



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

TÍTULO

*“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE
SALUD DE LA CIUDADELA DEL
CHOFER LA BANDA SECTOR II,
SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013”*

Tesis previa a la obtención
del Título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

Srta: Paulina Verónica Montaña Albán

DIRECTORA:

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

Loja - Ecuador

2013



CERTIFICACIÓN

Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

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

CERTIFICO.

Que el trabajo de investigación de tesis titulado **"DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DE LA CIUADAELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013"**, de autoría exclusiva de la Srta. Paulina Verónica Montaña Albán, ha sido dirigida, analizada y revisada detenidamente en todo su contenido y desarrollo bajo mi dirección, por tales razones, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal de grado asignado

Loja, Enero de 2014



Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

Directora de tesis

AUTORÍA

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

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

Autora: Paulina Verónica Montaña Albán

Firma: 

Cedula: 1900752799

Fecha: Loja, Enero de 2014


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

Yo, Paulina Verónica Montaña Albán, declaro ser autora, de la tesis titulada: **"DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013"**. Como requisito para optar al grado de Licenciada de Enfermería; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

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

Firma: 

Autora: Paulina Verónica Montaña Albán

Cédula: 1900752799

Dirección: Nueva Granada, Clemente Yerovi y Av. 8 de diciembre

Correo Electrónico: paulatina296@hotmail.com

Teléfono: 0993252796

Datos complementarios:

Directora de tesis: Lic.Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

Tribunal de tesis: Lic. Mg. Gina Monteros
Dra. Susana González
Lic. Mg. Mirian Romero

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico con amor y gratitud:

A mi familia, en especial a mis padres quien con su apoyo y aliento permitió culminar con esta meta tan anhelada. A mis hermanos quienes estuvieron presentes y que me motivaron para seguir adelante y así llegar a superarme.

También a todos a mis amigos y compañeros que de una u otra forma ayudaron a plasmar este objetivo tan importante en mi vida.

Paulina Verónica Montaña Albán.

AGRADECIMIENTO

Agradezco de corazón a Dios quien ha sido nuestro sucesor para no rendirme y desmayar en el camino para alcanzar mi meta propuesta.

Expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, a la carrera de Enfermería; por ser la institución donde me forme como profesional a la que guardare una especial gratitud. De manera particular manifesté el agradecimiento a la licenciada: Sonia Caraguay Gonzaga; directora de la tesis, por su oportuna orientación al culminar con éxito este anhelado triunfo quien con sus criterios y valiosas sugerencias nos orientó para el desarrollo y terminación de este trabajo investigativo.

Gracias....!!

Paulina Verónica Montaña Albán

TÍTULO

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DE LA CIUDADELA
DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II,
SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013.”**

RESUMEN

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

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

Entre los datos más relevantes sobresalen indicadores como prevalencia de sexo femenino, nivel de educación superior, la ocupación de la población de esta Ciudadela son empleados públicos y de empresas privadas, en escolares y adolescentes se aprecia casos de desnutrición y sobrepeso y gran parte de ellos estudian, para la planificación familiar en mujeres en edad fértil, el método del ritmo es el más utilizado y con respecto al perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas sobresalen la HTA.

Palabras Clave: Diagnóstico comunitario de salud, Perfil Epidemiológico.

ABSTRACT

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

The study was Descriptive type , emphasizes the analysis and interpretation of the facts, relied on the methodology set out in the Model Comprehensive Health Care strategies , such as Home Visit to implement the Family tab , and interview guide allowed to add information to the baseline , where priority problems were identified to take technical and policy decisions appropriate to local circumstances seeking to optimize institutional responses and encourage community participation in improving health conditions . (Guerrero and Slimming, 2009:4).

Among the more significant project indicators such as prevalence of female gender, higher education level, occupation of the population of the Citadel are public and private companies employees, schoolchildren and adolescents cases of malnutrition and overweight and many of them have seen study, for family planning in women of childbearing age, the rhythm method is the most used and compared epidemiological profile of chronic hypertension to excel.

Keywords: Community Health Diagnostic, Epidemiological Profile.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud, según la Organización Mundial de la Salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación; es además el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad¹.

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

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

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

Como base de su participación en salud la academia enmarca sus actividades orientándolas a las Estrategias de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) que es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, en este ámbito su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país, que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas

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

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

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

REVISIÓN DE LITERATURA

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

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

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

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

Objetivos Estratégicos del MAIS

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

² *Ibíd.*, 172

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

MAPEO DE ACTORES

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

Se basa en:

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

³Ibíd., 56-57.

MAPA PARLANTE

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

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

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

Elaboración del Mapa Parlante

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

Proceso para la sectorización urbana y rural

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

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

- ❖ Si la unidad se encuentra en la periferia la numeración es centrípeta es decir de fuera hacia adentro siguiendo las manecillas de reloj.

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

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


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

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

✚ **Sectorización en áreas dispersas:** Generalmente no existen manzanas y es difícil o imposible conformar sectores, en estos casos para la identificación y numeración de las viviendas pueden servir los referentes locales como accidentes geográficos, vías de comunicación etc. o cualquier otra que se adecue más a la realidad local. Lo

importante es que exista la máxima claridad en el diseño del mapa del territorio que debe cubrir el equipo de salud.

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

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

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

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

MAPEO DEL SECTOR

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

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

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

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

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

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

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

⁴Ibíd., 188-190

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

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

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

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

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

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

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

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

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

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

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

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

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

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

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

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

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

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

Es un país multiétnico y pluricultural, destacando las siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

Distribución poblacional de la Provincia de Loja

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

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

NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

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

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

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

una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone la actual sociedad.¹⁰

Analfabetismo

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

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

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

Deserción escolar

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

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

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

la desintegración familiar o la falta de recursos económicos perjudica notablemente la estabilidad del niño/a.

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

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

OCUPACIÓN

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

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

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

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

¹⁴ INEC. *Glosario de Términos*. Recuperado de

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

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

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

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

FACTORES DE RIESGO

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

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

RIESGOS BIOLÓGICOS

- **Personas con vacunación incompleta:** A nivel mundial, los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con el desconocimiento de las madres hacia la importancia de los beneficios que tiene la vacunación.
- **Personas con mal nutrición:** El término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y otros nutrientes. En el Ecuador, según la ministra de Inclusión Económica y Social (MIES), 14 de cada 100 niños tienen problemas de obesidad y sobrepeso, además manifestó que entre 2007 y 2010 el porcentaje de desnutrición bajó de 27% a 23,2%.
- **Embarazadas con problemas:** En los países en vías de desarrollo la mortalidad materna, neonatal y de la niñez aún es un problema lacerante para el conjunto de la sociedad. La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden

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

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

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

Tipos de discapacidad

- ✓ **Discapacidad Física:** Limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectada son los brazos y piernas.
- ✓ **Discapacidad Cognitiva:** Presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y el aprendizaje.

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

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

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

- ✓ **Discapacidad Sensorial:** Corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.
 - ✓ **Discapacidad Intelectual:** Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.¹⁹
- **Personas con problemas mentales:** (trastornos psicológicos) Son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida, revelando que la discapacidad mental en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad.²⁰

RIESGOS SANITARIOS

- **Consumo de agua insegura:** Según datos del Censo 2010, el 28% de la población ecuatoriana no tiene acceso al líquido vital por red pública y más del 22% no tiene saneamiento adecuado (alcantarillado o pozo séptico). Más de cuatro millones de personas se proveen de agua a través de pozos, ríos, vertientes, carros repartidores y agua lluvia.²¹
- **Mala eliminación de desechos líquidos:** Un niño muere cada 20 segundos en el mundo por falta de higiene según informes de la

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

²⁰Discapacidad mental. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: <http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html> 10/12/13 9:00

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

Organización de las Naciones Unidas, además cada año se vierten en todo el planeta más de 200 millones de desechos cloacales sin ser tratados, los cuales perjudican al medioambiente y diseminan enfermedades.

- **Impacto ecológico por industrias:** Gran parte del mundo depende de la producción del petróleo las cuales pueden causar daños graves al medio ambiente, la población humana y la vida animal ya sea a sabiendas o involuntariamente.
- **Animales intra-domiciliarios:** Las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes debido a la convivencia con animales, sin embargo existen enfermedades que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud debe informar a la familia que tenga en su domicilio mascotas, las posibles enfermedades que pueden provocar, así como la prevención contra las zoonosis y detención oportuna tanto de parasitosis como patologías asociadas a mascotas.

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS

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

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

también es un importante agente de mantenimiento de dicha situación a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones.²³

- **Desempleo o empleo informal del jefe de familia:** Es una de las principales causas de migración, lo que desintegra núcleos familiares, hijos sin la presencia de ambos padres. Según la última Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (ENEMDU) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). El desempleo urbano se ubicó en 4,6% en Marzo del 2013 frente al 4,9% del mismo mes del año anterior. Por otro lado el subempleo en el área urbana llegó a 44,7% y la ocupación plena a 48,6% en comparación a 43,5% y 50,2% respectivamente de Marzo del 2012.²⁴

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

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

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

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

- **Malas condiciones de la vivienda:** El problema de las condiciones de la vivienda constituye uno de los problemas sociales más sensibles y complejos de resolver. En un país de más de 13 millones de habitantes y cerca de 3 millones de hogares, existe más de un millón de viviendas deficitarias y una demanda anual de más de 60.000 viviendas para nuevos hogares.
- **Hacinamiento:** Es la situación en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. El 40% de la población del Ecuador viven en hacinamiento el cual es uno de los problemas de gran importancia en la actualidad, ya que la población mundial es muy numerosa y la densidad de la misma es extremadamente alta en algunos espacios del planeta.²⁵

ENFERMEDADES CRÓNICAS

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

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

²⁵Definición del Hacinamiento, Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx10/12/2013>, 8:20

²⁶Centro de nutrición molecular y enfermedades crónicas. Facultad de medicina. Universidad católica de Chile (disponible en: http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas_.php. Consultado: 09/12/13)

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos:

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

Impacto de las Enfermedades Crónicas

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

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

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

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

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

Algunas enfermedades degenerativas son:

- **Espondilo artrosis:** Degeneración de los cartílagos articulares. Afecta con mayor frecuencia a la columna vertebral, sobre todo a los segmentos cervicales y lumbares.
- **Alzheimer:** Se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian.
- **Cáncer:** Producción excesiva de células malignas, con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento descontrolado (crecimiento y división más allá de los límites normales, invasión del tejido circundante y a veces metástasis).
- **Tumores Benignos y Malignos:** Es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen del órgano afectado independientemente de que sean de carácter benigno o maligno. Generalmente pueden retirarse o extirparse y en la mayoría de los casos no reaparecen".²⁹

ENFERMEDADES DE IMPACTO

También llamadas transmisibles, según la OMS es cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico y se manifiestan por la transmisión de ese agente de una persona o de un reservorio, a un huésped susceptible, directa o indirectamente. En el 2001 las enfermedades

²⁸Ecuador y las enfermedades no Transmisibles. Disponible en <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html> consultado el 09/12/13

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

infecciosas causaron el 26% de la mortalidad total en todo el mundo y ocasionaron 15 millones de muertes, muchas de las cuales podrían haberse evitado con medicamentos, vacunas, acceso a agua y alimentos no contaminados. Las muertes por SIDA, Tuberculosis, Malaria, Enfermedades Diarreicas y las Infecciones Respiratorias representan una gran parte de la carga de las Enfermedades Infecciosas.³⁰

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

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

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

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

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

³¹Control de enfermedades transmisibles. Disponible en: <http://www.spherehandbook.org/es/servicios-de-salud-esenciales-norma-2-sobre-control-de-enfermedades-transmisibles-diagnostico-y-tratamiento-de-casos>

ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

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

TAMIZAJE NEONATAL

“Con pie derecho, la huella del futuro” es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.³³

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

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

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

³²PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. Consultado: 09-12-2013

³³Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec> Consultado: 09-12-2013.

³⁴Programa de Tamizaje Neonatal: proyecto coordinado por el MSP y la Vicepresidencia de la República, disponible en: <http://www.elciudadano.gob.ec/> , Consultado 27-11-2013

- **Hipotiroidismo Congénito:** Es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un recién nacido, es la causa más común de retardo mental prevenible.
- **Fenilcetonuria:** Es un desorden del metabolismo debido a que el cuerpo no sintetiza adecuadamente la fenilalanina, por la deficiencia o ausencia de una enzima llamada fenilalanina hidroxilasa. Como consecuencia se acumula y resulta tóxica para el sistema nervioso central, ocasionando daño cerebral. Es una enfermedad autosómica recesiva ambos padres son portadores y el riesgo de recurrencia de la enfermedad es de un 25%.
- **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** Se da cuando los recién nacidos carecen de una enzima para producir cortisol y aldosterona, esto produce más andrógenos lo que ocasiona la masculinización de fetos femeninos y una potencial pérdida salina en ambos sexos.
- **Galactosemia:** Se produce cuando el organismo no puede metabolizar la galactosa, un azúcar simple de la lactosa presente en la leche animal y humana. Es una enfermedad hereditaria causada por una deficiencia enzimática y se manifiesta con incapacidad para metabolizar la galactosa en glucosa lo cual provoca una acumulación dentro del organismo produciendo lesiones en el hígado, sistema nervioso central, cerebro, riñones y ojos.³⁵

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

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

³⁵Tamizaje, pinchazo vital contra la discapacidad, disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contra-la-discapacidad/Consultado 27-11-2013>.

a plantear el axioma de que toda persona desnutrida es un individuo inmunocomprometido.

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

Los efectos positivos o negativos de la alimentación tendrán repercusión, tarde o temprano, en la salud. Un estado de mal nutrición en los niños ya sea por déficit (desnutrición) o por exceso (obesidad) aumenta los riesgos de enfermedades asociadas a estas condiciones. La mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos a la dieta diaria.³⁶

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.³⁷

La OMS recomienda que a los seis meses (180 días) se empiece a dar a los lactantes alimentos complementarios, además de leche materna: 2-3 veces al día entre los 6 y 8 meses de edad y 3 veces al día más un refrigerio nutritivo

³⁶Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1YIYUz>.

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

de los 9 a los 11 meses, entre los 12 y 24 meses, deben administrar tres comidas y puede ofrecerles otros dos refrigerios nutritivos si lo desean.

Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento.³⁸

CONTROL DEL NIÑO SANO

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

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

También se detecta si el paciente tiene algún grado de desnutrición o si por el contrario, está cursando con sobrepeso y obesidad para tomar las medidas necesarias para mantenerlo en un rango ideal de peso de acuerdo a su edad, talla y sexo.³⁹

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

ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Estado Nutricional de los Escolares y Adolescentes

La nutrición es fundamental para el ser humano desde el momento mismo cuando es concebido. Desde el punto de vista de la Salud Pública, en todos

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

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

los estadios del ciclo de vida se puede observar que déficits o excesos de nutrientes influyen negativamente en el desarrollo de una persona que provocan consecuencias en su salud a corto y largo plazo.

Crecimiento del Niño y el Adolescente

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

Valoración del Estado Nutricional por el Índice de Masa Corporal

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

VACUNACIÓN DT (Difteria y Tétanos)

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

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

AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

La agudeza visual es la capacidad del sistema de visión para percibir, detectar o identificar objetos espaciales con unas condiciones de iluminación buenas.

Para una distancia al objeto constante, si el paciente ve nítidamente una letra pequeña tiene más agudeza visual que uno que no la ve.

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

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

ESTUDIO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

Educación Básica

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

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

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

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

Educación media

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

RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

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

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

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

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

- ❖ **Factores personales:** Se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recurriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales.⁴²
- ❖ **Pereza:** Las transformaciones físicas (como aumento de estatura, aparición de caracteres sexuales secundarios, etc.) junto con la inestabilidad de emociones y sentimientos, explican por qué con frecuencia el adolescente se siente fatigado y le es más difícil concentrarse.
- ❖ **Conflictos propios de la adolescencia:** El adolescente entra en conflicto con los valores de su infancia, cuestiona normas y orientaciones que recibió durante sus años anteriores.
- ❖ **Mala alimentación:** Los adolescentes en esta etapa de su vida requieren una mayor cantidad de nutrientes ya que las consecuencias de una mala nutrición ocasiona bajo rendimiento escolar, falta de atención, concentración, entre otros problemas que impiden gravemente que desarrollen adecuadamente las habilidades previstas por el sistema educativo”.

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLECENTES

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

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

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

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

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

Los trastornos de conducta han sido asociados con:

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

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

ATENCIÓN MATERNA

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

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

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

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

CONTROLES MÉDICOS EN EL EMBARAZO

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

Los objetivos de los controles médicos son:

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

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

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

VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS

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

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

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

ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

- ◆ **Vacunación en las Mujeres de Edad Fértil:** La inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dT), rubeola y sarampión, debe ser

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

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

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

ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.⁴⁷ El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos”. (Demicheli V., Barale A., Rivetti A., 2008)

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

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

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

Clasificación de los métodos anticonceptivos

En general los métodos anticonceptivos se clasifican en definitivos y temporales; como su nombre indica los definitivos son teóricamente irreversibles. Los temporales (que si son reversibles) a su vez se dividen en cuatro categorías: naturales, de barrera, intrauterinos y hormonales; cabe

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

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

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

a) Métodos Naturales:

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

b) Métodos de Barrera:

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

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

Entre ellos se encuentran:

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

PAPANICOLAOU

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

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

“Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical

es de 20 casos por cada 100.000 habitantes con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad”.⁴⁹

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

MATERIALES Y MÉTODOS

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

TIPO DE ESTUDIO

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

ÁREA DE ESTUDIO

La Ciudadela del Chofer la Banda se encuentra ubicada a 5km del Hospital Universitario de Motupe, donde fue creada aproximadamente en el año 1985, como una ciudadela privada que pertenecía al sindicato de choferes.

Limitándose **Al norte:** La Banda Bajo; **Al sur:** Esmeralda norte; **Al este:** Avenida 8 de Diciembre; **Al Oeste** Avenida Chuquiribamba.

UNIVERSO

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

MUESTRA

La muestra estuvo constituido por 84 familias que habitan en la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

TÉCNICAS E INSTRUMENTO

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

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

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

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

**ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN
DE DATOS**

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	2	0,66	6	0,97	8	2,63
Niños 1 - 4 años	8	2,63	21	5,19	29	9,54
Niños de 5 - 9 años	19	6,25	13	6,49	32	10,53
Adolescentes 10 - 19 años	26	8,55	31	12,01	57	18,75
Adultos 20 - 64 años	82	26,97	91	25,32	173	56,91
Adultos mayores 65 años y más	2	0,66	3	2,92	5	1,64
TOTAL	139	45,72	165	54,28	304	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: Grupos etarios según el MSP

En la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, el sexo femenino es el que predomina con un **54,28%**, respecto al grupo etario, la mayor parte del grupo investigado oscila entre 20 y 64 años de edad lo que representa el **56,91%**, seguido de los adolescentes de 10 a 19 años con el **18,75%**.

TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	f	%
Sin escolaridad	30	9,87
Pre-básica	7	2,30
Básica	68	22,37
Bachillerato	92	30,26
Superior	102	33,55
Especialidad	5	1,64
TOTAL	304	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: La población de la categoría sin escolaridad corresponde a los niños menores de 3 años. Se elimina la categoría "Analfabetos" por no existir casos

La educación es uno de los deberes primordiales del estado, y un derecho de las personas a lo largo de su vida, además forma parte de los objetivos del plan nacional del buen vivir.⁵⁰

En la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, se encontró que la mayor parte del grupo investigado, es decir 102 personas tienen instrucción superior lo que representa **33,35%**, seguido por aquellos que tienen bachillerato **30,26%**.

⁵⁰Situación De La Educación En El Ecuador - Eumed.net; Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>; Consultado: 9/12/2013; Hora: 22h30

TABLA N° 3
RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDADELA DEL
CHOFER LA BANDA SECTOR II

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		POBLACIÓN	
	f	%	f	%	f	%
Personas con mala nutrición	9	3	295	97	304	100
Personas con enfermedades de impacto	1	0,33	303	99,66	304	100
Embarazadas con problemas	1	100	-	-	1	100
Personas con discapacidad	3	1	301	99	304	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría "Personas con vacunación incompleta, personas con problemas mentales" por no existir casos.

En la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, con respecto a los riesgos biológicos, se encontró personas con riesgo por mala nutrición: desnutrición leve y sobrepeso, principalmente en niños y adolescentes lo que corresponde **3%**. Por otra parte se evidencio una enfermedad de impacto lo cual representa **0,33%**, con respecto a embarazadas con problemas se encontró el **100%** que corresponde a una mujer en estado de gestación que padece de preclamsia y en relación a la discapacidad tanto física como visual **1%**.

TABLA N° 4
RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DE LA CIUDADELA DEL
CHOFER LA BANDA SECTOR II

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		POBLACIÓN	
	f	%	f	%	f	%
Animales intradomiciliarios	15	17,9	69	82,1	84	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría "Impacto ecológico por industrias, Consumo de agua insegura, Mala eliminación de basura y excretas, Mala eliminación de desechos líquidos" por no existir casos.

En cuanto a los riesgos sanitarios en la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, se observó que los animales domésticos permanecen dentro del domicilio en 15 familias, lo que representa el **17,9%**.

TABLA N° 5
RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DE LA CIUDADELA
DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II

RIESGOS SOCIO – ECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		POBLACIÓN	
	f	%	f	%	TOTAL	%
Pobreza	2	2,4	82	97,6	84	100
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	12	14,3	72	85,7	84	100
Desestructuración Familiar	21	25	63	75	84	100
Malas Condiciones de la Vivienda	1	1,2	83	98,8	84	100
Hacinamiento	1	1,2	83	98,8	84	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría "Analfabetismo del padre o madre, Violencia/Alcoholismo/Drogadicción" por no existir casos

En cuanto a los riesgos socio-económicos, de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, se encontró que de las 84 familias, en 21 de ellas existe desestructuración familiar lo que equivale al **25%**, en 12 familias el jefe de familia está desempleado, o se dedica a trabajos informales lo que corresponden al **14,3%**; mientras que se evidencia pobreza en 2 familias, y en 1 familia se observó que la vivienda se encuentra en malas condiciones y también hacinamiento correspondiendo a **1,12%**.

TABLA N° 6
TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL	f	%
SI	8	21,62
NO	29	78,38
TOTAL	37	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.
ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Los niños de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, **21,62%** accedieron a la realización del tamizaje metabólico neonatal, **78,38%** restante no se realizó este examen debido a que se implementó en Diciembre del 2011.

TABLA N° 7
ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA
CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II

ESQUEMA DE VACUNAS	f	%
Esquema Completo	37	100
Esquema Incompleto	-	-
TOTAL	37	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.
ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Según la organización mundial de la salud, las vacunas evitan entre 2 millones a 3 millones de muertes al año, al proveer protección contra enfermedades como la difteria, sarampión, neumonía, rotavirus, rubeola, tétanos, polio, hepatitis, meningitis entre otras.⁵¹

Después de revisar el carné de vacunación de los niños menores de 5 años de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, se constató que el **100%** de estos niños han recibido las vacunas de acuerdo con el esquema propuesto por el Ministerio de Salud Pública.

⁵¹Vacunarse es importante Disponible: <http://www.laprensafl.com/vida-estilosu-salud/article/20130711/Vacunarse-es-importante>

TABLA N° 8
ACTIVIDAD LABORAL DE LOS HABITANTES DE LA CIUDADELA DEL
CHOFER LA BANDA SECTOR II

OCUPACIÓN	f	%
Estudiante	98	32,24
Empleados público	39	12,83
Sin Ocupación	37	12,17
Quehaceres domésticos	36	11,84
Empleado privado	35	11,51
Comerciante	25	8,22
Chofer	15	4,92
Artesanos	7	2,30
Desempleado	5	1,64
Jubilados	2	0,66
Mecánico	2	0,66
Agricultor	2	0,66
Albañil	2	0,33
TOTAL	304	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: La categoría sin ocupación corresponden a menores de 5 años

En la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, a lo que se refiere a la ocupación que genera ingreso económico, **12,83%** son empleados públicos y **11,51%** son empleados de empresas privadas; pero **32,24%** son estudiantes es decir en un grupo económicamente inactivo.

TABLA N° 9
LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DE LA
CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
OTROS	110	56,70
HOSPITAL DE MOTUPE	83	42,78
IESS	77	39,69
HOSPITAL ISIDRO AYORA	18	9,28
CENTRO N° 3	16	8,25
TOTAL	194	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

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

En lo corresponde a las entidades de salud a las que acude la población de este sector para recibir atención médica, **56,70%** acude a clínicas, policlínicos del ISSFA, ISSPOL y a médicos particulares; **42,78%**, acuden al Hospital de Motupe, refiriendo que la unidad de salud oferta servicios de calidad y con calidez, **39,69%** refieren atención en el Hospital del IESS; **9,28%** en el Hospital Isidro Ayora y **8,25%** en el Centro de Salud N° 3.

TABLA N° 10
ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA CIUDADELA
DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II

ESTADO NUTRICIONAL	f	%
Normal (12,9 a 18,5 kg)	37	100
TOTAL	37	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría "Desnutrición leve, desnutrición moderada, desnutrición grave, sobrepeso y obesidad" por no existir casos.

El estado nutricional es un indicador de calidad de vida de la población, que refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos.⁵²

De acuerdo al cálculo del índice de Masa Corporal todos los niños menores de 5 años de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, tienen un estado nutricional normal.

⁵²Evaluación del estado nutricional de los niños en la Escuela de Arte y Cultura Alejandro Obregón
 Leer más: <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2t8aLZmlc>

TABLA N° 11

LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

LACTANCIA MATERNA	f	%
SI	37	100
NO	-	-
TOTAL	37	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.
ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida del bebé y junto con la alimentación complementaria, hasta los 2 años.⁵³

En lo referente al tiempo de lactancia, todos los niños menores de 5 años de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, **100%** de estos niños recibieron leche materna durante su primer año de vida.

⁵³ Diseño de un manual educativo en lactancia materna dirigido a las madres de los niños que asisten a la guardería estrellitas del mañana. licto.2010-2011 Disponible:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1588/1/64T00048.pdf>

TABLA N° 12
CONTROLES MÉDICOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA
CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II

EDAD	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
> de un año	8	21,62	-	-	8	21,62
1 a 4 años	29	78,38	-	-	29	78,38
Total	37	100	-	-	37	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.
ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

El programa de control de niño sano tiene como principales objetivos la supervisión y la promoción de la salud mediante la educación sanitaria y la realización de actividades preventivas (inmunizaciones y detección precoz de problemas de salud).⁵⁴

En la presente tabla se puede observar que los niños menores de 5 años de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, han recibido todos sus controles preventivos para su edad.

⁵⁴ Evidencias científicas en el control del niño sano.
 Actuaciones realmente necesarias
 Disponible: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/ USER /Talleres_evidencias_cientificas_sano.pdf

TABLA N° 13
ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE LA
CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II, EVALUADO MEDIANTE
ÍNDICE DE MASA CORPORAL.

IMC	f	%
Normal (18,5 – 24,99 IMC)	81	91,01
Des. Leve (17,00 - 18, 42 IMC)	4	4,49
Sobrepeso (25,00 – 29,99 IMC)	4	4,49
TOTAL	89	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría "desnutrición moderada, desnutrición grave, y obesidad" por no existir casos.

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

En la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, **91,01%** de los escolares y adolescentes evaluados mediante el índice de masa corporal, el estado nutricional es normal, **4,49%** presenta desnutrición leve y **4,49%** sobrepeso.

TABLA N° 14

**ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN
ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA
BANDA SECTOR II**

VACUNACIÓN	f	%
Completa	89	100
Incompleta	-	-
TOTAL	89	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.
ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

El Ministerio de Salud tiene un plan Nacional de inmunizaciones para el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas, siendo esta la manera más efectiva de mantener al niño sano a través de las inmunizaciones.⁵⁵

En el caso de los escolares y adolescentes de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, todos tienen las vacunas completas de difteria y tétanos.

⁵⁵ Crece Contigo del Sistema de Promoción y Protección Social que coordina el Ministerio de Desarrollo Social. Un esfuerzo del Gobierno de Chile que promueve la equidad desde el comienzo de la vida. **Disponible:**<http://www.crececontigo.gob.cl/vacunas-y-su-importancia/>

TABLA N° 15

**AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE LA
CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II**

AGUDEZA VISUAL	f	%
NORMAL	85	95,51
CON PROBLEMAS	4	4,49
TOTAL	89	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montañó, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Una visión adecuada es esencial en el desarrollo físico, educativo y psicológico del individuo. Según el test de agudeza visual realizado a escolares y adolescentes en la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, se registró que el **95,51%** tienen agudeza visual normal; mientras que el **4,49%** presentan dificultad visual.

TABLA N° 16

**ACCESO O NO AL ESTUDIO ACADÉMICO DE LA POBLACIÓN ESCOLAR
Y ADOLESCENTE DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR**

II

ESTUDIA	f	%
SI	89	100
NO	-	-
TOTAL	89	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

La educación desempeña una función social de trascendencia en la actual sociedad denominada del conocimiento.

En la siguiente tabla se observa que el **100%** de los escolares y adolescentes de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, tienen acceso al estudio.

TABLA N° 17

RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II, SEGÚN INFORMANTE

RENDIMIENTO ESCOLAR	f	%
BUENO	89	100
MALO	-	-
TOTAL	89	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.
ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

El rendimiento escolar es el producto del inter-aprendizaje que el niño realiza en su escuela, es el resultado de múltiples factores ya sean de carácter técnico metodológico de los profesores, ambiente físico y social circundante, capacidad intelectual, planes y programas de estudios adecuados, entre otros.⁵⁶

Referente al rendimiento académico de los escolares y adolescentes de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, se determinó que el **100%** es bueno.

⁵⁶Estudio comparativo de rendimiento escolar Disponible:<http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/2800/1/UPS-QT01132.pdf>

TABLA N° 18

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II, SEGÚN FAMILIAR INFORMANTE

PROBLEMAS DE CONDUCTA	f	%
SI	1	1,12
NO	88	98,88
TOTAL	89	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.
ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Respecto a la conducta de los escolares y adolescentes de este sector, por medio de un informante se conoce que el **98,88%** no tienen problemas de conducta, existió el caso de un estudiante con hiperactividad que tiene problemas de conducta que corresponde al **1,12%**.

TABLA N° 19

**ATENCIÓN MÉDICA Y VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN
GESTANTES DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II**

EMBARAZADAS CON:	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Vacunación con dT	1	100	-	-	1	100
Controles	5	100	-	-	5	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

En relación a la atención médica y vacunación con difteria y tétanos en gestantes de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, se encontró que el **100%** de la misma tienen controles médicos y vacunación completa, lo que corresponde a una mujer embarazada.

TABLA N° 20
MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES EN
EDAD FÉRTIL

METODOS	f	%
Método del Ritmo	35	53,03
Inyectables	9	13,64
Esterilización Tubárica	7	10,61
Orales	6	9,09
T de Cobre	5	7,58
Implantes	4	6,06
TOTAL	66	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.
ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

En la presente tabla se evidencio que del **100%** de mujeres de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, con vida sexual activa **53,03%**, utilizan el método del ritmo como el método de regulación de fecundidad, **13,64%** utilizan métodos inyectables, **10,61%** se han realizado esterilización tubárica, un **9,09%** usan anticonceptivos orales, **7,58%** planifican con la T de cobre y el **6,06%** que acceden a los implantes.

TABLA N° 21

DOSIS DE VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II

NUMEROS DE DOSIS RECIBIDAS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
PRIMERO	100	100	0	0	100	100
SEGUNDO	72	72	28	28	100	100
TERCERO	53	53	47	47	100	100
CUARTO	26	26	74	74	100	100
QUINTO	6	6	94	94	100	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría refuerzos por no existir casos.

En la presente tabla se puede observar que el **100%** de las mujeres en edad fértil de esta comunidad han recibido la primera dosis de vacunas contra la difteria y tétanos, mientras que se observa una disminución progresiva en las dosis siguientes, lo que probablemente se debe a la falta de información, lo cual a su vez contribuye a que no se cumpla con el número de dosis recomendadas.

TABLA N° 22

**REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL
ACTIVA DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II**

PAPANICOLAOU	f	%
SI	47	71.21
NO	19	28.79
TOTAL	66	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Al respecto los programas de detención oportuna de cáncer cervical, han demostrado ser efectivos en la gran mayoría de los países desarrollados. La transformación maligna del epitelio de cuello uterino suele ser lenta y pasa por distintos estadios evolutivos.⁵⁷

De los resultados obtenidos de este estudio se evidencio que de las mujeres con vida sexual activa el **74,21%** se han realizado la prueba de Papanicolaou; y el **28,79%** no se han realizado dicha prueba.

⁵⁷Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de lima, Perú 2007 Disponible:<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n1/a07v25n1.pdf>

TABLA N° 23
ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA
BANDA SECTOR II

PATOLOGIAS	menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 años y más		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hipertensión Arterial	-	-	-	-	-	-	-	-	7	2,30	1	0,33	8	2,63
Diabetes	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,66	1	0,33	3	0,99
Hipertiroidismo	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,66	-	-	2	0,66
Hipotiroidismo	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,66	-	-	2	0,66
Gastritis	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,66	-	-	2	0,66
Asma	-	-	1	0,33	1	0,33	-	-	0	0,00	-	-	2	0,66
Pancreatitis	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,33	-	-	1	0,33
Soplo cardiaco	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,33	-	-	1	0,33
Ostopenia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,33	-	-	1	0,33
Rinitis	-	-	-	-	1	0,33	-	-	-	-	-	-	1	0,33
Ninguna	8	2,60	28	9,21	30	9,87	57	18,75	155	50,99	3	0,99	281	92,43
TOTAL	8	2,60	29	9,54	32	10,53	57	18,75	173	56,91	5	1,64	304	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.
ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

En lo que se refiere al perfil epidemiológico, de la Ciudadela del chofer la Banda Sector II, las principales patologías crónicas detectadas en la población estudiada fueron hipertensión arterial en 7 personas que tienen entre 20 y 64 años lo que representa el 2,30% y en una persona mayor de 65 años lo que equivale a 0,33%, también se presentó 3 casos de diabetes, en 2 personas que tienen entre 20 y 64 años y un caso de una persona mayor a 65 años, lo que representa el 0,99%, además también fueron detectados casos de hipo e hipertiroidismo, gastritis, asma pancreatitis, soplo cardiaco, osteopenia y rinitis.

TABLA N° 24
ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA
BANDA SECTOR II

PATOLOGÍAS	menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 años y mas		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cáncer Gástrico	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,33	-	-	1	0,33
Cáncer de mama	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,33	-	-	1	0,33
Ninguna	8	2,63	29	9,54	32	10,53	57	18,75	171	56,25	5	1,64	302	99,34
TOTAL	8	2,63	29	9,54	32	10,53	57	18,75	173	56,91	5	1,64	304	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

En lo que se refiere al perfil epidemiológico, las principales patologías degenerativas detectadas en la población estudiada fueron un caso de cáncer gástrico y de mama lo que representa 0,33% respectivamente.

TABLA N° 25
ENFERMEDAD DE IMPACTO DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA
SECTOR II

PATOLOGÍAS	menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 años y mas		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
IRA	-	-	1	0,33	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,33
Ninguna	8	2,63	28	9,21	32	10,53	57	18,75	173	56,91	5	1,64	303	99,67
TOTAL	8	2,63	29	9,54	32	10,53	57	18,75	173	56,91	5	1,64	304	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Para la **OMS**, las enfermedades de impacto son todas aquellas causadas por un agente infeccioso específico, y se manifiestan por la transmisión de ese agente, de una persona, o de un reservorio, a un huésped susceptible, directa o indirectamente.

En lo referente a las principales patologías de impacto detectadas en la población estudiada fue un caso de infección respiratoria aguda (IRA) lo que representa el 0,33%.

TABLA N° 26
DISCAPACIDADES DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA
SECTOR II

DISCAPACIDADES	menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 años y mas		TOTAL	
	f	%	f	%	F	%	f	%	F	%	f	%	f	%
Física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,66	2	0,66
Visual	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,33	-	-	1	0,33
Ninguna	8	2,63	29	9,54	32	10,53	57	18,75	172	56,58	3	0,99	301	99,01
TOTAL	8	2,63	29	9,54	32	10,53	57	18,75	173	56,91	5	1,64	304	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II.

ELABORADO POR: Paulina Montaña, Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

De la información obtenida en la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, evidenciamos 2 casos de discapacidad física en personas mayores de 65 años lo que representa el 0,66% y discapacidad visual lo que representa el 0,33%.

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

Las siguientes actividades:

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

DISCUSIÓN

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, es la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.⁵⁸

En la población de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, se determinó que el sexo predominante es el femenino con (54,28%), sobresaliendo la población de 20 a 64 años de edad con (56,91%), lo que se relaciona con los resultados del INEC del año 2010 la edad promedio de un ecuatoriano es de 29 años, el 62,2% de la población está entre los 15 y 64 años de edad, mientras que los menores a 15 años representan el 31,3%. La población femenina representó el 50,4% de la población total⁵⁹.

El grado de escolaridad de la mayoría de la población de dicho sector es la educación superior (33,35%), datos que se relacionan con el INEC del año 2010 donde el grado de escolaridad de la población de 24 años y más, disminuye a medida que la edad aumenta. La mayor escolaridad presenta el grupo de 24 a 34 años con 11.1 grados, los adultos mayores presentan el menor grado de escolaridad con un promedio de 5,4⁶⁰.

Según el INEC la pobreza en el área Urbana cerró en el 2011 en 17,36% 8,5 puntos menos que lo registrado en diciembre del 2006 cuando llegó a 25,9% mientras que la pobreza Rural estuvo en el 50,9%. El 12,5% de hogares viven en condiciones físicas inadecuadas, el abastecimiento de servicio de agua potable es del 72,0%, el 53,6% cuentan con alcantarillado y el 77% eliminan la basura mediante carro recolector.⁶¹

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

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

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

⁶¹ IDEM

De acuerdo a los riesgos encontrados en las familias de este sector están los riesgos biológicos como: personas con mala nutrición (3%); en los riesgos sanitarios se encontró animales intradomiciliarios (17,9%); en los riesgos socioeconómicos está la desestructuración familiar (25%), desempleo o empleo informal del jefe de familia (14,3%), la pobreza que alcanza (2,45%), malas condiciones de la vivienda (1,2%) y hacinamiento (1,2%).

Estadísticas revelan que hasta el año 2012 se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos⁶²; en la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, (21,62%) accedieron a la realización del tamizaje metabólico neonatal.

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 (población económicamente activa) ocupada refleja el perfil de desarrollo del Ecuador que se caracteriza por un importante trabajo agrícola, una baja producción industrial y un creciente sector de comercio y servicios. Por otro lado, solamente 35,78% tienen ocupación plena y un 32,49% se encuentra inserto en el sector formal de la economía. La mayor parte de la PEA ocupada se encuentra en el sector informal y esta subempleada.

En este sector sobresale la población económicamente pasiva esto es, estudiantes (32,24%) y en la población económicamente activa (12,83%) son empleados públicos y (11,51%) empleados privados.

Considerando los datos al 2010, la tasa neta para el Nivel Básico, en relación a la población entre los 5 y 14 años de edad es del 94,61%. La tasa para el Nivel Medio, tomando en cuenta la población entre los 15 y 17 años, es del 59,75% y en el Nivel Superior, la tasa neta de matriculación para la población entre 18 y 24 años, es del 28,34%⁶³; situación similar que se observa en la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, resaltando que (100%), de escolares y adolescentes acceden a la educación.

⁶² 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

⁶³ INEC Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf> Consultado 10/12/13

En cuanto a problemas de conducta se evidencia (1,12%), de escolares y adolescentes presenta problemas, comparando este resultado en México reportan que aproximadamente la mitad de los menores presentan algún síntoma emocional o de conducta, de los cuales, el 16% presentaban de cuatro a más síntomas.⁶⁴

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 hijo⁶⁵. Esta realidad es diferente a la población de estudio ya que la mayoría de las mujeres optan por métodos de regulación tradicional con el método del ritmo (53,03%), seguido de (13,64%) utilizan métodos inyectables.

El (28,79%) de mujeres con vida sexual activa no se han realizado el Papanicolaou, según manifiestan debido al desconocimiento de la importancia que tiene esta prueba y la incomodidad que genera, estas cifras son similares con un estudio en Chile ya que la cobertura del examen Papanicolaou (PAP) en mujeres de riesgo ha sufrido un descenso sostenido en los últimos 4 años, de 68% a 59% entre los años 2008 y 2011. Esta reducción de la cobertura es aún mayor en las mujeres de más alto riesgo, es decir las mayores de 35 años⁶⁶.

Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en la mayoría de los países de América Latina. En el 2002 representaban el 44% de las defunciones en hombres y mujeres menores de 70 años⁶⁷.

⁶⁴ Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/17448/28672> Consultado 10/12/2013

⁶⁵ Planificación Familiar Disponible en <http://www.unfpa.org.co/porta1/uploadUNFPA/file/FINAL%20PLANIFICACION%20FAMILIAR.pdf> Consultado: 10/12/2013

⁶⁶ Campaña para aumento cobertura PAP en mujeres de 25 a 64 años. Disponible en: http://www.colegiodematronasdechile.cl/documentos/InsumoCampanaPAP_Sy%20SEREMIS_2012.pdf Consultado 10/12/13

⁶⁷ Problemática de salud en América latina disponible en: <http://www.granotec.com/ecuador/new/20120222182759/> Consultado 10/12/13

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

En este estudio referente a las enfermedades crónicas, degenerativas, impacto y discapacidades se encontró (2,30%) de personas con HTA entre 20 años a más; seguido de diabetes en un (0,33%) en el grupo etario de 65 años y más; en las enfermedades degenerativas se determinó un caso de cáncer gástrico y cáncer de mama en un (0,66%) entre 20 años a más; en cuanto a enfermedad de impacto se evidencio un caso de infección respiratoria aguda con (0,33%); se encontró 2 casos de discapacidad física en el grupo etario de 65 años con (0,66%) y (0,33%) de discapacidad visual.

CONCLUSIONES

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

- En la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II está conformado por 84 familias y un total de 304 personas, de las cuales 54,28% son de sexo femenino y 45,72% de sexo masculino.
- El nivel de instrucción que predomina en esta comunidad de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II es la educación superior.
- La ocupación de los habitantes de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II sobresale la categoría estudiantes, los cuales corresponden a la población económicamente pasiva, mientras que la que produce ingresos económicos para la familia son empleados públicos.
- En relación a los riesgos biológicos encontrados 3% de personas con malnutrición; riesgos sanitarios encontrados son animales intradomiciliarios 17,9%, riesgos socioeconómicos con mayor predominio la desestructuración familiar 25%.
- Los niños menores de 5 años de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, tienen su esquema de vacunación completo y han recibido lactancia materna como alimento exclusivo conforme las recomendaciones de la OPS/OMS.
- En cuanto al acceso a la educación, 100% de escolares y adolescentes se encuentran estudiando y tiene un rendimiento académico bueno según refieren los padres de familia.
- En relación a la planificación familiar, el método de preferencia utilizado por las mujeres en edad fértil de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, es el método del ritmo.

- El 28,79% de las mujeres con vida sexual activa no se han realizado el examen de Papanicolaou debido al desconocimiento de la importancia que tiene este examen.
- Con relación al perfil epidemiológico tenemos que las enfermedades crónicas afectan al 2,30%.

RECOMENDACIONES

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

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

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Pilar & Otros. (septiembre 2010). Manual de Atención al Alumnado con necesidades específicas de Apoyo Educativo por padecer Enfermedades Raras y Crónicas [Base en línea]. España Disponible en: www.juntadeandalucia.es/educacio/portal/com/big/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/ManualdeatencionalalumnadoNEAE/1278667341285_09.pdf

- Atie, Guidalli & Otros. (2011). Nutrición y Alimentación en el ámbito Escolar [Base en línea]. Madrid Disponible en: <http://www.nutrición.org/img/files/nutricion%20ambito%20escolar%20FINALprot.pdf>.

- Collazos Jaime & Otros. (2008). Salud Pública y Discapacidad [Base en línea]. Bogotá Disponible en: <http://books.google.es/books?id=cBhhQB3dq5EC&dq=salud+publica+2008&hl=es&sa=X&ei=9j7xUuzAJ9KfkQe48IGQBQ&ved=0CE4Q6AEwBQ>

- Correa Eduardo & Otros. (2009). Manual de Salud Comunitario. [Base en línea]. Ecuador Disponible en: <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMAN%C3%8DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20TRABAJO%20SOCIAL/09/SALUD%20COMUNITARIO/MANUAL%20DE%20SALUD%20COMUNITARIA.pdf>

- Escobar, A., Velasco M. (2010). *Los y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI*. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte1.pdf (Citado: 10/12/2013).

- Fathalla, Mahmoud. (2008). Guía práctica de investigación en salud. [Base en línea]. Washington, D.C: OPS Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/724/OPS.%20G>

[ui%CC%81a%20pra%CC%81ctica%20de%20investigacio%CC%81n%20en%20salud.pdf](#)

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

- HERNÁNDEZ, M., AGUAYO J., GÓMEZ A., (2008). *Manual de Lactancia Materna - de la teoría a la práctica*. España. Editorial Médica Panamericana.

- HERNÁNDEZ, R., & Otros. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ª ed. México. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana.

- JUMBO, F. (2011). *Análisis y Porcentajes de los Problemas Psicológicos*. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: <http://www.slideshare.net/jumbofabian/la-psicologia-educativa-en-quito-ecuador-informe-del-ao-escolar-2010-2011> (Citado: 10-11-13).

- LEÓN, W., YÉPEZ G., NIETO, M. (2008). *Componente Normativo Materno*. Ecuador. MSP-SNS.

- MENDIETA, M. (2012). *Dinámica poblacional en Ecuador, Informe de Coyuntura Económica*. No 9. Ecuador. Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Técnica Particular de Loja.

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (2013). *MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI*. Ecuador.

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CONASA. (Agosto 2010). Norma y protocolo de Planificación Familiar. [Base en línea]. Ecuador Disponible en:
 - http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma_planit_famil.pdf

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2007). *Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales*. Suiza.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2010). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Suiza.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2011). *Agua y Saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública*. Washington.

- PINEDA, E., & Otros. (2008). *Metodología de la Investigación*. 3ª ed. Washington. Publicación de la OPS.

- SALAS, M., PEÑALOSA J. (2006). *Pediatría, Bases Fisiopatológicas Clínicas y Terapéuticas*. 3ª ed. México. Editorial Masson.

- VILLACÍS, B., CARRILLO D. (2011). *La Nueva Cara Sociodemográfica del Ecuador*. Edición Especial. Quito-Ecuador. Revista Analítica - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

ANEXOS

CERTIFICADO DEL PRESIDENTE



MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja... 07 octubre 2013.....

Sr. Dr. Luis Alejandro Lapa Saraguro

Presidente del Barrio Ciudadela del chofer La Banda

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.....

PRESIDENTE DEL BARRIO
Ci. 1101298599.....

Tel: 0991590795 - 2541289

Andrea Diaz Chambo

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD


Ci. 2100013696.....

Gonzalo Patricio Mero Gorda

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci. 1105048134.....

FICHA FAMILIAR



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD N° 3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

FICHA FAMILIAR DE SALUD N°

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA _____

1 INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN	
LUGAR DE NACIMIENTO	ACTUAL

MARQUE CON UN X AL REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN

ACTUALIZAR LOS DATOS CADA 15 MESES O EN UNA VISITA CUALQUIERA

INSTITUCIÓN DEL CENTRO	UNIDAD ADMINISTRATIVA	CÓDIGO DEL CENTRO	ÁREA N°	CATEGORÍA DE ESPECIALIZACIÓN	# DE PUESTOS TRABAJADOS
				PREVENCIÓN CURATIVA PROFESIONAL	

PROVENIENCIA	SECCIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN	# DE FAMILIAS	IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA (NOMBRES Y APELLIDOS)

EDUCACIÓN	# DE CATEGORÍA	COMUNIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS DE LA FAMILIA	# DE TELEFONO	# DE CUARTOS

2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD									
GRUPO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO		ESTADUALIDAD			ESTADO CIVIL	
			M	F	UR	EX	U	C	U
0 años - 1 año									
1 - 4 años									
5 - 9 años									
10 - 14 años									
15 - 19 años									
20 - 24 años									
25 años y más									
TOTALES									

GRUPO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA ÚLTIMA VISITA	FECHA ÚLTIMA VISITA	MOTIVOS DE VISITA			MOTIVOS DE VISITA			MOTIVOS DE VISITA
				PREVENCIÓN	CURATIVA	PROFESIONAL	PREVENCIÓN	CURATIVA	PROFESIONAL	
0 años - 1 año										
1 - 4 años										
5 - 9 años										
10 - 14 años										
15 - 19 años										
20 - 24 años										
25 años y más										
TOTALES										

RESPONSABLE FAMILIAR	NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE FIRMADO	CATEGORÍA

RESPONSABLE DEL LUGAR	NOMBRE Y APELLIDO	CÓDIGO	FECHA

FICHA FAMILIAR - 0000000000

ANEXO DE LA FICHA FAMILIAR

ANEXO A LA FICHA FAMILIAR

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

PROTECCION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS																					
1. VACUNACION																					
NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	MENOR < 1 AÑO																		
			TAMIZAJE NEONATAL		MENOR < 1 AÑO			12 A 23 MESES			1 A 4 AÑOS										
			B.C.G.	H.B.	ROTAVIRUS	O.P.V. Y FENTAVALENTE	HEMOCOCO CONJUGADA	SR	SRP	HEMOCOCO CONJUGADO	VARICELA	FA	O.P.V.	O.P.T.	O.P.V. Y FENTAVALENTE	H.B					
1	2	1	2	3	1	2	1	1	3	1	1	4	4	1	2	3	4	1	2	3	

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

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

PROTECCION DE LA MUJER																
1. ATENCIÓN MATERNA																
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	FUM	FPP	ANTEC. PATOL. OBST.	VACUNA		CONTROLES					PARTO		PUERPERO		
					DT	NO	1*	2*	1	2	3	4	5	1*	2*	

2. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL																
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	METODO DE REGULACION DE FECUNDIDAD					VACUNACION					PAPANICOLAOU				
		INJECTABLE	ORAL	IMP. AITE	1 DE COBRE	METODO DEL RITMO	DI					DIAGNOSTICO				
							Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta dosis	Quinta dosis	Referencia (Cada 10 años)	SI	NO	FECHA	

PROBLEMAS DE SALUD CRONICOS										
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ENFERMEDAD CRONICA	CONTROLES							
			1°	2°	3°	4°	5°			

■ CROQUIS DE LA CIUADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II



“CIUADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR II”

Entrada a los condominios san José y condominios azules y villas lindas



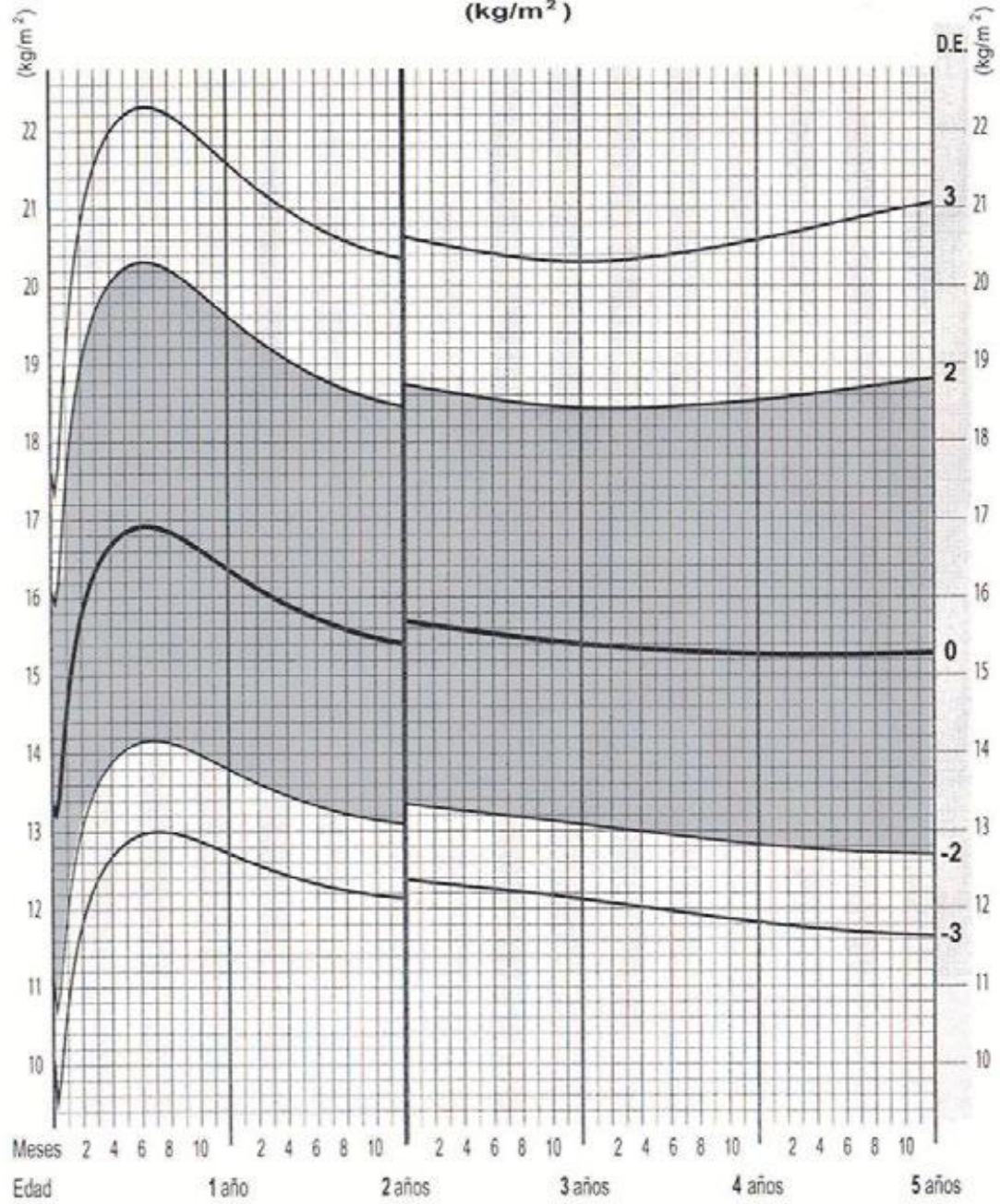
RECOLECTANDO INFORMACIÓN



MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

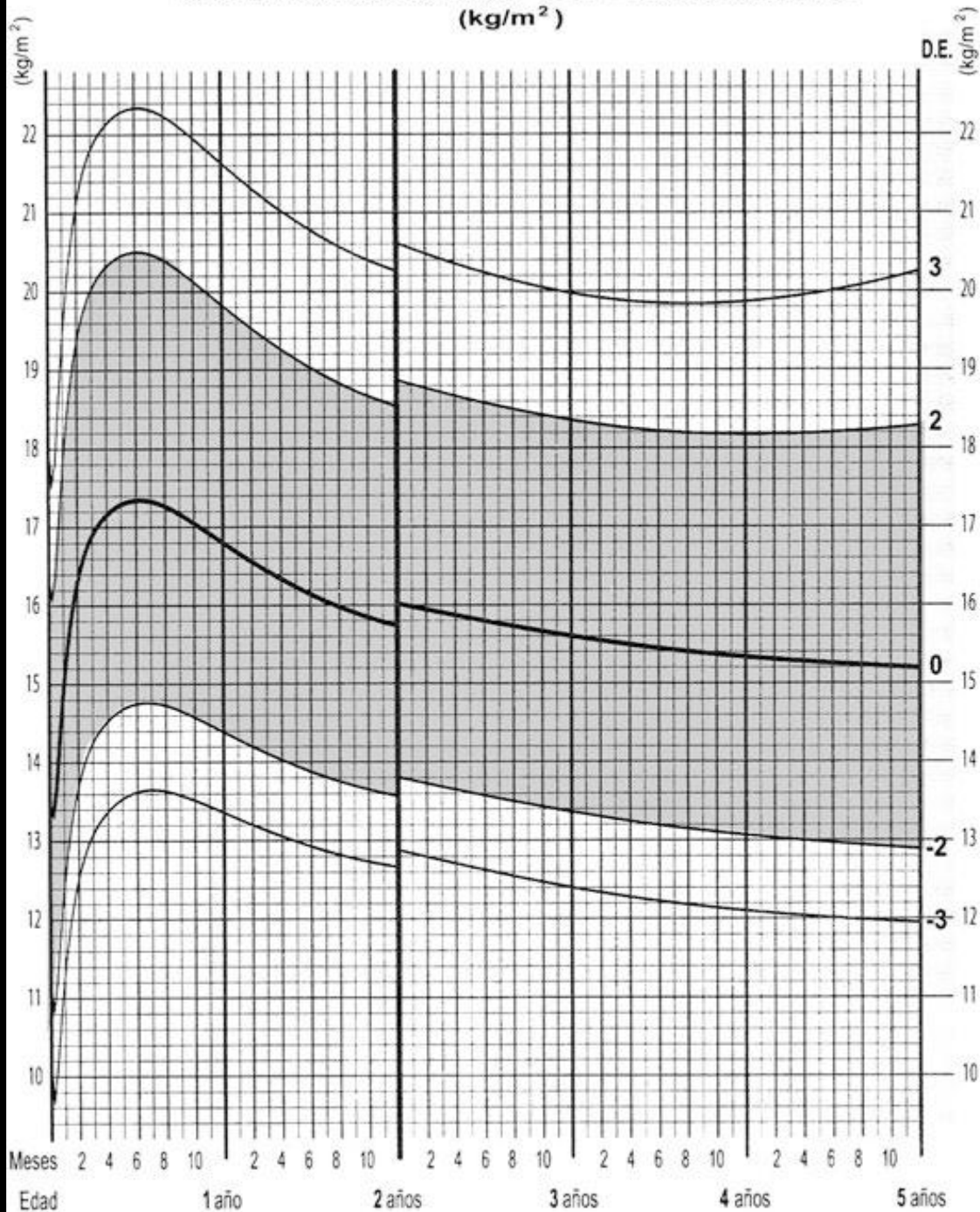


ÍNDICE DE MASA CORPORAL - NIÑA MENOR DE 5 AÑOS
(kg/m²)



CURVA DE CRESCIMENTO 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

INDICE DE MASA CORPORAL

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 (SNELLEN)

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

■ **TABLA DE FECHA PROBABLE DE PARTO**

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

ÍNDICE

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

PRELIMINAR	PÁGINAS
TÍTULO	8
RESUMEN.	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	13
REVISIÓN DE LITERATURA	16
MATERIALES Y MÉTODOS	52
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	55
APARTADO	82
DISCUSIÓN	84
CONCLUSIONES	90
RECOMENDACIONES	93
BIBLIOGRAFÍA	95
ANEXOS	98
ÍNDICE	109