

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



TÍTULO:

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

Tesis previa a la obtención
del Título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

Silvia Patricia Benítez Caraguay

DIRECTORA :

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

Loja - Ecuador

2013

CERTIFICACIÓN

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

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

CERTIFICO.

Que el trabajo de investigación titulado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO DE SAN AGUSTÍN SECTOR I, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013**” elaborado por la Srta. **Silvia Patricia Benitez Caraguay**, egresada de la Carrera de Enfermería, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, ha sido, corregido y orientado bajo mi dirección y una vez que se enmarca dentro de las exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizó su presentación, disertación y defensa.

Loja Febrero del 2014

Atentamente.



.....
Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga
Directora de tesis

AUTORÍA

Yo, **Silvia Patricia Benitez Caraguay**, 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 repertorio institucional-biblioteca virtual.

AUTORA: Silvia Patricia Benitez Caraguay

FIRMA:



CEDULA: 1104343551

FECHA: Loja Febrero del 2014



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

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

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

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

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

Firma: 

Autor: Silvia Patricia Benitez Caraguay

Cédula: 1104343551

Dirección: Barrio San Pedro de Bellavista; entre las calles España y Curazao

Correo Electrónico: bilsy_09@hotmail.es

Teléfono: 0983944935

Datos Complementarios:

Directora de tesis:

Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

Tribunal de Grado:

Lic. Mg. Gina Monteros

Dra. Susana González

Lic. Mirian Romero.

DEDICATORIA

*Especialmente dedico este trabajo y esfuerzo a Dios todo poderoso por ser mi guía espiritual, quien guía siempre mi camino del bien y el éxito, por darme la conformidad de tener a mi madre **Graciela** que se ha sacrificado durante todo mi trayecto estudiantil para la culminación de este momento tan importante de mi formación profesional gracias madre por ser mi árbol principal.*

*A mis **hermanas** y **hermanos** que son mi apoyo incondicional, que siempre han estado apoyándome en mi superación personal por entenderme y por inyectarme ánimos en los ratos difíciles, a mi esposo **Manuel** que ha estado en todo momento apoyándome en las buenas y en las malas, además dándome fuerza y su comprensión para continuar adelante, a mi hija **Karen** que es y será lo más importante de mi vida, que con su carisma y dulzura me ha dado aliento y ganas de seguir luchando por conseguir las metas anheladas.*

Silvia Patricia Benitez Caraguay

AGRADECIMIENTO

*“El hombre más grande en la historia, se llama Jesús. El **NO** tenía un título Universitario y lo llamaban maestro. No tenía medicina y le llamaban sanador”.*

***A Dios:** Por darme la fuerza y la esperanza, aquellas palabras que me alentaron cuando más las necesite por guiar e iluminar mi camino y la mano amiga que nos levantó, en los momentos difíciles en mi carrera.*

***A mi Madre:** Por darme la existencia, por enseñarnos los valores dentro y fuera de la familia, porque sin el apoyo de ella, no hubiera logrado hacer realidad mi meta propuesta.*

***A mi Esposo e Hija:** que siempre han estado en los momentos buenos y malos, dándome fuerza y valor que seguir luchando en este camino arduo y duro.*

***A mi Directora de Tesis:** Lcda. Sonia Caraguay Gonzaga, Docente de la Carrera de Enfermería por el apoyo y enseñanza que me brindó e impartió durante este proceso de investigación.*

Silvia Patricia Benitez Caraguay

TITULO

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

RESUMEN

El presente estudio titulado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN AGUSTIN SECTOR I, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2013**”, está enmarcado en el macro proyecto **LA CARRERA DE ENFERMERIA EN LA ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013**, pretende contribuir con el desarrollo social de la localidad, aportando con datos estadísticos; los mismos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud del Hospital Universitario de Motupe, elaborar estrategias para el mantenimiento y mejoramiento de la salud de las personas, familias y comunidades, desde un enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural.

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

Entre los datos más relevantes sobresalen indicadores como prevalencia, de sexo masculino, nivel de educación básico, los/as jefes de familia se dedican a actividades como: haceres domésticos, agricultura, albañilería.

En escolares y adolescentes se aprecia casos de desnutrición y sobrepeso y gran parte de ellos estudia.

La planificación familiar en mujeres en edad fértil, el método de ritmo es el más utilizado.

En el perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas prevalece la HTA.

Palabras Clave: Diagnóstico comunitario de salud, Perfil Epidemiológico

ABSTRACT

The present study "DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN AGUSTIN SECTOR I, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2013," is framed in the macro project LA CARRERA DE ENFERMERIA EN LA ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013, aims to contribute to the social development of the town , bringing with statistical data that will enable them to basic health teams Motupe University Hospital , develop strategies for maintaining and improving the health of individuals, families and communities, from a biopsychosocial , multidisciplinary and intercultural approach.

The study was Descriptive type , emphasizes the analysis and interpretation of the facts and the methodology relied on strategies established in the comprehensive care model of health, such as Home Visit Family Listing to apply and interview guide that allowed complete information to the baseline , where priority problems were identified to take appropriate technical and political decisions to the local reality seeking to optimize institutional responses and encourage community participation in improving health conditions . (Guerrero and Slimming , 2009:4) .

Among the most relevant indicators such as prevalence data excel, male , level of basic education, / as heads of households are engaged in activities such as household chores , farming , masonry .

Schoolchildren and adolescents in cases of malnutrition and overweight and most of them studying appreciated.

Family planning for women of childbearing age, the rhythm method is the most widely used.

The epidemiological profile of chronic diseases prevalent hypertension.

Keywords : Community Health Diagnostic , Epidemiological Profile

INTRODUCCIÓN

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

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

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 resolutoria del primer nivel, para articular así también las actividades con el segundo y tercer nivel de atención, mediante mecanismos de referencia y contra-referencia que aseguren en forma integral la continuidad de tratamientos de los pacientes. (MAIS 2012).

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

El presente trabajo de investigación consta de las siguientes partes: En la primera se describe de modo detallado el marco teórico tomando en cuenta conceptos básicos, la coherencia con los objetivos, ficha familiar y anexo que se llenó con las familias de la comunidad.

En la segunda parte se presenta una exposición amplia de resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos antes mencionados.

Los resultados están presentados en tablas simples, con sus respectivos análisis que me permitieron llegar a las conclusiones y recomendaciones.

Al final se encuentra la bibliografía sustentada en esta investigación y los anexos que sustentas el mimo.

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 resolutive del primero y segundo nivel.
- ④ Fortalecer la organización territorial de los establecimientos de Salud en Red Pública integral y aplicación de la oferta estructurando redes zonales y distritales conforme a la nueva estructura desconcertada de

² Ibid., 172

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

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

MAPEO DE ACTORES

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

Se basa en:

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

³Ibid., 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 numeraran 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	DIFICIL ACCESO GEOGRAFICO A SERVICIOS DE SALUD	POBREZA	AGUA INSEGURA	ELIMINACION INADDECUADA DE BASURA	TOTAL	OREN 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

⁴Ibid., 188-190

se planifica apoyándose con la información de las cartas censales a nivel de circuitos, analizando criterios como acceso geográfico, vías, medios de transporte y número de población.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

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

ATENCIÓN INTEGRAL A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO Y DEL ENTORNO

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

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

La posibilidad de contraer una enfermedad aumenta por diversos factores de riesgo entre ellos tenemos: factores de servicios de salud, biológicos, psicológicos, sexuales, químicos, físicos, políticos, económicos, del medio

ambiente y laboral, por lo tanto si hay una alteración en cualquiera de estos factores la salud de la población se vería afectada.

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

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

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

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.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

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

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

Es un país multiétnico y pluricultural, destacando las siguientes:

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

La distribución de la población de acuerdo a grupos etéreos 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

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

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

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

3,7% y la raza blanca con el 3%, la población afro ecuatoriana, montubios y otros tienen un porcentaje muy bajo.

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

NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

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

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

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

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

ANALFABETISMO

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

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

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

Deserción escolar

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

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)

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

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

OCUPACIÓN

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

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

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

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

¹⁴ INEC. *Glosario de Términos*. Recuperado de

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

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

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

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

FACTORES DE RIESGO

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

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

RIESGOS BIOLÓGICOS

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

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

- **Embarazadas con problemas:** En los países en vías de desarrollo la mortalidad materna, neonatal y de la niñez aún es un problema

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

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.

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

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

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

RIESGOS SANITARIOS

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

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>

- Mala eliminación de desechos líquidos: un niño muere cada 20 segundos en el mundo por falta de higiene según informes de la Organización de las Naciones Unidas, además cada año se vierten en todo el planeta más de 200 millones de desechos cloacales sin ser tratados, los cuales perjudican al medioambiente y diseminan enfermedades.
- Impacto ecológico por industrias: gran parte del mundo depende de la producción del petróleo las cuales pueden causar daños graves al medio ambiente, la población humana y la vida animal ya sea a sabiendas o involuntariamente.
- Animales intra-domiciliarios: las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes debido a la convivencia con animales, sin embargo existen enfermedades que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud debe informar a la familia que tenga en su domicilio mascotas, las posibles enfermedades que pueden provocar, así como la prevención contra las zoonosis y detención oportuna tanto de parasitosis como patologías asociadas a mascotas.

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS

- Pobreza: la pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación. La pobreza rural en el Ecuador disminuyó 4,23%, para Junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registro

44,96% según la última Escuela Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).²²

- **Analfabetismo del padre o de la madre:** el analfabetismo aumenta la vulnerabilidad socioeconómica presente y futura de los adultos, pero también es un importante agente de mantenimiento de dicha situación a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones.²³
- **Desempleo o empleo informal del jefe de familia:** es una de las principales causas de migración, lo que desintegra núcleos familiares, hijos sin la presencias 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.

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

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

²⁴ Adolescencia 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

- **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 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.

²⁵Definición del Hacinamiento, Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2h5m4uHOx10/12/2013>, 8:20

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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos:

- ▶ Accidentes Cerebrovasculares
- ▶ Enfermedades Respiratorias Crónicas
- ▶ Obesidad
- ▶ Diabetes
- ▶ Trastornos Neuropsiquiátricos
- ▶ Afecciones Digestivas
- ▶ 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

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)

estas causas le siguieron las Enfermedades Isquémicas del corazón, los padecimientos Cerebro-Vasculares, la Influenza y Neumonía, las Enfermedades Hipertensivas y la Diabetes Mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales”.²⁷

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

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

Algunas enfermedades degenerativas son:

- **Espondilo artrosis:** degeneración de los cartílagos articulares. Afecta con mayor frecuencia a la columna vertebral, sobre todo a los segmentos cervicales y lumbares.
- **Alzheimer:** se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian.
- **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.

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

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

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 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.

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

³⁰Enfermedades infecciosas disponibles en:

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

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

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

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

ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

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

TAMIZAJE NEONATAL

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

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

³²PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en:

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

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

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

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

- **Galactosemia:** se produce cuando el organismo no puede metabolizar la galactosa, un azúcar simple de la lactosa presente en la leche animal y humana. Es una enfermedad hereditaria causada por una deficiencia enzimática y se manifiesta con incapacidad para metabolizar la galactosa en glucosa lo cual provoca una acumulación dentro del organismo produciendo lesiones en el hígado, sistema nervioso central, cerebro, riñones y ojos.³⁵

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

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

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

Los efectos positivos o negativos de la alimentación tendrán repercusión, tarde o temprano, en la salud. Un estado de mal nutrición en los niños ya sea por déficit (desnutrición) o por exceso (obesidad) aumenta los riesgos de enfermedades asociadas a estas condiciones. La mejor manera de alcanzar

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.

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

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>

CONTROL DEL NIÑO SANO

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

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

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

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

ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Estado Nutricional de los Escolares y Adolescentes

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

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

CRECIMIENTO DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

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

Valoración del Estado Nutricional por el Índice de Masa Corporal

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

VACUNACIÓN DT (Difteria y Tétanos)

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

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

AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

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

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

ESTUDIO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

Educación Básica

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

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

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

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

Educación media

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

RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

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

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

determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.

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

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLECENTES

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

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

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>

- 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
- ☺ Disminuir la incidencia de bajo peso al nacimiento
- ☺ Disminuir el número de abortos

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 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

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/guiastomo1> (Consultado: 11-12-2013)

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

puede proteger a las mujeres embarazadas y a sus futuros bebés, antes y después del parto”.⁴⁶

ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

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

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

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

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

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

Clasificación de los métodos anticonceptivos

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

a) Métodos Naturales:

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

b) Métodos de Barrera:

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

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

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

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 AGUSTÍN SECTOR I, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013**”, como parte del Proyecto “**ENFERMERIA EN LA PARTICIPACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD – MAIS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2013**”

Tipo de estudio

Esta investigación es 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 Agustín, se encuentra ubicado al Noroeste de la ciudad de Loja, a 17 Km del Hospital de Motupe, se formó hace aproximadamente 70 años (1943-1944),se caracteriza por ser un sector agrícola y ganadero debido a las características climáticas y geológicas de la zona; por lo que las principales fuentes de ingreso de su población son: agricultura, ganadería, entre otras actividades complementarias.

Las vías de acceso son de segundo orden y el medio de transporte más utilizado son los buses urbanos. La población del barrio cuenta con una escuela de Educación Básica e Inicial, sin embargo carecen de servicios básicos como agua potable y red de alcantarillado.

Universo y Muestra

Universo:

Conformaron los 26 barrios que corresponde al área de influencia del Hospital Universitario de Motupe.

Muestra:

32 familias del barrio de San Agustín sector I.

Técnicas e Instrumento

La visita domiciliaria fue el método de acercamiento a esta comunidad, cuya técnica fue la entrevista, los instrumentos que permitieron recolectar 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*) y una guía de entrevista.

Procesamiento de la Información

Los datos obtenidos luego de la aplicación de la ficha familiar y la entrevista, fueron organizados 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 ya existente, el mismo permitió realizar la elaboración del croquis y posteriormente el proceso de sectorización e identificación de familias de riesgo. Para su presentación se utilizó el programa AutoCAD 2012.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS DEL BARRIO DE “SAN AGUSTÍN
SECTOR I”

N° FAMILIAS	f	%
COLABORAN	32	96.97
NO COLABORAN	1	3.03
TOTAL	33	100

FUENTE: fichas familiares del barrio de “San Agustín sector I.
ELABORADO POR: Silvia Benitez, egresada de la carrera de Enfermería

El Diagnóstico se realizó en el Barrio de San Agustín sector I, con el 3,03% de las familias no colaboro con la recolección de datos ni visita domiciliaria la misma que queda registrada en el mapa parlante.

TABLA N°2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO DE “SAN AGUSTIN SECTOR I”

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	2	1.45	1	0.72	3	2.17
1-4 años	3	2.17	5	3.62	8	5.80
5-9 años	8	5.80	9	6.52	17	12.32
10-19 años	18	13.04	14	10.14	32	23.19
20-64 años	35	25.36	37	26.81	72	52.17
65 años y más	4	2.90	2	1.45	6	4.35
TOTAL POBLACIÓN	70	50.72	68	49.28	138	100

FUENTE: fichas familiares del barrio de “San Agustín sector I”.
 ELABORADO POR: Silvia Benitez, egresada de la carrera de Enfermería
 NOTA: Grupos etáreos según el MSP

En la presente tabla se determina que el sexo con mayor porcentaje de los habitantes del Barrio de “San Agustín sector I”, el **50,72%** corresponde al sexo masculino y con el femenino con el **49,28%**.

En cuanto al rango de edad se destaca la población de 20-64 años con el **52,17%** que corresponde a una población económicamente productiva.

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO DE “SAN AGUSTÍN SECTOR I”, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	f	%
Analfabetos	5	3.62
Sin Escolaridad	8	5.80
Pre básica	3	2.17
Básica	56	40.58
Bachillerato	42	30.43
Superior	21	15.22
Especialidad	3	2.17
TOTAL	138	100

FUENTE: fichas familiares del barrio de “San Agustín sector I”

ELABORADO POR: Silvia Benitez, egresada de la carrera de Enfermería

NOTA: La población de la categoría escolaridad SIN ESCOLARIDAD, corresponde a <3 años

“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”⁵⁰; en el estudio se evidencia que el nivel predominante es la educación básica con un **40,58%** y con el **30,43%** tienen un nivel de educación secundario (bachillerato), A si mismo se logró detectar **5** Analfabetos, los mismos que son personas adultas mayores.

⁵⁰ Nivel de educación: Importancia de la educación: Disponible en: http://www.planeducativonacional.unam.mx/CAP_00/Text/00_05a.html.

TABLA N° 4

**RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO DE
“SAN AGUSTÍN SECTOR I”**

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
PERSONAS CON MALA NUTRICIÓN	11	7.97	127	92.03	138	100
PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO	2	1.45	136	98.55	138	100

FUENTE: fichas familiares del barrio “San Agustín sector I”

ELABORADO POR: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL.

NOTA: se elimina la categoría “Embarazadas con problemas, Personas con Problemas Mentales, con Vacunación incompleta, con Discapacidad, y personas con problemas mentales, por no existir caso.

“El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes”⁵¹; en la tabla se observa con un **7,97%** tienen una inadecuada alimentación siendo estos niños y adolescentes, En el barrio se encontró **2** casos de ETS (VIH), los que se encuentran en tratamiento en el Hospital Isidro Ayora.

⁵¹Disponible en:

<http://www.andes.info.ec/es/no-pierda-sociedad/ecuador-tiene-objetivo-erradicar-desnutricion-cronica-infantil-hasta-2017.html> consultado el 22-12-2013 16:40

TABLA N° 5

**RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO DE
“SAN AGUSTÍN SECTOR I”**

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de agua insegura	29	90.6	3	9.4	32	100
Mala eliminación de basuras y excretas	29	90.6	3	9.4	32	100
Mala eliminación de desechos líquidos	25	78.1	7	21,9	32	100
Animales Intradomiciliarios	24	75.0	9	25.0	32	100

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

ELABORACIÓN: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL.

NOTA: se elimina la categoría “Impacto Ecológico por Industrias, por no existir casos”

Entre los riesgos sanitarios presentes en la comunidad están: consumo de agua insegura; mala eliminación de basuras y excretas en un **90,6%** de la población y el **75%** de la familias tienen animales Intradomiciliarios este problema se relaciona con los datos encontrados en “la provincia de Loja en donde según el censo de población y vivienda del 2010 el 58,4% toma el agua tal como llega al hogar”⁵².

⁵² Datos del INEC, Riesgos Disponible en:

http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculos_provinciales/loja.pdf, consultado el 12-11-2013: 17:30

TABLA N°6

CALIFICACIÓN DE LOS RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO “SAN AGUSTÍN SECTOR I”

RIESGOS SOCIOECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Pobreza	7	21,87	25	78,12	32	100
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	3	9,37	29	90,62	32	100
Analfabetismo del Padre y de la Madre	5	15,62	27	84,37	32	100
Desestructuración Familiar	3	9,37	29	90,62	32	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	1	3,12	31	96,87	32	100
Malas condiciones de la Vivienda	12	37,5	20	62,5	32	100
Hacinamiento	8	25	24	75	32	100

FUENTE: fichas familiares del barrio “San Agustín sector I”

ELABORACIÓN: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

Los Riesgos Socioeconómicos presentes en las familias del barrio es, la pobreza con el **21,87%**, algunas familias habitan en viviendas inadecuadas con un **37,5%**, posteriormente se encuentra familias que viven en hacinamiento en un **25%**.

TABLA N°7

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS

MENORES DE 5 AÑOS

TAMIZAJE NEONATAL	TOTAL	
	f	%
SI	4	36.36
NO	7	63.64
TOTAL	11	100

FUENTE: fichas familiares del barrio "San Agustín sector I"
ELABORACIÓN: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

“El programa denominado “CON PIE DERECHO, LA HUELLA DEL FUTURO” tiene como objetivo prevenir el retardo mental y otras discapacidades provocadas por las enfermedades metabólicas hereditarias que ocasionan trastornos mentales”.⁵³

La presente tabla el **36,36%** de los niños se han realizado el tamizaje neonatal y el **63.64%** de los niños menores de 5 años no se les realizó la prueba ya que no se encontraban en el año y la edad indicada ya que el programa del tamizaje neonatal se implementó en Diciembre del 2011.

⁵³ Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec>. Consultado: 09-12-2013.

TABLA N° 8

**ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
DEL BARRIO DE “SAN AGUSTÍN SECTOR I”**

ESQUEMA DE VACUNAS	f	%
Esquema Completo	11	100
Esquema Incompleto	0	0
TOTAL	11	100

FUENTE: fichas familiares del barrio "San Agustín sector I"
ELABORACIÓN: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

“El conocimiento de la población tanto nacional y local en relación a la inmunización de los niño/as contra las enfermedades inmuno-prevenibles, es esencial ya que permite alcanzar el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, que consiste en reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de cinco años”.⁵⁴

A través de la revisión de los carnet de vacunación todos los niños menores de 5 años del barrio de San Agustín sector I, tienen el esquema completo de vacunación, de acuerdo a su edad y al biológico.

⁵⁴ Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/> .
Consultado: 09-12-2013 14:20

TABLA N°9
OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO
“SAN AGUSTÍN SECTOR I”

OCUPACIÓN	f	%
ESTUDIANTE	56	40.58
HACERES DOMESTICOS	23	16.67
SIN OCUPACIÓN	11	7.97
ALBAÑIL	10	7.25
AGRICULTOR	9	6.52
EMPLEADO PRIVADO	9	6.52
EMPLEADO PUBLICO	8	5.80
ARTESANOS	5	3.62
CHOFER	4	2.90
COMERCIANTE	2	1.45
DESEMPLEADO	1	0.72
TOTAL	138	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “San Agustín sector I”

Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

Nota: La categoría **SIN OCUPACION**, corresponde a niños < 5 años.

La ocupación de los habitantes que predomina en este sector corresponde a estudiantes con el **40,58%**, y haceres domésticos con el **16,67%**, las mismas que son población económicamente pasiva.

Mientras que la población económicamente activa, la ocupación que sobresale es la albañilería con el **7,25%**, agricultor y empleados privados con el **6,52%**.

TABLA N° 10
LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL
BARRIO DE “SAN AGUSTÍN SECTOR I”

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
PUESTO DE SALUD DE CARIGAN	50	36.23
HOSPITAL DE MOTUPE	12	8.70
CENTRO N° 3	8	5.80
HOSP. ISIDRO AYORA	5	3.62
IESS	10	7.25
OTROS	53	38.41
TOTAL DE POBLACION	138	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “San Agustín sector I”
Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

“La salud es un derecho que incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. “Según La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud el objetivo es garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud”⁵⁵.

Para la atención médica el **36,23%** de los habitantes del barrio de San Agustín sector I, acuden al puesto de salud de Carigan, los mismos que manifiestan que es el centro de atención más cercano; el **8.70%** se hacen atender en el Hospital de Motupe, y con el **3,62%** van al Hospital Isidro Ayora.

⁵⁵ Ley Orgánica de Salud Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/LEYORGANICADELSISTEMANACIONALDESALUD.pdf>, consultado el 23-11-2013 17:20

TABLA N°11
ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
DEL BARRIO “SAN AGUSTÍN SECTOR I”

ESTADO NUTRICIONAL	f	%
Normal	11	100
TOTAL	11	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “San Agustín sector I”
Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

En la presente tabla se observa que todos los niños menores de 5 años, del barrio de “**San Agustín sector I**”, tienen su estado Nutricional normal el mismo que fue evaluado mediante el Índice de Masa Corporal, tomando en consideración que el rango normal de **12,9 Kg – 18,5 Kg**.

TABLA N°12

**LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
DEL BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR I”**

LACTANCIA MATERNA	f	%
SI	11	100
NO	0	0
TOTAL	11	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “San Agustín sector I”
Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

“La leche materna es el alimento ideal para los recién nacidos y los lactantes, les aporta todos los nutrientes que necesitan para un desarrollo sano, está contiene anticuerpos que ayudan a proteger de enfermedades frecuentes en la infancia como: EDA y la neumonía, que son las dos causas principales de mortalidad en la niñez en todo el mundo”⁵⁶

De acuerdo con los resultados del estudio se encontró que todos los niños menores de 5 años recibieron lactancia materna.

⁵⁶ Lactancia Materna Disponible en: www.who.int/topics/breastfeeding/es/. 10 Datos sobre Lactancia - Salud de la madre, el recién. Consultado el 19/11/2013 a las 17:20

TABLA N° 13

**CONTROLES MÉDICOS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
DEL BARRIO “SAN AGUSTIN SECTOR I”**

EDAD	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
> de un año	4	36,36	0	0	4	100
1 a 4 años	7	63,64	0	0	7	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “San Agustín sector I”

Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

“El control del niño sano o supervisión de salud incluye todas las actividades destinadas a la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades, además del acompañamiento y educación a sus familiares, con el fin de lograr un adecuado desarrollo y crecimiento en el niño”⁵⁷;

De acuerdo al estudio realizado se encontró que todos los niños menores de 5 años cumplieron con todos los controles preventivos de acuerdo a la normativa del MSP.

⁵⁷ Red Salud UC-Facultad de Medicina-Control del niño sano. (Disponible en: <http://redsalud.uc.cl/link.cgi/VidaSaludable/Glosario/C/control-nino-sano.act> Consultado: 28/11/2013)

TABLA N° 14

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO DE “SAN AGUSTÍN SECTOR I”, EVALUADO MEDIANTE INDICE DE MASA CORCOPAL

IMC	f	%
Normal (18,5-24,99)	40	81.63
Des. Leve (17,00-18,49)	4	8.16
Des. Moderada (16,00-16,99)	4	8.16
Sobrepeso (25,00-29,99)	1	2.04
TOTAL	49	100

Fuente: fichas familiares del barrio San Agustín sector I

Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

Nota: Se eliminó la categoría “Des. Grave y Obesidad” por no existir casos

“En la actualidad los nuevos estilos de vida en los escolares y adolescentes se han convertido en un serio problema a nivel mundial, como es el sobrepeso y la obesidad teniendo una estrecha vinculación con las principales causas de morbi-mortalidad, afectando a todas las edades incluidas la edad infantil, juvenil conduciendo a enfermedades: cardiovasculares, metabólicas como la Diabetes Mellitus Tipo 2 y otras enfermedades degenerativas”.⁵⁸

En la presente tabla el **8,16%** de escolares y adolescentes presentan desnutrición leve y moderada y con un **2,04%** tienen sobrepeso según la determinación del índice de Masa Corporal.

⁵⁸ HERNÁNDEZ Triana; RUIZ ÁLVAREZ Manuel Vladimir; Obesidad, una epidemia mundial: Implicaciones de la genética. Rev. Cubana Invest. Bioméd, Ciudad de la Habana, v. 26, n. 3, sept. 2007. Disponible en <<http://scielo.sld.cu/scielo>. accedido en 14 oct. 2010.

⁵⁸ Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC <http://www.alimentateecuador.gob.ec>

TABLA N°15

**ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN
ESCOLARES Y ADOLESCENTES
DEL BARRIO DE “SAN AGUSTÍN SECTOR I”**

ESQUEMA	f	%
COMPLETA	47	95.92
INCOMPLETA	2	4.08
TOTAL	49	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “San Agustín sector I”

Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

“El PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) tiene como objetivo vacunar a los escolares y adolescentes los cuales son grupos más vulnerables, pues en algún momento están expuestos a epidemias, y si no han recibido las vacunas están en riesgo de enfermar”⁵⁹; en el barrio de San Agustín sector I, un **95,92%** de escolares y adolescentes tienen el esquema de vacunación completo de inmunización para la difteria y tétanos, sin embargo un **4,08%** que tienen el esquema incompleto de vacunación.

⁵⁹ Programa ampliado de inmunizaciones, Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH04.HTM consultado el 20-11-2013 a las 14:35

TABLA N° 16

**AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO DE
“SAN AGUSTÍN SECTOR I”**

AGUDEZA VISUAL	f	%
NORMAL	45	91.84
CON PROBLEMAS	4	8.16
TOTAL	49	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “San Agustín sector I”
Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

“Un niño requiere muchas habilidades para triunfar en la escuela; una buena visión es fundamental, se estima que el 80% del aprendizaje de un niño ocurre a través de sus ojos: leer, escribir, trabajar en el pizarrón y usar computadoras son algunas de las actividades visuales que los estudiantes llevan a cabo diariamente”.⁶⁰

La valoración visual realizada a escolares y adolescentes de este sector el **8,16%** requiere una valoración y seguimiento más cercano por parte de los profesionales de la salud.

⁶⁰ Revista médica; “Examen de Agudeza visual; publicado el 02/07/2013; Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003396.htm>; consultado: 27/11/2013.

TABLA N° 17

ACCESO O NO AL ESTUDIO DE LA POBLACIÓN ESCOLAR Y ADOLESCENTES DEL BARRIO DE “SAN AGUSTÍN SECTOR I”

ESTUDIA	f	%
SI	45	91.84
NO	4	8.16
TOTAL	49	100

Fuente: Fichas Familiares del Barrio San Agustín sector I
Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

“El rendimiento escolar es el producto del inter-aprendizaje que el niño realiza en su escuela, el ambiente físico y social circundante, capacidad Intelectual, planes y programas de estudios adecuados”.⁶¹

En la presente tabla se observa con un **8,16%** de escolares y adolescentes no tienen acceso a la educación.

⁶¹ Educación: Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/2800/1/UPS-QT01132.pdf> consultado el 22-12-2013 a las 17:35

TABLA N° 18

RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO DE “SAN AGUSTÍN SECTOR I”, SEGÚN FAMILIAR INFORMANTE

RENDIMIENTO ESCOLAR	f	%
BUENO	45	91.84
MALO	4	8.16
TOTAL	49	100

Fuente: fichas familiares del barrio “San Agustín sector I”
Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

“Los factores sociales y económicos que obstaculizan el desarrollo de la educación como: elevadas tasas de repetición, deserción escolar, mala calidad de la educación, deficiente infraestructura educativa y limitado material didáctico”⁶²; en caso de los escolares y adolescentes del barrio de Sana Agustín sector I, según los padres de familia el **8,16%** tienen un rendimiento malo, lo que se asocian que estos jóvenes tienen que trabajar para aportar las necesidades del hogar.

⁶² Educación, rendimiento Disponible en: <http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>_Consultado: 28/11/2013; Hora: 15h35

TABLA N° 19

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO DE “SAN AGUSTÍN SECTOR I”, SEGÚN FAMILIAR INFORMANTE

PROBLEMAS DE CONDUCTA	f	%
SI	4	8.16
NO	45	91.84
TOTAL	49	100

Fuente: fichas familiares del barrio “San Agustín sector I”

Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL.

Nota: Problemas de conducta: no estudian, comportamiento incorrecto, actitudes inadecuadas

“El tipo de disciplina que una familia enseñe y aplique a sus hijos será responsable de su conducta los problemas de conducta pueden ser temporales debido al estrés, pereza, falta de interés o problemas familiares.”⁶³ Según datos obtenidos el **8,16%** de niños y adolescentes tienen problemas de conducta.

⁶³ Problemas conductuales; Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/childbehaviordisorders.html>. consultado el 20/11/2013 18:20

TABLA N° 20

MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES EN EDDAD FERTÍL DEL “BARRIO DE SAN AGUSTÍN SECTOR I”

MÉTODOS	f	%
Método del Ritmo	11	57.89
Esterilización Tubárica	2	10.53
Implantes	2	10.53
T de Cobre	1	5.26
Orales	1	5.26
Método de Barrera	1	5.26
Inyectable	1	5.26
TOTAL	19	100

Fuente: fichas familiares del barrio “San Agustín sector I”
Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

“La planificación familiar proporciona a las parejas la oportunidad de determinar el número de hijos, los intervalos entre los nacimientos, ofreciendo ventajas sobre la salud reproductiva y tener una vida sexual satisfactoria y segura, con servicios de salud que les proporcionen la posibilidad de tener un hijo saludable cuando ellos lo decidan”⁶⁴ ;en este estudio **57,89%** de las mujeres del barrio de San Agustín sector I, en la etapa de reproducción con vida sexual activa usan el método del ritmo, el **10,53%** utilizan los Implantes y **5,26%** recurrir a métodos Hormonales y de barrera.

⁶⁴ Métodos de planificación familiar, Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> consultado 24-11-2013 a las 16:35

TABLA N° 21

DOSIS DE VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DEL BARRIO DE “SAN AGUSTIN SECTOR I”

N° DE DOSIS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
PRIMERO	43	100	0	0	43	100
SEGUNDA	32	74.42	11	25.58	43	100
TERCERA	10	23.26	33	76.74	43	100
CUARTA	3	6.98	40	93.02	43	100
QUINTA	2	4.65	41	95.35	43	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “San Agustín sector I”

Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL.

Nota: se eliminó la categoría REFUERZO CADA 10 AÑOS, por no existir ningún caso

“La vacunación es de suma importancia ya que los anticuerpos administrados protegen a las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años, con el objetivo de reducir enfermedades infecciosas prevenibles, en este caso la difteria y tétanos”.⁶⁵

En la presente tabla el **4,65%**, recibieron el esquema completo de DT, es decir que el **95,35%** se encuentran en riesgo y la unidad de salud debe trabajar con este grupo ya que es muy alto.

⁶⁵ Vacunación a mujeres en edad fértil Disponible en: <http://elimpulso.com/articulo/vacunacion-en-edad-fertil-el-mejor-comienzo-para-un-embarazo#.Uo6EAPm9Ta4> consultado el 20/11/2013 a las 12:30

TABLA N° 22

REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO DE “SAN AGUSTIN SECTOR I”

PAPANICOLAOU	f	%
SI	11	57.89
NO	8	42.11
TOTAL	19	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “San Agustín sector I”
Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

“Una mujer que empezó con su vida sexualmente activa, es de suma importancia realizarse el examen de Papanicolaou o citología. El cáncer uterino representa la segunda causa de muerte femenina, su etiología está directamente relacionada con el virus del Papiloma Humano, que ingresa al organismo a través de la vía sexual”⁶⁶

En la presente tabla el **42,11%** de las mujeres con vida sexual activa del barrio de San Agustín sector I, no se han realizado este examen.

⁶⁶ Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino.

PERFÍL EPIDEMIOLÓGICO

TABLA N° 23

PERFÍL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL BARRIO “SAN AGUSTÍN SECTOR I”

PATOLOGIAS	RANGO DE EDADES												TOTAL	
	< 1 año		1-4 años		5-9 años		10-19 a		20-64		65 Y +			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hipertensión Arterial	0	0	0	0	0	0	0	0	7	5.07	0	0	7	5.07
Diabetes Mellitus	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.72	0	0	1	0.72
NINGUNA	3	2.17	8	5.79	17	12.32	32	23.19	64	46.38	6	4.35	130	94.20
TOTAL	3	2.17	8	5.80	17	12.32	32	23.19	65	52.17	6	4.35	138	100

Fuente: fichas familiares del barrio “San Agustín sector I”

Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

“Las enfermedades crónicas no transmisibles son aquellas enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta”⁶⁷; en este estudio la enfermedad crónica más frecuente en la población es la Hipertensión Arterial con el **5,07%**, seguida de la Diabetes que se encuentra en un **0,72%**.

⁶⁷ Enfermedades Crónicas definiciones Disponible en http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es consultado el 25/11/2013 17:20

TABLA N°24

**PERFÍL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS
DE BARRIO DE “SAN AGUSTIN SECTOR I”**

PATOLOGIAS	RANGO DE EDADES												TOTAL	
	< 1 año		1-4 años		5-9 años		10-19 a		20-64		65 Y +			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
EPILEPSIA	0	0	0	0	1	0.72	0	0	1	0.72	0	0	2	1.45
PARKINSON	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.72	0	0	1	0.72
NINGUNA	3	2.17	8	5.80	16	11.59	32	23.19	70	50.72	6	4.35	135	97.83
TOTAL	3	2.17	8	5.80	17	12.32	32	23.19	72	52.17	6	4.35	138	100

Fuente: fichas familiares del barrio “San Agustín sector I”

Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

“Las enfermedades degenerativas son afecciones generalmente crónicas, en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo”⁶⁸.

De acuerdo al estudio realizado la enfermedad degenerativa más frecuente en el barrio es la Epilepsia con el **1,54%**, seguido del **0,72%** de la población tiene Parkinson.

⁶⁸ Ecuador y las enfermedades no Trasmisibles. Disponible en <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html> consultado el 09/12/13

TABLA N°25

PERFÍL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES DE IMPACTO DEL BARRIO DE “SAN AGUSTÍN SECTOR I”

PATOLOGIAS	RANGO DE EDADES												TOTAL	
	< 1 año		1-4		5-9 años		10-19 a		20-64		65 Y +			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
VIH	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1.45	0	0	2	1.45
NINGUNA	3	2.17	8	5.80	17	12.32	32	23.19	70	50.72	6	4.35	136	98.6
TOTAL	3	2.17	8	5.80	17	12.32	32	23.19	72	52.17	6	4.35	138	100

Fuente: fichas familiares del barrio “San Agustín sector I”

Elaboración: Silvia Benítez, egresada de la carrera de Enfermería, UNL

“Las enfermedades de Impacto también llamadas transmisibles, según la OMS es cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico y se manifiesta por la transmisión de ese agente, de una persona, o de un reservorio, a un huésped susceptible directa o indirectamente.”⁶⁹ ; en este estudio **1,45%** de la población tiene enfermedades de impacto, como VIH, que al momento se encuentran en tratamiento en el Hospital Isidro Ayora .

⁶⁹Enfermedades infecciosas disponibles en:

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

APARTADO

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

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

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.⁷⁰

La población del barrio de San Agustín sector I, es diferente en hombres y mujeres, predominando con el **50,72%**, el masculino, sobresaliendo el grupo etario entre las edades de 20 a 64 años de edad con el **52,17%** lo que se relaciona con los resultados del INEC del año 2010 la edad promedio de un ecuatoriano es de 29 años, el 62,2% de la población está entre los 15 y 64 años de edad, mientras que los menores a 15 años representan el 31,3%. La población femenina representó el 50,4% de la población total, y el índice de masculinidad fue de 98,2 hombres por cada 100 mujeres⁷¹.

El grado de escolaridad de la mayoría de la población del sector están es la educación básica (**40,58%**) además se encontró **3,62%** de analfabetos; datos que se relacionan con 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%⁷². En cuanto a la tasa de analfabetismo hace relevancia a nivel nacional se reduce del 11.7% en el 2001 a 5,8% en el 2010 a nivel local⁷³.

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

⁷⁰ instituciones.msp.gob.ec/somossalud/.../Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

⁷¹ Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/203162-censo-revela-que-en-el-pais-habitan-14-483-499-personas/>

⁷² INEC. Análisis Revista Coyuntural. Edición septiembre 2010,pg. 6

⁷³ País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador . 2010, disponible en: http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf

en condiciones físicas inadecuadas, el abastecimiento de servicio de agua potable es del 72,0%, la disponibilidad de servicio eléctrico es del 93,2% de viviendas, el 53,6% cuentan con alcantarillado y el 77,0% eliminan la basura mediante carro recolector.⁷⁴

De acuerdo a los riesgos encontrados en las familias de este sector están los biológicos como: personas con mala nutrición con el **7,97%**, y personas con enfermedad de impacto con un **1,45%**; en los riesgos sanitarios esta el: consumo de agua insegura (**90,6%**) de las familias consumen agua insegura y tienen una mala eliminación de la basura, así mismo se encontró a familias que viven con animales Intradomiciliarios en un **75%** los mismos que son causantes de la proliferación de la fauna nociva y son perjudiciales para la salud de la población; en los riesgos socioeconómicos está la pobreza en un **21,87%** presentes en las familias, la infraestructura de las vivienda se encuentran en un mal estado en un **37,5%** y con el **25%** de las familias que viven en Hacimiento.

“Estadísticas revelan que hasta el año 2012 se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos”⁷⁵; en el barrio a todos los niños menores de 5 años se les realizo esta prueba.

En relación a un estudio sobre el diagnostico 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 incierto en el sector formal de la economía. La mayor parte de la PEA ocupada se encuentra en el sector informal y esta subempleada.⁷⁶

En la ocupación sobresale la población económicamente pasiva, esto es, estudiantes con el **40,58%**, haceres domésticos con el **16,67%** y la población

⁷⁴ IDEM

⁷⁵ 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

⁷⁶ IDEM

económicamente activa, **7,25%** son albañiles el **6,52%** se dedican a la agricultura y el **1,45%** se dedican al comercio.

Considerando los datos al 2010, la tasa neta para el Nivel Básico, en relación a la población entre los 5 y 14 años de edad es del 94,61%. La tasa para el Nivel Medio, tomando en cuenta la población entre los 15 y 17 años, es del 59,75% y en el Nivel Superior, la tasa neta de matriculación para la población entre 18 y 24 años, es del 28,34%⁷⁷; situación similar se observa en este barrio, resaltando que **8,16%** no acceden a la educación.

En cuanto a problemas de conducta se evidencia que **8,16%** de escolares y adolescentes presenta problemas conductuales; comparando este resultado en México reportan que aproximadamente la mitad de los menores presentan algún síntoma emocional o de conducta, de los cuales, el 16% presentaban de cuatro a más síntomas.⁷⁸

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 hijo⁷⁹. Esta realidad es diferente a la población en estudio ya que la mayoría de las mujeres optan por métodos de regulación tradicional como el método del ritmo con el **57,89%**, seguido de **10,53%** que se han realizado esterilización tubárica y utilizan método de Implant.

⁷⁷ INEC Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf> Consultado 10/12/13

⁷⁸ 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

⁷⁹ Planificación Familiar Disponible en <http://www.unfpa.org.co/portal/uploadUNFPA/file/FINAL%20PLANIFICACION%20FAMILIAR.pdf> Consultado: 10/12/2013

El **42,11%** de mujeres con vida sexual activa no se han realizado el examen de 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 reducción de la cobertura es aún mayor en las mujeres de más alto riesgo, es decir las mayores de 35 años⁸⁰.

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 años⁸¹; en Luluncoto y Pio XII, pertenecientes al área de salud N° 4 Chimbacalle del MSP del Ecuador en adultos mayores en que las enfermedades crónicas que más prevalecen en estas edades se encuentran la HTA, Diabetes, Obesidad, artritis.

Referente a las enfermedades crónicas se encontró **5,07%** de personas con HTA entre 20-64 años de edad; seguido de la diabetes; en las enfermedades degenerativas se identificó con el **1,45%** de la población con Epilepsia, seguido del **0,72%** que tiene Parkinson; así mismo **1,45%** de personas con VIH.

⁸⁰ 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

⁸¹ Problemática de salud en América latina disponible en: <http://www.granotec.com/ecuador/new/20120222182759/> Consultado 10/12/13

CONCLUSIONES

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

- En el barrio de San Agustín sector I, se trabajó con 32 familias, con un total de 138 personas, de las cuales el 50,72% son hombres y el 49,28% son mujeres.
- El nivel de instrucción que más prevalece en la comunidad es el básico, además se encontró 5 analfabetos.
- La ocupación de los habitantes sobresalen la categoría estudiantes y haceres domésticos, las cuales corresponden a la población económicamente pasiva, mientras que la que produce ingresos a la familia son los albañiles y Emp. Privado.
- Entre los riesgos sanitarios que afectan a la población está el consumo de agua insegura, mala eliminación de basura y excretas, mala eliminación de desechos líquidos y animales Intradomiciliarios.
- Los niños menores de 5 años de edad tienen su esquema de vacunación completo y han recibido lactancia materna como alimento exclusivo, conforme lo recomienda la OPS/MSP.
- A relación al acceso a la educación un 91,84% de los escolares y adolescentes están estudiando y tiene un rendimiento académico bueno, según refieren los padres de familia.
- En cuanto a la planificación familiar el método de preferencia por parte de las mujeres en edad fértil del barrio es el método de ritmo.
- Las mujeres con vida sexual activa con un 42,11% de esta población no se ha realizado el examen citológico (Papanicolaou), debido al

desconocimiento de la importancia de este examen por lo menos 1 vez por año.

- En relación al perfil epidemiológico se encontró a las enfermedades crónicas que afectan a la población de 20-64 años como es la HTA, encontrándose en un 5,07% de la población.

RECOMENDACIONES

- Al Hospital de Motupe gestione la participación de personal de salud y la comunidad para que planifique, ejecute proyectos educativos conllevados a la adecuada eliminación de la basura y excretas, el correcto manejo del agua antes de su consumo, así como la convivencia con animales dentro del hogar.

- Al equipo de salud especialmente a la de enfermería para que realicen charlas educativas, talleres a madres de familia acerca de la correcta alimentación de los niños y adolescentes, para de esta forma evitar índices de malnutrición, además incentivar a las mujeres con vida sexual activa que se realicen el examen citológico (Papanicolaou) y hablar la importancia de la detección oportuna del cáncer del cuello uterino.

- Al Equipo de Salud del HUM, conjuntamente con la carrera de Enfermería, que se siga implementado la realización del perfil epidemiológico para trabajar conjuntamente con la colectividad y manejar de forma oportuna las enfermedades crónicas degenerativas y de impacto con campañas de promoción y prevención de la salud.

- A la Carrera de Enfermería que continúe fortaleciendo la vinculación con la colectividad para contribuir al fortalecimiento del nuevo modelo de atención de salud en las comunidades.

BIBLIOGRAFIA

-  AGUIRRE Pilar & Otros. (septiembre 2010). Manual de Atención al Alumnado con necesidades específicas de Apoyo Educativo por padecer Enfermedades Raras y Crónicas [Base en línea]. España Disponible en: www.juntadeandalucia.es/educacio/portal/com/big/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/ManualdeatencionalalumnadoNEAE/1278667341285_09.pdf
-  COLLAZOS Jaime & Otros. (2008). Salud Pública y Discapacidad [Base en línea]. Bogotá Disponible en: <http://books.google.es/books?id=cBhhQB3dq5EC&dq=salud+publica+2008&hl=es&sa=X&ei=9j7xUuzAJ9KfkQe48IGQBQ&ved=0CE4Q6AEwBQ>
-  CORREA Eduardo & Otros. (2009). Manual de Salud Comunitario. [Base en línea]. Ecuador Disponible en: <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMAN%C3%8DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20OTRABAJO%20SOCIAL/09/SALUD%20COMUNITARIO/MANUAL%20DE%20SALUD%20COMUNITARIA.pdf>
-  ESCOBAR, A., Velasco M. (2010). *Los y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI*. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte1.pdf (Citado: 10/12/2013).
-  FATHALLA, Mahmoud. (2008). Guía práctica de investigación en salud. [Base en línea]. Washington, D.C: OPS Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/724/OPS.%20Gui%CC%81a%20pra%CC%81ctica%20de%20investigacio%CC%81n%20en%20salud.pdf>
-  GARRIDO, H., YUNGA E. (2010). *Incidencia del Cáncer en Loja: Estudio de una Década*. Loja Sociedad de Lucha Contra el Cáncer-SOLCA.
-  GUIDALLI Atie, & Otros. (2011). Nutrición y Alimentación en el ámbito Escolar [Base en línea]. Madrid Disponible en:

<http://www.nutrición.org/img/files/nutricion%20ambito%20escolar%20FINALprot.pdf>.

- HERNÁNDEZ, M., AGUAYO J., GÓMEZ A., (2008). *Manual de Lactancia Materna - de la teoría a la práctica*. España. Editorial Médica Panamericana.
- HERNÁNDEZ, R., & Otros. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ª ed. México. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana.
http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma_planit_famil.pdf
- JUMBO, F. (2011). *Análisis y Porcentajes de los Problemas Psicológicos*. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: <http://www.slideshare.net/jumbofabian/la-psicologia-educativa-en-quito-ecuador-informe-del-ao-escolar-2010-2011> (Citado: 10-11-13).
- LEÓN, W., YÉPEZ G., NIETO, M. (2008). *Componente Normativo Materno*. Ecuador. MSP-SNS.
- MENDIETA, M. (2012). *Dinámica poblacional en Ecuador, Informe de Coyuntura Económica*. No 9. Ecuador. Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Técnica Particular de Loja.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (2013). *MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI*. Ecuador.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CONASA. (Agosto 2010). Norma y protocolo de Planificación Familiar. [Base en línea]. Ecuador Disponible en:
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2007). *Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales*. Suiza.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2010). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Suiza.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2011). *Agua y Saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública*. Washington.
- PINEDA, E., & Otros. (2008). *Metodología de la Investigación*. 3ª ed. Washington. Publicación de la OPS.
- SALAS, M., PEÑALOSA J. (2006). *Pediatría, Bases Fisiopatológicas Clínicas y Terapéuticas*. 3ª ed. México. Editorial Masson.
- VILLACÍS, B., CARRILLO D. (2011). *La Nueva Cara Sociodemográfica del Ecuador*. Edición Especial. Quito-Ecuador. Revista Analítica - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

ANEXOS

ANEXO A LA FICHA FAMILAR

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

PROTECCION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

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

2. CONTROL DEL NIÑO SANO

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

ATENCIÓN INTEGRAL DEL ESCOLAR Y ADOLESCENTE

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

PROTECCION DE LA MUJER

1. ATENCIÓN MATERNA

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	FUM	FPP	ANTEC. PATOL. OBST.	VACUNA		CONTROLES					PARTO	PUERPERIO	
					DT	1°	2°	1	2	3	4		5	1°

2. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	METODO DE REGULACION DE FECUNDIDAD						VACUNACION						PAPANICOLAOU			
		INTACTAL	ORAL	IMPLANTE	TIC COBET	METODO DEL RITMO	Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta dosis	Quinta dosis	Refuerzo (Cada 10 años)	SI	NO	FECHA	DIAGNOSTICO	

PROBLEMAS DE SALUD CRONICOS

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

FICHA FAMILIAR

SEÑALAR EL SÍMBOLO O LA ABRREVIATURA CORRESPONDIENTE A LA SITUACIÓN FAMILIAR O PERSONAL. COPIAR EL SÍMBOLO O LA ABRREVIATURA NECESARIA, PEGARLA EN EL ESPACIO DE LA UBICACIÓN CORRESPONDIENTE Y MARCAR EL TÍTULO.

7. FAMILIOGRAMA	ABREVIATURAS	ABUELOS
HOMBRE MUJER MATRIMONIO O UNIÓN LEGÍTIMA ABORTO SEPARACIÓN UNIÓN CON SANGRE DIVORCIO HIJOS ADOPTIVOS HIJOS BIOLÓGICOS	IN INFANTO HT HISTERECTOMÍA DI DIABETES CA CÁNCER EP EPILEPSIA TB TUBERCULOSIS AS ASMA TA TABACISMO AL ALCOHOLISMO DD DRUGO DC DISCAPACIDAD MG MIDIANTE EM EMBRAZO F FALLECIDO INFORMANTE X	PADRES
		HIJOS

8. UBICACIÓN DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN	9. CONTAMINACIÓN AMBIENTAL
 NORTE	CAUSANTE DE LA CONTAMINACIÓN
	FECHA INFORME TIPO DE CONTAMINANTE Y DESCRIPCIÓN
	LONGITUD ALTITUD

10. LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO	FICHA FAMILIAR - FAMILIOGRAMA Y CONTAMINACIÓN
	CAUSANTE DE LA CONTAMINACIÓN

SNS-MSP / HCU - anexo 1 /2008 (hoja 4)

Ministerio de Salud Pública
ÁREA DE SALUD N° 3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

FICHA FAMILIAR DE SALUD N°

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA _____

1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIAL	LANTID	LONGITUD	ALTITUD
--------------------------------------	--------	----------	---------

NUMERAR CADA AÑO, AL REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN

GRUPO	MEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD		FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	SEXO	ESCOLARIDAD	ESPERANZA COMPLETA DE VIDA	SALUD BUENAL	RIESGOS ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD	N° DE HISTORIA CLÍNICA	N° DE CÉDULA DE CIUDADANÍA
	APPELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO									
65 AÑOS Y MAS											
50 - 64 AÑOS											
45 - 49 AÑOS											
40 - 44 AÑOS											
35 - 39 AÑOS											
30 - 34 AÑOS											
25 - 29 AÑOS											
20 - 24 AÑOS											
15 - 19 AÑOS											
10 - 14 AÑOS											
5 - 9 AÑOS											
1 - 4 AÑOS											
MEJOR MENOR											

TOTALES

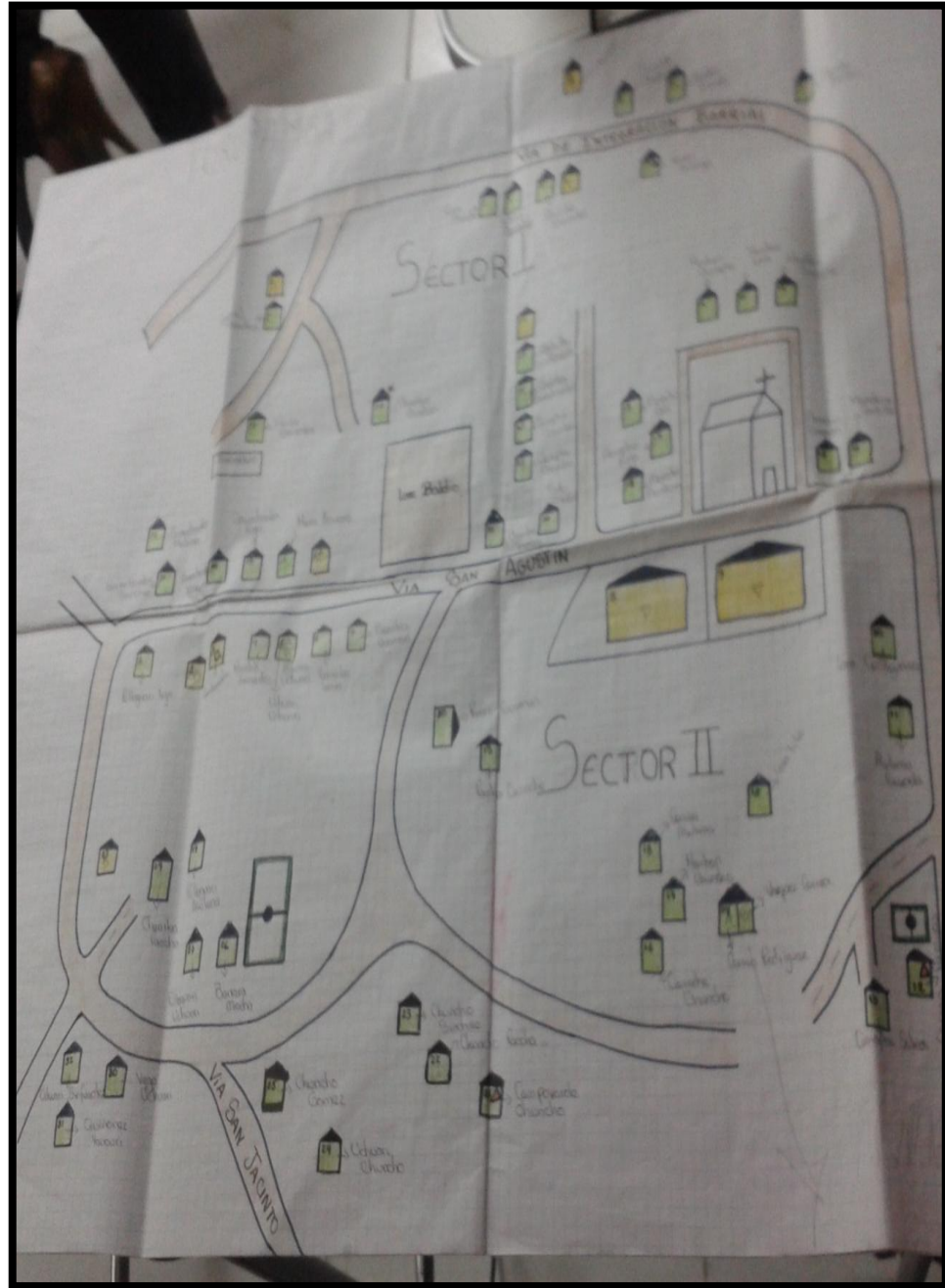
GRUPO	EMBARAZOS	FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN		FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN ET		BASE DE VACUNACIÓN ET		ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS			
		NOMBRE	PUERTESCO	EDAD AL FALLECER	CAUSA	PRIMERA	SEGUNDA	REFUGIO	GESTES	ABORTOS	CEBROS

3 MORTALIDAD FAMILIAR	4 RESPONSABLE DEL LLENADO
REGISTRAR SOLO LOS FALLECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EDAD AL FALLECER CAUSA	NOMBRE Y APELLIDO CÓDIGO FIRMA

FICHA FAMILIAR - ANAMNESIS

SNS-MSP / HCU - anexo 1 /2008 (hoja 1)

CROQUIS DEL BARRIO DE SAN AGUSTÍN



MAPA PARLANTE



SAN AGUSTIN



Capilla



Casa Comunal



VIAS





ENCUESTAS

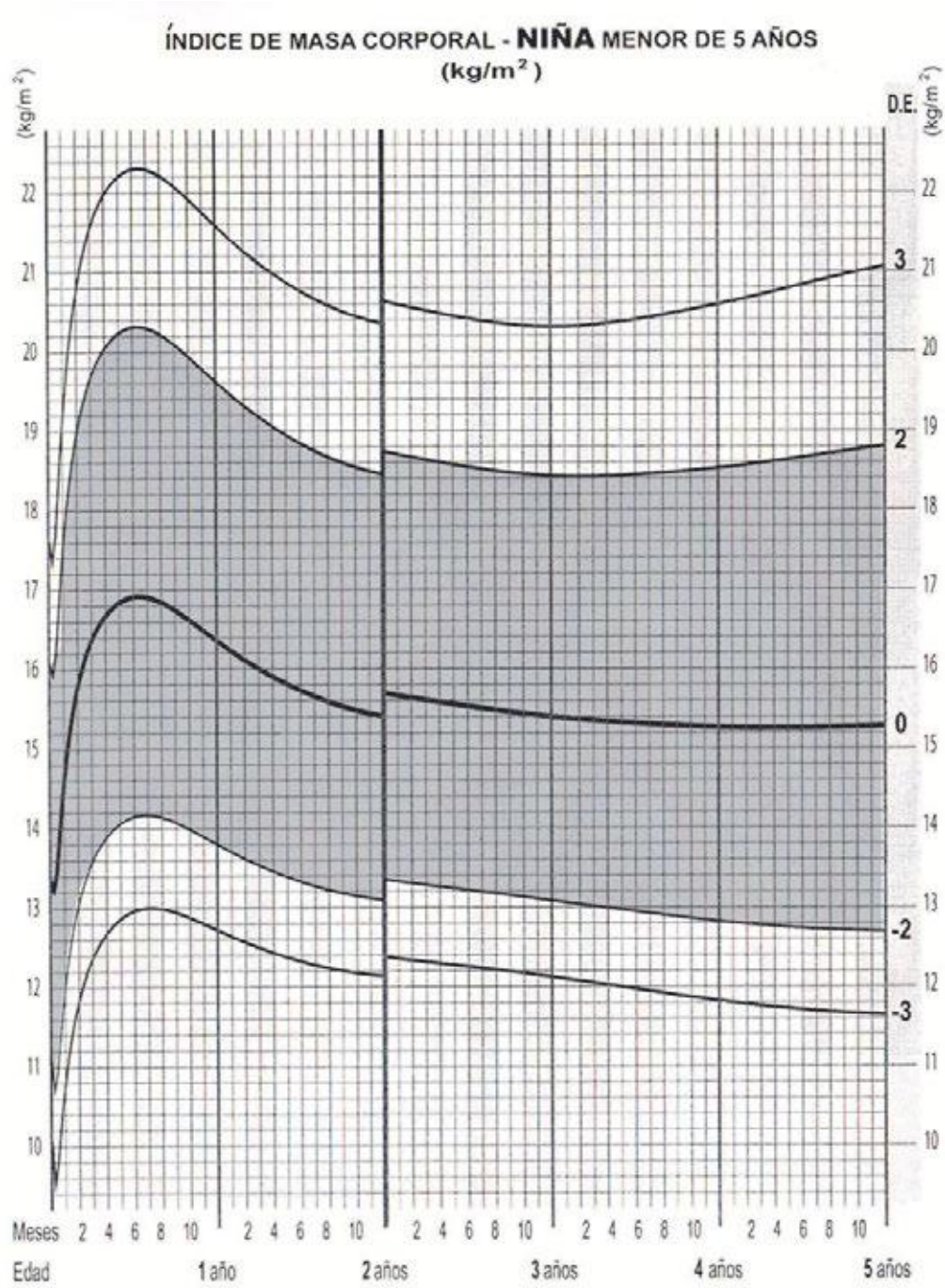


MEDIDAS ANTROPOMETRICAS



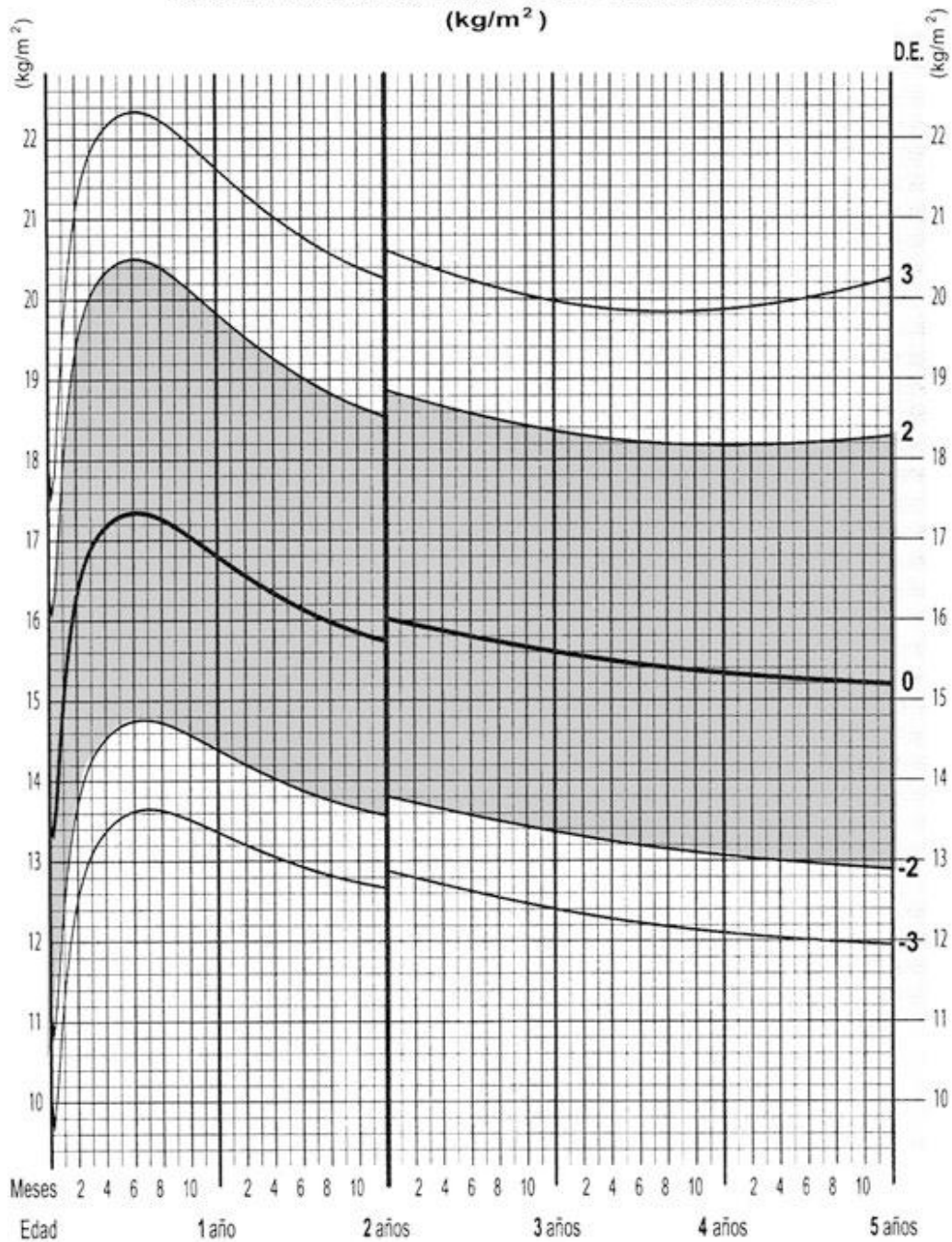
TABULACION DE DATOS

INDICE DE MASA CORPORAL DEL NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS



CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

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




CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS



ENTREVISTA CON EL PRESIDENTE DEL BARRIO

CERTIFICACIÓN


1889


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


Loja... 06 Octubre 2013


Sr. Bolivar Daniel Grande Udevari
Presidente del Barrio... San Agustin

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 Agustin


.....
PRESIDENTE DEL BARRIO
Ci: 1104343551

Silvia P. Bente 
.....
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD
Ci: 1104343551

Nancy A. Sarmiento 
.....
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD
Ci: 1104343551

Tel cel: 0991098693
Tel casa 105003
Tel trabajo 589350

TABLA DE IMC PARA ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

Peso [Kilograms]

	45	48	50	53	55	58	60	63	65	68	70	73	75	78	80	82,5	85	87,5	90
145.0	21.4	22.6	23.8	25.0	26.2	27.3	28.5	29.7	30.9	32.1	33.3	34.5	35.7	36.9	38.0	39.2	40.4	41.6	42.8
147.5	20.7	21.8	23.0	24.1	25.3	26.4	27.6	28.7	29.9	31.0	32.2	33.3	34.5	35.6	36.8	37.9	39.1	40.2	41.4
150.0	20.0	21.1	22.2	23.3	24.4	25.6	26.7	27.8	28.9	30.0	31.1	32.2	33.3	34.4	35.6	36.7	37.8	38.9	40.0
152.5	19.3	20.4	21.5	22.6	23.6	24.7	25.8	26.9	27.9	29.0	30.1	31.2	32.2	33.3	34.4	35.5	36.5	37.6	38.7
155.0	18.7	19.6	20.8	21.9	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	28.1	29.1	30.2	31.2	32.3	33.3	34.3	35.4	36.4	37.5
157.5	18.1	19.1	20.2	21.2	22.2	23.2	24.2	25.2	26.2	27.2	28.2	29.2	30.2	31.2	32.2	33.3	34.3	35.3	36.3
160.0	17.6	18.6	19.5	20.5	21.5	22.5	23.4	24.4	25.4	26.4	27.3	28.3	29.3	30.3	31.3	32.2	33.2	34.2	35.2
162.5	17.0	18.0	18.9	19.9	20.8	21.8	22.7	23.7	24.6	25.6	26.5	27.5	28.4	29.3	30.3	31.2	32.2	33.1	34.1
165.0	16.5	17.4	18.4	19.3	20.2	21.1	22.0	23.0	23.9	24.8	25.7	26.6	27.5	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1	33.1
167.5	16.0	16.9	17.8	18.7	19.6	20.5	21.4	22.3	23.2	24.1	24.9	25.8	26.7	27.6	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1
170.0	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	23.4	24.2	25.1	26.0	26.8	27.7	28.5	29.4	30.3	31.1
172.5	15.1	16.0	16.8	17.6	18.5	19.3	20.2	21.0	21.8	22.7	23.5	24.4	25.2	26.0	26.9	27.7	28.6	29.4	30.2
175.0	14.7	15.5	16.3	17.1	18.0	18.8	19.6	20.4	21.2	22.0	22.9	23.7	24.5	25.3	26.1	26.9	27.8	28.6	29.4
177.5	14.3	15.1	15.9	16.7	17.5	18.3	19.0	19.8	20.6	21.4	22.2	23.0	23.8	24.6	25.4	26.2	27.0	27.8	28.6
180.0	13.9	14.7	15.4	16.2	17.0	17.7	18.5	19.3	20.1	20.8	21.6	22.4	23.1	23.9	24.7	25.5	26.2	27.0	27.8
182.5	13.5	14.3	15.0	15.8	16.5	17.3	18.0	18.8	19.5	20.3	21.0	21.8	22.5	23.3	24.0	24.8	25.5	26.3	27.0
185.0	13.1	13.9	14.6	15.3	16.1	16.8	17.5	18.3	19.0	19.7	20.5	21.2	21.9	22.6	23.4	24.1	24.8	25.6	26.3
187.5	12.8	13.5	14.2	14.9	15.6	16.4	17.1	17.8	18.5	19.2	19.9	20.6	21.3	22.0	22.8	23.5	24.2	24.9	25.6
190.0	12.5	13.2	13.9	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.0	18.7	19.4	20.1	20.8	21.5	22.2	22.9	23.5	24.2	24.9

<http://www.freebmiccalculator.net>

Infrapeso
 Normal
 Sobrepeso
 Obeso

TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLE) PARA ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLE) PARA LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



INDICE

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

	PÁGINAS
TÍTULO.....	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	
INTRODUCCIÓN.....	5
REVISIÓN DE LITERATURA.....	8
DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.....	9
Definiciones.....	9
Objetivos de Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).....	9
Mapeo de Actores.....	10
Mapa Parlante.....	11
Mapeo del Sector.....	14
Atención integral a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno.....	16
Perfil Epidemiológico.....	16
Distribución de la población ecuatoriana.....	18
NIVEL DE ESCOLARIDAD.....	19
Analfabetismo.....	20

OCUPACIÓN.....	21
RIESGOS BIOLÓGICOS.....	22
RIESGOS SANITARIOS.....	24
RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS.....	25
ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	27
ENFERMEDADES DEGENERATIVAS.....	29
ENFERMEDADES DE IMPACTO.....	30
ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD.....	31
Tamizaje Neonatal.....	31
ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.....	33
LACTANCIA MATERNA.....	34
CONTROL DEL NIÑO SANO.....	35
ESCOLARES Y ADOLESCENTES.....	35
Crecimiento del Niño y el Adolescente.....	36
VACUNACIÓN Dt (Difteria y Tétanos).....	36
Agudeza visual en escolares y adolescentes.....	36
Estudio en escolares y adolescentes.....	37
RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES.....	38
PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTE.....	39
ATENCIÓN MATERNA.....	40
CONTROLES MÉDICOS EN EL EMBARAZO.....	41
Vacunación en mujeres embarazadas.....	42
ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL.....	43
PAPANICOLAOU.....	45
MATERIALES Y METODOS.....	46
Tipo de estudio.....	47

Área de Estudio.....	47
Universo y Muestra.....	48
Técnica e Instrumento.....	48
Procesamiento de la Información.....	48
Análisis e interpretación de resultados.....	49
PERFÍL EPIDEMIOLÓGICO.....	72
APARTADO (actividades que realizó).....	76
DISCUSIÓN.....	77
CONCLUSIONES.....	82
RECOMENDACIONES.....	85
BIBLIOGRAFIA.....	87
ANEXOS.....	91
INDICE.....	105

