino que está en 48,31% de la población, también podemos observar que el mayor porcentaje 44,94% se encuentra entre las edades de 20 a 64 años, seguido del 25,84% que corresponde a las edades de 10 a 19 años, concluyendo que la población del sector en estudio sigue predominando el sexo femenino, que en relación al Censo del año 2010, en la ciudad de Loja, existe similitud ya que hay más mujeres que hombres, el femenino con un 50,8% seguido del masculino con el 49,2%, que se concentran en edades jóvenes.

TABLA N° 2
NIVEL DE ESCOLARIDAD EN LA POBLACION DEL BARRIO “SAN AGUSTÍN SECTOR II”

ESCOLARIDAD	f	%
Analfabetos	4	4,49
Sin escolaridad	13	14,61
Básica	41	46,07
Bachillerato	26	29,22
Superior	4	4,49
Especialidad	1	1,12
TOTAL	89	100

FUENTE: fichas Familiares del Barrio “San Agustín sector II”.

ELABORADO POR: Nora Sarango, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

NOTA: se elimina la categoría “Pre-básica”, por no existir casos y “Sin escolaridad se refiere a niños menores de 3 años

ANALISIS:

En cuanto a la escolaridad del Barrio “San Agustín sector II”, según datos de la investigación encontramos que los moradores del barrio cuentan con algún tipo de instrucción escolar, entre los que sobresale el nivel básico con un 46,07%, seguido del 29,22% correspondiente al nivel de bachillerato, la población de este barrio está constituida por gente joven. Por otro lado, el 4,49% son analfabetos, conformados por adultos mayores que en relación con los datos estadísticos registrados en el “INEC, se establece que el analfabetismo constituía un 7,9%. En el último censo realizado en el 2010 hubo una disminución del 5,8%, si se relacionan estas tasas se distingue que el ritmo de decremento se ha desacelerado lo que es entendible que los analfabetos por lo general, son personas adultas⁴³, lo que quiere decir que el nivel de escolaridad ha aumentado en los últimos años debido a estrategias para la educación.

⁴³ INEC, Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo Provincial Loja, pág. 5 disponible en pdf

TABLA N° 3
RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “SAN AGUSTIN
SECTOR II”.

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Personas con vacunación incompleta	2	2,25	87	97,75	89	100
Personas con mala nutrición	11	12,36	78	87,64	89	100
Personas con discapacidad	1	1,12	88	98,88	89	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “San Agustín, sector II”.

ELABORADO POR: Nora Sarango, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: Se eliminan las categorías “personas con enfermedad de impacto, embarazadas con problemas y personas con enfermedades mentales” por no existir casos.

ANÁLISIS:

De acuerdo a los riesgos biológicos encontrados en la población de esta comunidad podemos mencionar que un porcentaje elevado no tiene ningún riesgo, pero cabe recalcar que existen personas con vacunación incompleta en un 2,25% que corresponde a niños menores de 5 años los cuales son dos casos que no presentaron carné; también se evidenció personas con mala nutrición que corresponde a niños y adolescentes con un 12,36%, que están expuestos a desnutrición leve por lo tanto conlleva a problemas de salud, esto se da porque no cuentan con los recursos económicos para su alimentación tal como se evidencia en la tabla 5, además se encontró una persona con discapacidad intelectual que representa el 1,12% de la población total.⁴⁴

⁴⁴ Gestión comunitaria de Riesgos. Disponible en: www.ciudad.org.pe/.../ManualdeGestionComunitariadeRiesgos.pdf. Consultado el: 11/10/2013

TABLA N° 4
RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO “SAN AGUSTIN
SECTOR II”.

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	F	%	f	%	F	%
Consumo de agua insegura	4	18,18	18	81,82	22	100
Mala eliminación de basura y excretas	2	9,09	20	90,91	22	100
Mala eliminación de desechos líquidos	6	27,27	16	72,73	22	100
Animales intradomiciliarios	5	22,73	17	77,27	22	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “San Agustín, sector II”.

ELABORADO POR: Nora Sarango, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: Se elimina la categoría “consumo de agua insegura” e “impacto ecológico por industrias” por no existir casos.

ANALISIS:

De la presente investigación se puede señalar que en porcentajes altos la población no tiene ningún riesgo pero se identifica que el 18,18% de las familias consumen agua insegura. Tienen mala eliminación de basura y excretas en un 9,09% de la población, ya que este barrio es rural no cuenta con el servicio de recolección de basura que ofrece el Municipio, esto conlleva que los moradores la arrojen al campo, la quemen o la usen para sus sembríos como abono y el 27,27% tiene mala eliminación de desechos líquidos porque no cuentan con el alcantarillado, durante las visitas al domicilio de las familias se encontró una gran cantidad de animales intradomiciliarios, que se ve reflejado en el 22,73%, estos datos en relación a estudios a nivel rural en la provincia de Loja nos indican que hay una diferencia de un 58,4% de la población que bebe agua insegura⁴⁵, y la convivencia con animales domésticos no está exenta de riesgos para la salud ya que puede ser un factor predominante para una alergia y los animales que no son controlados por un veterinario y vacunados, pueden ser causa de enfermedades en las personas.⁴⁶

⁴⁵ MORI Raquel, Mala Eliminación de Desechos Líquidos, 2012, Disponible en [space.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3732/1/FUENTES MORI RAQUEL.pdf](http://space.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3732/1/FUENTES_MORI_RAQUEL.pdf) Fecha: 09/10/1013, Hora:11:00 min.

⁴⁶ OMS. “Determinantes sociales de la salud”, disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html. Consultado: 27/11/2013 (21h:30)

TABLA N° 5
RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR II”.

RIESGOS SOCIOECONOMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	F	%	f	%
Pobreza	3	13,64	19	86,36	22	100
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	1	4,55	21	95,45	22	100
Analfabetismo del padre o madre	1	4,55	21	95,45	22	100
Desestructuración familiar	5	22,73	17	77,27	22	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	2	9,09	20	90,91	22	100
Malas condiciones de la Vivienda	5	22,73	17	77,27	22	100
Hacinamiento	5	22,73	17	77,27	22	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “San Agustín, sector II”

ELABORADO POR: Nora Sarango, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANALISIS:

En esta tabla se puede evidenciar que existe porcentajes altos de familias que no tienen ningún socioeconómicos pero cabe mencionar que el 13,64% de las familias son pobres, lo que está relacionado en muchas de las veces con el empleo informal que tienen los jefes de familia que corresponde al 4,55%, también existe alcoholismo en los jefes de hogar con el 9,09% correspondiente a 2 casos. Que en relación al INEC hay una ligera similitud en lo referente a la pobreza urbana de la provincia de Loja ya que se ubicó en un porcentaje del 14,93% en el 2013 y está entre las más pobres del país junto con las provincias del Chimborazo y Cotopaxi.⁴⁷ La mayoría de las familias de este barrio tienen sus viviendas en malas condiciones y viven en hacinamiento el cual corresponde al 22,73%, exponiéndose a adquirir enfermedades porque vivir en espacios pequeños incrementa el estrés y reduce las defensas naturales de la gente, debido a que las personas se 'estorban' entre sí.

⁴⁷ Cantón Loja, Niveles de pobreza, Disponible en:

http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/Cant%C3%B3n%20Loja.pdf; Fecha: 05/11/2013; hora: 11h27min

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR II”.

Se encontraron 8 niños que se realizaron el examen del Tamizaje Neonatal de los cuales ningún niño salió positivo para ninguna de las enfermedades detectadas en esta prueba. La importancia del Tamizaje Metabólico Neonatal es de brindar la ayuda necesaria para poder detectar complicaciones en neonatos que no presentan ningún síntoma ni signo, de alguna de las enfermedades incluidas dentro de los errores innatos del metabolismo, pero a su vez identificar cuáles son los recién nacidos que necesitan urgente un tratamiento para de esta forma evitar secuelas graves e irreparables a futuro en el neonato.⁴⁸

⁴⁸Tamizaje neonatal. Disponible en:

http://www.elcomercio.com/cartas_a_la_direccion/Cartas_a_la_direccion_0_933506871.html, consultado el 10/10/2013

TABLA N° 6
ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS, ESCOLARES
Y ADOLESCENTES DEL BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR II”.

POBLACIÓN	ESQUEMA DE VACUNACIÓN					
	Completo		Incompleto		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Niños/As Menores De 5 Años	11	84,62	2	15,38	13	100
Escolares, Adolescentes	25	89,29	3	10,71	28	100
Mujeres En Edad Fértil	26	100	-	-	26	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “San Agustín, sector II”.

ELABORADO POR: Nora Sarango, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANALISIS:

Según la presente investigación en el Barrio “San Agustín sector II”, se muestra que de acuerdo a la edad, el 84,62% de los niños tienen el esquema completo de vacunas, pero se debe recalcar que existe un 15,38% de niños con esquema incompleto, el cual es un riesgo para su salud.

En lo respecta a escolares y adolescentes el 89,29% se encuentra completo el esquema de vacunación y el 10,71% no lo tiene, esto se debe a que existen adolescentes que no asisten a establecimientos escolares y por lo tanto no han recibido la vacuna.

En relación a la vacunación con dT en mujeres en edad fértil del Barrio “San Agustín”, el 100% de ellas se han administrado la vacuna.

TABLA N° 7
OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO “SAN AGUSTIN
SECTOR II”.

OCUPACION	F	%
Estudiante	21	23,60
Agricultor	15	16,85
Haceres Domésticos	14	15,73
Sin ocupación	13	14,61
Albañil	10	11,24
Empleado Privado	3	3,37
Comerciante	3	3,37
Mecánico	3	3,37
Artesanos	3	3,37
Empleado publico	2	2,25
Desempleado	2	2,25
TOTAL	89	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “San Agustín, sector II”.

ELABORADO POR: Nora Sarango, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se eliminó las categorías de “Chofer y Jubilado” por no existir casos y la categoría “Sin ocupación” corresponde a niños menores de 5 años”

ANALISIS:

En lo referente a la ocupación se puede evidenciar que existe un mayor porcentaje de población que se encuentra estudiando la cual corresponde a niños y adolescentes con un 23,60% y dentro de la población económicamente activa, es decir los que aportan al hogar están los agricultores con el 16,85%, seguido de los albañiles con 11,24%, también tenemos a los empleados públicos y privados, comerciantes, choferes, mecánicos, los mismos que aportan directamente a cada hogar que pertenecen. Cabe mencionar que el 2,25% de la población se encuentra desempleada y en relación a los datos expuestos por el INEC “en la población de Loja las ocupaciones que más sobresalen son la agricultura con 33,3%, oficiales, operarios, artesanos con el 15,1% en los hombres y en mujeres el 25,2% son trabajadores de servicio, vendedoras y el 17,1 % son profesionales”⁴⁹.

⁴⁹ INEC, Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo Provincial Loja, pag. 4 disponible en pdf

TABLA N° 8
LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACION DEL
BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR II”.

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
HOSP. De Motupe	18	20,22
Centro de Salud N° 3	7	7,87
HOSP. Isidro Ayora	5	5,62
IESS	1	1,12
Otros	58	65,17
TOTAL	89	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “San Agustín, sector II”.
ELABORADO POR: Nora Sarango, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
NOTA: La categoría “otros” abarca clínica, policlínicos, ISSFA, ISSPOL y médicos privados.

ANALISIS:

Según los datos obtenidos encontramos que el 20,22% de la población se atiende en el Hospital Universitario de Motupe (HUM), porque según La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada, es un derecho que incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.⁵⁰ Es por esto que debido a la sectorización barrial pertenecen a este centro de salud, mientras que un 7,87% acuden al Centro de Salud N°3, el 5,62% correspondiente a la población que acude al Hospital Isidro Ayora (HIA), y el 1,12% manifestaron acudir al Hospital del IESS porque son personas que tienen aportaciones para la obtención del seguro social, pero cabe mencionar que el 65,17% se atienden a nivel particular.

⁵⁰ Ley Organica del Ssistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/LEYORGANICADELSSISTEMANACIONALDESALUD.pdf>

TABLA N° 9
ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS, ESCOLARES Y
ADOLESCENTES DEL BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR II”

ESTADO NUTRICIONAL	NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS		ESCOLARES Y ADOLESCENTES	
	F	%	F	%
Normal	12	92,31	22	78,57
Desnutrición leve	1	7,69	6	21,43
TOTAL	13	100	28	100

FUENTE: Fichas familiares del Barrio “San Agustín, sector II”.

ELABORADO POR: Nora Sarango, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: Se elimina la categoría “desnutrición moderada, Sobrepeso y obesidad” por no existir casos.

ANALISIS:

El estado nutricional de los niños del Barrio en mención registrado en la tabla fue obtenido a partir del índice de masa corporal que fue valorado en los niños/as menores de 5 años, obteniendo que la mayoría tiene un estado nutricional normal y solo el 7,69% presentan desnutrición leve, lo que limita su desarrollo y crecimiento, por esta razón, el control periódico de salud constituye el elemento más valioso para la detección precoz de alteraciones nutricionales ya que permite obtener una evaluación oportuna y adecuada.⁵¹

En cuanto a los escolares y adolescentes se puede observar que el 78,57% de tienen un estado nutricional dentro de la escala normal, seguido de un 21,43% que tiene problemas nutricionales, donde también se evidenció desnutrición leve, que se convierte en un factor de riesgo para presentar alteraciones en su estado nutricional.⁵²

⁵¹ Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador). Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol47_1_09/hie03109.pdf. consultado el 16/10/2013

⁵² HERNÁNDEZ Triana; RUIZ ÁLVAREZ Manuel Vladimir; Implicaciones de la genética. Rev. Cubana Invest. Bioméd, Ciudad de la Habana, v. 26, n. 3, sept. 2007. Disponible en <<http://scielo.sld.cu/scielo>. accedido en 14 oct. 2010.

LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO “SAN AGUSTÍN SECTOR II”.

En cuanto a lactancia materna el 100% de los niños menores de 5 años del “Barrio San Agustín sector II”, recibieron lactancia materna exclusiva en un rango de edad de 6 meses hasta los dos años, esto denota la importancia que le dan las madres al hecho de amamantar a sus hijos, ya que la lactancia materna es el alimento ideal para los recién nacidos y los lactantes, ya que es inocua y contiene anticuerpos que les ayuda a proteger de muchas enfermedades que son frecuentes en la infancia como la diarrea y la neumonía, que son las principales causas de muerte en el mundo. Hay evidencia de disminución de la incidencia y gravedad de un gran número de enfermedades agudas y crónicas de los niños amamantados.⁵³

⁵³ Riaño, I. et al. (2004). Duración recomendada de la lactancia materna. Ventajas e inconvenientes. *Lactancia Materna: Guía para profesionales (pp 85-92). Madrid: Ergon.*

TABLA N° 10
CONTROLES MÉDICOS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL
BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR II”.

CONTROLES MEDICOS	SI		TOTAL	
	f	%	f	%
Primero	13	100	13	100
Segundo	11	84,62	11	84,62
Tercero	5	38,46	5	38,64

FUENTE: fichas familiares del Barrio “San Agustín, sector II”.
ELABORADO POR: Nora Sarango, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
NOTA: se eliminó las categorías de “NO” por no existir casos

ANÁLISIS:

Los datos demuestran que los niños menores de 5 años han tenido el primer control preventivo en un 100%, pero en forma descendente la participación en los controles va disminuyendo paulatinamente ya que estos son programados con las fechas de inmunizaciones, donde se relaciona los controles médicos y el biológico administrado, según estudios sobre el control del niño sano nos dice que debe empezar incluso antes del nacimiento del niño, porque incluye todas las actividades destinadas a la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades, además del acompañamiento y educación al niño y su familia, con el fin de lograr un adecuado desarrollo y crecimiento.⁵⁴

⁵⁴ 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° 11
AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO
“SAN AGUSTIN SECTOR II”

AGUDEZA VISUAL	f	%
NORMAL	27	96,43
CON PROBLEMAS	1	3,57
TOTAL	28	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “San Agustín sector II”.

ELABORADO POR: Nora Sarango, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

La valoración visual realizada en los escolares y adolescentes del Barrio “San Agustín sector II” determinó que el 96,43% tienen una agudeza visual normal y en un menor porcentaje del 3,57%, tienen déficit visual. En los niños y adolescentes, el examen de agudeza visual, se realiza para detectar problemas visuales, ya que en los niños pequeños a menudo se pueden corregir o mejorar, porque los problemas que no han sido detectados o tratados pueden ocasionar daño permanente a la visión.⁵⁵

⁵⁵ Problemas visuales. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003396.html>. Consultado el 20/11/2013

TABLA N° 12
MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES CON
VIDA SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR II”.

METODOS	f	%
Esterilización Tubárica	6	42,86
Método del Ritmo	4	28,57
Implantes	2	14,29
T de Cobre	1	7,14
Orales	1	7,14
TOTAL	14	100

FUENTE: Fichas familiares del Barrio “San Agustín sector II”.

ELABORADO POR: Nora Sarango, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

Se observa en la tabla que la mayoría de mujeres del Barrio “San Agustín sector II”, en vida sexual activa han optado por la esterilización tubárica como método de planificación familiar en un 42,86%, seguido del método del ritmo con un 28,57%, pero cabe recalcar que el mismo porcentaje acceden a algún método anticonceptivo como: píldoras, implante y T de cobre, esto en relación a los índices de Ecuador resalta que el 72,7% de mujeres ecuatorianas en unión libre de 15 a 49 años usan algún método anticonceptivo, el 58,7% usan métodos modernos y un 14% a métodos tradicionales de menor eficacia (ritmo y coito interrumpido). En el área urbana el 76,6% usan métodos anticonceptivos; en el área rural el 67,1% utilizan métodos de planificación familiar.⁵⁶

⁵⁶ Salud de la mujer. disponible en: <http://www.rocirosoro.com/PDF/ARGUMENTOSSALUDELASMUJERES.pdf>. consultado el 20/11/2013

TABLA N° 13
REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL
ACTIVA DEL BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR II”.

PAPANICOLAOU	f	%
SI	10	71,43
NO	4	28,57
TOTAL	14	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “San Agustín sector II”.

ELABORADO POR: Nora Sarango, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

Se puede evidenciar en esta tabla que el 71,43% de las mujeres con vida sexual activa del Barrio “San Agustín sector II”, se han realizado el examen del Papanicolaou y el 28,57% no lo ha hecho, lo cual determina un alto riesgo de contraer cáncer cérvico uterino esto en relación con la tasa cruda de incidencia del cáncer cervical hay cierta similitud porque en Loja alcanza cifras aún más alarmantes 32 casos por cada 100.000 habitantes y en Ecuador el cáncer cérvico uterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres”⁵⁷.

⁵⁷ RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia “Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador”

TABLA N° 14
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS,
DEGENERATIVAS, DE IMPACTO Y DISCAPACIDADES DEL BARRIO “SAN
AGUSTIN SECTOR II”.

INDICADORES	f	%
Enfermedades Crónicas	8	8,99
Discapacitados	1	1,12
Ninguna	80	89,89
TOTAL	89	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio “San Agustín sector II”.

ELABORADO POR: Nora Sarango, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: Se elimina la categoría “enfermedades de impacto” por no existir casos.

ANÁLISIS:

En el barrio “San Agustín sector II”, se evidencia que un 89,89% de la población no presenta ninguna enfermedad crónica el cual corresponde a los niños y adolescentes, pero cabe recalcar que el 8,99% de la población si presenta enfermedades crónicas tales como: diabetes, hipertensión, y asma, también entre los habitantes de este barrio se encontró una niña con discapacidad intelectual correspondiente al 1,12%, la cual asiste a una escuela especial y cuenta con su respectivo carné de discapacidad, el hallazgo de estas enfermedades nos ayudarán a formar el perfil epidemiológico de este barrio para luego poder valorar, vigilar y dar su respectivo seguimiento porque según la OMS del total de 58 millones de defunciones previstas para el año 2005 por todas las causas, se estima que 35 millones corresponderán a enfermedades crónicas, lo que supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas.⁵⁸

⁵⁸ Prevención de las enfermedades crónicas. Disponible en:
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html. consultado el 14/11/2013

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

TABLA N° 15
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL
BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR II” SEGÚN RANGO DE EDADES.

PATOLOGIAS POR RANGOS DE EDAD	RANGOS DE EDAD												TOTAL	
	< de 1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 64		65 y +		F	%
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%		
Hipertensión arterial	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,25	3	3,37	5	5,62
Diabetes Mellitus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,12	1	1,12
Asma	-	-	-	-	1	1,12	-	-	-	-	-	0,00	1	1,12
Parkinson	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,12	1	1,12
Ninguna	2	2,25	11	12,36	4	4,49	23	25,84	38	42,70	3	3,37	81	91,01
TOTAL	2	2,25	11	12,36	5	5,62	23	25,84	40	44,94	8	8,99	89	100

Fuente: Fichas Familiares del Barrio “San Agustín sector II”.
 Elaborado por: Nora Sarango, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

Análisis:

En la presente tabla en relación al perfil epidemiológico del barrio de “San Agustín sector II”, se puede evidenciar que existe un 91,01% de la población no tiene ninguna enfermedad, y la enfermedad con mayor prevalencia es la HTA con un 5,62%, afectando al sexo femenino en la población de 65 años y más, seguido del 1,12% correspondiente a las enfermedades de diabetes mellitus, asma, y parkinson afectando respectivamente a las edades de 5 a 9 años y de 65 años y más en las mujeres⁵⁹ esta realidad se asemeja a la del País, debido a que en la última encuesta (SABE 2012) los resultados dieron que la enfermedad crónica más prevalente es la hipertensión, siendo más frecuente en las mujeres en comparación con los hombres.⁶⁰

⁵⁹Instituto Nacional de Estadística y Censos. Indicadores básicos de salud. Ecuador 2009. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2009.

⁶⁰<http://www.puce.edu.ec/documentos/Investigacion/2011/PUCE-Investigacion-2011-ENF-Adulto-Mayor.pdf>

TABLA N° 16

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS DISCAPACIDADES DEL BARRIO SAN AGUSTÍN SECTOR II SEGÚN RANGO DE EDADES.

PATOLOGIA POR RANGOS DE EDAD	RANGOS DE EDAD												TOTAL	
	< de 1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 64		65 y +		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Discapacidad	-	-	-	-	1	1,12	-	-	-	-	-	-	1	1,12
Ninguna	2	2,25	11	12,36	4	4,49	23	25,84	40	44,94	8	8,99	88	98,88
TOTAL	2	2,25	11	12,36	5	5,62	23	25,84	40	44,94	8	8,99	89	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio "San Agustín sector II".

ELABORADO POR: Nora Sarango, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Análisis:

Entre las discapacidades encontradas en el barrio "San Agustín sector II", se encontró una niña con discapacidad intelectual que se ubica con el 1,12%, en el rango de 5 a 9 años de edad, pero existe un porcentaje alto de población que no tiene ninguna discapacidad correspondiente al 98,88%, esto relacionado con los datos del Ecuador, hay una reducción porque según el Consejo Nacional de Discapacidades (Conadis), hasta 2004, había 12,14% de personas con discapacidad de los cuales dotó de carnet a 13.053 discapacitados.⁶¹ Por otro lado, las provincias más afectadas por la discapacidad son Loja, Cañar, Bolívar y Cotopaxi.⁶²

⁶¹ Discapacidades en el Ecuador. Disponible en : http://www.conadis.gob.ec/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=69

⁶² Discapacidad en el Ecuador. Disponible en : <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/el-12-14-tiene-discapacidad-en-ecuador-283733.html> . consultado el 14/11/2013

APARTADO

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

- Control de peso y talla
- Determinación del estado nutricional a través del Índice de Masa Corporal.
- Toma de presión arterial, a la población mayor de 40 años.
- Control de la agudeza visual a escolares y adolescentes, según la cartilla de Snellen.
- Información a las madres de familia sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva durante los 6 meses de vida, la importancia de los controles médicos, vacunación y la adecuada alimentación en niños menores de 5 años, escolares y adolescentes.
- Brindar información a las mujeres con vida sexual activa sobre la importancia de la realización del examen de Papanicolaou y métodos de planificación familiar.

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.⁶³

El presente trabajo investigación se realizó en el Barrio San Agustín sector II, en donde se aplicó fichas familiares, que fueron aplicadas a las 22 familias de este barrio, para evidenciar riesgos dentro del hogar, así como también los grupos vulnerables.

De acuerdo a los rangos de edad el predominante es el sexo femenino que está entre las edades de 20 a 64 años, seguido del rango de 10 a 19 años, esto nos indica que prevalece la población joven y adulta en este barrio lo que se relaciona con los resultados del INEC del año 2010 donde la población femenina representó el 50,4% de la población total y la edad promedio de un ecuatoriano es de 29 años, el 62,2% de la población está entre los 15 y 64 años de edad, mientras que los menores a 15 años representan el 31,3%.⁶⁴

El grado de escolaridad de la mayoría de la población del sector es la educación básica con el 46,07%, encontrándose un 4,49% de analfabetos; datos que se relacionan con INEC del año 2010 donde el grado de escolaridad de la población de 24 años y más disminuye a medida que la edad aumenta, en cuanto a la tasa de analfabetismo a nivel nacional se reduce del 11,7% en el 2001 a 5,8% en el 2010 a nivel local.⁶⁵

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%;

⁶³ instituciones.msp.gob.ec/somossalud/.../Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

⁶⁴ Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/203162-censo-revela-que-en-el-pais-habitan-14-483-499-personas/>

⁶⁵ País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador . 2010, disponible en: http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf

mientras que la pobreza Rural estuvo en el 50,9%. El 12,5% de hogares viven en condiciones físicas inadecuadas, el abastecimiento de servicio de agua potable es del 72,0%, la disponibilidad de servicio eléctrico es del 93,2% de viviendas, el 53,6% cuentan con alcantarillado y el 77,0% eliminan la basura mediante carro recolector.⁶⁶

Dentro de los riesgos tanto biológicos, sanitarios y socioeconómicos de la comunidad, tenemos que el 86,36% de las familias se encuentran en riesgo bajo esto se debe a que no cuentan con todos los servicios básicos que conlleva a aumentar el riesgo de contraer enfermedades. Entre los riesgos encontrados en las familias de este sector están los **riesgos biológicos** como: personas con vacunación incompleta el 2,25%, personas con mala nutrición con el 12,36%, y personas con discapacidad con 1,12%; en los **riesgos sanitarios**: consumo de agua insegura alcanza el 18,18% de las familias teniendo una mala eliminación de la basura, excretas y desechos líquidos, así mismo se encontró a familias que viven con animales Intradomiciliarios en un 22,73% los mismos que son causantes de la proliferación de la fauna nociva y son perjudiciales para la salud de la población; en los **riesgos socioeconómicos** está la pobreza en un 13,64% presente en las familias, la infraestructura de las vivienda se encuentran en mal estado y viven en Hacimiento en un 22,73%.

“Estadísticas revelan que hasta el año 2012 se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos”⁶⁷, en el barrio a todos los niños menores de 5 años se les realizó esta prueba.

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

⁶⁶ IDEM

⁶⁷ 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

encuentra incierto en el sector formal de la economía. La mayor parte de la PEA ocupada se encuentra en el sector informal y está subempleada.⁶⁸

En la ocupación sobresale la población económicamente pasiva, que corresponde a estudiantes con el 23,60% y Haceres Domésticos con el 15,73% en cuanto a la población económicamente activa la mayoría se dedican a la agricultura con un 16,85% y el 14,61 se encuentran sin ocupación.

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.⁶⁹ Esta realidad es diferente a la población en estudio ya que la mayoría de las mujeres optan por la esterilización tubárica la cual sobresale con un 42,86% y métodos tradicionales como el método del ritmo con el 28,57%.

El 71,43% de mujeres con vida sexual activa no se han realizado el examen de Papanicolaou, debido al desconocimiento de la importancia de esta prueba y la incomodidad que genera; estas cifras son similares con un estudio en Chile ya que la cobertura del examen Papanicolaou (PAP) en mujeres de riesgo ha sufrido un descenso sostenido en los últimos 4 años, de 68% a 59% entre los

⁶⁸ IDEM

⁶⁹ Planificación Familiar Disponible en <http://www.unfpa.org.co/portal/uploadUNFPA/file/FINAL%20PLANIFICION%20FAMILIAR.pdf>
Consultado: 10/12/2013

años 2008 y 2011. Esta reducción de la cobertura es aún mayor en las mujeres de más alto riesgo, es decir las mayores de 35 años.⁷⁰

Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en la mayoría de los países de América Latina. En el 2002 representaba el 44% de las defunciones en hombres y mujeres menores de 70 años⁷¹; en Luluncoto y Pio XII, pertenecientes al área de salud N° 4 Chimbacalle del MSP del Ecuador en adultos mayores en que las enfermedades crónicas que más prevalecen en estas edades se encuentran la HTA, Diabetes, Obesidad, artritis.

Referente a las enfermedades crónicas se encontró un 8,99% de personas con estas enfermedades sobresaliendo la HTA entre las edades de 65 años y más; seguido de la diabetes y Parkinson con 1,12%; y con el mismo porcentaje se encontró una persona con discapacidad entre las edades de 5 a 9 años.

⁷⁰ 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

⁷¹ 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 concluyo con lo siguiente:

- Se entregó al Hospital Universitario de Motupe la actualización del mapa parlante así como también la línea de base sustentada en fichas familiares y el diagnostico comunitario del barrio San Agustín impreso en formato de Microsoft Word 2013 y Microsoft Excel 2010.
- En cuanto a la población, de los 89 habitantes del barrio San Agustín, 46 son de sexo femenino y los 43 sobrantes son masculinos predominando el sexo femenino, y el rango de edad que prevalece es de 20 a 54 años de edad.
- En el barrio San Agustín en referencia a la escolaridad 41 personas se situaron en un nivel básico, 26 en el nivel bachillerato, pero cabe recalcar que se encontró 4 analfabetos correspondientes a personas adultas mayores.
- Entre las ocupaciones que produce ingresos económicos a estas familias está la agricultura y la albañilería, el mismo que es un trabajo temporal que conlleva a la pobreza.
- Según el esquema de vacunación en la población: los niños menores de 5 años 11 tienen su esquema completo de vacunación y 2 no lo tienen; las mujeres en edad fértil tiene su esquema completo, pero en los escolares y adolescentes 25 tienen esquema completo y 3 esquema incompleto.
- De acuerdo al estado nutricional en los menores de 5 años: 12 están dentro del rango normal y 1 presenta desnutrición leve. En los escolares y adolescentes 22 de ellos tienen estado nutricional normal y 6 desnutrición leve

- La mayor concurrencia para recibir atención médica, es el Hospital Universitario de Motupe, seguido del Centro de Salud N°3, también hay que recalcar que los moradores del barrio acuden al HIA y al IESS, pero cabe mencionar también que acuden a consultorios privados por la rapidez en su atención.
- En el Barrio existen 26 mujeres en edad fértil, 14 de ellas tienen vida sexual activa de las cuales 10 de ellas se han realizado el examen de Papanicolaou quienes utilizan como método de regulación de la fecundidad la esterilización tubárica 6 de ellas y el método del ritmo 4.
- Según el perfil epidemiológico del Barrio San Agustín, de los 89 habitantes 8 de ellos tienen enfermedades crónicas y 1 escolar con discapacidad intelectual del 75% según carnet.

RECOMENDACIONES

Habiendo finalizado la investigación considero que es de suma importancia plantear las recomendaciones que están basadas en los hallazgos de este estudio, las mismas que servirán para próximos trabajos investigativos, así como también para la toma de decisiones de trabajo en salud en esta comunidad y me permito sugerir:

- ✚ A la carrera de Enfermería que siga realizando la actualización de fichas familiares, para obtener de esta manera la realidad de la comunidad, para intervenir en forma oportuna las enfermedades que presente la población.
- ✚ Educar a los moradores del barrio, sobre la correcta clasificación y eliminación de la basura, como también la prevención de enfermedades; que pueden ser transmitidos a través de los animales Intradomiciliarios y de esta manera poder disminuir los riesgos Sanitarios y Ambientales.
- ✚ Que el Equipo de salud del Hospital Universitario de Motupe, realicen cronogramas de control, seguimiento y cumplimiento en lo referente a esquemas de vacunación, controles médicos a niños, mujeres embarazadas y personas con enfermedades crónicas-degenerativas, de impacto; y discapacitados para así poder programar las visitas domiciliarias.
- ✚ El personal de enfermería eduque a través de charlas a las madres de familia; sobre un estricto control, e inmunización de sus niños, ya que hubo esquemas de vacunación incompletos, en la población menor de 5 años y adolescente.
- ✚ Educar a las mujeres de la comunidad sobre temas como: planificación familiar y realización del examen de Papanicolaou, porque la mayoría de las mujeres, utilizan métodos de planificación que no son seguros, y por

lo tanto corren el riesgo de tener embarazos no planificados y que se realicen campañas para la prevención del cáncer Cervico-uterino en esta comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. INEC, Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo Provincial Loja, pag 2 disponible en pdf
2. <http://diariopp.com.ec/actualidad/item/en-ecuador-hay-2-millones-de-padres-jefes-de-hogar-segun-inec.html>, consultado el 16-11-2013
3. INEC, Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo Provincial Loja, pag 5 disponible en pdf
4. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manual-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>
5. <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/6032/1/TESIS%20DE%20ODONTOLOGIA.pdf>
6. MORI Raquel, Mala Eliminación de Desechos Líquidos, 2012, Disponible en [space.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3732/1/FUENTES MORI RAQUEL.pdf](http://space.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3732/1/FUENTES_MORI_RAQUEL.pdf) Fecha: 09/10/1013, Hora:11:00 min.
7. Cantón Loja, Niveles de pobreza, Disponible en: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/Cant%20Loja.pdf; Fecha: 05/11/2013; hora: 11h27min¹
8. www.ecuadorencifras.com
9. <http://www.who.int/features/factfiles/immunization/es/>
10. <http://www.salud.gob.ec/47-000-recien-nacidos-se-beneficiaron-con-la-prueba-de-tamizaje-metabolico-neonatal/>
11. <http://www.who.int/features/factfiles/immunization/es>¹
<http://www.who.int/features/factfiles/immunization/es>
12. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4225140>
13. INEC, Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo Provincial Loja, pag 4 disponible en pdf
14. <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/LEYORGANICADEL SISTEMA NACIONALDESALUD.pdf>
15. http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol47_1_09/hie03109.pdf
16. Riaño, I. et al. (2004). Duración recomendada de la lactancia materna. Ventajas e inconvenientes. *Lactancia Materna: Guía para profesionales (pp 85-92)*. Madrid: Ergon.

17. www.who.int/topics/breastfeeding/es/. 10 Datos sobre Lactancia - Salud de la madre, el recién. Consultado el 19/11/2013
18. <http://radio.rpp.com.pe/nutricion/conoce-por-que-son-importantes-los-controles-medicos/>
19. HERNÁNDEZ Triana; RUIZ ÁLVAREZ Manuel Vladimir; Obesidad, una epidemia mundial: Implicaciones de la genética. Rev. Cubana Invest. Bioméd, Ciudad de la Habana, v. 26, n. 3, sept. 2007. Disponible en <<http://scielo.sld.cu/scielo>. accedido en 14 oct. 2010.
20. <http://www.insp.mx/noticias/enfermedades-infecciosas/1343-la-importancia-de-la-vacunacion-en-adultos.html>. consultado el 20/11/2013
21. http://kidshealth.org/teen/en_espanol/cuerpo/visual_impairment_esp.html. Consultado el 20/11/2013
22. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003396.htm>. Consultado el 20/11/2013
23. http://www.plan.org.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=56&Itemid=97. Consultado el 20/11/2013
24. <http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/115/1/Segunda%20Parte.pdf>. Consultado el 20/11/2013
25. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/childbehavior disorders.html>. consultado el 20/11/2013
26. <http://dspace.unl.edu.ec:8080/jspui/handle/123456789/2381>. consultado el 20/11/2013
27. <http://elimpulso.com/articulo/vacunacion-en-edad-fertil-el-mejor-comienzo-para-un-embarazo#.Uo6EAPm9Ta4> consultado el 20/11/2013
28. <http://www.slideshare.net/CarolinaHerrera13/planificacin-familiar-9046890>. consultado el 20/11/2013
29. <http://www.rociorosero.com/PDF/ARGUMENTOSSALUDELASMUJERES.pdf>. consultado el 20/11/2013
30. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino
31. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html
32. Disponible en http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es

ANEXOS

CERTIFICADO DEL PRESIDENTE



MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja... 06 Octubre 2013.

Sr. *Bolívar Daniel Granda Uluari*

Presidente del Barrio... *San Agustín*

CERTIFICO:

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

[Signature]

PRESIDENTE DEL BARRIO

Ci... *1101495768*

Silvia ? Beutru

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci... *1104343551*

Nora A. Borrero

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci... *11014764026*

Telf cel: 0991098693

Telf casa 105003

Telf trabajo 589350

FICHA FAMILIAR



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD Nº 3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

FICHA FAMILIAR DE SALUD Nº

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA _____

1. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE

NOMBRE	APellidos	Nombre
TELÉFONO	Celular	Residencial
ESTADO CIVIL	CONJUGADO	SOLTERO
ACTIVO		

MANEJAR CUIDADO AL REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN

INSTITUCIÓN DEL PERTENECIMIENTO	INDICADOR OPERATIVA	CÓDIGO DE	ÁREA Nº	CÓDIGO LOCALIZACIÓN	FECHA INGRESO
				Residencial / Consultorio / Promocional	
PROVENIENCIA	CONDICIÓN	RESERVA	SECTOR	SECCIONES	SE DE FAMILIA
					SECCIONES HABITACIONALES / SECCIONES DE ATENCIÓN
BAJARO	# DE CUBA	COMANDO	CÓDIGO CATEGORIAL	NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE	# DE TELEFONO
					SECCIONES HABITACIONALES / SECCIONES DE ATENCIÓN

2. MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	OCCUPACIÓN	CODIGO	ESCOLARIDAD			ESTADO CIVIL			SALUD ESCOLAR	MORSA, INTERFERENCIAS O PROBLEMAS	PUNTO DE CONTACTO	PUNTO DE CONTACTO	PUNTO DE CONTACTO	
					1	2	3	1	2	3						
GRUPO 1																
GRUPO 2																
GRUPO 3																
GRUPO 4																
GRUPO 5																
GRUPO 6																
GRUPO 7																
GRUPO 8																
GRUPO 9																
GRUPO 10																
GRUPO 11																
GRUPO 12																
GRUPO 13																
GRUPO 14																
GRUPO 15																
GRUPO 16																
GRUPO 17																
GRUPO 18																
GRUPO 19																
GRUPO 20																
GRUPO 21																
GRUPO 22																
GRUPO 23																
GRUPO 24																
GRUPO 25																
GRUPO 26																
GRUPO 27																
GRUPO 28																
GRUPO 29																
GRUPO 30																
GRUPO 31																
GRUPO 32																
GRUPO 33																
GRUPO 34																
GRUPO 35																
GRUPO 36																
GRUPO 37																
GRUPO 38																
GRUPO 39																
GRUPO 40																
GRUPO 41																
GRUPO 42																
GRUPO 43																
GRUPO 44																
GRUPO 45																
GRUPO 46																
GRUPO 47																
GRUPO 48																
GRUPO 49																
GRUPO 50																

TITULAR

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA NACIMIENTO	FECHA INGRESO	FECHA DEL PARTO	SECCIONES DE ATENCIÓN												
GRUPO 1																	
GRUPO 2																	
GRUPO 3																	
GRUPO 4																	
GRUPO 5																	
GRUPO 6																	
GRUPO 7																	
GRUPO 8																	
GRUPO 9																	
GRUPO 10																	
GRUPO 11																	
GRUPO 12																	
GRUPO 13																	
GRUPO 14																	
GRUPO 15																	
GRUPO 16																	
GRUPO 17																	
GRUPO 18																	
GRUPO 19																	
GRUPO 20																	
GRUPO 21																	
GRUPO 22																	
GRUPO 23																	
GRUPO 24																	
GRUPO 25																	
GRUPO 26																	
GRUPO 27																	
GRUPO 28																	
GRUPO 29																	
GRUPO 30																	
GRUPO 31																	
GRUPO 32																	
GRUPO 33																	
GRUPO 34																	
GRUPO 35																	
GRUPO 36																	
GRUPO 37																	
GRUPO 38																	
GRUPO 39																	
GRUPO 40																	
GRUPO 41																	
GRUPO 42																	
GRUPO 43																	
GRUPO 44																	
GRUPO 45																	
GRUPO 46																	
GRUPO 47																	
GRUPO 48																	
GRUPO 49																	
GRUPO 50																	

3. IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

NOMBRE	PRENOMINOS	FECHA NACIMIENTO	FECHA DEL PARTO	SECCIONES DE ATENCIÓN													

4. RESPONSABLE DEL LLENADO

NOMBRE Y APELLIDO	SECCIÓN	FECHA

FORMULARIO FICF - versión 1 (2008) (actual)

5. CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES		FECHAS DE CALIFICACIÓN											
CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE:		0 = SIN RIESGO		1 = RIESGO MUY BAJO		2 = RIESGO BAJO		3 = RIESGO MODERADO		4 = RIESGO ALTO		TOTAL	
		BAJO	ALTO	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO
A	SOCIODION SÖSKEN												
1	PERSONAS CON VACUNACIÓN INCOMPLETA												
2	PERSONAS CON MALA NUTRICIÓN <small>DESORDENOS O INADECUACIÓN</small>												
3	PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO												
4	EMBARAZADAS CON PROBLEMAS												
5	PERSONAS CON DISCAPACIDAD												
6	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES												
7	CONSUMO DE ALCOHOL												
8	MALA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS												
9	MALA ELIMINACIÓN DE DESECHOS LÍQUIDOS												
10	IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS												
11	ANIMALES INTRA DOMICILIOS												
12	FORNICA												
13	DISPENDIO 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	HACIENDAMIENTO												
B	SÖSKEN SÖSKEN												
C	SÖSKEN SÖSKEN SÖSKEN												
NIVEL DE RIESGO TOTAL		BAJO		ALTO		BAJO		ALTO		BAJO		ALTO	
GRUPO DE RIESGO TOTAL		BAJO		ALTO		BAJO		ALTO		BAJO		ALTO	
CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO TOTAL:		0 = SIN RIESGO		1 = RIESGO BAJO		2 = RIESGO MODERADO		3 = RIESGO ALTO		TOTAL		TOTAL	
RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN													

ANEXO A LA FICHA FAMILIAR

ANEXO A LA FICHA FAMILIAR

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

PROTECCION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS 1. VACUNACION

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

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	PUERPERIO	
					DT		1	2	3	4	5		1*	2*

2. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	METODO DE REGULACION DE FECUNDIDAD					VACUNACION					PAPANICOLAOU					
		INTENCIONAL	ORAL	IMPANTE	T. DE CORRE	METODO DEL RITMO	DI					SI	NO	FECHA	DIAGNOSTICO		
		Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta dosis	Quinta dosis	Reforzo (Cada 10 años)										

PROBLEMAS DE SALUD CRONICOS

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

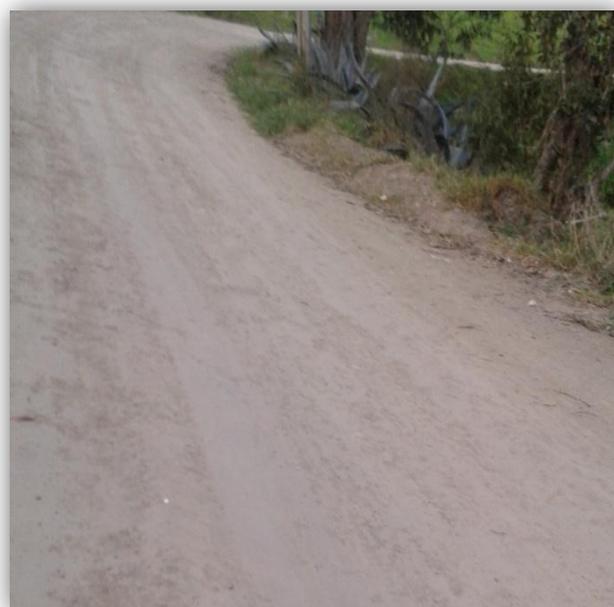
MAPA PARLANTE



FOTOS
RECONOCIMIENTO DEL BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR II”
CAPILLA Y CASA COMUNAL



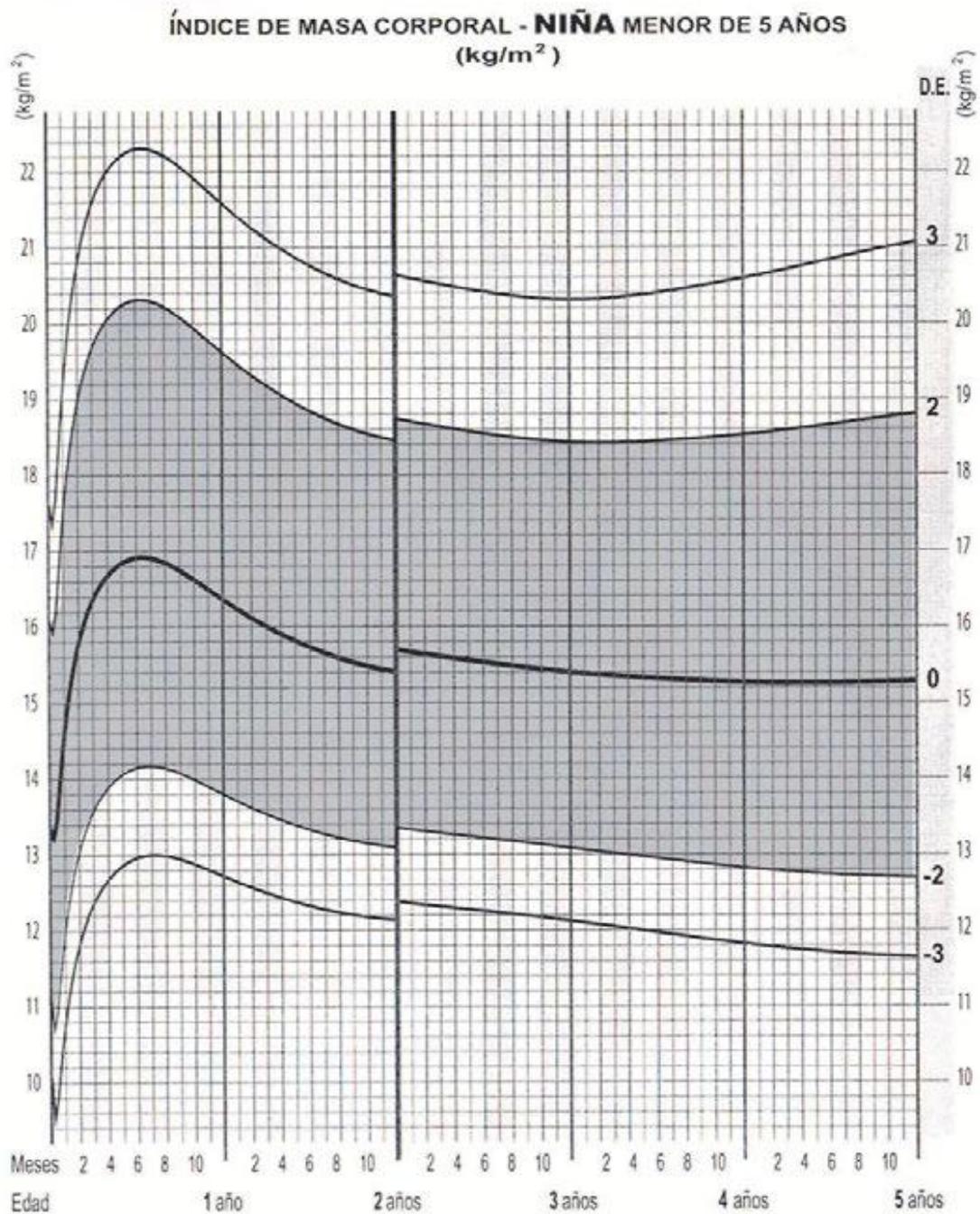
VIAS DE ACCESO AL BARRIO



ENCUESTAS APLICADAS A LOS MORADORES DEL BARRIO

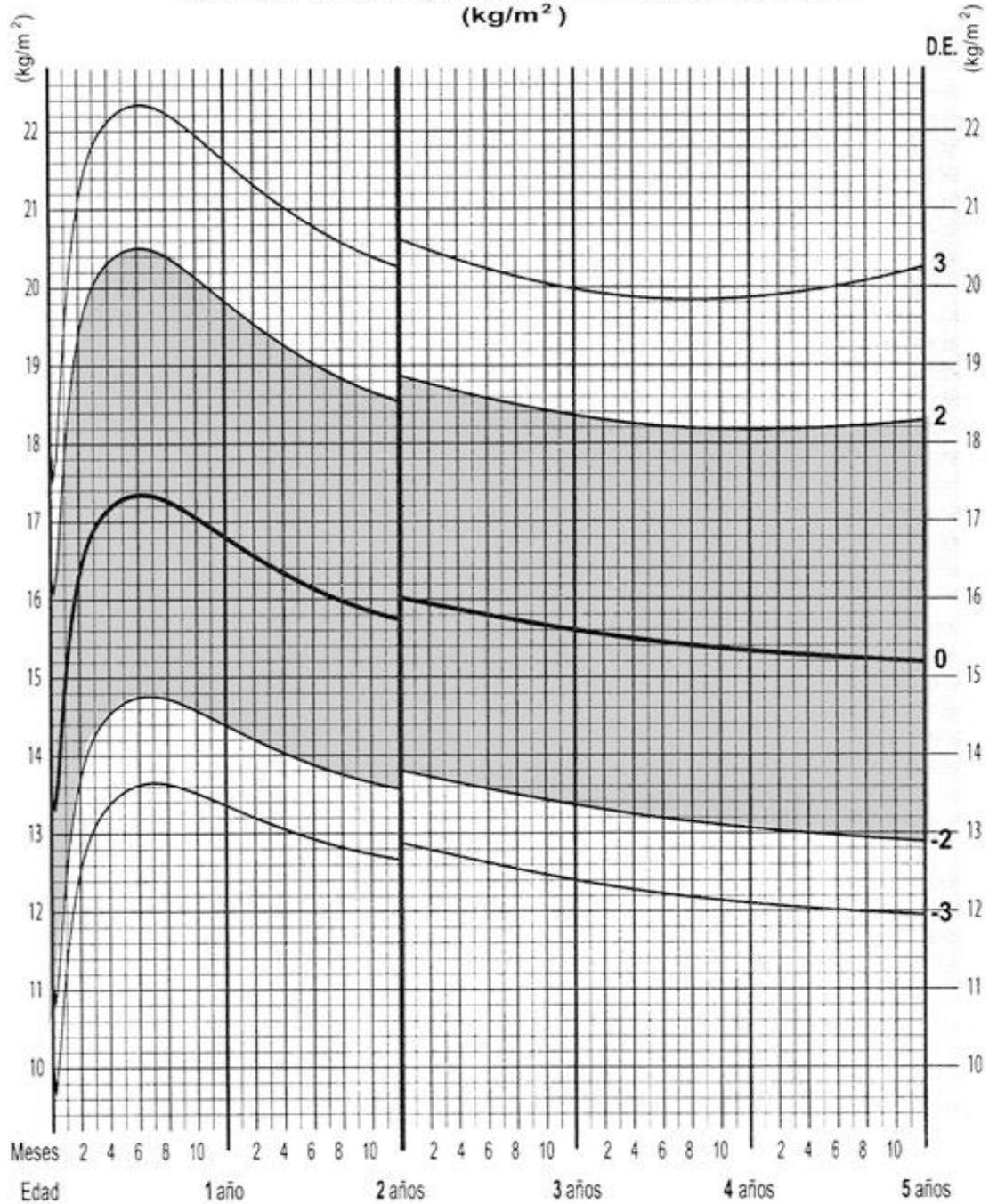


**INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL NIÑOS/AS
MENORES DE 5 AÑOS**



CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

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



CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

TABLA PARA IMC NIÑOS Y ADOLESCENTES

Peso [Kilograms]

Altura [Centimeters]	Peso [Kilograms]																		
	45	48	50	53	55	58	60	63	65	68	70	73	75	78	80	82.5	85	87.5	90
145.0	21.4	22.6	23.8	25.0	26.2	27.3	28.5	29.7	30.9	32.1	33.3	34.5	35.7	36.9	38.0	39.2	40.4	41.6	42.8
147.5	20.7	21.8	23.0	24.1	25.3	26.4	27.6	28.7	29.9	31.0	32.2	33.3	34.5	35.6	36.8	37.9	39.1	40.2	41.4
150.0	20.0	21.1	22.2	23.3	24.4	25.6	26.7	27.8	28.9	30.0	31.1	32.2	33.3	34.4	35.6	36.7	37.8	38.9	40.0
152.5	19.3	20.4	21.5	22.6	23.6	24.7	25.8	26.9	27.9	29.0	30.1	31.2	32.2	33.3	34.4	35.5	36.5	37.6	38.7
155.0	18.7	19.8	20.8	21.9	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	28.1	29.1	30.2	31.2	32.3	33.3	34.3	35.4	36.4	37.5
157.5	18.1	19.1	20.2	21.2	22.2	23.2	24.2	25.2	26.2	27.2	28.2	29.2	30.2	31.2	32.2	33.3	34.3	35.3	36.3
160.0	17.6	18.6	19.5	20.5	21.5	22.5	23.4	24.4	25.4	26.4	27.3	28.3	29.3	30.3	31.3	32.2	33.2	34.2	35.2
162.5	17.0	18.0	18.9	19.9	20.8	21.8	22.7	23.7	24.6	25.6	26.5	27.5	28.4	29.3	30.3	31.2	32.2	33.1	34.1
165.0	16.5	17.4	18.4	19.3	20.2	21.1	22.0	23.0	23.9	24.8	25.7	26.6	27.5	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1	33.1
167.5	16.0	16.9	17.8	18.7	19.6	20.5	21.4	22.3	23.2	24.1	24.9	25.8	26.7	27.6	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1
170.0	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	23.4	24.2	25.1	26.0	26.8	27.7	28.5	29.4	30.3	31.1
172.5	15.1	16.0	16.8	17.6	18.5	19.3	20.2	21.0	21.8	22.7	23.5	24.4	25.2	26.0	26.9	27.7	28.6	29.4	30.2
175.0	14.7	15.5	16.3	17.1	18.0	18.8	19.6	20.4	21.2	22.0	22.9	23.7	24.5	25.3	26.1	26.9	27.8	28.6	29.4
177.5	14.3	15.1	15.9	16.7	17.5	18.3	19.0	19.8	20.6	21.4	22.2	23.0	23.8	24.6	25.4	26.2	27.0	27.8	28.6
180.0	13.9	14.7	15.4	16.2	17.0	17.7	18.5	19.3	20.1	20.8	21.6	22.4	23.1	23.9	24.7	25.5	26.2	27.0	27.8
182.5	13.5	14.3	15.0	15.8	16.5	17.3	18.0	18.8	19.5	20.3	21.0	21.8	22.5	23.3	24.0	24.8	25.5	26.3	27.0
185.0	13.1	13.9	14.6	15.3	16.1	16.8	17.5	18.3	19.0	19.7	20.5	21.2	21.9	22.6	23.4	24.1	24.8	25.6	26.3
187.5	12.8	13.5	14.2	14.9	15.6	16.4	17.1	17.8	18.5	19.2	19.9	20.6	21.3	22.0	22.8	23.5	24.2	24.9	25.6
190.0	12.5	13.2	13.9	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.0	18.7	19.4	20.1	20.8	21.5	22.2	22.9	23.5	24.2	24.9

<http://www.freebmiccalculator.net>

Infrapeso
 Nomal
 Sobrepeso
 Obeso

CLASIFICACIÓN DE LA OMS DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO AL IMC	
Clasificación	IMC (Kg/m ²)
Desnutrición	<18,50
Desnutrición grave	<16,00
Desnutrición moderada	16,00 - 16,99
Desnutrición leve	17,00 – 18,49
Normal	18,50 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00 – 29,99
Obeso	≥30,00

TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLE)

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	

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR II”

APellidos y Nombres	Edad	Lugar de Residencia	Ficha Familiar
Guamán José Alfredo	3 años	Frente a la casa del presidente del barrio	001
Ocampos Gualan Gladys	4 años	Casa de tablas en construcción	006
Benalcázar Pullaguari Isaac.	2 años	Vía San Agustín subiendo por un caminito	009
Pila Buri Melani Valentina	2 años	Vía San Agustín bajando por un caminito	010
Puglla Morocho Ismael	2 años	Vía San Agustín bajando por un caminito	012
Uchuari Morocho Anthony Josué	3 años	Vía San Agustín bajando por un caminito	013
Tamay Ambuludi Pamela	3 años	Bajando la capilla de San Agustín	002
Morocho Maldonado Lisseth	2 años	Llegando a la capilla se desvía por un camino	005B
Morocho Maldonado Alex Alejandro	1 año	Llegando a la capilla se desvía por un camino	005B
Benitez Arrobo Danny Santiago	11 meses	Bajando la capilla de San Agustín	006
Cartuche Gonzales Ángel Fernando	1 año	Frente a la capilla en una tienda	010
Chamba Gualan Andrea Estefanía	3 años	Detrás de la capilla frente al barrio La Florida	011
Erreyes León María	22 días	Bajando la capilla de San Agustín	012

PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR II”

Apellidos y Nombres	Edad	Lugar de Residencia	Discapacidad	Ficha Familiar
María de Cisne Sánchez	10	Detrás de la capilla de San Agustín	Discapacidad intelectual	003

PERSONAS CON ENFERMEDADES CRONICAS DEL BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR II”

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	LUGAR DE RESIDENCIA	ENFERMEDAD	FICHA FAMILIAR
Cuenca Capa María	77	Frente a la vía san Jacinto y Turupamba	HTA	002
Uchuari Cuenca María	80	Frente a la vía san Jacinto y Turupamba	HTA	004
Pullaguari Alulima Paulina	85	Curva de la vía San Agustín	HTA	007
Maza Julia Victoria	55	Curva de la vía San Agustín	HTA	008
Quezada González Enma	65	Vía San Agustín bajando por un caminito	Diabetes	010
Suquilanda María	55	Llegando a la capilla se desvía por un camino	HTA	005A
Cartuche karina Alejandra	7	Frente a la capilla en una tienda	Asma	010
Maza Gualán María	69	Detrás de la casa comunal	Parkinson	013

ÍNDICE

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

	PÁGINAS
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN.	2
3. ASBTRACT	4
4. INTRODUCCIÓN	5
5. REVISIÓN DE LITERATURA	7
6. DIAGNOSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD	8
7. Definiciones	8
8. Mapeo de Actores	8
9. Mapeo del Sector	9
10. Perfil Epidemiológico	11
11. Distribución de la población Ecuatoriana y Loja	12
12. NIVEL DE ESCOLARIDAD	13
13. Analfabetismo	14
14. Deserción Escolar	15
15. OCUPACIÓN	16
16. RIESGOS BIOLÓGICOS	16
17. RIESGOS SANITARIOS	18
18. RIESGOS SOCIOECONOMICOS	19
19. ENFERMEDADES CRÓNICAS	21

20. DISCAPACIDAD	23
21. ESQUEMA DE VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD	25
22. Tamizaje Neonatal	26
23. ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD	27
24. LACTANCIA MATERNA	29
25. CONTROL DEL NIÑO SANO	29
26. ESCOLARES Y ADOLESCENTES	30
27. Vacunación Dt (Difteria y Tétano)	32
28. Agudeza Visual en escolares y adolescentes	32
29. ATENCION EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL MEF	33
30. PAPANICOLAO	34
31. MATERIALES Y MÉTODOS	36
32. Area de Estudio	37
33. Tipo de Estudio	37
34. Universo	38
35. Análisis de la Información	38
36. Materiales	39
37. RESULTADOS	40
38. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	57
39. APARTADO	60
40. DISCUSIÓN	61
41. CONCLUSIONES	66
42. RECOMENDACIONES	69
43. BIBLIOGRAFÍA	72
44. ANEXOS	78
45. ÍNDICE	95