

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA ENFERMERÍA

TÍTULO:

*“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE
SALUD DEL BARRIO SAN JUAN,
SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013”*

Tesis previa a la obtención del
título de Lic. en Enfermería

AUTORA:

➤ *Srta. Mayra Alejandra Moreno Paute*

DIRECTORA:

➤ *Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga*

LOJA-ECUADOR

2013



CERTIFICACIÓN

Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga.

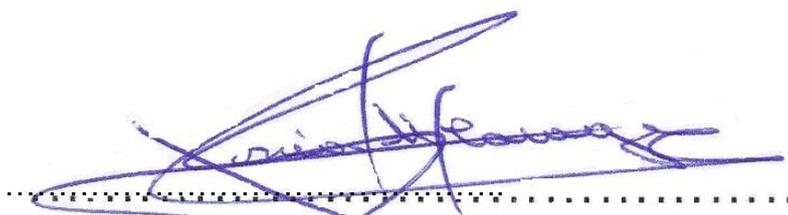
**DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.**

CERTIFICO.

Que el trabajo de investigación titulado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN JUAN, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013**” de autoría exclusiva de la egresada la Srta. Mayra Alejandra Moreno Paute, 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, febrero del 2014

Atentamente.



Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga
Directora de Tesis

AUTORÍA

Yo, Mayra Alejandra Moreno Paute, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autora: Mayra Alejandra Moreno Paute

Firma: _____



Cédula: 110503185-8

Fecha: Loja Febrero 2014

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

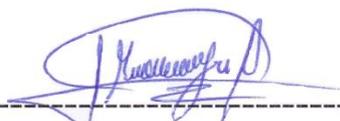
Yo, Mayra Alejandra Moreno Paute, declaro ser autora, de la tesis titulada; **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO “SAN JUAN”, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013.”** Como requisito para optar al grado de Licenciada de Enfermería; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja,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

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

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

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, a los 10 días del mes de enero del dos mil catorce. Firma la autora.

Firma: _____



Autor: Mayra Alejandra Moreno Paute

Cédula: 1105031858

Dirección: Barrio Reina del Cisne

Correo Electrónico: mayra_17@hotmail.es

Teléfono: 0993772065

DEDICATORIA

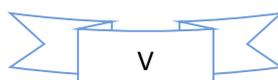
A Dios, verdadera fuerza de amor y sabiduría.

A mi padre, por que gracias a él sé que la responsabilidad se la debe vivir como un compromiso de dedicacion y esfuerzo.

A mi madre, cuyo vivir me ha mostrado que en el camino hacia la meta se necesita de la dulce fortaleza para aceptar las derrotas y del sutil coraje para derribar miedos.

A mis abuelitos, el incondicional abrazo que me motiva y recuerda que detrás de cada detalle existe el suficiente alivio para empezar nuevas busquedas. a mis familiares y a quienes recién se sumaron a mi vida para hacerme compañía con sus sonrisas de ánimo, en especial a ti Cristian, porque a lo largo de este trabajo aprendimos que nuestras diferencias se convierten en riqueza cuando existe respeto y verdadero amor.

Mayra Alejandra Moreno Paute



AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios quien me dio la vida y la ha llenado de bendiciones en todo este tiempo, a él que con su infinito amor me ha dado la sabiduría suficiente para culminar nuestra carrera universitaria.

Quiero expresar nuestro más sincero agradecimiento, reconocimiento y cariño a nuestros padres por todo el esfuerzo que hicieron para darme una profesión y hacer de mí una persona de bien, gracias por el sacrificio y la paciencia que demostraron todos estos años; gracias a ustedes he llegado a donde estoy.

Gracias a nuestros hermanos y hermanas quienes han sido nuestros amigos fieles y sinceros, en los que hemos podido confiar y apoyarnos para seguir adelante.



Gracias a todas aquellas personas que de una u otra
forma nos ayudaron a crecer como
personas y como profesionales.

Agradezco también de manera especial a mi
directora de tesis quién con sus conocimientos y apoyo
supo guiar el desarrollo de la presente tesis desde el
inicio hasta su culminación.

“Ahora podemos decir que todo lo que somos es
gracias a todas ustedes”

Gracias....!!!

Mayra Alejandra Moreno Paute



TITULO

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN
JUAN, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013”**

RESUMEN

La presente investigación “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN JUAN, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013**” tiene

como objetivos: Realizar diagnóstico comunitario del área de influencia del Hospital Universitario de Motupe con su respectivo perfil epidemiológico y mapa parlante, 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. 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 estudio es de carácter descriptivo con un universo de 38 familias y 129 habitantes, entre los datos más relevantes se destacan; que todas las familias se ubican en riesgo medio, el nivel de educación más sobresaliente es el básico y bachillerato, se encontró 1 analfabetos que corresponde a jefe de familia, entre los escolares y adolescentes gran parte de ellos tienen buen estado nutricional, en lo que respecta a mujeres con vida sexual activa, el método del ritmo es el más utilizado para la planificación familiar. En cuanto al perfil epidemiológico se destaca; enfermedades crónicas y discapacidades lo que permitió la actualización del cuadro de clasificación de las enfermedades catastróficas y discapacidades.

Con los resultados obtenidos se recomienda a los equipos de salud que planteen estrategias dirigidas a mejorar la situación de la comunidad, insistiendo en las familias que no entraron en este estudio.

La información se consolidó, utilizando tablas y gráficas para llegar al levantamiento definitivo del mapa parlante, el cual fue apoyado por el mapa físico que fue realizado durante toda la jornada en la comunidad.

Palabras Claves: Estudio de salud, investigación del Barrio “San Juan”, comunidad, situacional.

ABSTRACT

This research "COMMUNITY HEALTH DIAGNOSIS BARRIO SAN JUAN, SEPTEMBER - DECEMBER 2013" aims to: Perform diagnostic Community Hospital catchment area University of Motupe with the respective epidemiological profile and talking map, as a basis for the formulation of development projects in health sector so that sustainability of the proposed work of the health unit will be provided. Provide specific nursing services, designed to ensure the exercise of the right to health of disadvantaged groups as a means of community outreach and linking strategy with the health service.

The study is descriptive in a universe of 38 families and 129 inhabitants, among the most relevant data are highlighted, that all families are located in medium risk, the level of education is outstanding basic and high school, one was found illiterate corresponding to head family, among schoolchildren and adolescents large part of them have good nutritional status in regard to sexually active women, the rhythm method is the most widely used family planning. Regarding the epidemiological profile is highlighted, chronic diseases and disabilities which allowed the update of the classification of catastrophic illnesses and disabilities.

With the results it is recommended to teams that pose health strategies to improve the situation of the community, insisting that no families entered this study.

The information is consolidated, using tables and graphs to reach the final lifting of talking map, which was supported by the physical map that was done throughout the day in the community.

Key words: Health Study, Research Area "San Juan", community, situational.

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país, que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud, consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel, para articular así también las actividades con el segundo y tercer nivel de atención, mediante mecanismos de referencia y contra-referencia que aseguren en forma integral la continuidad de tratamientos de los pacientes. (MAIS 2012).

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

REVISIÓN DE LITERATURA

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

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

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

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

Objetivos Estratégicos del MAIS

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

² Ibid., 172

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

MAPEO DE ACTORES

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

Se basa en:

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

³Ibíd., 56-57.

MAPA PARLANTE

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

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

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

Elaboración del Mapa Parlante

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

Proceso para la sectorización urbana y rural

- ✚ Numeración de manzanas: La numeración de las manzanas se utilizará la existente y asignada por los gobiernos locales, de no existir se realizará en dependencia de la ubicación de la unidad operativa:
 - ❖ Si la unidad se encuentra ubicada en el centro de la zona de cobertura la numeración es en sentido centrifugo (de adentro hacia afuera) y siguiendo la dirección de la manecillas del reloj, se utilizará los números arábigos 1,2,3,4.
 - ❖ Si la unidad se encuentra en la periferia la numeración es centrípeta es decir de fuera hacia adentro siguiendo las manecillas de reloj.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ejemplo de selección de sectores prioritarios:

| SECTORES | DIFÍCIL ACCESO GEOGRÁFICO A SERVICIOS DE SALUD | POBREZA | AGUA INSEGU-RA | ELIMINACIÓN INADECUADA DE BASURA | TOTAL | ORDEN DE PRIORIDAD |
|------------|--|---------|----------------|----------------------------------|-------|--------------------|
| SECTOR I | 3+3+3=9 | =3 | =5 | =4 | 21 | 3 |
| SECTOR II | =12 | =8 | =9 | =9 | 38 | 2 |
| SECTOR III | =18 | =12 | =12 | =14 | 56 | 1 |
| SECTOR IV | =3 | =12 | =6 | =3 | 14 | 4 |

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

MAPEO DEL SECTOR

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

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

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

⁴Ibíd., 188-190

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

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

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

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

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

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

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

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

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

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

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

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

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

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

Es un país multiétnico y pluricultural, destacando las siguientes:

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

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

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

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

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

Ⓢ 0-14 años: 30,1% (hombres 2.301.840/mujeres 2.209.971).

Ⓢ 15-64 años: 63,5% (hombres 4.699.548/mujeres 4.831.521).

Ⓢ 65 años y más: 6,4% (hombres 463.481/mujeres 500.982).⁸

Distribución poblacional de la Provincia de Loja

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

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

NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

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

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

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

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

mala calidad de la educación, poca preparación de los docentes, salarios bajos de los profesores y deficiente infraestructura educativa y material didáctico. Los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone la actual sociedad.¹⁰

Analfabetismo

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

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

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

Deserción escolar

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

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

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

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

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

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

OCUPACIÓN

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

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

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

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

¹⁴ INEC. *Glosario de Términos*. Recuperado de

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

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

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

FACTORES DE RIESGO

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

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

RIESGOS BIOLÓGICOS

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

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

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

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

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

Tipos de discapacidad

- ✓ **Discapacidad Física:** limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectada son los brazos y piernas.
- ✓ **Discapacidad Cognitiva:** presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y el aprendizaje.
- ✓ **Discapacidad Sensorial:** corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

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

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

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

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

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

RIESGOS SANITARIOS

- Consumo de agua insegura: según datos del Censo 2010, el 28% de la población ecuatoriana no tiene acceso al líquido vital por red pública y más del 22% no tiene saneamiento adecuado (alcantarillado o pozo séptico). Más de cuatro millones de personas se proveen de agua a través de pozos, ríos, vertientes, carros repartidores y agua lluvia.²¹

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

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

²⁰Discapacidad mental. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en:

<http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html> 10/12/13 9:00

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

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

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS

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

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

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

- Desempleo o empleo informal del jefe de familia: es una de las principales causas de migración, lo que desintegra núcleos familiares, hijos sin la presencia de ambos padres. Según la última Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (ENEMDU) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). El desempleo urbano se ubicó en 4,6% en Marzo del 2013 frente al 4,9% del mismo mes del año anterior. Por otro lado el subempleo en el área urbana llegó a 44,7% y la ocupación plena a 48,6% en comparación a 43,5% y 50,2% respectivamente de Marzo del 2012.²⁴
- Desestructuración familiar: las causas principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos. En los procesos de desestructuración del núcleo familiar influyen, además; las condiciones que obligan a que ambos cónyuges trabajen fuera del hogar, pues de esta manera el sistema extra familiar puede crear o exacerbar los conflictos entre la pareja.
- Violencia, Alcoholismo y Drogadicción: actualmente no hay duda de que el alcoholismo constituye el problema de más importante ya que 70% y 80% de la población consumen alcohol; el cual es el responsable principal de violencia, ocasionando desintegración familiar y deterioro social, caracterizados por desajustes de la personalidad, degradación, así como conductas delictivas y antisociales. Alrededor de la mitad de los homicidios y violaciones se produce bajo el efecto del alcohol.
- Malas condiciones de la vivienda: el problema de las condiciones de la vivienda constituye uno de los problemas sociales más sensibles y complejos de resolver. En un país de más de 13 millones de habitantes y cerca de 3 millones de hogares, existe más de un millón

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

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

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

ENFERMEDADES CRÓNICAS

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

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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos:

- 👉 Accidentes Cerebrovasculares
- 👉 Enfermedades Respiratorias Crónicas
- 👉 Obesidad
- 👉 Diabetes

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

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

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

Impacto de las Enfermedades Crónicas

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

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

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

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

Algunas enfermedades degenerativas son:

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

- **Alzheimer:** se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las

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

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

células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian.

- **Cáncer:** producción excesiva de células malignas, con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento descontrolado (crecimiento y división más allá de los límites normales, invasión del tejido circundante y a veces metástasis).
- **Tumores Benignos y Malignos:** es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen del órgano afectado independientemente de que sean de carácter benigno o maligno. Generalmente pueden retirarse o extirparse y en la mayoría de los casos no reaparecen”.²⁹

ENFERMEDADES DE IMPACTO

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

- ✘ **Enfermedades de Transmisión Sexual:** según la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 685 mil hombres y mujeres de todo el mundo y aproximadamente unos 40-50 millones en América, contraen Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) cada día. Más de 340

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

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

millones de ITS curables y muchas más enfermedades incurables ocurren cada año.³¹

- ✘ Enfermedad Diarreica Aguda: es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas.
- ✘ Tuberculosis: es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones. Se transmite de una persona a otra a través de diminutas gotas generadas en el aparato respiratorio de los pacientes con enfermedad pulmonar activa.
- ✘ Infección Respiratoria Aguda: es una enfermedad causada por una infección aguda de la tracto respiratorio superior: nariz, senos nasales, faringe o laringe, la mayor parte de las infecciones respiratorias altas son causadas por virus, especialmente el rinovirus.

ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

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

TAMIZAJE NEONATAL

“Con pie derecho, la huella del futuro” es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro

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

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

enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.³³

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

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

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

- **Hipotiroidismo Congénito:** es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un recién nacido, es la causa más común de retardo mental prevenible.
- **Fenilcetonuria:** es un desorden del metabolismo debido a que el cuerpo no sintetiza adecuadamente la fenilalanina, por la deficiencia o ausencia de una enzima llamada fenilalanina hidroxilasa. Como consecuencia se acumula y resulta tóxica para el sistema nervioso central, ocasionando daño cerebral. Es una enfermedad autosómica recesiva ambos padres son portadores y el riesgo de recurrencia de la enfermedad es de un 25%.

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

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

- **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** se da cuando los recién nacidos carecen de una enzima para producir cortisol y aldosterona, esto produce más andrógenos lo que ocasiona la masculinización de fetos femeninos y una potencial pérdida salina en ambos sexos.
- **Galactosemia:** se produce cuando el organismo no puede metabolizar la galactosa, un azúcar simple de la lactosa presente en la leche animal y humana. Es una enfermedad hereditaria causada por una deficiencia enzimática y se manifiesta con incapacidad para metabolizar la galactosa en glucosa lo cual provoca una acumulación dentro del organismo produciendo lesiones en el hígado, sistema nervioso central, cerebro, riñones y ojos.³⁵

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

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

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

Los efectos positivos o negativos de la alimentación tendrán repercusión, tarde o temprano, en la salud. Un estado de mal nutrición en los niños ya sea por déficit (desnutrición) o por exceso (obesidad) aumenta los riesgos de

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

enfermedades asociadas a estas condiciones. La mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos a la dieta diaria.³⁶

LACTANCIA MATERNA

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

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

A nivel mundial, se estima que solo el 38% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva durante sus 6 primeros meses.³⁷

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

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

CONTROL DEL NIÑO SANO

La Norma Oficial de la OMS establece que durante el primer año, un niño/a debe revisarse clínicamente al momento del nacimiento, a la semana de vida y al mes de edad y posteriormente, a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses. Durante el segundo año de vida, debe ser evaluado cada 3 meses; de los 2 a los 5

³⁶Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#ixzz2ly1Y1Yuz>.

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

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

años por lo menos de 2 a 3 veces al año y a partir de entonces, de 1 a 2 veces al año. La revisión clínica debe ser ajustada a cada paciente.

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

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

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

ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Estado Nutricional de los Escolares y Adolescentes

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

Crecimiento del Niño y el Adolescente

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

Valoración del Estado Nutricional por el Índice de Masa Corporal

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

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

VACUNACIÓN DT (Difteria y Tétanos)

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

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

AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

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

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

ESTUDIO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

Educación Básica

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

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

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

Educación media

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

RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

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

- ◆ Factores sociales y culturales: la clase social (determinada por el ingreso familiar, la escolaridad de la madre, del padre, el tipo y

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

ubicación de la vivienda) ha sido reprobada como una variable relacionada con el hecho de que los alumnos sufran fracasos escolares.

- ❖ Factores escolares: el ambiente escolar también ha sido señalado como un factor que afecta el desempeño escolar de los alumnos; en este ambiente podemos citar la administración de la institución educativa (sus políticas, estrategias, etc.) y el profesor (capacitación, compromiso, etc.).
- ❖ Factores familiares: el rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante porque es importante la percepción que tengan acerca de la valoración positiva o negativa de su familia hacia ellos, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.
- ❖ Factores personales: se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recurriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales.⁴²
- ❖ Pereza: las transformaciones físicas (como aumento de estatura, aparición de caracteres sexuales secundarios, etc.) junto con la inestabilidad de emociones y sentimientos, explican por qué con frecuencia el adolescente se siente fatigado y le es más difícil concentrarse.
- ❖ Conflictos propios de la adolescencia: el adolescente entra en conflicto con los valores de su infancia, cuestiona normas y orientaciones que recibió durante sus años anteriores.
- ❖ Mala alimentación: los adolescentes en esta etapa de su vida requieren una mayor cantidad de nutrientes ya que las consecuencias

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

de una mala nutrición ocasiona bajo rendimiento escolar, falta de atención, concentración, entre otros problemas que impiden gravemente que desarrollen adecuadamente las habilidades previstas por el sistema educativo”.

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLECENTES

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

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

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

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

Los trastornos de conducta han sido asociados con:

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

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

ATENCIÓN MATERNA

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

- ✚ Embarazo y parto: consultas y estudios de diagnóstico específicamente vinculados con el embarazo, el parto y puerperio. Además psicoprofilaxis obstétrica, medicamentos exclusivamente asociados con el embarazo y parto con cobertura del 100%.
- ✚ Infantil: el Plan Materno Infantil prevé la realización obligatoria de estudios para detección de la fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística del recién nacido. Además ofrece cobertura de consultas, seguimiento, control, inmunización y medicación requerida para los primeros 12 meses de vida, según el listado de medicamentos esenciales.
- ✚ Lactancia: con el objetivo de impulsar la lactancia materna no se brindará cobertura para la adquisición de leches maternizadas o de otro tipo, con excepción de casos en los que el médico lo indique.

CONTROLES MÉDICOS EN EL EMBARAZO

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

Los objetivos de los controles médicos son:

- ☯ Reducir la morbi-mortalidad perinatal

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

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

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

VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS

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

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

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

⁴⁴MPS. (2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. [Base en línea]. Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/134919280/guiaestomo1> (Consultado: 11-12-2013)

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

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

ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

- ◆ Vacunación en las Mujeres de Edad Fértil: la inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dT), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.⁴⁷“El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos”. (Demicheli V., Barale A., Rivetti A., 2008)
- ◆ Regulación de la fecundidad: actualmente en el contexto de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad humana con las necesidades de bienestar y salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción.

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

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

Clasificación de los métodos anticonceptivos

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

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

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

a) Métodos Naturales:

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

b) Métodos de Barrera:

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

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

Entre ellos se encuentran:

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

PAPANICOLAOU

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

La toma de muestra para extendidos vaginales debe realizarse con precaución y sin manipulaciones intravaginales anteriores. Para ello la

paciente no debe haber realizado el coito en las últimas 48 horas ni haber recibido irrigaciones vaginales.

“Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad”.⁴⁹

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

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio titulado “Diagnóstico comunitario de salud del Barrio San Juan, como parte del Proyecto “ENFERMERÍA EN LA PARTICIPACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD – MAIS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2013”.

Tipo de estudio

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

Área de estudio.

El Barrio “San Juan” fue creado en 1972, se encuentra ubicado al norte de la ciudad de Loja, a 17km de distancia del Hospital Universitario de Motupe, existe una población de 129 habitantes y 38 familias que colaboraron con la recolección de la información, cuenta con la escuela de Educación Básica e Inicial Fiscal Mixta “Rosa Sánchez Fierro” para la enseñanza de todos los niños de esta localidad, con una directiva quien ayuda a gestionar las necesidades de la población, la mayor parte de pobladores se dedican a la agricultura convirtiéndose en su principal fuente de ingreso.

Universo y Muestra

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

La muestra estuvo constituida por 38 familias que habitan en el Barrio San Juan.

Técnicas e Instrumento

La visita domiciliaria fue el método de acercamiento a esta comunidad cuya técnica fue la entrevista y los instrumentos que permitieron recopilar la información fue la ficha familiar elaborada por el MSP y que es parte de la Historia Clínica del paciente (*SNS-MSP/HCU-ANEXOS/2008*), se anexa a esta ficha una guía de entrevista que permitió completar la información requerida para la línea de base.

Procesamiento de la Información

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

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

ANÁLISIS DE RESULTADOS

NÚMERO DE FAMILIAS DEL BARRIO “SAN JUAN”

Todas las 38 familias colaboraron brindando información para el llenado de la ficha familiar y anexo a demás pudimos evaluar agudeza visual, IMC en niños, escolares y adolescentes, revisión de carnet de vacunación y actividades de enfermería para dar cumplimiento a uno de los objetivos.

Además se encontró 21 casas no habitadas por tener condiciones desfavorables y las que han sido abandonadas.

TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO
SAN JUAN**

| POBLACIÓN POR EDAD | SEXO | | | | TOTAL | |
|----------------------------------|---------|--------------|---------|--------------|-------|-------|
| | HOMBRES | | MUJERES | | | |
| | f | % | f | % | f | % |
| Menores de 1 año | 1 | 0,78 | 2 | 1,55 | 3 | 2,33 |
| Niños de 1 a 4 años. | 4 | 3,10 | 4 | 3,10 | 8 | 6,20 |
| Niños de 5 - 9 años | 3 | 2,33 | 7 | 5,43 | 10 | 7,75 |
| Niños de 10 - 19 años | 24 | 18,60 | 13 | 10,08 | 37 | 28,68 |
| Adultos de 20 - 64 años | 35 | 27,13 | 30 | 23,26 | 65 | 50,39 |
| Adultos mayores de 65 años y más | 3 | 2,33 | 3 | 2,33 | 6 | 4,65 |
| TOTAL | 70 | 54,26 | 59 | 45,74 | 129 | 100 |

Fuente: fichas familiares del Barrio San Juan.

Elaborado por: Mayra Moreno. Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Nota: Grupos etáreos según el MSP.

El 44,96% corresponde a la población joven que va de niños menores de un año a 19 años de edad, tanto de sexo masculino como de sexo femenino, con un 50,39% adultos de 20 a 64 años siendo este rango el predominante y con una mínima cantidad de 4,65% adultos mayores de 65 años y más. El 54,26% corresponde a la población de sexo masculino y el 45,74% al sexo femenino, sobresaliendo en este caso el sexo masculino.

TABLA N°2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO SAN JUAN SEGÚN
NIVEL DE ESCOLARIDAD

| ESCOLARIDAD | f | % |
|-----------------|-----|-------|
| Analfabetos | 1 | 0,78 |
| Sin escolaridad | 11 | 8,53 |
| Básica | 64 | 49,61 |
| Bachillerato | 51 | 39,53 |
| Superior | 2 | 1,55 |
| TOTAL | 129 | 100 |

Fuente: fichas familiares del Barrio San Juan.

Elaborado por: Mayra Moreno. Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

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

El 49,61% de los habitantes tiene un nivel de escolaridad básica seguido del bachillerato con un 39,53% mediante el cual evidenciamos el avance educativo de los habitantes del barrio, la población en su mayoría cuenta con algún grado de educación siendo parte fundamental del desarrollo de la capacidad personal en el mundo actual.⁵⁰

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

TABLA N° 3
RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO SAN JUAN

| RIESGOS BIOLÓGICOS | CON RIESGO | | SIN RIESGO | | POBLACIÓN TOTAL | |
|--|------------|--------------|------------|-------|-----------------|-----|
| | f | % | f | % | f | % |
| Habitantes con problemas de mala nutrición | 25 | 19,38 | 104 | 80,62 | 129 | 100 |
| Habitantes con discapacidad | 1 | 0,78 | 128 | 99,22 | 129 | 100 |

Fuente: fichas familiares del Barrio San Juan.

Elaborado por: Mayra Moreno. Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

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

El 19,38% de los habitantes presentan problemas de nutrición, los mismos que están dentro del rango de desnutrición leve ubicándolos como riesgo bajo. Una alimentación adecuada no sólo se trata de la cantidad de alimentos que se ingieran, sino de la calidad en la dieta, si no existe una cantidad suficiente de vitaminas y nutrientes esenciales en las comidas, los niños se vuelven vulnerables a enfermedades⁵¹.

Asimismo con una mínima cantidad se encontró a una persona con discapacidad de tipo intelectual que corresponde al 0,78% de la población total.

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

RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO SAN JUAN

El 100% de la población en riesgo está afectada por el consumo de agua insegura, mala eliminación de basura y excretas, inadecuada eliminación de desechos líquidos y presencia de animales intradomiciliarios, siendo estos un problema que afecta a todas las familias del sector ya que el agua que consumen es entubada, y no tiene ningún tipo de tratamiento antes de ser utilizada, convirtiéndose en un factor perjudicial para la salud al no disponer de líquido vital seguro.

TABLA N° 4
RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO SAN JUAN

| RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS | CON RIESGO | | SIN RIESGO | | POBLACIÓN TOTAL | |
|---|------------|-------|------------|-------|-----------------|-----|
| | f | % | f | % | f | % |
| Pobreza | 32 | 84,21 | 6 | 15,79 | 38 | 100 |
| Desempleo o empleo informal del jefe de familia | 30 | 78,95 | 8 | 21,05 | 38 | 100 |
| Analfabetismo del padre o madre | 1 | 2,63 | 37 | 97,37 | 38 | 100 |
| Desestructuración familiar | 9 | 23,68 | 29 | 76,32 | 38 | 100 |
| Violencia/alcoholismo/drogadicción | 9 | 23,68 | 29 | 76,32 | 38 | 100 |
| Malas condiciones de la vivienda | 31 | 81,58 | 7 | 18,42 | 38 | 100 |
| Hacinamiento | 9 | 23,68 | 29 | 76,32 | 38 | 100 |

Fuente: fichas familiares del Barrio San Juan.

Elaborado por: Mayra Moreno. Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Aproximadamente un tercio de la población está expuesta a riesgos socio-económicos pudiendo observar que el 84,21 de las familias tienen pobreza datos que están directamente relacionado con desempleo informal de los jefes de familia que es del 78,95%. La 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”.⁵²

Así mismo el Desempleo o empleo informal del jefe de familia se encuentra en un 78,95%, algunos de ellos no cuentan con un empleo estable y se dedican la mayor parte a la agricultura y a la crianza de animales. Según datos del INEC 2013 indica que entre las cifras laborales, el desempleo se ubicó en 5.20% en junio de 2012 y el 4.89% en junio del 2013.⁵³

⁵² Cantón Loja, Niveles de pobreza, Disponible en http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/Cant%C3%B3n%20Loja.pdf Fecha: 05/11/2013; hora: 11h27min

⁵³ INEC Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis3.pdf>. 14/11/2013

El 81,58% de las familias habitan en viviendas con malas condiciones (techos destruidos, paredes caídas, sin ventanas, cerca de criaderos de animales). La vivienda inadecuada o de mala calidad y el hacinamiento figuran entre las manifestaciones más visibles de la pobreza. De hecho, el hacinamiento o "sobrepoblación" es un reflejo indirecto de las condiciones sociales, económicas y sanitarias de la población.⁵⁴

⁵⁴ Indicadores del SIISE. Disponible en: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/POBREZA/ficpob_P05.htm. Citado el: 27/11/2013

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL BARRIO SAN JUAN

Todos los niños menores de 2 años pudieron acceder a la prueba del Tamizaje por estar dentro de los 28 días de nacidos en ese tiempo. El objetivo del programa Tamizaje Metabólico Neonatal es prevenir el retardo mental y otras discapacidades provocadas por enfermedades metabólicas hereditarias y trastornos relacionados; a través de la detección oportuna y tratamiento temprano y así evitar las discapacidades y de esta forma lograr el buen vivir de la población⁵⁵.

⁵⁵TAMIZAJE NEONATAL. [Acceso el 14 de Noviembre del 2013]Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/47-000-recien-nacidos-se-beneficiaron-con-la-prueba-de-tamizaje-metabolico-neonatal/>

TABLA N° 5
ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN LOS HABITANTES DEL BARRIO “SAN JUAN”

| Grupo Etario/ Poblacional | Esquema Completo | | Esquema Incompleto | | No Registrado | | TOTAL | |
|--------------------------------------|------------------|--------------|--------------------|-------------|---------------|--------------|------------|------------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Menores de 5 años | 11 | 8,53 | - | - | - | - | 11 | 8,53 |
| Escolares y adolescentes (5-19 años) | 46 | 35,66 | 1 | 0,78 | - | - | 47 | 36,43 |
| Mujeres en edad fértil (10-49 años) | 37 | 28,68 | - | - | - | - | 37 | 28,68 |
| Personas adultas (20 a 64 años) | - | - | - | - | 28 | 21,71 | 28 | 21,71 |
| Adultos mayores (65 años y mas) | - | - | - | - | 6 | 4,65 | 6 | 4,65 |
| TOTAL | 94 | 72,87 | 1 | 0,78 | 34 | 26,36 | 129 | 100 |

Fuente: fichas familiares del Barrio San Juan.

Elaborado por: Mayra Moreno. Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Nota: Se elimina la categoría “embarazadas” por no existir casos

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

El conocimiento que las comunidades tienen en relación a la inmunización de los niños contra las enfermedades inmuno-prevenibles es esencial para alcanzar el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, que consiste en reducir en dos terceras partes la morbi-mortalidad de niños menores de cinco años.⁵⁶

El 35,66% de escolares y adolescentes tienen un esquema completo de inmunización para difteria y tétanos, sin embargo hay un 0,78% con los que la unidad de salud debe trabar para alcanzar una cobertura total. El objetivo

⁵⁶Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/immunization/es/> Fecha: 12/11/2013. Hora: 13:28 min.

de la vacunación consiste en procurar resistencia inmune frente a un organismo infeccioso y evitar la morbi-mortalidad en niños y adolescentes.

En el caso de mujeres en edad fértil el 28,68% han recibido la inmunización con las vacunas, tanto toxoide diftérico tetánico (dT), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de reducir el riesgo de Tétanos Neonatal en futuros embarazos⁵⁷.

El 21,71% corresponde a personas de 20 a 64 años que no se obtuvo registro del esquema de vacunas, de igual manera los adultos mayores con el 4,65%.

⁵⁷Importancia de la alimentación: Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE.
Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

TABLA N°6
OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO SAN JUAN

| OCUPACIÓN | f | % |
|--------------------|------------|------------|
| Estudiante | 41 | 31,77 |
| Haceres domesticos | 21 | 16,28 |
| Agricultor | 21 | 16,28 |
| Albañil | 16 | 12,40 |
| Sin ocupación | 11 | 8,53 |
| E. Privado | 6 | 4,65 |
| Chofer | 4 | 3,10 |
| Desempleado | 3 | 2,33 |
| E. Público | 3 | 2,33 |
| Comerciante | 3 | 2,33 |
| TOTAL | 129 | 100 |

Fuente: fichas familiares del Barrio San Juan.

Elaborado por: Mayra Moreno. Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Nota: La categoría sin ocupación corresponde a niños menores de 5 años.

En la ocupación el 58,91% corresponde a la población pasiva que agrupa (estudiantes, quehaceres domésticos, sin ocupación y desempleados) ya que esta población no genera ingresos económicos a la familia, posteriormente se encuentra la población económicamente activa con un 41,09% entre estos tenemos (agricultores, albañiles, empleado privado, empleado público, chofer y comerciantes) estas ocupaciones determinan el ingreso económico de la familia.

Relacionando los datos obtenidos de las fichas familiares de San Juan con datos estadísticos del “INEC según censo 2011 el jornalero o peón ocupa el porcentaje del 13% de la población que se dedica a esta actividad a Nivel Nacional”⁵⁸, porcentaje que en este caso es similar a lo encontrado en esta comunidad de San Juan.

⁵⁸ Educación en la Provincia de Loja; Disponible en :<http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109>; Consultado: 28/11/2013; Hora: 10h00

TABLA N°7

LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL BARRIO SAN JUAN

| LUGAR DE ATENCIÓN | f | % |
|--------------------|------------|------------|
| Hospital de Motupe | 96 | 74,41 |
| IESS | 9 | 6,98 |
| Centro N°3 | 4 | 3,10 |
| H. Isidro ayora | 1 | 0,78 |
| Otros | 19 | 14,73 |
| TOTAL | 129 | 100 |

Fuente: fichas familiares del Barrio San Juan.

Elaborado por: Mayra Moreno. Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Nota: La categoría otras incluye a "clínicas, policlínico, ISSFA, ISSPOL y médicos privados".

Para la atención médica el 85,27% de la población acuden a instituciones públicas (HUM, IESS, Centro N°3, HIA) por existir mayor accesibilidad sin ningún costo y el 14,73% asisten a instituciones privadas como clínicas particulares, policlínicos y médicos privados.

Se debe considerar que la salud es un derecho que incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud tiene como finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho de la salud.⁵⁹

⁵⁹ Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://websistema+nacional+de+salud> & fecha de consulta: 11/12/2013

TABLA N°8

ESTADO NUTRICIONAL EN HABITANTES DEL BARRIO “SAN JUAN”

| ESTADO NUTRICIONAL/ IMC | Menores de 5 años | | Escolares y Adolescentes | | Adultos de 20 a 64 años | | Adultos mayores de 65 años y más | | TOTAL | |
|----------------------------|-------------------|--------------|--------------------------|--------------|-------------------------|----------|----------------------------------|----------|------------|------------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Normal | 11 | 18,97 | 37 | 63,79 | - | - | - | - | 46 | 82,76 |
| Desnutrición Leve | - | - | 3 | 5,17 | - | - | - | - | 3 | 5,17 |
| Desnutrición Moderada | - | - | 1 | 1,72 | - | - | - | - | 1 | 1,72 |
| Desnutrición Grave | - | - | 2 | 3,45 | - | - | - | - | 2 | 3,45 |
| Sobrepeso | - | - | 3 | 5,17 | - | - | - | - | 3 | 5,17 |
| Obesidad | - | - | 1 | 1,72 | - | - | - | - | 1 | 1,72 |
| No Valorado | - | - | - | - | 65 | - | 6 | - | 71 | - |
| TOTAL | 11 | 18,97 | 47 | 81,03 | 65 | - | 6 | - | 129 | 100 |

Fuente: fichas familiares del Barrio San Juan.

Elaborado por: Mayra Moreno. Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

Nota: Se eliminan las categorías “Desnutrición moderada, desnutrición grave y obesidad” por no existir casos.

Según la valoración nutricional, el **82,76%** de la población tienen un estado nutricional normal el **6,98%** corresponde a niños menores de 5 años ya que todos recibieron lactancia materna, forma ideal de aportar los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. La OMS y el UNICEF señalan que la lactancia materna "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños" y la

recomiendan como imprescindible, exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido⁶⁰.

El 63,79% de escolares y adolescentes tienen un estado nutricional normal, seguido de 5,17% que corresponde a desnutrición leve y sobrepeso, factores de riesgo originado por una mala alimentación que va de la mano con la crisis económica de cada una de las familias. De los estudios realizados sobre el estado nutricional en nuestro país revelan desnutrición en un 9% y problemas de sobrepeso y obesidad en el 10% de escolares y adolescentes del Ecuador⁶¹.

⁶⁰ Lactancia Materna Beneficios y Mitos; Disponible en: [http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20VIII%202010/10 -
Lactancia_Materna.pdf](http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20VIII%202010/10_-_Lactancia_Materna.pdf); consultado: 14/12/2013

⁶¹ Becerra, M.; F. Bahamonde y D. Sánchez (2008) Agenda para la Igualdad de Niñas, Niños y Adolescentes Pag.150-171

TABLA N° 9
AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO
SAN JUAN

| AGUDEZA VISUAL | f | % |
|---------------------------------------|-----------|--------------|
| Normal | 38 | 80,85 |
| Con problemas | 9 | 19,15 |
| TOTAL ESCOLARES Y ADOLESCENTES | 47 | 100 |

Fuente: fichas familiares del Barrio San Juan.

Elaborado por: Mayra Moreno. Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

El 80,85% de escolares y adolescentes tienen agudeza visual normal y el 19,15% tiene problemas visuales, los cuales serán remitidos a los especialistas de oftalmología para diagnosticar estas afecciones ya que una visión adecuada es esencial en el desarrollo físico, educativo y psicológico del individuo, por lo que el proyecto de detección temprana e intervención de discapacidad visual busca promocionar la salud, detectar en la población escolar la discapacidad visual y finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje.⁶².

⁶² Proyecto de detección temprana e intervención de Discapacidad Visual en el Ecuador. Disponible: Estudio de OACDH sobre el derecho de los niños y niñas a la Salud, Defensoría del pueblo ecuatoriano. 7 Septiembre de 2012.

TABLA N° 10
RENDIMIENTO ACADÉMICO Y PROBLEMAS DE CONDUCTA EN
ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SAN JUAN

| RENDIMIENTO ACADÉMICO | PROBLEMAS DE CONDUCTA | | | | TOTAL | |
|-----------------------|-----------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|------------|
| | SI | | NO | | f | % |
| | f | % | f | % | | |
| Bueno | - | - | 42 | 89,36 | 42 | 89,36 |
| Malo | 5 | 10,64 | - | - | 5 | 10,64 |
| TOTAL | 5 | 10,64 | 42 | 89,36 | 47 | 100 |

Fuente: fichas familiares del Barrio San Juan.

Elaborado por: Mayra Moreno. Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

El 89,36% de escolares y adolescentes demuestran un buen rendimiento académico sin problemas de conducta a diferencia del 10,64% que no tienen un rendimiento académico bueno los mismos que presentan problemas de conducta manifestados por un comportamiento agresivo hacia las personas según refieren los informantes.

Está demostrado que el tipo de disciplina que una familia aplica al niño, será responsable de la conducta agresiva, un padre poco exigente que tenga actitudes hostiles, y que está siempre desaprobando y castigando con agresión física o amenazante constantemente a su hijo, estará fomentando la mala conducta⁶³,

⁶³Conducta en los niños; Disponible en: http://www.quiainfantil.com/educacion/comportamiento/la_agresividad_infantil.htm; consultado: 04/12/2013

TABLA N° 11

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

| PLANIFICACIÓN FAMILIAR | f | % |
|-------------------------------|-----------|------------|
| Métodos Naturales | 11 | 50 |
| Métodos Artificiales | 5 | 22,73 |
| Métodos Irreversibles | 6 | 27,27 |
| TOTAL | 22 | 100 |

Fuente: fichas familiares del Barrio San Juan.

Elaborado por: Mayra Moreno. Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Nota: Se eliminan las categorías “**métodos orales y métodos de barrera**” por no existir casos.

El 50% de las mujeres en etapa reproductiva con vida sexual activa utilizan como planificación familiar métodos naturales (método del ritmo), el 22,73% utilizan métodos artificiales (inyecciones, implantes y T de cobre) y con un 27,27% métodos irreversibles como la esterilización tubárica.

La planificación familiar refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos, por ello es de suma importancia la promoción e información sobre el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, ya que estos ayudan a la prevención de un embarazo no deseado, así como a contraer enfermedades de transmisión sexual

TABLA N° 12
REALIZACIÓN DE PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL
ACTIVA DEL BARRIO SAN JUAN

| PAPANICOLAOU | f | % |
|------------------------------------|-----------|------------|
| SI | 16 | 72,73 |
| NO | 6 | 27,27 |
| TOTAL DE MUJERES CON V.S.A. | 22 | 100 |

Fuente: fichas familiares del Barrio San Juan.

Elaborado por: Mayra Moreno. Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

El 72,73% de las mujeres con vida sexual activa de esta comunidad se han realizado el examen Papanicolaou, mientras que el 27,27% no se han realizado este examen lo cual determina un alto riesgo para contraer el cáncer cérvico uterino. “De allí la enorme importancia que tiene el Papanicolaou ya que cuando una mujer se lo realiza regularmente se pueden detectar las células malignas y con un tratamiento adecuado, en miles de casos el cáncer se ha podido erradicar”⁶⁴. “El Ca cervico uterino es la segunda causa de muerte de mujeres en edad reproductiva y adulta”⁶⁵.

⁶⁴ Papanicolaou. Disponible en: <http://tvncanal.com/index.php>. Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45min

⁶⁵ Disponible en: GINECOLOGIA DE RIGOL. CAP. 5 Pág. 41-42. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h15min.

PERFIL EPIDEMIOLOGÍCO

TABLA N° 13

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES
CRÓNICO-DEGENERATIVAS DEL BARRIO SAN JUAN SEGÚN LA EDAD

| Enfermedades | EDADES | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|------------|--------------|----------|-------------|------------|------------|
| | Menores de 1 año | | 1-4 años | | 5-9 años | | 10-19 años | | 20-64 años | | 65 a más | | TOTAL | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | F | % |
| Hipertensión Arterial | - | - | - | - | - | - | - | - | 6 | 4,65 | 1 | 0,78 | 7 | 5,43 |
| Diabetes Mellitus | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 1,55 | - | - | 2 | 1,55 |
| Alcoholismo | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 1,55 | - | - | 2 | 1,55 |
| Asma | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 0,78 | - | - | 1 | 0,78 |
| Hipertiroidismo | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 0,78 | - | - | 1 | 0,78 |
| Gastritis | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 0,78 | 1 | 0,78 |
| Ninguna | 1 | 0,78 | 11 | 8,53 | 10 | 7,75 | 37 | 28,68 | 51 | 39,53 | 5 | 3,88 | 115 | 89,15 |
| TOTAL | 1 | 0,78 | 11 | 8,53 | 10 | 7,75 | 37 | 28,68 | 63 | 48,84 | 7 | 5,43 | 129 | 100 |

Fuente: fichas familiares del Barrio San Juan.

Elaborado por: Mayra Moreno. Egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

Nota: Se elimina las categorías "Menores de 1 año, de 12-23 meses y de 1-4 años, 5-9 años" por no existir casos.

De acuerdo al estudio realizado la enfermedad crónica más frecuente es la Hipertensión Arterial con el 5,43% en adultos de 20 a 64 años de edad esto se da generalmente en personas con edad avanzada por consumo de alimentos altos en sodio (sal) y el sedentarismo que conllevan a adquirir esta enfermedad crónica degenerativa.

En este estudio se encontró en segundo lugar a la diabetes mellitus con un 1,55%, esta enfermedad es debido a "factores genéticos, obesidad, sedentarismo y colesterol alto"⁶⁶

⁶⁶ Disponible en: <http://www.slideshare.net/lizaortiz94/diabetes-mellitus-diapositivas> Fecha: 08/12/2013; Hora: 22hoo.

APARTADO

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

- **VACUNACIÓN.**

- ❖ **Revisión de carnet de vacunas:** niños menores de 5 años, escolares y adolescentes, mujeres en edad fértil y embarazada.

- **EDUCACIÓN.**

- ❖ **Alimentación**

- ✓ Orientación a las madres de familia sobre los beneficios de la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida y la importancia de los controles médicos, vacunación y adecuada alimentación a los niños menores de 5 años, escolares y adolescentes

- ❖ **Planificación familiar**

- ✓ Métodos anticonceptivos que ofrece el MSP
- ✓ Brindar información a mujeres con vida sexual activa sobre la importancia de la realización del Papanicolaou.

- ❖ **Educación prenatal**

- ✓ Controles médicos
- ✓ Vacunación
- ✓ Preparación de los pezones

- ❖ **Toma de presión arterial, a la población mayor de 40 años.**

DISCUSIÓN

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia **resultados de impacto social**. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, es la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.⁶⁷

La población del Barrio San Juan es numéricamente proporcional tanto para el sexo masculino como femenino; sobresaliendo el grupo etario de 20 a 64 años de edad (50,39%), lo que se relaciona con los resultados del estudio del INEC del año 2010 la edad promedio de un ecuatoriano es de 29 años, el 62,2% de la población está entre los 15 y 64 años de edad, mientras que los menores a 15 años representan el 31,3%. La población femenina representó el 50,4% de la población total.

El grado de escolaridad de la mayoría de la población de dicho sector es la educación básica (49,61%) además se encontró 0,78% de analfabetos; datos que se relacionan con el INEC 2010 donde el grado de escolaridad de la población de 24 años y más, disminuye a medida que la edad aumenta. La mayor escolaridad presenta el grupo de 24 a 34 años con 11.1 grados, los adultos mayores presentan el menor grado de escolaridad con un promedio de 5,4%⁶⁸. En cuanto a la tasa de analfabetismo hace relevancia que el total nacional se reduce del 11.7% en el 2001 a 6.75% al 2010⁶⁹.

Según el INEC la pobreza en el área Urbana cerró en el 2011 en 17,36%, 8,5 puntos menos que lo registrado en diciembre del 2006 cuando llegó a 25,9%, mientras que la pobreza rural estuvo en el 50,9%. El 12,5% de hogares viven en condiciones físicas inadecuadas, el abastecimiento de servicio de agua potable es del 72%, la disponibilidad de servicio eléctrico es

⁶⁷ instituciones.msp.gob.ec/somossalud/.../Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

⁶⁸ INEC. Análisis Revista Coyuntural. Edición septiembre 2010,pg. 6

⁶⁹ País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. 2010, disponible en: http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf

del 93,2% de viviendas, el 53,6% cuentan con alcantarillado y el 77% eliminan la basura mediante carro recolector⁷⁰.

De acuerdo a los riesgos encontrados en las familias de este sector están los biológicos como personas con mala nutrición con el 19,38%, personas con discapacidad en 0,78%; en los riesgos sanitarios está el consumo de agua insegura con el 100%, la mala eliminación de la basura y mala eliminación de los desechos líquidos y los animales Intradomiciliarios; en los riesgos socio-económicos está la pobreza que alcanza el 84,21%, el empleo informal del jefe de familia en un 78,95%, y las malas condiciones de la vivienda con 81,58%.

Estadísticas revelan que hasta el año 2012 se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos⁷¹, en el barrio San Juan a todos los niños menores de 2 años se les realizó esta prueba.

En la ocupación sobresale la población económicamente pasiva, esto es, estudiantes con 31,77%, haceres domésticos con el 16,28% y en la población económicamente activa, 16,28% se dedica a la agricultura y 12,40% son albañiles.

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

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

⁷⁰ IDEM

⁷¹ Programa del tamizaje neonatal: proyecto coordinado por el MSP y la Vicepresidencia de la República, disponible en: <http://www.elciudadano.gob.ec/>, consultado el 31/01/2014

es del 59,75% y en el Nivel Superior, la tasa neta de matriculación para la población entre 18 y 24 años, es del 28,34%⁷²; situación similar se observa en este barrio, resaltando que 10,64% de escolares y adolescentes no acceden a la educación.

En cuanto a problemas de conducta se evidencia que 10,64% de escolares y adolescentes presenta problemas; comparando este resultado, en México aproximadamente la mitad de menores presentan algún síntoma emocional o de conducta, de los cuales, el 16% presentaban de cuatro a más síntomas.⁷³

La planificación familiar y el derecho de la mujer a decidir su calendario reproductivo promueven la igualdad. En América Latina un porcentaje variable de mujeres comienza a utilizar métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo. Este porcentaje sólo es superior al 50% de las mujeres en los casos de Colombia, Paraguay y la República Dominicana. En el otro extremo, sólo el 11% de las adolescentes de Guatemala declara haber usado métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo y el 21% después de tener uno o más hijos. Por otra parte, más de un tercio de las adolescentes de Ecuador, El Salvador, Nicaragua y Perú comienzan a usar métodos anticonceptivos después de tener el primer hijo⁷⁴. Esta realidad es diferente a la población en estudio ya que la mayoría de mujeres optan por el método del ritmo con el 50%, y solo el 27,27% se han realizado esterilización tubárica.

El 27,27% de mujeres con vida sexual activa no se han realizado el examen Papanicolaou, según manifiestan algunas, debido al desconocimiento de la importancia de esta prueba, y la incomodidad que genera, estas cifras son similares con un estudio en Chile ya que la cobertura del examen Papanicolaou (PAP) en mujeres de riesgo ha sufrido un descenso sostenido en los últimos 4 años, de 68% a 59% entre los años 2008 y 2011. Esta

⁷² INEC Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf> Consultado 10/12/13

⁷³ Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/17448/28672> Consultado 10/12/2013

⁷⁴ Planificación Familiar Disponible en <http://www.unfpa.org.co/porta1/uploadUNFPA/file/FINAL%20PLANIFICION%20FAMILIAR.pdf> Consultado: 10/12/2013

reducción de la cobertura es aún mayor en las mujeres de más alto riesgo, es decir las mayores de 35 años⁷⁵.

Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en la mayoría de los países de América Latina. En el 2002 representaban el 44% de las defunciones en hombres y mujeres menores de 70 años⁷⁶.

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

Referente a discapacidades, enfermedades crónicas degenerativas, se encontró 5,43% de personas con HTA entre 20-64 años de edad; seguido diabetes, alcoholismo, asma, hipertiroidismo y gastritis crónica; así mismo 0,78% de personas con discapacidad física.

⁷⁵ Campaña para aumento cobertura PAP en mujeres de 25 a 64 años. Disponible en: http://www.colegiodematronasdechile.cl/documentos/InsumoCampanaPAP_SSy%20SEREMIS_2012.pdf Consultado 10/12/13

⁷⁶ Problemática de salud en América latina disponible en: <http://www.granotec.com/ecuador/new/20120222182759/> Consultado 10/12/13

CONCLUSIONES

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

-  En el Barrio “San Juan” se trabajó con 38 familias y 129 habitantes, 70 hombres y 59 mujeres. Todas las familias están expuestas a riesgo medio. El nivel de instrucción que más prevalece es el básico, además se encontró 1 analfabetos. Entre las ocupaciones el 40,31% corresponde a población económicamente activa (Albañil, agricultor, Emp. Privado, Emp. Público, chofer y comerciante). En 38 familias de esta comunidad existe pobreza. Se encontró que el 15,39% utiliza métodos anticonceptivos ofertados por el MSP ya que en su mayoría estos son gratuitos, cabe recalcar que la mayoría de esta población esta inmunizada. Ante problemas de salud acuden a instituciones tanto públicas como privadas.

-  Mediante el perfil epidemiológico se pudo contribuir con el Hospital Universitario de Motupe para la actualización del cuadro de clasificación de las enfermedades catastróficas y discapacidades.

-  Para dar cumplimiento al objetivo se realizaron actividades de enfermería tales como: control de presión arterial, revisión de carnets, educación de nutrición y planificación familiar lo que sirvió para que las personas se informen y despejen sus inquietudes, además que permitió anunciar el sistema del call center que permite facilitar 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 equipos de salud del Hospital Universitario de Motupe que planteen estrategias dirigidas a mejorar la situación de la comunidad, insistiendo en las familias que no entraron en este estudio para luego incorporarlas. Además que participe brindando educación a la comunidad trabajado con los grupos más vulnerables para mantener un control y seguimiento, como también verificar el cumplimiento de los controles periódicos de las diferentes personas con enfermedades crónicas para planear visitas domiciliarias.
- Que se continúe prestando apertura a estudiantes para que realicen este tipo de estudios, debido a que ayudan a fortalecer conocimientos, formando personas capaces de desenvolverse como futuros profesionales de la Salud.
- A la comunidad de San Juan que siga gestionando para que se les provea de agua potable, ya que así se podrá disminuirán los riesgos sanitarios existentes en esta comunidad.

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 [citado 07/12/2013] 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] [citado 05/12/2013] 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] [citado 15/12/2013] 2009 Disponible: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>.
- Mendoza R. Hacinamiento y mala condición de las viviendas. [Internet] 2012 [citado 10/12/2013]8:20 Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx>
- MSP. Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. [Internet] 2013 [citado 27/11/2013] Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contra-la-discapacidad/>
- MSP. Enfermedades crónicas [Internet] 2010 [citado 10/12/2013] 10:45 Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php.
- MSP. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) [Internet] 2013 [citado 09/12/2013]: Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>.

- OMS. La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS. [Internet] 2012 [citado 18/12/2013] Disponible en [http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia -materna-garantiza-salud-supervivencia-infante](http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivencia-infante).
- OMS. Planificación Familiar. [Internet] 2013 [citado 05/12/2013] Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>
- Papanicolaou. [Internet] 2012 [citado 05/12/2013 Hora: 20h45min.] Disponible en: <http://tvncanal.com/index.php>.
- Zazueta R. Pediatría control del niño sano [Internet] 2008 [citado 11/12/2013] disponible en: <http://pediatria.org/?p=> consultado el 12/12/2013

ANEXOS

CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DEL BARRIO SAN JUAN



MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

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

Sr. José Esteban Grande Puga.....

Presidente del Barrio San Juan.....

CERTIFICO:

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

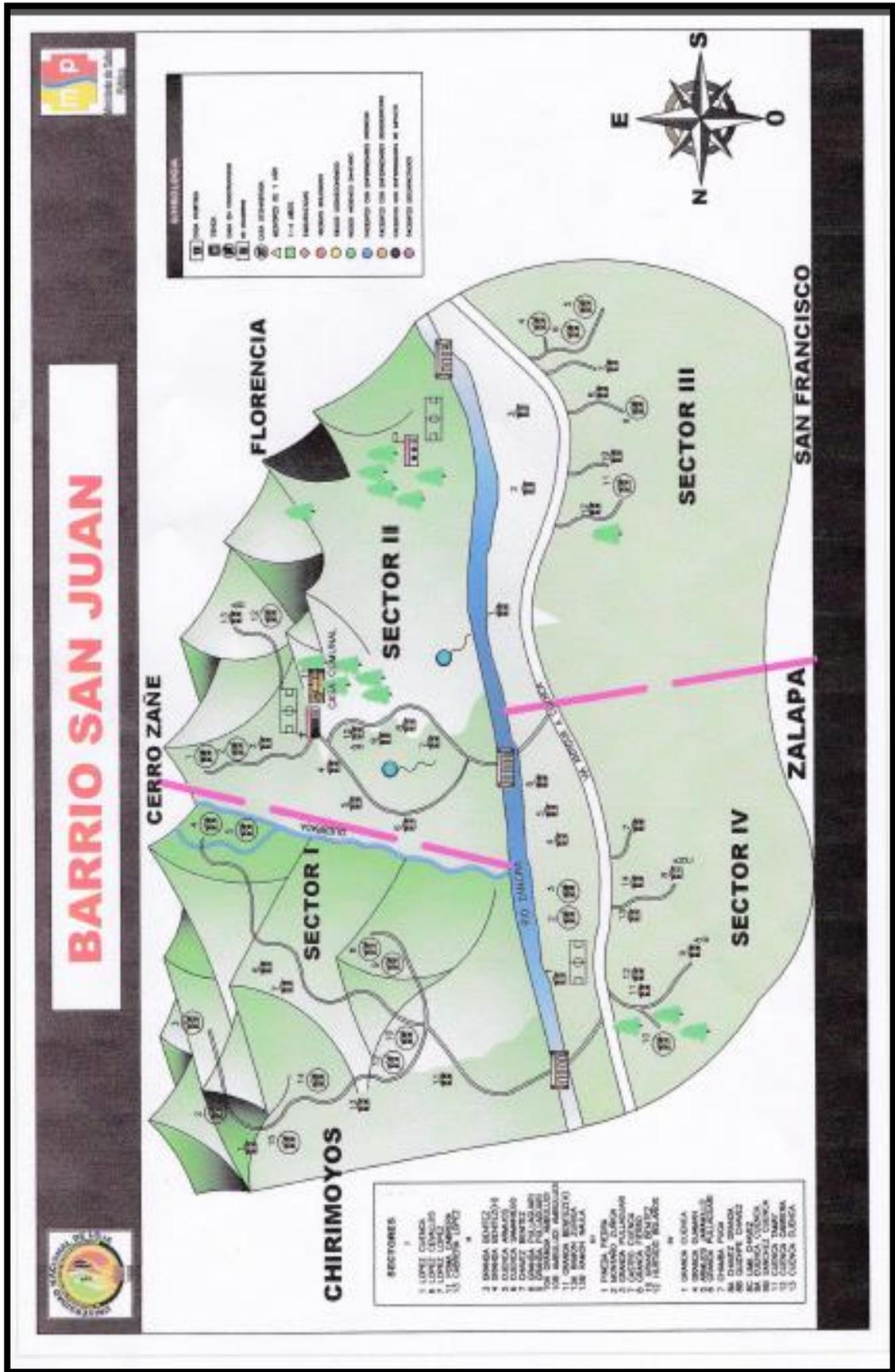
José Esteban Grande Puga.....

PRESIDENTE DEL BARRIO
ci. 110043853-1.....

.....
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD
ci. 1104107303.....

.....
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD
ci. 1105031853.....

MAPA ACTUAL DEL BARRIO SAN JUAN

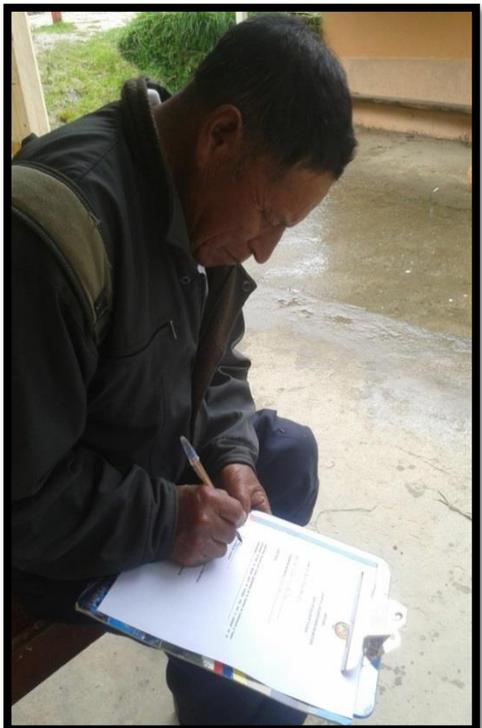


FOTOGRAFÍAS

Entrevista con el presidente del Barrio San Juan



Firma de autorización para el acercamiento a la comunidad



Reconocimiento del Barrio



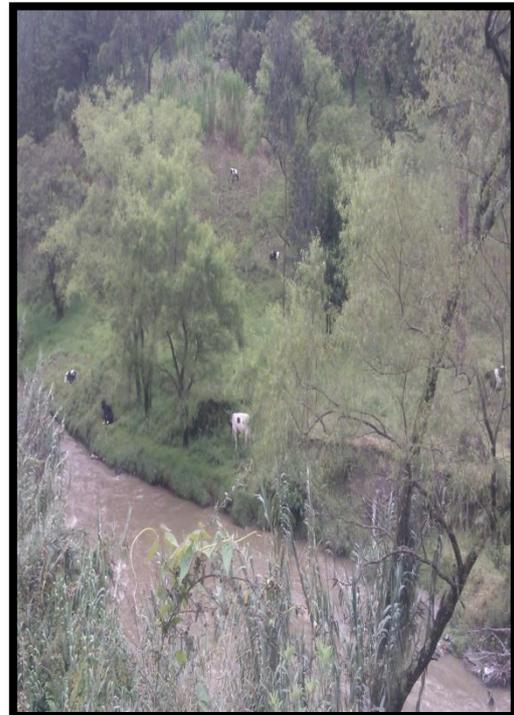
Vía principal de acceso al Barrio (Vía Antigua a Cuenca)



Entrevista a los moradores del barrio



Fuentes de ingreso de los moradores del barrio



Capilla del Barrio San Juan



Escuela del Barrio



INDICE DE MASA CORPORAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

<http://www.freebmiccalculator.net>

Infrapeso
 Nomal
 Sobrepeso
 Obeso

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

TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (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 | |

HABITANTES DEL BARRIO SAN JUAN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

| NOMBRES | EDAD | DIRECCIÓN | PATOLOGÍA |
|--|-------------|-------------------------------------|---|
| Samaniego Cornejo Rosa | 63 años | Sector II # ficha familiar 006 | Hipertensión Arterial |
| Chávez Benítez Ángel Polivio | 47 años | Sector II ficha familiar 007 | Alcoholismo |
| Granda Pullaguari Filomena Visitación | 43 años | Sector II ficha familiar # 009 | Diabetes |
| Zúñiga Tapia Elba Tránsito | 73 años | Sector II ficha familiar # 013A | Hipertensión Arterial |
| Ramón Zúñiga Vicente Rodrigo | 36 años | Sector II ficha familiar # 013B | Asma |
| Montaño Zúñiga Héctor Aníbal | 58 años | Sector III ficha familiar # 002 | Hipertiroidismo |
| Hurtado Bolaños Edison | 54 años | Sector III ficha familiar # 012 | Hipertensión Arterial |
| Granda Benítez José Faustino | 44 años | Sector IV ficha familiar # 001 | Hipertensión Arterial |
| Armijos Piedra Carlos Manuel | 41 años | Sector IV ficha familiar # 005 | Alcoholismo |
| Chamba Puga Luis Ángel | 60 años | Sector IV ficha familiar # 007 | Hipertensión Arterial |
| Puga Quinche María Alejandrina | 57 años | Sector IV ficha familiar # 007 | Hipertensión Arterial |
| Granda Pullaguari María | 52 años | Sector IV ficha familiar # 008 A | Hipertensión Arterial Diabetes Mellit |
| Cuenca Tamay Dolores María | 83 años | Sector IV ficha familiar # 008 A | Gastritis |

**NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL A
DETERMINARSE**

| NOMBRES | EDAD | DIRECCIÓN | PATOLOGÍA |
|---------------------------------|---------|------------------------------------|---|
| Granda Benítez Jonathan José | 11 años | Sector III # ficha familiar 010 | Discapacidad Intelectual a determinarse |

**PROBLEMAS DE AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y
ADOLESCENTES DEL BARRIO SAN JUAN**

| NOMBRES | EDAD | DIRECCIÓN | PATOLOGÍA |
|---|-------------|---------------------------------------|------------------|
| Bryan Andrés Castro Cuenca | 10 años | Sector III # ficha familiar 007 | Ametropía |
| Fabiola Cencibel Granda Benítez | 7 años | Sector III #ficha familiar 010 | Ametropía |
| Jefferson Ramiro Granda Cuenca | 16 años | Sector IV # ficha familiar 001 | Ametropía |
| Jandry Faustino Granda Cuenca | 14 años | Sector IV # ficha familiar 001 | Ametropía |
| Javier Gerardo Granda Cuenca | 12 años | Sector IV # ficha familiar 001 | Ametropía |
| Jorge Luis Quizhpe Chávez | 8 años | Sector IV # ficha familiar 008B | Ametropía |
| Emanuel Sebastián Quizhpe Chávez | 10 años | Sector IV # ficha familiar 008B | Ametropía |
| Marcelo Migue Quizhpe Chávez | 11 años | Sector IV # ficha familiar 008B | Ametropía |
| María Fernanda Sánchez León | 18 años | Sector IV # ficha familiar 009B | Ametropía |

ÍNDICE

| APARTADO | PÁGINAS |
|---------------------------------------|----------------|
| CARÁTULA | I |
| CERTIFICACIÓN | II |
| AUTORÍA | III |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN | IV |
| DEDICATORIA | V |
| AGRADECIMIENTO | VI |
| | |
| TÍTULO | 1 |
| RESUMEN. | 3 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| REVISIÓN DE LITERATURA | 10 |
| MATERIALES Y MÉTODOS | 45 |
| PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS | 48 |
| APARTADO | 69 |
| DISCUSIÓN | 70 |
| CONCLUSIONES | 75 |
| RECOMENDACIONES | 77 |
| BIBLIOGRAFÍA | 79 |
| ANEXOS | 83 |
| ÍNDICE | 98 |