



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

TEMA:

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

Tesis previa a la obtención
del Título de Licenciado en
Enfermería

AUTOR:

- *José Luis Montaleza Curímilma*

DIRECTORA :

- *Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga*

Loja - Ecuador

2013



CERTIFICACIÓN

Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga.

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

CERTIFICO.

Que el presente trabajo de investigación de tesis titulado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR II Y III, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013**” de autoría exclusiva del egresado Sr. José Luis Montaleza Curimilma, ha sido dirigida, analizada y revisada detenidamente en todo su contenido y desarrollo bajo su dirección por tales razones autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal de grado asignado.

Loja, Enero del 2014

Atentamente.



Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

Directora de tesis



AUTORÍA

Yo, José Luis Montaleza Curimilma, declaro ser autor 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.

Autor: José Luis Montaleza Curimilma

Firma:

Cedula: 1104176399

Fecha: Loja, Enero del 2014



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

Yo, José Luis Montaleza Curimilma, declaro ser autor, de la tesis titulada;
“**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN FRANCISCO
SECTOR II Y III, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013**”. Como requisito para
optar al grado de Licenciado 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, del mes de Enero
del dos mil catorce. Firma el autor.

Firma:

Autor: José Luis Montaleza Curimilma

Cédula: 1104176399

Dirección: Calles: Guadalajara y Puebla Barrio la “Alborada”

Correo Electrónico: luisalejandro.32@hotmail.com

Teléfono: 0986442709

Datos complementarios

Directora de tesis: Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

Tribunal de grado: Lic. Mg. Balbina Contenido Fierro

Lic. Mg. Bertila Tandazo Agila

Lic. Mg. Patricia Chávez Poma

DEDICATORIA

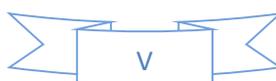
A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado la vida para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. A la Virgen María que siempre me ha brindado su amor incondicional de madre.

A tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para ti, ahora puedo decir que este trabajo lleva mucho de ti, gracias por estar siempre a mi lado, gracias por ser el pilar fundamental en mi vida, por todo tu esfuerzo y sacrificio, hiciste posible el triunfo profesional alcanzado. Para ti mi AMOR, OBEDIENCIA Y RESPETO.

Gracias madrecita mía. Hortencia.

Este trabajo investigativo va dedicado exclusivamente a mis padres y hermanos quienes con su abnegación y sacrificio supieron guiarme por el buen camino, para hacer posible mi superación en mi vida cotidiana.

José Luis Montaleza Curimilma



AGRADECIMIENTO

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades, es inevitable no gratificar el mérito en el aporte que hay hecho. Sin embargo, el análisis objetivo me muestra inmediatamente que la magnitud de este aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellas, expresándoles, mis más sinceros agradecimientos.

A Dios, el creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza, fe, sabiduría e inteligencia para continuar cuando a punto de caer hay estado; por ello, con toda la humildad de mi corazón le agradezco con infinita bondad.

A mi padres, por su amor incondicional, por creer en mí, por su confianza y apoyo, por su interés y gratitud, solo le puedo decir aquí esta lo que sembró, a mis hermanos a toda mi familia y amigos, mis infinitos agradecimientos a ustedes desde lo más profundo de mi ser.

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, por abrirme las puertas, ofrecerme los conocimientos adecuados y contribuir a la consecución de la culminación de mi vida estudiantil y empezar a formar parte del ámbito profesional y laboral.

A mi directora de Tesis Lic. Mg Sonia Caraguay, por su paciencia, sabiduría con sus lecciones y experiencias he culminado con esta ardua tarea, quedo infinitamente agradecido.

A los moradores del barrio “San Francisco Sector II, III”, por darme la apertura para realizar el trabajo de campo, en sí a todas aquellas personas, que de una u otra forma contribuyeron a la realización y culminación de esta Tesis.

José Luis Montaleza Curimilma

TEMA

“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR II Y III, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”

RESUMEN

El diagnóstico comunitario de salud es el proceso de recolección de datos y su posterior análisis, para determinar cuáles son las necesidades de salud de la población que los servicios sanitarios deben atender estableciendo operaciones y acciones que permiten enfrentar los problemas y necesidades detectadas, dada la importancia se ha decidido realizar la presente investigación denominada: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR II Y III, SEPTIEMBRE–DICIEMBRE DE 2013”**. Planteándose los siguientes objetivos: Realizar diagnósticos comunitarios del área de influencia del Hospital Universitario de Motupe con sus respectivos perfiles epidemiológicos y mapas parlantes, que sirva de base para la formulación del Proyecto de Desarrollo en salud del sector con lo que se brindará sostenibilidad a las propuestas de trabajo de la unidad de salud y 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.

El presente es un estudio de carácter descriptivo con un universo de 148 habitantes 69 mujeres y 79 hombres.

Finalizado el trabajo se establece las siguientes conclusiones:

El grupo etareo que predomina es de 20 a 64 años, referente al sexo es el masculino (53,38%), el nivel de educación es el básica (60,81%). El método de planificación familiar más utilizado es el método del ritmo.

En cuanto al perfil epidemiológico las patologías crónicas encontradas son: la hipertensión arterial, asma y diabetes mellitus, en las discapacidades se encuentra la física. Se respalda la investigación con bibliografía y anexos que contempla el desarrollo de la misma.

Palabras Claves: Estudio de salud, Diagnostico de Salud.

ABSTRACT

The community diagnosis of health is the process of gathering of data and its later analysis, to determine which they are the necessities of the population's health that the sanitary services should assist establishing operations and stocks that you/they allow to face the problems and detected necessities, given the importance has decided to carry out the present denominated investigation: "DIAGNOSTIC COMMUNITY OF HEALTH OF THE NEIGHBORHOOD SAN FRANCISCO SECTOR II AND III, SEPTEMBER-DECEMBER OF 2013". Thinking about the following objectives: To carry out diagnostic community of the area of influence of the University Hospital of Motupe with their respective epidemic profiles and speaking maps that it serves as base for the formulation of the Development project in health of the sector with what you will offer sostenibilidad to the working proposals of the unit of health and to offer specific services of infirmary, guided to offer the exercise from the right to the health of the less privileged group, like approach form to the community and linking strategy with the service of health.

The present is a study of descriptive character with an universe of 148 inhabitants 69 women and 79 men.

Concluded the work settles down the following summations:

The group etareo that prevails is from 20 to 64 years, with respect to the sex it is the masculine one (53,38%), the education level is the basic one (60,81%). The most utilized method of family planning is the method of the rhythm.

As for the epidemic profile the opposing chronic pathologies are: the arterial hypertension, asthma and diabetes mellitus, in the discapacidades are the physics. The investigation is supported with bibliography and annexes that it contemplates the development of the same one.

INTRODUCCIÓN

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

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud.”¹

Ante estos problemas encontrados se plantea el presente estudio denominado **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR II Y III SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**, en la cual se utilizó una metodología de estudio de tipo descriptivo.

En calidad de egresado de la carrera de enfermería mis objetivos son: realizar el diagnóstico comunitario del área de influencia del Hospital Universitario de Motupe con sus respectivos perfiles epidemiológicos y mapas parlantes, que sirva de base para la formulación del Proyecto de Desarrollo en salud del sector con lo que se brindará sostenibilidad a las propuestas de trabajo de la unidad de salud y brindar servicios específicos de enfermería.

El presente trabajo de investigación consta de las siguientes partes: En la primera se describe de modo detallado el marco teórico tomando en cuenta conceptos básicos y la coherencia con los objetivos.

En la segunda parte se presenta una exposición amplia de resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos como la ficha familiar y anexo.

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

La información obtenida a través de las entrevistas del barrio en estudio está presentada en tablas simples y su análisis se relaciona con las fundamentaciones teóricas.

Como siguiente apartado se presenta una discusión en la que se comparan los resultados obtenidos en este estudio con otros similares.

Finalmente se describen conclusiones a las que se llegó y relacionadas a ellas se presentan las recomendaciones con las que se pretende contribuir a mejorar la salud de las personas.

REVISIÓN DE LITERATURA

DIAGNÒSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Definiciones

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

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

Objetivos de Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

- ④ Reorientar los servicios de salud y fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria.
- ④ Fortalecer la calidad de atención por el Talento Humano.
- ④ Optimizar la prestación de servicios en los tres niveles de atención.
- ④ Organizar el Sistema Único de Información en Salud.
- ④ Fomentar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.²

Mapeo de Actores

La Participación Social en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud. La Atención Primaria de Salud renovada está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social que se

²MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 48-53

construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos.

La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención.

Mapeo del Sector

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

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

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

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

Ⓢ **A nivel urbano:** 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 **TAPS** (Técnicos de Atención Primaria de Salud) por cada 4000 habitantes.

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

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

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

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

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

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

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

Fases y herramientas para la implementación del Modelo de Atención

- ② Mapa Parlante.
- ② Sala Situacional.

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

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

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

Con el objetivo de garantizar el acceso y la continuidad de la atención se asigna un **EAIS** a un grupo de familias de acuerdo al estándar establecido por la autoridad sanitaria quienes tienen la responsabilidad de implementar la ficha familiar, identificar riesgos y factores protectores, establecer planes de intervención en conjunto con el resto del equipo de la unidad de salud más cercana³

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

En toda circunstancia o situación la posibilidad aumenta en cada persona a contraer una enfermedad por diversos factores de riesgo entre ellos tenemos: factores de servicios de salud, biológicos, psicológicos, sexuales, químicos, físicos, políticos, económicos, del medio ambiente y laboral, por lo tanto si hay una alteración en cualquiera de estos factores trastornaría la salud de la población.

En el Ecuador en el año 2010 y según los indicadores de salud una de las enfermedades más comunes y que ocupan uno de las primeras causas de morbilidad son las Enfermedades Infecciones Respiratorias Agudas con 1.703,083 casos y en segundo lugar constan las Enfermedades Diarreicas Agudas con 516,567 casos; así mismo se encuentran las Enfermedades

³MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 60-63

Crónicas Transmisibles como la Tuberculosis Pulmonar BK- con 480 casos, referente a las enfermedades prevenibles por vacunación tenemos la Hepatitis B con 236 casos, Tosferina con 125 casos y Tétanos 13 casos; siendo estas las principales causas de consulta externa en las unidades operativas del **MSP**. Según el **INEC** (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador) en el 2010 las Infecciones de Vías Urinarias son un problema de salud que se ubica en el octavo puesto con una tasa de 10.3% en las mujeres con relación a las diez principales causas de morbi-mortalidad.

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

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

Las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos, se evidencian en aspectos biológicos; se explican, fundamentalmente por el tipo y forma de la actividad productiva, en los porcentajes alarmantes de poblaciones con necesidades básicas insatisfechas, la pobreza de consumo, el acceso a los servicios de salud, las distintas culturas, la forma y consumo de alimentos, el clima, y, otras más que constituyen un complejo variante (condicionantes-determinantes) que exige superar el enfoque biológico.⁴

⁴Carcavallo RU, Martínez A (1985). Biología, ecología, distribución geográfica de los triatominos americanos, pp. 149-157 en (Carcavallo RU, Rabinovich JE, Tonn RJ eds.) Factores biológicos y ecológicos en enfermedades Prevalentes, Vol. II. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud OPS/OMS – Ministerio de Salud y Acción Social, Ecuador.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

En la actualidad, nuestro país tiene un territorio de 283 560 km², cuenta con 14.306.876 habitantes que se hallan distribuidos en las distintas provincias.⁵

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 una⁶

Es un país multiétnico destacando las siguientes:

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

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

- Ⓢ 0-14 años: 30,1% (hombres 2.301.840/mujeres 2.209.971).
- Ⓢ 15-64 años: 63,5% (hombres 4.699.548/mujeres 4.831.521).
- Ⓢ 65 años y más: 6,4% (hombres 463.481/mujeres 500.982).⁷

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

⁵ Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^a Edición, Septiembre 2012

⁶ Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC; Disponible en: <http://www.inec.gob.ec>; Consultado: 28/11/2013; Hora: 15h00

⁷ Ecuador Distribución por edad - Población - Mundi; Disponible en: http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html Consultado: 9/12/2013; Hora: 19h00

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%⁸.

NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

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

Entre los principales problemas que tiene la educación pública se encuentran los siguientes indicadores: persistencia del analfabetismo, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, mala calidad de la educación, poca preparación de los docentes, salarios bajos de los profesores y deficiente infraestructura educativa y material didáctico. Los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone la actual sociedad⁹.

ANALFABETISMO

En el Ecuador, la noción de analfabetismo se vincula a personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir. Las nociones de analfabetismo y alfabetización siguen apegadas a la definición acuñada por el **UNESCO**

⁸Resultados provinciales, Loja; Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>; Consultado: 05/11/2013; Hora: 19h00

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

(Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), "Una persona analfabeta no puede leer entendiendo lo que lee ni escribir una descripción sencilla y breve de su vida cotidiana" (**UNESCO** 1958). "Una persona es funcionalmente analfabeta cuando no puede dedicarse a las actividades en las que hace falta saber leer y escribir para el funcionamiento efectivo del grupo o la comunidad a la que pertenezca la persona, para su desarrollo propio y de la comunidad" (**UNESCO** 1978).

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

Una de las principales causas del analfabetismo es la pobreza, debido a que las condiciones de vida en las que se encuentran las familias ecuatorianas ocasionan que no todos los niños y adolescentes tengan la posibilidad de acceder a una educación. Primero se busca satisfacer las necesidades básicas de un hogar, antes que un miembro de la familia asista a una escuela. Los hogares tienen como objetivo generar dinero por medio del trabajo, incluso infantil, apartándolos del acceso a la educación¹⁰.

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).

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

¹⁰Alfabetización en el Ecuador, Quito Ecuador, Septiembre 2009; Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdf> Consultado: 27-11-2013; Hora: 20h00

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

A su vez, la afectividad juega un papel importante en el niño, ya que de esta dependen las buenas o malas relaciones que tenga en la escuela y su entorno, a más de la afectividad, en la vida de un niño, cuenta su autoestima, pues si presenta una baja autoestima dificulta sus posibilidades de aprendizaje. Otros factores escolares como la pedagogía y metodología, son decisivos, ya que deben desarrollarse metodologías acordes a las necesidades de los alumnos y una pedagogía basada en su formación crítica que despierte el interés del escolar¹¹.

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

OCUPACIÓN

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

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**), realizado en el 2010, señala que los empleados públicos se ubican en el primer lugar a nivel nacional con el 33%, después están los comerciantes representando el 28,5% y después están los agricultores o jornaleros con el 13%.¹³

¹¹La deserción; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf>; Consultado: 09/12/2013

¹²Educación en la Provincia de Loja; Disponible en : <http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109> .Consultado: 28/11/2013; Hora: 10h00

¹³Resultados 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, la provincia de Loja está dedicada mayoritariamente a la agricultura y ganadería (19%), seguida del comercio (17%) y por el grupo humano que está dedicado a la enseñanza (17%), el resto del porcentaje (30%) de la población económicamente activa (**PEA**) está ubicado en actividades tales como construcción, administración pública, industrias manufactureras, transporte y comunicaciones.”¹⁴

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 múltiples factores; entre los reportados en la literatura se encuentran: pobreza, costo a las familias, costo a los proveedores, inicio tardío de la vacunación, información deficiente del estado de vacunación, y desconocimiento por parte del personal de salud de las contraindicaciones y edades adecuadas para la aplicación de las vacunas.

Se ha documentado en la literatura que los niños que viven en condiciones de pobreza tienen una cobertura de 4% a 9% inferior a la reportada en niños que no cuentan con este agravante.

Personas con mal nutrición (sobrepeso o desnutrición): El término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/ u otros nutrientes. Aunque el uso habitual del término “malnutrición” no suele tenerlo en cuenta, su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación.

¹⁴Loja (Ecuador). Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja Consultado: 09-12-2013

En el Ecuador, según la ministra de Inclusión Económica y Social (**MIES**), 14 de cada 100 niños tienen problemas de obesidad y sobrepeso, además manifestó que entre 2007 y 2010 el porcentaje de desnutrición bajó de 27% a 23.2%.

Embarazadas con problemas: Según los datos estadísticos, en los 6 primeros meses del 2010, se atendieron 748 madres embarazadas; de las que resultó sólo un nacimiento con un niño enfermo.

Todas estas mujeres embarazadas estuvieron dentro del Programa de 7 Controles Prenatales. Mientras que en el mes de Junio, estuvieron dentro del programa, 155 mujeres, las que al término del embarazo, dieron a luz a niños completamente sanos, lo que habla del éxito de que un buen control prenatal va en directo beneficio del binomio madre - hijo.

Personas con discapacidad: Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

En el Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, tras finalizar la primera evaluación de la situación en el país, para lo cual el personal médico llegó hasta los lugares más recónditos. Así mismo se evidenció que las discapacidades físicas y motoras son mayores 36,76%, seguidas por las intelectuales 24,6% y las múltiples 12,92%.¹⁵

Personas con problemas mentales: Las enfermedades mentales o trastornos psicológicos son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.

Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. En Ecuador un estudio realizado por los médicos Santiago Luna, Flor María Bazurto, Inés del Pino integrantes de la Misión Solidaria Manuela Espejo,

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

reveló que la discapacidad mental por demencia en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad¹⁶.

RIESGOS SANITARIOS

Consumo de agua insegura: Según datos derivados del Censo 2010, más del 28% de la población ecuatoriana no tiene acceso al líquido vital por red pública y más del 22% no lo tiene a 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.¹⁷

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

Impacto ecológico por industrias: Aunque gran parte del mundo depende de la producción o el comercio de petróleo para alimentar sus economías, estas actividades pueden causar daños graves al medio ambiente, ya sea a sabiendas o involuntariamente. La producción de petróleo y/o transporte, pueden alterar la población humana y la vida animal y pescado de la región, residuos de aceite, la contaminación de producción, y los derrames de causar estragos en la fauna y el hábitat circundante.

Animales intradomiciliarios: Las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes y dan como resultado infecciones localizadas; sin embargo, existen otras infecciones que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud informe a la familia que tenga en su domicilio mascotas, las posibles enfermedades que pueden provocar, así como la prevención contra las zoonosis y detención oportuna tanto de parasitosis como patologías asociadas a mascotas.

¹⁶ Disponible en: <http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html> 10/12/13 9:

¹⁷ Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/AguapotableysaneamientoenEcuador> 10/12/13, 8:11

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS

Pobreza: La pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación. la pobreza rural en el Ecuador bajo 4,23%.

En junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registro 44,96% según la última Escuela Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**).¹⁸

Desempleo o empleo informal del jefe de familia: Es una de las principales causas de migración, lo que desintegra núcleos familiares, hijos sin la presencias de ambos padres.

También hay impacto en lo individual la persona desempleada olvida en la mayoría de los casos la dirección de su propio destino, se invade de frustración y degradación.

Según la última Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (**ENEMDU**) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (**INEC**).El desempleo urbano se ubicó en 4,6% en marzo de 2013 frente al 4,9% del mismo mes del año anterior. Por otro lado el subempleo en el área urbana llegó a 44,7% y la ocupación plena a 48,6% en comparación a 43,5% y 50,2% respectivamente de marzo del 2012.

La encuesta revela que aproximadamente 8 de cada 10 empleos en el área urbana son generados por el sector privado, tendencia que se ha mantenido en los últimos años.¹⁹

Analfabetismo del padre o de la madre: El analfabetismo aumenta la vulnerabilidad socioeconómica presente y futura de los adultos, pero también es un importante agente de reproducción de dicha condición a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones. El Ministerio de

¹⁸Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-ano-anterior.html> 10/12/13, 9:25

¹⁹Disponible http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3Adesempleo-urbano-en-ecuador-se-ubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es 10/12/13, 8:45

Educación de Ecuador trabaja para reducir la tasa de analfabetismo del 6,8% según datos entregados por el Instituto de Estadísticas y Censos (**INEC**) para llegar al 4% el proyecto.²⁰

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

Violencia/Alcoholismo/Drogadicción: Actualmente no hay dudas de que el alcoholismo constituye el problema de drogas más importante; es responsable principal de violencias en todas partes donde ocasionan desintegración familiar y deterioro social, caracterizados por desajustes de la personalidad, degradación, así como conductas delictivas y antisociales. Alrededor de la mitad de los homicidios y violaciones se produce bajo el efecto del alcohol. El 70% y 80% de la población joven consumen alcohol: 15% de la población injiera alcohol en forma anormal; 5% presenta síndrome de dependencia alcohólica y 10% son bebedores excesivos. Alrededor del 20% y el 25% de los jóvenes son abstemios, es decir beben muy ocasionalmente y sin embriagarse.

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

Hacinamiento: El término hacinamiento hace referencia a la situación lamentable en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería

²⁰Disponible <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-68-4.html> 10/12/13, 9:45

contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. El hacinamiento es un problema de gran importancia en la actualidad ya que la población mundial es muy numerosa y la densidad de la misma es extremadamente alta en algunos espacios del planeta.²¹

En el Ecuador el 40% de las viviendas, las personas viven hacinadas, es decir, no tendrían habitaciones suficientes para el total de personas que residen en tales viviendas.²²

ENFERMEDADES CRÓNICAS

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

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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos: ²³

- Ⓢ Accidentes Cerebrovasculares
- Ⓢ Enfermedades Respiratorias Crónicas
- Ⓢ Obesidad
- Ⓢ Diabetes
- Ⓢ Trastornos Neuro psiquiátricos
- Ⓢ Afecciones Digestivas
- Ⓢ Discapacidad Visual y Auditivas
- Ⓢ Enfermedades Osteo articulares
- Ⓢ Afecciones Bucodental

²¹ Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx> 10/12/2013, 8:20

²² Disponible en: https://www.google.com.ec/?gws_rd=cr&ei=viynUpOA18efkQepzoCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador 10/12/2013.

²³ Centro de nutrición molecular y enfermedades crónicas. Facultad de medicina. Universidad católica de chile (disponible en: http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas_.php. Consultado: 09/12/13)



Impacto de las Enfermedades Crónicas

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

En el caso del sexo femenino las principales causas de mortalidad eran la Diabetes Mellitus, las Enfermedades Hipertensivas, las Enfermedades Cerebro-Vasculares y la Influenza y Neumonía, responsables de 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.”²⁴

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

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

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

Las Enfermedades Crónicas aquejan casi en igual proporción a hombres y mujeres y, si bien se las suele asociar principalmente a personas mayores, los estudios indican que un 25% de las muertes causadas por esta epidemia

²⁴Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4

corresponden a personas menores de 60 años. Asimismo, la prevalencia de factores de riesgo entre niños y adolescentes ha experimentado un incremento inusitado en los últimos años.

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.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) afirman que en el 2030, a escala mundial, aumentarán las defunciones ocasionadas por enfermedades no transmisibles (**ENT**). Las Enfermedades Cardiovasculares aumentarán de 17 millones a 25 millones, mientras que las muertes ocasionadas por el cáncer aumentarán de 7,6 millones a 13 millones.²⁵

Los tipos de 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.

²⁵ Ecuador 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

Generalmente pueden retirarse o extirparse y, en la mayoría de los casos, no reaparecen.”²⁶

ENFERMEDADES DE IMPACTO

También llamadas transmisibles, según la **OMS** es cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico, y se manifiestan por la transmisión de ese agente, de una persona, o de un reservorio, a un huésped susceptible, directa o indirectamente. En el 2001 las enfermedades infecciosas causaron el 26% de la mortalidad total en todo el mundo y ocasionaron 15 millones de muertes, muchas de las cuales podrían haberse evitado con medicamentos, vacunas y acceso a agua y alimentos no contaminados.

Las muertes por el **SIDA** y la Tuberculosis, la Malaria, las Enfermedades Diarreicas y las Infecciones Respiratorias representan una gran parte de la carga de las Enfermedades Infecciosas.²⁷

Entre ellas tenemos:

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 **ITS** (Infecciones de Trasmisión Sexual) cada día. Más de 340 millones de **ITS** curables y muchas más enfermedades incurables ocurren cada año.²⁸

Entre las ITS más comunes encontramos:

- ④ **VIH – SIDA** (Virus de la Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). El virus de la inmunodeficiencia humana (**VIH**) es responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (**SIDA**) y ataca a los linfocitos T-4, disminuyendo la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas

²⁶Enfermedades crónicas: Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php consultado a las 10:45

²⁷Enfermedades infecciosas disponibles en:

<http://www.prb.org/SpanishContent/Articulos/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx> consultado 5/12/13

²⁸ Control 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>

originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otros tipos de infecciones.

- Ⓜ **HEPATITIS B:** Es una enfermedad infecciosa del hígado causada por un virus y caracterizada por necrosis hepatocelular e inflamación. Puede causar un proceso agudo o un proceso crónico, que puede acabar en cirrosis.
- Ⓜ **Gonorrea:** Es causada por la bacteria *Neisseria Gonorrhoeae* y la puede contraer cualquier persona que tenga algún tipo de actividad sexual. La infección se puede diseminar por contacto con la boca, la vagina, el pene o el ano.
- Ⓜ **Candidiasis.** Es un hongo que vive en casi todas partes, la Candidiasis Vulvo vaginal, es una infección común que ocurre cuando hay un crecimiento acelerado del hongo llamado *Candida Albicans*. La *Candida* siempre está presente en el organismo en pequeñas cantidades.
- Ⓜ **Sífilis:** Es una **ETS** causada por una bacteria, Infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a los hombres como a las mujeres.
- Ⓜ **Chancro Blanco:** Un chancro es una lesión primaria de la sífilis, indolora, que aparece en el lugar de entrada de la infección. Se presenta como una pápula pequeña o como una erosión.
- Ⓜ **Herpes.** El herpes es una infección causada por un virus herpes simple (**VHS**). Puede afectar los genitales, las nalgas o el área del ano.

Otras Enfermedades Transmisibles: Algunas enfermedades se propagan por el aire a través de las gotitas que se esparcen cuando la persona infectada estornuda o tose, la mayoría de las Enfermedades Respiratorias se propagan de esta manera. Otras enfermedades pueden propagarse a través de la ingesta de alimentos o agua contaminada, muchas veces estas se convierten en pandemias si la contaminación se produce en gran escala.

Entre ellas destacan:

- Ⓜ **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.

Ⓜ **Enfermedad Diarreica Aguda:** Es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y auto limitada, 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.

Ⓜ **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.

DISCAPACIDAD

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

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

Las disfunciones físicas y motoras son mayoría (36,76 por ciento), seguidas por las intelectuales (24,6 por ciento) y las múltiples (12,92 por ciento). En Ecuador la prevalencia es de 2,43 %, lo que significa que de cada 100 ecuatorianos, al menos dos tienen alguna discapacidad física o mental.

"Muchas discapacidades se desarrollan por hipoxia, asociada a partos no tradicionales, además producto traumatismos, prematuridad, y eventos postnatales asociados", explicó Gámez al tiempo que destacó el aporte del estudio de 651 muestras en el Centro Nacional de Genética de Cuba.²⁹

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

Personas con Discapacidad Carnetizadas.

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

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 en el aprendizaje.

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

- Ⓜ **Discapacidad Intelectual:** Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.³⁰

²⁹LAZARUM, Disponible en: <http://www.lazarum.com/2/web.php?search=datos+estadisticos+ecuador> Citado: 10/12/2013, Hora: 10h25.

³⁰ CORPOALEGRIA, Tipos de discapacidad, Disponible en: <http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/> Citado: 09/12/13, Hora: 18h30pm.

TRASTORNOS MENTALES

Son afecciones o síndromes psíquicos y comportamientos mentales, radicalmente opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental.

Entre estos problemas tenemos:

Ansiedad. El miedo y la ansiedad es parte de la vida. Puede sentirse ansioso antes de presentar una prueba o al caminar por una calle oscura. Este tipo de ansiedad es útil puede permitirle estar más alerta o ser más cuidadoso.

Pánico. Son sensaciones repentinas de terror sin un motivo aparente, pueden presentarse síntomas físicos como: taquicardia, dolor en el pecho, dificultad para respirar y mareos.

Es más común entre las mujeres que entre los hombres. Algunas veces comienza cuando una persona se encuentra sometida a mucho estrés.³¹

Estrés Postraumático: Es un trastorno psiquiátrico que aparece en personas que han vivido un episodio dramático en su vida (guerra, secuestro, muerte violenta de un familiar). En las personas que lo sufren son frecuentes las pesadillas que rememoran la experiencia trágica vivida en el pasado.

Fobias: Es un temor fuerte e irracional de algo que representa poco o ningún peligro real. Existen muchas fobias específicas. La acrofobia es el temor a las alturas, la agorafobia es el temor a los lugares públicos y la claustrofobia es el temor a los espacios cerrados.³²

Trastorno Bipolar: Es una enfermedad mental severa, en la que experimentan cambios de ánimo poco comunes; pueden pasar de ser muy activos y felices a sentirse muy tristes y desesperanzados. A las sensaciones de euforia y actividad se les llama manías. A las de tristeza y desesperanza se les llama.

³²MEDICINE PLUS, Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/phobias.html> Citado: 06/12/2013, Hora: 11h30 am

Depresión: Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.³³

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.³⁴

Las coberturas del Programa de Inmunizaciones en el año 2009, superan las alcanzadas en el 2008, en todos los biológicos. La vacuna contra Rotavirus en el año 2009 alcanza el 97% de cobertura, SRP el 15%, el menor incremento reportado es en BCG 2%.³⁵

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 futuro³⁶.



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.

³³Depresión, Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html , Citado: 06/12/2013

³⁴PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf . Consultado: 09-12-2013

³⁵ Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/> . Consultado: 09-12-2013

³⁶Con Pie Derecho "La Huella del Futuro". Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec> Consultado: 09-12-2013.

Estadísticas revelan que hasta el año 2012 “Se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos”³⁷ lo que se puede destacar que la prueba del talón ha sido oportuna en cuanto a la detección temprana de las discapacidades en las que se puede corregir a tiempo estos errores genéticos.

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

- Ⓢ **Hipotiroidismo Congénito:** Es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un **RN** (Recién Nacido), es la causa más común de retardo mental prevenible. Con la prueba se pretende prevenir el retraso mental.

- Ⓢ **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 sexos³⁸. La prueba previene la muerte antes del primer mes de vida y de alteraciones del sexo.

- Ⓢ **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

³⁷ Programa de Tamizaje Neonatal: proyecto coordinado por el MSP y la Vicepresidencia de la República, disponible en: <http://www.elciudadano.gob.ec/>, Consultado 27-11-2013

³⁸ Tamizaje, pinchazo vital contra la discapacidad, disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contra-la-discapacidad/> Consultado 27-11-2013.

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.

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

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

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.³⁹

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

La medición de este evento se centra en la antropometría nutricional, apoyado en las técnicas antropométricas usuales. Además se ha comprobado en varios

³⁹ Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1Y1Yuz>

estudios, que la probabilidad de tener problemas relacionados con nutrición como es el caso de los déficit de micronutrientes, es mayor en la población que tiene déficit del consumo de alimentos (población con máxima vulnerabilidad) y por lo tanto alteraciones del crecimiento.

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

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

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

LACTANCIA MATERNA

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



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 la lactancia exclusivamente materna 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.⁴⁰

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

Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica para evitar al máximo el riesgo de contaminación. Alimentar a un niño pequeño requiere una atención activa y estimulación para animarlo a comer.⁴¹

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 para la edad, talla para la edad, peso para la talla y perímetro cefálico. Estas medidas son importantes para determinar si el crecimiento del individuo es armónico o no. Por ejemplo: si el perímetro cefálico está creciendo a un ritmo menor que el de su talla, puede indicarnos la probabilidad de que el cerebro no se está desarrollando adecuadamente o de que las suturas de la cabeza del niño se han cerrado en forma prematura y cada una de estas posibilidades implica un abordaje y tratamiento muy diferentes. También se detecta si el

⁴⁰ La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS. Disponible en <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivencia-infante-segun>

⁴¹ Hasta que edad es importante alimentar al bebé solo con leche materna disponible en <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>

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.

Ya analizado el crecimiento y desarrollo del niño pasamos al aspecto de las inmunizaciones (vacunas). Por ello los padres deben recibir la información actual acerca de todas las enfermedades que se previenen con el esquema básico que nos ofrece el Sector Salud.⁴²

ESCOLARES Y ADOLESCENTES

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

Crecimiento del Niño y el Adolescente

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

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

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

⁴² Pediatría control del niño sano disponible en: <http://pediatria.org/?p=> consultado el 12/12/ 2013

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

Valoración del Estado Nutricional

🕒 **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.

DATOS ESTADÍSTICOS

En el Ecuador es evidente la emergencia del sobrepeso y la obesidad: el exceso de peso se caracteriza por bajas tasas durante los primeros años de vida, 6,5% en la edad infantil; aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar, 14% de sobrepeso/obesidad en escolares ecuatorianos de ocho años de edad que habitan en el área urbana incremento sostenido durante la adolescencia en un 22% a nivel nacional.⁴³

Para el Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador (**MIES**), en Loja “El 26,6 % de niños y niñas presentan desnutrición global, cifra mucho más acentuada en el sector rural”.⁴⁴ El mismo considera que, los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

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

⁴³ MSP. Normas de Nutrición para la prevención secundaria de sobrepeso y la obesidad en niños y niña adolescentes. http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDARIA.pdf
⁴⁴ Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC <http://www.alimentatecuador.gob.ec>

neurotoxina extremadamente potente que bloquea los neurotransmisores inhibidores del sistema nervioso central y provoca la rigidez muscular y espasmos característicos del tétanos generalizado. La 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 un o varios “tests” en los que tendrá que superar distintas pruebas visuales, tal como:

- **Test de Snellen:** Son los más populares. Están formados por filas de letras que van de tamaño más grande a más pequeño conforme bajamos la mirada. Cuanto más abajo logre ver nítido el paciente, mayor agudeza visual tendrá.⁴⁵

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

El Proyecto busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población pre-escolar y escolar la discapacidad visual y finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual.⁴⁶

⁴⁵ Agudeza Visual. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/> Citado el: 10/12/2013

⁴⁶ Proyecto de detección temprana e intervención de Discapacidad Visual en el Ecuador. Disponible: Estudio de OACDH sobre el derecho de los niños y niñas a la Salud, Defensoría del pueblo ecuatoriano. 7 Septiembre de 2012.

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.⁴⁷

Datos estadísticos

Existen altas coberturas de la educación básica. Mientras el 95% de los niños y niñas de 5 a 14 años está en el sistema escolar, 92% asisten a la educación básica en el curso que corresponde para su edad. Sin diferencias de género en el acceso a la educación básica. Uno de los logros de la equidad es lo que este indicador señala. Tanto el 95% de las niñas como de los niños ecuatorianos asisten al sistema escolar.

⁴⁷ UNICEF. La Educación. 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.

Los adolescentes pobres acceden y sobre todo permanecen menos tiempo en la educación media que los jóvenes de sectores no pobres. A esto se añade que los pobres aprenden menos que los no pobres debido a factores escolares y extra escolares que se combinan y potencializan. Por ejemplo, los más pobres acceden a escuelas más precarias, en cuanto a infraestructura, acceso a bibliotecas, Internet así como a docentes altamente calificados.

Por otro lado, siempre pesa sobre ellos el riesgo del abandono escolar por necesidades de sobrevivencia familiar, lo que se refleja en las estadísticas de sobre edad para el año que cursan. El trabajo infantil que a partir de los 15 años es despenalizado en el Ecuador, se perfila como uno de los riesgos para truncar los procesos educativos de este grupo.

Si bien algunos expertos señalan que la educación media está en crisis debido a que el modelo institucional y pedagógico no responde a las características del mundo globalizado de hoy ni al perfil de los y las adolescentes que llegan a sus aulas, nadie puede cuestionar el valor de la educación media.

Esto se debe a que constituye el espacio de aprendizaje de conocimientos socialmente significativos, que habilitan el acceso a los niveles superiores—técnicos o universitarios— de educación.

Datos estadísticos: No hay diferencias significativas entre adolescentes hombres y mujeres en el acceso a la educación media. Seis de cada diez mujeres e igual número de hombres asisten al bachillerato. Las proporciones

entre los que están en el sistema escolar sin importar el nivel básico y secundario tampoco arroja diferencias de género.⁴⁸

RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESCOLARES Y ADOLECENTES

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.

Factores que influyen en el rendimiento académico.

Existen factores asociados al fracaso escolar; sin embargo son esos mismos factores lo que propician también el éxito escolar, en los cuales tenemos:

- ④ **Factores sociales y culturales:** La clase social (determinada por el ingreso familiar, la escolaridad de la madre y del padre, el tipo y ubicación de la vivienda) ha sido reprobada como una variable relacionan con el hecho de que los alumnos sufran fracasos escolares.
- ④ **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.).
- ④ **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, su percepción del apoyo que ella les presta, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.

⁴⁸ UNICEF. La Educación. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf Ciado el 10/12/2013

- Ⓢ **Factores personales:** Se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recorriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales⁴⁹.
- Ⓢ **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

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.

⁴⁹Torres L. Rodríguez N. Rendimiento académico y contexto familiar. 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.

El trastorno de conducta ha sido asociado con:

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

El trastorno de conducta a menudo está asociado con el trastorno de déficit de atención, también puede ser un signo inicial de depresión o trastorno bipolar.

Los niños con trastorno de conducta pueden llegar a desarrollar trastornos de personalidad como adultos, en particular el trastorno de personalidad antisocial. A medida que sus comportamientos empeoran, estos individuos también pueden desarrollar problemas a nivel legal o de drogas.

La depresión y el trastorno bipolar se pueden desarrollar en los años de la adolescencia y a comienzos de la adultez. El suicidio y la violencia hacia los demás también son posibles complicaciones de este trastorno.

Cuanto más temprano se inicie el tratamiento para el trastorno de conducta, mayores probabilidades tendrá el niño de aprender comportamientos de adaptación y evitar complicaciones potenciales.

Una vez que el comportamiento se produce de forma estable, no necesita que el refuerzo sea continuo, pero no debe olvidarse premiar de vez en cuando.

PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL ADOLESCENTE

Los problemas de conducta en adolescentes hacen referencia a conductas rebeldes, conflictivas y mal vistas por la sociedad que, al igual que en los niños, son observables, medibles y modificables.⁵⁰

⁵⁰ Taller para adolescentes "Aprendiendo a comunicarnos, resolver conflictos y tomar decisiones disponible en:

Entre problemas de conducta tenemos:

- Ⓢ **Conducta Agresiva:** Es la forma de expresión de los sentimientos, creencias y opiniones, sin considerar la autoestima, sensibilidad o respeto hacia los demás.
- Ⓢ **Conducta Pasiva:** Los demás se aprovechan de él fácilmente (además, fomenta esta actitud).
- Ⓢ Suele tener sentimientos de inseguridad y de inferioridad, que se esfuerzan siempre que entra en contacto con una persona agresiva.
- ✓ Está enfadado consigo mismo porque sabe que los demás se aprovechan de él.
- ✓ Es un experto en ocultar sus sentimientos.
- ✓ Es tímido y reservado cuando esta con otras personas.
- ✓ No sabe aceptar cumplidos.
- ✓ Se agota y no tiene mucha energía.
- ✓ Su actitud acaba irritando a los demás.
- ✓ Se reconoce por su típico lenguaje corporal y verbal.
- Ⓢ **Conducta Asertiva:** Es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y profundamente respetuosa. Su meta es: Lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo amerita.
- Ⓢ **Conducta antisocial:** se refiere, de forma general, a cualquier conducta que refleje el incumplimiento de reglas normas sociales y la materialización de una acción contra los demás.
- Ⓢ **Conducta Pro-social:** La conducta pro-social comienza a aparecer durante la etapa pre-escolar y puede observarse en el niño desde los dos años de edad. Sin embargo la capacidad para compartir y cooperar

es limitada; la conducta pro-social sigue desarrollándose ya entrada la adolescencia y de manera posterior.⁵¹

ATENCIÓN MATERNA

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

La misma que 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 y 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, sujeto a evaluación de la auditoría médica.

CONTROLES MÉDICOS EN EL EMBARAZO

El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y 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,

⁵¹Problemas típicos de adolescentes, consejos para padres, e intercambio de casos e ideas disponible en: <http://adolescentes.euroresidentes.com/2012/07/adolescentes-agresivos.html>

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.⁵²

Los objetivos de los controles médicos son:

- ④ Reducir la morbi-mortalidad perinatal.
- ④ Disminuir la incidencia de bajo peso al nacimiento.
- ④ Disminuir el número de abortos.
- ④ Disminuir la morbi-mortalidad de causa obstétrica.
- ④ Promover la lactancia materna.
- ④ Proporcionar educación sanitaria básica.

Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), se considera saludable un embarazo si tiene cinco o más controles prenatales.⁵³ 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. “Todas las mujeres en edad fértil deberían estar inmunizadas frente a las enfermedades más comunes que pueden suponer un riesgo durante el embarazo.

En el Ecuador, el Tétanos Neonatal 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

⁵²Dra. MARTÍNEZ. A. <http://ginecologaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05embarazoz.html>

⁵³CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.

prevenir el tétanos neonatal, aún existen en nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tetánico.”⁵⁴

“Es más probable que las mujeres embarazadas se enfermen gravemente de influenza que aquellas que no están embarazadas. Los cambios que ocurren durante el embarazo en el sistema inmunitario, el corazón y los pulmones hacen que las mujeres embarazadas sean más propensas a enfermarse gravemente de influenza, lo cual puede llevar a una hospitalización e incluso a la muerte. 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.”⁵⁵

Existen varios tipos de vacunas de las cuales están contraindicadas durante el periodo de gestación aquellas que contienen virus activos en su composición, por los posibles daños que puedan causarle al embrión.

Éstas son:

- Triple viral (sarampión, rubéola y paperas).
- Vacuna contra la varicela.
- Vacuna antipoliomielítica.
- Vacuna contra las fiebres amarilla y tifoidea.
- Vacuna contra la viruela.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

Las causas pueden ser afecciones que ya tiene o cuadros que se desarrollan durante el embarazo. También incluye embarazos múltiples, antecedentes de embarazos complicados o tener más de 35 años. Esto puede afectar su salud o la salud del feto.

⁵⁴Incidencia 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 disponible: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1030/1/98048.pdf>

⁵⁵Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza; disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/>

Otras complicaciones del embarazo:

- Ⓢ **Aborto espontáneo:** Es la pérdida del embarazo por causas naturales antes de las 20 semanas. Hasta un 20% de los embarazos terminan en aborto espontáneo.
- Ⓢ **Anemia:** Es considerada la enfermedad más frecuente del estado grávido puerperal, pues ocurren cambios fisiológicos en la volemia y aumenta el consumo de hierro elemental por las necesidades del feto en desarrollo y la placenta, siendo la más frecuente la anemia por déficit de hierro.
- Ⓢ **Depresión:** La depresión durante el embarazo es una enfermedad mental grave que afecta todo el cuerpo, el humor y el proceso de pensamiento. Afecta entre el 10 y el 20 por ciento de las mujeres embarazadas.
- Ⓢ **Diabetes gestacional:** Es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo. No se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina. El resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia).
- Ⓢ **Embarazo ectópico:** Es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocisto se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente), en el ovario, en el canal cervical, en la cavidad pélvica o en la abdominal. El embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que lleva a la muerte fetal, y es la principal causa de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre con 2 o 3 semanas del embarazo.
- Ⓢ **Hiperémesis gravídica:** Casi todas las mujeres experimentan náuseas o vómitos durante el embarazo, particularmente durante el primer trimestre. Se cree que la causa de las náuseas y el vómito durante el embarazo es una elevación rápida de los niveles sanguíneos de la gonadotropina coriónica humana (**GCH**), la cual es secretada por la placenta.

- Ⓜ **Placenta previa:** Es una forma anómala de colocación de la placenta. Se habla de placenta previa cuando esta se posiciona cubriendo parcial o completamente el orificio cervical interno o cuello del útero. Esta colocación impide un parto normal y es una de las principales causas de sangrado durante el tercer trimestre del embarazo.
- Ⓜ **Pre eclampsia:** También llamada toxemia, es un problema que les ocurre a las mujeres durante el embarazo. Una afección que comienza después de las 20 semanas de embarazo que ocasiona hipertensión y cantidades excesivas de proteína en la orina de la madre.

ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

VACUNACIÓN EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL

La inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dt), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.⁵⁶El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos. Es muy frecuente en países de bajos ingresos y se produce por la protección insuficiente que pasa de la madre al feto junto con infección que entra en el recién nacido a través del cordón umbilical. La revisión de estudios que evalúan la vacunación de mujeres en edad fértil mostró menos casos de tétanos neonatal al aplicarse dos o tres dosis.⁵⁷

REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD

Actualmente, en el contexto de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad humana con las necesidades de bienestar y salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción. Por lo tanto se adoptan métodos que se engloban en programas como: la planificación

⁵⁶Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. Fecha: 05/12/2013.

⁵⁷Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959> Fecha: 05/12/2013.

familiar la cual es la utilización de objetos, sustancias y procedimientos naturales o artificiales, que se utilizan de manera voluntaria, tanto temporales como definitivos, para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja, para impedir la fecundación, y evitar un embarazo no planificado.⁵⁸

Clasificación de los métodos anticonceptivos

En general, los métodos anticonceptivos se clasifican en Definitivos y Temporales; Como su nombre indica, los definitivos son, teóricamente, irreversibles. Los temporales, (que si son reversibles) a su vez, se dividen en cuatro categorías: naturales, de barrera, intrauterinos y hormonales; cabe resaltar que la abstinencia es también un método para prevenir el embarazo y la transmisión de ETS.

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:⁵⁹

- Ⓢ La Píldora
- Ⓢ Inyectables
- Ⓢ Implante

⁵⁸Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013.

⁵⁹Disponible en: <http://tvncanal.com/index.php> Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45min.

PAPANICOLAOU

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

La toma para el estudio orgánico o la pesquisa del cáncer cérvico-uterino se debe hacer directamente del exocérvix en la zona escamocolumnar mediante raspado superficial, con la espátula de Aire o un depresor. Luego se tomará otra muestra del fondo del saco posterior⁶⁰. “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 cérvico uterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres”⁶¹.

⁶⁰ Disponible en: GINECOLOGIA DE RIGOL. CAP. 5 Pág. 41-42. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h15min.

⁶¹RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia “Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador”

METODOLOGIA

El desarrollo del trabajo con miras a la elaboración del diagnóstico comunitario, tuvo como punto de partida el acercamiento con los líderes comunitarios del sector, para conjuntamente con la comunidad establecer el diagnóstico participativo tendiente a determinar las características de la comunidad, sus fortalezas y necesidades. En esta investigación se consideró, que un diagnóstico comunitario es un proceso de recolección, ordenamiento, estudio y análisis de datos e información que nos permitió conocer mejor la realidad de la comunidad.

La metodología que se utilizó fue la establecida en la atención primaria de salud que incluye estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: visita domiciliaria, ficha familiar, criterios de dispensarización.

Como herramienta para obtener datos y elaboración de la línea de base se aplicó en las comunidades la ficha familiar elaborada por el MSP y que es parte de la Historia Clínica del paciente SNS-MSP/HCU-ANEXOS/2008, de igual forma se anexo a esta ficha un formulario de entrevista que permitió completar la información requerida para la línea de base.

En lo referente al levantamiento del mapa del sector para la sectorización se estableció el criterio técnico de numeración de viviendas que se realizó en forma factible para trabajar en base a la realidad de las comunidades.

Área de Estudio

Este estudio se realizó en la comunidad de San Francisco, fue creada en el año 1972, se encuentra ubicada a 4 km de distancia del Hospital Universitario de Motupe, limita al Norte con San Juan, al Sur con Sauces Norte, al Este con El Castillo y al Oeste con Zalapa Bajo, la principal vía de acceso es la vía antigua a Cuenca, la mayor parte de la comunidad se dedica a la extracción de material

pétreo, agricultura como siembra de hortalizas y verduras, a la crianza de ganado ovino, vacuno y porcino.

Tipo de estudio

El estudio que se aplicó en este trabajo fue el descriptivo, tiene como principal objetivo el detallar hechos y características relacionadas con la población y su entorno.

Universo

El universo estuvo conformado por 37 familias y 148 habitantes del Barrio San Francisco Sector II y III.

Técnica e Instrumento

Para la recolección de la información se realizó la visita domiciliaria y se aplicó la ficha familiar y su anexo

Análisis de la información

La tabulación de las fichas familiares y las entrevistas se la realizó con matrices por cada ítem o parámetros de las fichas, lo que permitió establecer y consolidar en forma ordenada la información en base a grupos programáticos. Los resultados obtenidos fueron analizados e interpretados en tablas con su respectivo análisis e interpretación de la realidad de la comunidad.

Se realizó el levantamiento definitivo del mapa parlante, utilizando el programa de AUTOCAD el cual fue apoyado por el mapa físico que fue elaborado en el Barrio San Francisco Sector II y III.

Recursos materiales:

- ✓ Computador
- ✓ Infocus
- ✓ Archivadores
- ✓ Material bibliográfico
- ✓ Fichas familiares
- ✓ Plano geográfico
- ✓ Material de escritorio: engrapadora, perforadora, esferográficos, adhesivos, etc.
- ✓ Material de consultorio: balanza de pie, cinta métrica, tensiómetro, fonendoscopio, etc.

RESULTADOS

TABLA N° 1
FAMILIAS DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR II Y III SEGUN NIVEL
DE COLABORACION

N de casas con familias	f	%
Colaboraron	37	88.10
No Colaboraron	2	4.76
Fallidas	1	2.38
Desabitadas	2	4.76
TOTAL	42	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El 88.10% de las familias nos supieron colaborar brindando información para llenar la ficha familiar y el anexo, además de permitirnos evaluar agudeza visual, IMC, revisión del carnet de vacunas y demás actividades de enfermería para dar cumplimiento a uno de los objetivos.

Entre las familias que no entraron al estudio se encuentran las que no colaboraron en un **4.76%** con las que el HUM debe trabajar para incluirlas y las casas deshabitadas con el **4.76%**, en las que se ha considerado las que no se las puede habitar por las condiciones desfavorables en las que se encuentran y las que han sido abandonadas.

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO
SAN FRANCISCO SECTOR II, III

EIDADES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Menores de 1 año	1	0.68	-	-	1	0.68
Niños 1- 4 años	3	2.03	4	2.70	7	4.73
Niños 5-9 años	6	4.05	3	2.03	9	6.08
Adolescentes 10-19 años	29	19.59	16	10.81	45	30.41
Adultos 20-64 años	36	24.32	38	25.68	74	50
Adultos Mayores 65 años y más	4	2.70	8	5.41	12	8.11
TOTAL POBLACIÓN	79	53.38	69	46.62	148	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El 53,38% de la población son hombres y 46,62% son mujeres, predominando por tanto el sexo masculino, se puede observar que el 50% son adultos de 20 a 64 años que corresponde a la población económicamente activa.

Al relacionar los datos de los Sectores II y III del barrio “San Francisco” con los datos de la población del país donde según el último Censo de población y vivienda del 2010, “en cuanto a la proporción entre hombres y mujeres no existen mayores variaciones en proporción. En el Ecuador, el 50,4% de habitantes son mujeres y el 49,6 son hombres”⁶².

⁶² LA REPÚBLICA, DATOS ESTADÍSTICOS ECUADOR 2010. (CONSULTA: 08 DE DICIEMBRE DE 2013). DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.LAREPUBLICA.EC/BLOG/SOCIEDAD/2011/09/01/SEGUN-LOS-RESULTADOS-DEL-CENSO-EN-ECUADOR-HAY-14483-499-DE-HABITANTES/](http://www.larepublica.ec/blog/sociedad/2011/09/01/segun-los-resultados-del-censo-en-ecuador-hay-14483-499-de-habitantes/)

TABLA N° 3

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	F	%
Analfabetos	-	-
Sin Escolaridad	3	2.03
Bàsica	95	64.19
Bachillerato	45	30.41
Superior	5	3.38
TOTAL	148	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El 64,19% de los habitantes tienen estudios de nivel básico, seguido del 30,41% a nivel de bachillerato, podría observarse que mayoritariamente está constituida por jóvenes los cuales cursan el bachillerato, por otro lado, se destaca que en ciertos casos los habitantes obtuvieron sus estudios básicos gracias al programa de Alfabetización dirigido por el Ministerio de Educación, logrando erradicar el analfabetismo.

Según datos estadísticos registrados en el “INEC de la ciudad de Loja se establece que en comparación al censo anterior (2001) el analfabetismo constituía un 7.9% mientras en el último censo realizado en el 2010 hubo una disminución del 5.8% en la tasa de analfabetismo a nivel local”⁶³, lo que quiere decir que el nivel de escolaridad ha surgido en los últimos años debido a estrategias para la educación de la población.

⁶³ INEC, Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo Provincial Loja, pag 5 disponible en pdf

TABLA N° 4

RIESGOS BIOLÓGICOS EN LA POBLACIÓN DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR II, III

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Personas con Vacunación Incompleta	-	-	8	100	8	100
Personas con mala Nutrición	14	9.46	134	90.54	148	100
Embarazadas con Problemas	-	-	2	100	2	100
Personas con discapacidad	4	2.70	144	97.30	148	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina categoría “**Personas con Problemas Mentales, Personas con Vacunación Incompleta, Personas con enfermedad de impacto y Embarazadas con problemas**” por no existir casos

ANÁLISIS:

Se encontró a personas con mala nutrición en un 9.46% está expuesta a desnutrición leve, situándolos en niveles de riesgo bajo y moderado en los que se hallan niños, adolescentes.

En la categoría de personas con discapacidad alcanza el 2.70% de la población total de los habitantes del barrio “San Francisco Sector II, III”, se halló invalidez calificada dentro de los siguientes porcentajes de discapacidad: 25% - 26 % - 30 %- 49%- 50% -100% estas discapacidades son físicas, de los cuales en su mayoría son padres de familia, lo cual aumenta el riesgo de desempleo y pobreza en el hogar.

TABLA N° 5

RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR II, III

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de agua Insegura	18	48.65	19	51.35	37	100
Mala eliminación de basuras y excretas	11	29.73	26	70.27	37	100
Mala eliminación de desechos líquidos	11	29.73	26	70.27	37	100
Impacto ecológico por industrias	2	5.41	35	94.59	37	100
Animales Intradomiciliarios	21	56.76	16	43.24	37	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El 48.65% de la población de “San Francisco Sector II y III”, consume agua insegura entubada, no todas las familias cuentan con los servicios básicos; se pudo evidenciar que el 29.73% tienen una mala eliminación de basura y excretas ya que no cuentan con el servicio de recolección de basura, los desechos son recolectados para luego ir a un deposito general, otros optan por la clasificación de desechos; los orgánicos los entierran como abono, y en cambio los papeles y plásticos son quemados lo que afecta al ecosistema.

En este barrio se encuentra mala eliminación de desechos líquidos ya que parte de la comunidad no cuentan con alcantarillado, siendo desechados los residuos líquidos domiciliarios a lotes baldíos cercanos a la quebrada.

En este sector se encuentran gran cantidad de animales intradomiciliarios estando en riesgo 21 familias, animales como perros, gatos, aves de corral y cuyes, lo que aumenta la proliferación bacteriana con el consecuente riesgo para la salud de los moradores del sector.

Estudios a nivel rural en la provincia de Loja indica que el 58,4% de los habitantes, beben el agua tal y como llega a sus hogares causando con ello un aumento de morbilidad⁶⁴, así tenemos la parasitosis que es la más común en nuestro entorno.

⁶⁴ MORI Raquel, Mala Eliminación de Desechos Líquidos, 2012, Disponible en [dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3732/1/FUENTES MORI RAQUEL.pdf](https://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3732/1/FUENTES%20MORI%20RAQUEL.pdf) Fecha :06/10/1013, Hora:09h40 min.

TABLA N° 6

RIESGOS SOCIO - ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO

RIESGOS SOCIOECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Pobreza	26	70.27	11	29.73	37	100
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	23	62.16	14	37.84	37	100
Analfabetismo del Padre y de la Madre	-	-	37	100	37	100
Desestructuración Familiar	1	2.70	36	97.30	37	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	5	13.51	32	86.49	37	100
Malas condiciones de la Vivienda	13	35.14	24	64.86	37	100
Hacinamiento	4	10.81	33	89.19	37	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

En este estudio 26 familias con el 62.16% sobre llevan pobreza que va relacionado con empleo informal de los jefes de familia, esta realidad encontrada es similar a la población rural de la “provincia de Loja que está entre las más pobres del país junto con el Chimborazo y Cotopaxi la misma que de acuerdo al quintil económico el 57% de la población son los más pobres”.⁶⁵

En este barrio se encontró 13 familias que tienen malas condiciones de su vivienda debido a la realidad económica que afronta cada hogar. De acuerdo al INEC en lo referente a pobreza urbana se ubicó en 14,93% en junio del 2013 frente al 15,29% del 2012. Existen diferencias importantes en términos territoriales lo que evidencia que el país tiene mejores condiciones que antes pero éstas aún no son homogéneas.⁸⁷

⁶⁵Cantón Loja, Niveles de pobreza, Disponible en http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/Cant%C3%B3n%20Loja.pdf; Fecha: 05/11/2013; hora: 11h27min

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN MENORES DE 2 AÑOS DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR II, III

En este estudio todos los niños menores de 2 años han tenido acceso al Tamizaje Metabólico.

El tamizaje metabólico es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé a partir del cuarto día de nacido, permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando así el intelecto de los ecuatorianos del futuro⁶⁶

⁶⁶ Con Pie Derecho "La Huella del Futuro". Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec>. Consultado: 09-12-2013.

TABLA Nº 7
ESQUEMA DE VACUNACION EN LOS HABITANTES DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR II Y III

Grupo Etareo/Grupo Poblacional	E.C		E.I		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 5 años	8	8	-	-	8	8
Escolares y Adolescentes (5-19 años)	54	54	-	-	54	54
M.E.F (10-49 años)	36	36	-	-	36	36
Embarazadas	2	2	-	-	2	2
TOTAL POBLACIÓN	100	100	-	-	100	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

En cuanto al esquema de vacunación en niños menores de 5 años, escolares, adolescentes, embarazadas y mujeres en edad fértil tienen esquemas completos de vacunación, pudiendo resaltar que la población de este barrio tienen plena conciencia de la importancia de las vacunas, ya que en su gran mayoría acuden en las fechas programadas.

La vacunación es una técnica de medicina preventiva cuyo objetivo consiste en procurar resistencia inmune frente a un organismo infeccioso y de esta manera evita la morbi-mortalidad de los niños y adolescentes.

TABLA N° 8
OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO

OCUPACION	f	%
Estudiante	51	34.46
Hacéres Domesticos	33	22.30
Sin Ocupacion	8	5.41
Agricultor	8	5.41
Chofer	12	8.11
Albañil	10	6.76
Empleado Privado	7	4.73
Artesanos	3	2.03
Empleado publico	3	2.03
Comerciante	7	4.73
Desempleado	2	1.35
Jubilados	1	0.68
Mecanico	3	2.03
TOTAL	148	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El 33.80% de la comunidad económicamente activa tenemos a los agricultores, choferes, albañiles, comerciantes, mecánicos, empleados públicos y empleados privados los mismos que aportan directamente al hogar.

Dentro de las categorías económicamente inactivas con el 64.20% están los estudiantes, hacéres domésticos, desempleados y sin ocupación, debido a que no reciben ninguna remuneración.

TABLA N° 9

LUGAR DE ATENCION MEDICA AL QUE ACUDE LA PLOBACION

LUGAR DE ATENCION	F	%
Publico	134	90.54
Privado	14	9.46
TOTAL	148	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El 90.54% acuden cuando están enfermos a instituciones públicas que viene ofertando servicios con calidad y calidez a sus usuarios, a la vez que se benefician de la gratuidad de los diferentes servicios que presta esta institución de salud, en un 9.46% de la población manifiesta atenderse en instituciones privadas (clínicas, policlínicos, médicos privados).

La salud es un derecho que incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Según La Ley Orgánica del Sistema Nacional la salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho de la salud.⁶⁷

⁶⁷ http://www.unicef.org/ecuador/media_17790.htm

TABLA N° 10

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR II Y III

Estado Nutricional/IMC	Menores de 5 años		Escolares y Adolescentes		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Normal	8	12.90	49	79.03	57	91.94
Desnutrición Leve	-	-	5	8.06	5	8.06
TOTAL	8	12.90	54	87.1	62	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina categorías “Desnutrición Moderada, Grave, Sobrepeso y Obesidad” por no existir casos.

ANÁLISIS:

El 100% de los niños menores de 5 años están dentro del rango normal de nutrición; el 79.03% de escolares y adolescentes tienen su IMC normal y un 8.06% presenta desnutrición leve, al haber ausencia de una buena alimentación nutritiva y balanceada conlleva a ciertos niveles de desnutrición.

El estado nutricional de una persona es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. Es una condición interna del individuo que se refiere a la disponibilidad y utilización de la energía y nutrientes a nivel celular.⁶⁸

⁶⁸ http://www.unicef.org/ecuador/media_17790.htm

TABLA N° 11

AGUDEZA VISUAL EN LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO

AGUDEZA VISUAL	f	%
Normal	53	98.15
Con Problemas	1	1.85
TOTAL POBLACIÓN	54	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El 98.15% tienen una agudeza visual normal y el 1.85% tienen problemas de visión, repercutiendo este problema en su salud y en el rendimiento escolar.

Según los datos del Ministerio de Salud pública en el Ecuador un 11% de escolares y adolescentes presentan errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos relacionando así problemas con el rendimiento académico.⁶⁹

⁶⁹ <http://www.monografias.com/trabajos22/ecuador-actual/ecuador-actual.shtml#ixzz2jpdnylzS>. Consultado 5/11/2013.

TABLA N° 12

RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

RENDIMIENTO ACADÉMICO	f	%
BUENO	53	98.15
MALO	1	1.85
TOTAL POBLACIÓN	54	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El 98.15% tiene un buen rendimiento académico a diferencia del 1.85% que tiene un mal rendimiento escolar relacionado con factores sociales y socioeconómicos del hogar.

Existen algunos factores sociales y económicos que se traducen en elevadas tasas de repetición, deserción escolares, mala calidad de la educación , deficiente infraestructura educativa y limitado material didáctico que obstaculizan el desarrollo de la educación en las comunidades rurales, los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone el actual proceso de apertura y globalización de la economía⁷⁰.

⁷⁰ <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>

TABLA N° 13

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

PLANIFICACION FAMILIAR	f	%
Métodos Naturales	12	40
Métodos Irreversibles	10	33.33
Métodos Artificiales	8	26.67
TOTAL	30	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El 40% de mujeres con vida sexual activa utilizan como planificación familiar, los métodos naturales como método del ritmo, seguido con el 33.33% correspondiente a mujeres que adoptaron los métodos irreversibles (esterilización tubárica) y el 26.67% a los métodos artificiales (implantes, inyectable, T de cobre, orales).

Es importante resaltar que la promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y que al mismo tiempo ayuda a apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

TABLA N° 14

REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA

PAPANICOLAOU	SI	
	f	%
SI	19	63.33
NO	11	36.67
TOTAL	30	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El 63.33% de las mujeres con vida sexual activa de esta comunidad se han realizado el examen de Papanicolaou y el 36.67% no se han realizado este examen lo cual determina un alto riesgo.

El examen de “Papanicolaou forma parte importante del cuidado de la salud rutinario de una mujer, ya que con ellos se pueden detectar anomalías que pueden conducir a cáncer Cérvico-Uterino. Estas anomalías pueden ser tratadas antes de que el cáncer se desarrolle. La mayoría de los cánceres invasores del cuello del útero se pueden prevenir si la mujer se hace pruebas de Papanicolaou”⁷¹.

⁷¹ Geo Salud, Prueba de Papanicolaou. (Consulta: 08 de noviembre de 2013). Disponible en: <http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/papanicolao.htm#importantes>

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS, Y
DISCAPACIDADES DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR II Y III,
SEGÚN LA EDAD**

Enfermedades y Discapacidades	Rango de Edad													
	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	%
Crónicas	-	-	-	-	-	-	-	-	12	8.11	1	0.68	13	8.78
Discapacidad	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1.35	2	1.35	4	2.70
NINGUNA	1	0.68	7	4.73	9	6.08	45	30.41	60	40.54	9	6.08	131	88.51
TOTAL	1	0.68	7	4.73	9	6.08	45	30.41	74	50	12	8.11	148	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector II, III.

ELABORADO POR: José Luis Montaleza, egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina categorías "Enfermedades de Impacto, Degenerativas" por no existir casos.

ANÁLISIS:

En esta población el 8.78% padecen de alguna enfermedad crónica no transmisible, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma, etc y el 2.70% de discapacitados, todos ellos con carné del Consejo Nacional de Discapacidades, CONADIS.

Teniendo en cuenta la definición de OMS sobre enfermedades crónicas, sabemos que son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, estas causan altas tasas de mortalidad en todo el mundo, y afectan mayoritariamente a personas del sexo femenino.⁹⁹

La discapacidad es toda deficiencia y/o problema que afectan una estructura o función corporal, las mismas que restringen la ejecución de tareas y acciones. Loja es la segunda Provincia seguida de Cotopaxi con mayor incidencia, de discapacidad esto se debe en algunos de los casos a factores ambientales y situaciones congénitas. En los 15 cantones de la provincia a excepción de la capital Loja se registra el 3 y 4% de prevalencia de discapacidad, las más comunes física, auditiva e intelectual, con una cifra del 2.06% de imposibilidad.⁷²

⁷² Disponible en: <http://www.elmercurio.com.ec/234834-loja-es-la-segunda-provincia-que-registra-mayor-indice-de-personas-con-discapacidad/#.UnpA2VN3GTY> 05-11-13/14:07

ACTIVIDADES REALIZADAS PARA DAR CUMPLIMIENTO AL TERCER OBJETIVO DEL PROYECTO:

ESTILOS DE VIDA COMO:

Ejercicio

Ayuda a reducir el peso y grasa corporal, en lo emocional, reduce la depresión, ansiedad, mejora la sensación de bienestar general, mejorando el desempeño en el trabajo y actividades sociales.

Tanto el correr, caminar, andar en bicicleta y nadar mejora la función cardiovascular y respiratoria, aumenta el consumo máximo de oxígeno, mejora el suministro de sangre a los músculos, disminuye el pulso y la presión arterial, mantiene a los huesos sanos, importante para prevenir la osteoporosis

Alimentación

Reducir la ingesta de grasas saturadas y llevar una dieta balanceada que incluya vegetales, frutas, carnes blancas, legumbres, lácteos, fibra y mucho líquido.

EDUCACION PRENATAL

Ejercicio regular durante el embarazo, caminar o nadar ayuda a la circulación de la sangre y al control del peso, puede reducir el riesgo de diabetes gestacional y ayuda a preparar el cuerpo para el parto y realizarse controles médicos periódicos para evaluar el crecimiento y desarrollo sano del embrión o feto, tomar vitaminas para prevenir la anemia. Además es importante mantenerse hidratada para evitar problemas como: presión arterial alta y estreñimiento.

CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL:

Se realizó a las personas de 20 años y más cuya finalidad era comprobar si alguien padecía de hipertensión arterial y aquellas personas que ya tenían esta patología la finalidad era ver si estaba controlada.

PLANIFICACION FAMILIAR

Se explicó sobre los métodos anticonceptivos más conocidos: palillos, condón, inyectables, orales y método del ritmo

VACUNACIÓN.

Se revisó los carnets de los niños menores de 5 años verificando que se encuentre el esquema completo y en caso de que no estuviese se informaba a la madre que lo llevara al Hospital Universitario de Motupe para que cumpla con las dosis.

DISCUSIÓN

La participación en el proyecto: LA CARRERA DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA E INTERCULTURAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE 2013, nace como una necesidad sentida de las comunidades del sector de Motupe de tener una atención integral con calidad basada en una gestión óptima de los recursos de salud.

El presente trabajo investigativo se realizó en el barrio San Francisco sector II y III, en donde se aplicó la ficha familiar y un anexo; mediante la visita domiciliaria a las familias de los sectores, donde se pudo identificar lo siguiente:

En lo referente al sexo se encuentra predominando el masculino con 53.38% en relación al femenino con 46.62%. Según los datos estadísticos del INEC en la provincia de Loja indica que el 49.2% de los habitantes corresponden al género masculino y el 50.8% al género femenino, los datos obtenidos no son similares al de este estudio.⁷³

En cuanto a la edad está representada por la población adulta comprendida de 20 a 64 años con 50%. El estudio realizado en Popayán revela que la población se halla concentrada entre los 5 y 44 años, lo que indica que es una población joven, dato que prácticamente coincide con este estudio.⁷⁴

En la escolaridad predomina el nivel básico con 60,81%, en el mismo estudio realizado en Popayán muestra que existe un bajo nivel educativo (analfabetismo y primaria en un 44%, los datos que están casi similar al de este estudio.

La población de mujeres en edad fértil (MEF) con vida sexual activa y que utilizan métodos de planificación familiar es el 58.11% siendo el más frecuente el método del ritmo con 40%. El mismo estudio realizado en Popayán establece

⁷³INEC Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis3.pdf>. 14/11/2013

⁷⁴ ALARCÓN Ana Luisa, MIRANDA Gloria Amparo, PALACIOS Nohemí DIAGNÓSTICO COMUNITARIO EN SALUD. Asentamiento Lagos de Occidente.Popayán.2009

que el 38% de la población en edad reproductiva, utiliza métodos de planificación familiar. El método más frecuente es el quirúrgico 44%. Los dos estudios demuestran que un alto porcentaje de mujeres utilizan distintos métodos de control de la fecundidad.

Del grupo de las mujeres con vida sexual activa el 36.67% no se ha realizado el examen de Papanicolaou. En el estudio de Popayán el grupo de mujeres de 10 a 59 años, se detectó que el 57% no se realiza la citología cérvico-vaginal.

En los riesgos biológicos encontrados están las personas con mala nutrición con 8.06%. El estudio de Popayán muestra que existe alteraciones nutricionales (tanto por defecto como por exceso) en un 11%, los datos son similares, llegando a la conclusión la realización de acciones educativas en nutrición y alimentación, tendientes a reorientar los hábitos y costumbres alimentarias.

En lo que se refiere a la ocupación que genera ingresos económicos es el 33.80% sobresaliendo los choferes con 8.11%. un estudio realizado en Loja señala que el 44% de la población económicamente activa está concentrada en zonas rurales en la actividad agropecuaria, 20% en la industria de servicios personales y sociales, 12% en el comercio, hoteles y restaurantes, 7% en construcción, 5% en manufactura, 4% en transporte, 2% en servicios financieros y 6% en otras actividades. Los datos varían pero se puede concluir que ya sea en zonas urbanas o rurales la población desempeña diferentes funciones para generar ingresos económicos a sus hogares.

La enfermedad crónica que se encuentra con mayor porcentaje es la hipertención arterial con el 6.76%. Un estudio realizado por Adolfo Ortiz Barboza indica que la prevalencia de la hipertención arterial afecta entre un 8 y 30% de los habitantes, estos datos se asemejan al de este estudio⁷⁵.

Los resultados obtenidos tienen una connotación trascendental, por lo tanto su relación y discusión es amplia por lo que dejo a consideración de los próximos

⁷⁵ Ortiz Barboza Adolfo. Enfermedades crónicas no trasmisible en Costa Rica [Internet]; [consulta 12 de febrero del 2014]. Disponible en: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/11%20Enfermedades%20cronicas.pdf>

investigadores estos aportes para que con su experiencia y dedicación puedan intervenir en la problemática encontrada. Con estas experiencias reales y concretas de la comunidad planteen propuestas efectivas que mejoren el estado de salud y la calidad de vida de esta comunidad.

CONCLUSIONES

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

- ② En el Barrio “San Francisco sector II y III”, se trabajó con 37 familias quedo pendiente una casa, se la visito por más de una ocasión y no se la encontró, existen 148 habitantes, 69 mujeres y 79 hombres. Algunas de las familias están expuestas a riesgo bajo .El nivel de instrucción que prevalece es el básico. Entre las ocupaciones el 33.80% corresponde a población económicamente activa sobresaliendo los choferes. El método anticonceptivo utilizado por la mayoría de las mujeres con vida sexual activa es el método del ritmo, en cuanto a la vacunación la mayoría de los habitantes están inmunizados. Ante los problemas de salud los habitantes acuden a instituciones tanto públicas como privadas.
- ② Mediante el perfil epidemiológico se pudo contribuir con el Hospital Universitario de Motupe en la actualización de la clasificación de las enfermedades crónicas y discapacidades.
- ② Para dar cumplimiento al objetivo se realizaron actividades de enfermería como: control de presión arterial, revisión de carnets, educación de nutrición y planificación familiar, ayuda para que las personas se informen y despejen sus inquietudes, además permitió dar a conocer el sistema del call center, el cual facilita la atención médica evitando las molestas filas.

RECOMENDACIONES

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

- Con los resultados obtenidos se recomienda a los miembros del equipo de salud del Hospital Universitario de Motupe retomen este estudio para que puedan incorporar a las familias que quedaron pendientes, además participen brindando capacitación y vigilancia a los habitantes sobre todo a los grupos con problemas de salud.
- Que se continúe dando apertura a los estudiantes para que realicen este tipo de estudios, ayudan a fortalecer los conocimientos, formando personas capaces de desenvolverse como futuros profesionales de la Salud.

BIBLIOGRAFÍA:

Referencias de libros

- Aramburú, CE. Métodos y técnicas de investigación social. Gerencia social. Diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales. 1^{ra} edición Lima-Perú: Universidad del Pacífico.2008.
- Carcavallo RU, Martínez A. Biología, ecología, distribución geográfica de los territorios americanos, 2010.
- Cassini C. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. N° 213.Sardá. 2012.
- Garza G. Rodolfo J, Pediatra General, Monterrey N.L. México 2011.
- Lucio R. Sistema de salud de Ecuador, vol.53; México. 2011.

Referencias de PDF

- Alarcón AL, Miranda GA, Palacios N. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO EN SALUD Asentamiento Lagos de Occidente.Popayán.2009
- Bonilla G. Aguilar V. Cañizares R. Moreira D. Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^{ta} Edición, Septiembre 2012
- Calderón S. Manual de Lactancia Materna, Universidad Nacional de Chile 2010.
- DRA. Carrasco C. DRA. Costales P.DRA. Molina D MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI capítulo IV. Ecuador. 2013
- Dra. Chang C. Dr. Torres E. Dr. Cañizares R. Dra. Laspina C. Dra. Salas BM.Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Documento de promoción de la Lactancia Materna, Quito, 2011.
- Dra. Chang C. Dr. Torres E. Dr. Cañizares R. Dra. Laspina Ministerio de Salud Pública. Guías alimentarias en escolares y adolescentes de la sierra. Quito.2012

- Dra. Fernández C. Dr. Manzur JL. Dr. González G. Dra. Báez Rocha S. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino. Argentina. 2010.
- Granga P. Villacres N. Andrade M. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Subsecretaria .Nacional de Gobernanzas en Salud Publica, Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, Edición 2013. Quito – Ecuador.2013.

Referencias de páginas de internet

- Bastidas C. Agudeza Visual. [Internet] 2012 [consulta 07 de diciembre del 2013] 2007: Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/>
- Delgado G. Problemas de Conducta en Escolares Y Adolescentes. [Internet] [Consulta 05 de diciembre del 2013] 2008 .Disponible: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000919.htm> blogspot.com/2008/03/trastornos-de-conducta-en-nios-y.html
- Heymann DL. Inmunización dT. 18ª Edición [Internet] [consulta15 de diciembre del 2013] 2009 Disponible: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>.
- Mendoza R. Hacinamiento y mala condición de las viviendas. [Internet] 2012 [consulta 10 de diciembre del 2013] 8:20 Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx>
- MSP. Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. [Internet] 2013 [consulta 27 de noviembre del 2013] Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contra-la-discapacidad/>
- MSP. Enfermedades crónicas [Internet] 2010 [consulta 10 de diciembre de 2013] 10:45 Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php.
- MSP. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) [Internet] 2013 [consulta 09 de diciembre del 2013]: Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>.

- Ortiz Barboza Adolfo. Enfermedades crónicas no trasmisible en Costa Rica [Internet]; [consulta 12 de febrero del 2014]. Disponible en: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/11%20Enfermedades%20cronicas.pdf>

ANEXOS

Certificado del presidente



MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja, 06 de Octubre del 2013.....

Sr. Sr. Luis Lamaniego.....

Presidente del Barrio. Sr. Luis Lamaniego "San Francisco"

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. "San Francisco".....

Luis Lamaniego
.....
PRESIDENTE DEL BARRIO
ci. 1104166492.....

José Luis Montalvo Lurimilma
.....
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD
ci. 1104176399.....

Ibessama Guaban
.....
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD
ci. 7063460221.....

Mapa parlante



Fotos

ELABORACIÓN DEL CROQUIS DEL BARRIO “SAN FRANCISCO SECTOR II, III”.



DIAGNOSTICO DEL BARRIO “SAN FRANCISCO SECTOR II, III”.



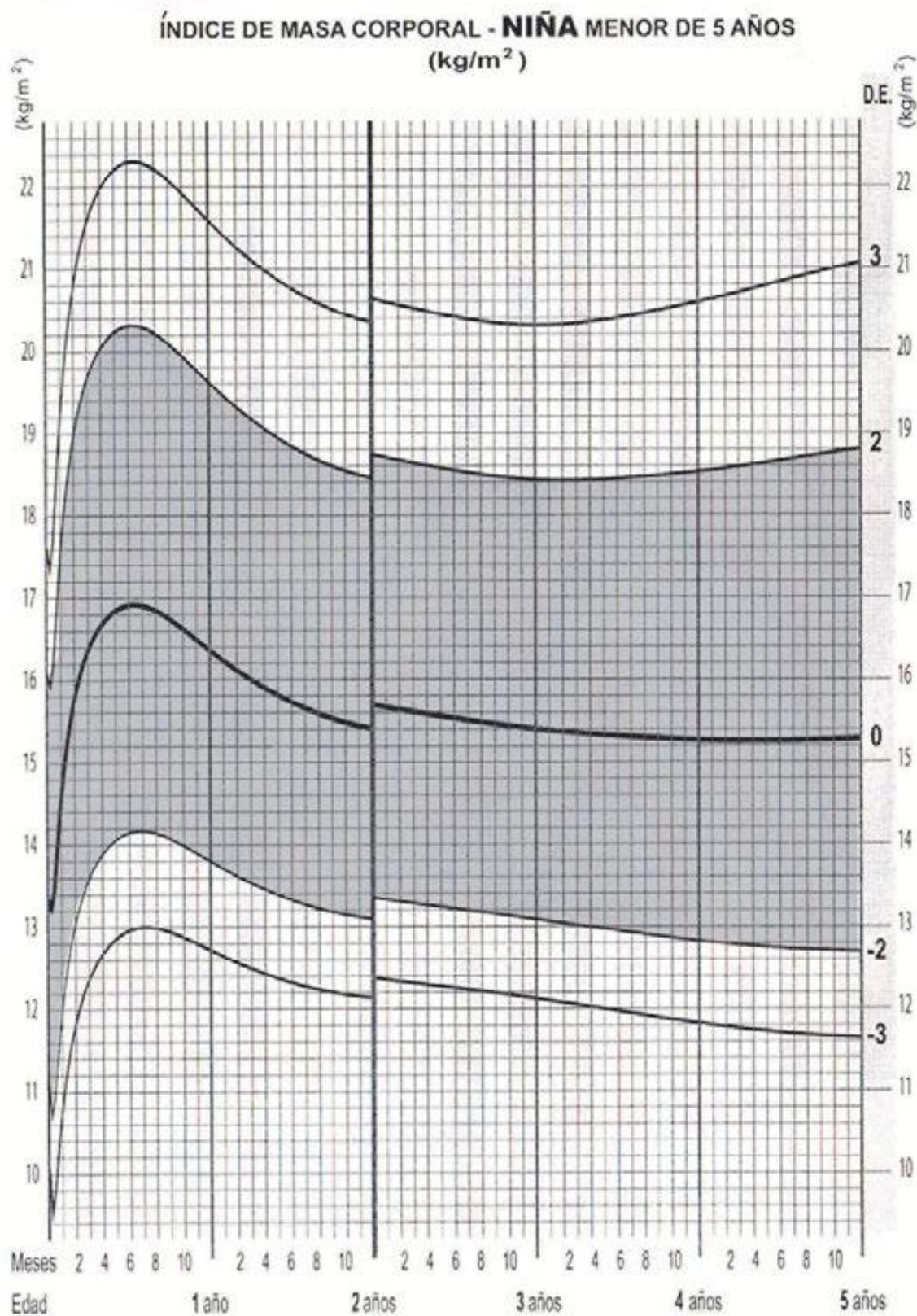
**FIESTAS DEL MES DE OCTUBRE EN HONOR AL PATRONO DEL BARRIO
“SAN FRANCISCO”**



VIAS DE ACCESO AL BARRIO “SAN FRANCISCO SECTOR II, III”.



Instrumento de índice de masa corporal en niños Menores de 5 años



CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

Tabla para Índice de Masa Corporal en niños y adolescentes

Peso [Kilograms]

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

<http://www.freebmiccalculator.net>

Infrapeso
 Normal
 Sobrepeso
 Obeso

CLASIFICACIÓN DE LA OMS DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO AL IMC

Clasificación	IMC (Kg/m ²)
Desnutrición	<18,50
Desnutrición grave	<16,00
Desnutrición moderada	16,00 - 16,99
Desnutrición leve	17,00 – 18,49
Normal	18,50 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00
Obeso	≥30,00

Tabla de Snelle

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

ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “SAN FRANCISCO SECTOR II, III”.

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	ENFERMEDAD	EDAD	SECTOR	Nº DE FICHA	DIRECCIÓN	TELEFONO
1	Mariana de Jesús Samaniego	HTA, DM	63 Años	II	5	Av. 8 de Diciembre	
2	María Rosario Veintenilla	Derrame, DM, HTA	85 Años	II	9 A	Av. 8 de Diciembre	
3	Enith Zúñiga	Asma, Alergias	51 Años	II	9 B	Av. 8 de Diciembre	
4	Manuel José Alulima Quezada	HTA	57 Años	III	2 B	Av. 8 de Diciembre	0997590727
5	Rosaura Samaniego Cornejo	HTA	57 Años	III	3	Av. 8 de Diciembre	0994710228
6	Luz María Granda Gualán	HTA	51 Años	III	5 A	Av. 8 de Diciembre	0994627181
7	Delia León Espinoza	HTA	66 Años	III	5 B	Av. 8 de Diciembre	0906313319
8	Ángel Benigno González	DM	67 Años	III	5 B	Av. 8 de Diciembre	0990631319
9	María Álvarez Álvarez	Asma	72 Años	III	7	Av. 8 de Diciembre	
10	Wilman González	HTA	46 Años	III	11 C	Av. 8 de Diciembre	0999410298
11	Zoila Flora Sanmartín	DM, HTA	73 Años	III	15	Av. 8 de Diciembre	2541442
12	Luis Redroban	HTA	46 Años	III	17 B	Av. 8 de Diciembre	0986935979
13	Rosalino Minga	HTA	64 Años	III	18	Av. 8 de Diciembre	2542174

PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL BARRIO “SAN FRANCISCO SECTOR II, III”.

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	DISCAPACIDAD	EDAD	SECTOR	Nº DE FICHA	DIRECCIÓN	TELEFONO
1	José Agenor González	Física del 30%	52 Años	III	5 B	Av. 8 de Diciembre	0990631310
2	Luis Emilio Gómez	Física del 50%	67 Años	III	15	Av. 8 de Diciembre	2541442
3	Alberta Carmen Becerra	Física del 100%	26 Años	III	17A	Av. 8 de Diciembre	0985186840
4	Manuel Samaniego	Física e Intelectual del 100%	43 Años	III	4	Av. 8 de Diciembre	0979708666

ÍNDICE

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

PRELIMINAR	PÁGINAS
1. TEMA	1
2. RESUMEN.	3
3. INTRODUCCIÓN	5
4. REVISIÓN DE LITERATURA	7
5. METODOLOGIA	51
6. RESULTADOS	54
7. DISCUSIÓN	73
8. CONCLUSIONES	76
9. RECOMENDACIONES	77
10. BIBLIOGRAFÍA	78
11. ANEXOS	81
12. ÍNDICE	94