

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



TÍTULO

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE
SALUD DEL BARRIO ESMERALDA
NORTE SECTOR I Y III,
SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013”.**

Tesis previa a la obtención
del Título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

Srta: Vilma Leonor Pintado Castillo

DIRECTORA DE TESIS :

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

Loja - Ecuador

2013



CERTIFICACIÓN

Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga.

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

CERTIFICO.

Que el presente trabajo de investigación de tesis titulado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO ESMERALDA NORTE SECTOR I Y III, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013**” de autoría exclusiva de la egresada Srta. Vilma Leonor Pintado Castillo, ha sido dirigida, analizada y revisada detenidamente en todo su contenido y desarrollo bajo su dirección por tales razones autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal de grado asignado.

Loja, Enero del 2014

Atentamente.



Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

Directora de tesis



AUTORÍA

Yo, Vilma Leonor Pintado Castillo, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de los posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autor: Vilma Leonor Pintado Castillo

Firma:

Cedula: 1104666415

Fecha: Loja, Enero del 2014



Vilma Leonor Pintado Castillo

CI: 1104666415



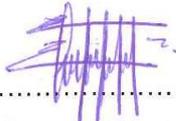
**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA PARA
LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

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

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

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

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

Firma: 

Autora: Vilma Leonor Pintado Castillo

Cédula: 1104666415

Dirección: Menfis Central

Correo Electrónico: leo29pint@hotmail.com

Teléfono: 0990093331

Datos complementarios

Directora de tesis: Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

Tribunal de grado: Lic. Mg. Balbina Contento Fierro

Lic. Mg. Bertila Tandazo Agila

Lic. Mg. Patricia Chávez Poma

DEDICATORIA

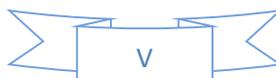
A mi buen Dios-Padre que me dio la fe, la salud y esperanza para terminar mi estudio; A todos mis seres queridos en especial a mis padres Bolívar y Sonia quienes me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas, mi hijo Jordyn Alexis quien ha sido mi inspiración y fortaleza para seguir adelante.

A mis padres Bolívar y Sonia:

Reciban esta modesta dedicación como un homenaje a su grandeza, que de niña me dieran cuidados y de mujer fortaleza. Hago votos para que hoy de dicha mis logros les colmen y mañana les llenen de orgullo. Tengan presente que la gloria más grande que tengo es el ser hija de ustedes.

A mis hermanos/as, Katty, Lenin, Jefferson y Lisbeth, a mis abuelitos, tíos y primos/as en que de una u otra forma estuvieron apoyándome, y a mis apreciados maestros por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios.

Vilma Leonor Pintado Castillo



AGRADECIMIENTO

Me faltarían las palabras para agradecer a toda mi familia que siempre estuvieron apoyándome, en especial a mis padres Bolívar y Sonia que con sus consejos me han sabido guiar por un buen camino, a mis hermanos Katty, Lenin, Lisbeth y Jefferson, a mis familiares que me han brindaron su apoyo incondicional para llegar a cumplir una meta importante en mi vida. A mi hijo Jordyn Alexis que ha sido el regalo más grande y hermoso que Dios me ha dado y a mis amigos/as en especial a mi amiga Eugenia Sarango por compartir momentos de tristezas, alegrías, emociones, fracasos y triunfos. A la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, a la Carrera de Enfermería por haberme brindado la oportunidad de ingresar a las aulas universitarias y obtener mi título profesional.

A mi directora de tesis Lcda. Sonia Caraguay Gonzaga por su entrega diaria, su buena voluntad y por el entusiasmo proporcionado en desarrollo de esta investigación.

De todo corazón muchas gracias a todos ustedes.

Gracias

Vilma Leonor Pintado Castillo.

TEMA

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO ESMERALDA
NORTE SECTOR I Y III, SEPTIEMBRE–DICIEMBRE DE 2013”.**

RESUMEN

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

El presente es un estudio de carácter descriptivo con un universo de 177 habitantes 91 mujeres y 86 hombres.

Finalizado el trabajo se establece las siguientes conclusiones:

El grupo etario que predomina es de 20 a 64 años, referente al sexo es el femenino (51,41%), el nivel de educación el bachillerato (31,64%). El método de planificación familiar más utilizado es el método del ritmo, las mujeres con vida sexual activa que no se realizan el Papanicolaou el (17,24%).

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

Palabras Claves: Estudio de salud, Diagnostico de Salud.

SUMARY

The community health diagnosis is the process of data collection and subsequent analysis, to determine the health needs of the population that health services should address establishing operations and actions that allow face problems and needs are identified.

The information obtained through the interview made to the 43 families of North Esmeralda Sector I and III , as an instrument family record was used , the results were tabulated , analyzed and tables were made neighborhood.

As a result the following was determined:

The predominant age group of 20-64 years of age, sex stands out is the female (51.41 %), the vaccination of children under 5 is complete, the level of education is high school (31.64%), the majority of school children and adolescents have good nutritional status, most studying and academic performance is good. In regard to sexually active women, the natural method is the most widely used family planning.

Regarding the epidemiological profile include hypertension is the most prevalent chronic disease affecting aged between 20 and 64 and with regard to the most outstanding intellectual disabilities is disabled . Research bibliography and appendices which involves the development of it is supported.

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REVISIÓN LITERARIA

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Definiciones

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

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

Objetivos de Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

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

Mapeo de Actores

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

² MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURA [Internet] 2013 [citado 13 noviembre 2013]. Disponible en: MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 48-53

participación social que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos.

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

Mapeo del Sector

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

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

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

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

- Ⓢ **A nivel urbano:** 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 **TAPS** (Técnicos de Atención Primaria de Salud) por cada 4000 habitantes.
- Ⓢ **A nivel rural:** 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 TAPS por cada 1500 a 2500 habitantes.

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

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

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

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

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

- ② Conformación y/o fortalecimiento de la Organización Comunitaria de Salud –comité Local de Salud.
- ② Diagnóstico situacional.
- ② Diagnóstico dinámico.

Fases y herramientas para la implementación del Modelo de Atención

- ② Mapa parlante.
- ② Sala situacional.

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

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

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

Con el objetivo de garantizar el acceso y la continuidad de la atención se asigna un **EAIS** a un grupo de familias de acuerdo al estándar establecido por la autoridad sanitaria quienes tienen la responsabilidad de implementar la ficha familiar, identificar riesgos y factores protectores, establecer planes de intervención en conjunto con el resto del equipo de la unidad de salud más cercana.³

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

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

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

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

Según el **INEC** (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador) en el 2010 las Infecciones de Vías Urinarias son un problema de salud que se ubica en el octavo puesto con una tasa de 10.3% en las mujeres con relación a las diez principales causas de morbi-mortalidad.

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

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

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

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

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

⁴ Carcavallo RU, Martínez A 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.

⁵ Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^{ta} Edición, Septiembre 2012

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.⁶

Es un país multiétnico destacando las siguientes:

- ② Mestizos 65%.
- ② Indígenas 25%.
- ② Blancos 7%.
- ② Afro ecuatoriana 3%.
- ② Etnia Shuar 9,37%.

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

- ② 0-14 años: 30,1% (hombres 2.301.840/mujeres 2.209.971).
- ② 15-64 años: 63,5% (hombres 4.699.548/mujeres 4.831.521).
- ② 65 años y más: 6,4% (hombres 463.481/mujeres 500.982).⁷

Distribución poblacional de la Provincia de Loja

De acuerdo al Censo realizado en el año 2010 la provincia de Loja cuenta con una población de 448.966 habitantes, se caracteriza por existir un predominio de la población mestiza con 90,2% seguida de la indígena con un 3,7% y la 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

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

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

15 a 29 años y un 32,8% está entre los 30 y 64 años. La población adulta mayor representa aproximadamente el 9,1%.⁸

NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

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

Entre los principales problemas que tiene la educación pública se encuentran los siguientes indicadores: Persistencia del analfabetismo, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, mala calidad de la educación, poca preparación de los docentes, salarios bajos de los profesores y deficiente infraestructura educativa y material didáctico. Los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone la actual sociedad.⁹

ANALFABETISMO

En el Ecuador, la noción de analfabetismo se vincula a personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir. Las nociones de analfabetismo y alfabetización siguen apegadas a la definición acuñada por el **UNESCO** (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), "Una persona analfabeta no puede leer entendiendo lo que lee ni escribir una descripción sencilla y breve de su vida cotidiana" (**UNESCO** 1958). "Una persona es funcionalmente analfabeta cuando no puede

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

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

dedicarse a las actividades en las que hace falta saber leer y escribir para el funcionamiento efectivo del grupo o la comunidad a la que pertenezca la persona, para su desarrollo propio y de la comunidad" (**UNESCO** 1978).¹⁰

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

Una de las principales causas del analfabetismo es la pobreza, debido a que las condiciones de vida en las que se encuentran las familias ecuatorianas ocasionan que no todos los niños y adolescentes tengan la posibilidad de acceder a una educación. Primero se busca satisfacer las necesidades básicas de un hogar, antes que un miembro de la familia asista a una escuela. Los hogares tienen como objetivo generar dinero por medio del trabajo, incluso infantil, apartándolos del acceso a la educación.¹¹

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

DESERCIÓN ESCOLAR

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

¹⁰ Analfabetismo Y Alfabetización en el Ecuador Unesco; Disponible en: portal.unesco.org/.../4bd91bd98b34ee5f8d3a2059dc4cb3cdTorres; Consultado: 9/12/2013; Hora: 22h45

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

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

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

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**), realizado en el 2010, señala que los empleados públicos se ubican en el primer lugar a nivel nacional con el 33%, después están los comerciantes representando el 28,5% y después están los agricultores o jornaleros con el 13%.¹⁴

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 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, la provincia de Loja está dedicada mayoritariamente a la agricultura y ganadería (19%), seguida del comercio (17%) y por el grupo humano que está dedicado a la enseñanza (17%), el resto del porcentaje (30%) de la población económicamente activa (**PEA**) está ubicado en actividades tales como construcción, administración pública, industrias manufactureras, transporte y comunicaciones”.¹⁵

FACTORES DE RIESGO

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

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

RIESGOS BIOLÓGICOS

Personas con vacunación incompleta: A nivel mundial, los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con múltiples factores; entre los reportados en la literatura se encuentran: pobreza, costo a las familias, costo a los proveedores, inicio tardío de la vacunación, información deficiente del estado de vacunación, y desconocimiento por parte del personal de salud de las contraindicaciones y edades adecuadas para la aplicación de las vacunas.

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

Personas con mal nutrición (sobrepeso o desnutrición): El término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/ u otros nutrientes. Aunque el uso

¹⁵ Loja (Ecuador). Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja. consultado: 09-12-2013

habitual del término “malnutrición” no suele tenerlo en cuenta, su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación.

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

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

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

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

En el Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, tras finalizar la primera evaluación de la situación en el país, para lo cual el personal médico llegó hasta los lugares más recónditos. Así mismo se evidenció que las discapacidades físicas y motoras son mayores 36,76%, seguidas por las intelectuales 24,6% y las múltiples 12,92%.¹⁶

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

¹⁶ Datos estadísticos de la provincia de Loja (Ecuador). Disponible en: <http://solnacientenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html>10/12/13,10:15

Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. En Ecuador un estudio realizado por los médicos Santiago Luna, Flor María Bazurto, Inés del Pino integrantes de la Misión Solidaria Manuela Espejo, reveló que la discapacidad mental por demencia en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad.¹⁷

RIESGOS SANITARIOS

Consumo de agua insegura: Según datos derivados del Censo 2010, más del 28% de la población ecuatoriana no tiene acceso al líquido vital por red pública y más del 22% no lo tiene a saneamiento adecuado (alcantarillado o pozo séptico). Más de cuatro millones de personas se proveen de agua a través de pozos, ríos, vertientes, carros repartidores y agua lluvia.¹⁸

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

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

¹⁷ Discapacidad en Ecuador. Disponible en:<http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html>10/12/13 9:20

¹⁸ Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Agua_potable_y_saneamiento_en_Ecuador10/12/13, 8:11

Animales intradomiciliarios: Las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes y dan como resultado infecciones localizadas; sin embargo, existen otras infecciones que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud 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 bajo 4,23%.

En junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registro 44,96% según la última Escuela Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**).¹⁹

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

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

Según la última Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (**ENEMDU**) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (**INEC**). El desempleo urbano se ubicó en 4,6% en marzo de 2013 frente al 4,9% del mismo

¹⁹ Economía y pobreza del Ecuador. 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

mes del año anterior. Por otro lado el subempleo en el área urbana llegó a 44,7% y la ocupación plena a 48,6% en comparación a 43,5% y 50,2% respectivamente de marzo del 2012.

La encuesta revela que aproximadamente 8 de cada 10 empleos en el área urbana son generados por el sector privado, tendencia que se ha mantenido en los últimos años.²⁰

Analfabetismo del padre o de la madre: El analfabetismo aumenta la vulnerabilidad socioeconómica presente y futura de los adultos, pero también es un importante agente de reproducción de dicha condición a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones. El Ministerio de Educación de Ecuador trabaja para reducir la tasa de analfabetismo del 6,8% según datos entregados por el Instituto de Estadísticas y Censos (**INEC**) para llegar al 4% el proyecto.²¹

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

Violencia/Alcoholismo/Drogadicción: Actualmente no hay dudas de que el alcoholismo constituye el problema de drogas más importante; es responsable principal de violencias en todas partes donde ocasionan desintegración familiar y deterioro social, caracterizados por desajustes de la personalidad, degradación, así como conductas delictivas y antisociales. Alrededor de la mitad de los homicidios y violaciones se produce bajo el efecto del alcohol. El 70% y 80% de la población joven

²⁰ Instituto nacional de estadísticas y censo. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3Adesempleo-urbano-en-ecuador-se-ubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es 10/12/13, 8:45

²¹ Tasa de analfabetismo del Ecuador. Disponible <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-68-4.html>10/12/13, 9:45

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

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

Hacinamiento: El término hacinamiento hace referencia a la situación lamentable en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. El hacinamiento es un problema de gran importancia en la actualidad ya que la población mundial es muy numerosa y la densidad de la misma es extremadamente alta en algunos espacios del planeta.²²

En el Ecuador el 40% de las viviendas, las personas viven hacinadas, es decir, no tendrían habitaciones suficientes para el total de personas que residen en tales viviendas.²³

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.

²² Hacinamiento y mala condición de las viviendas. Disponible en:<http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx10/12/2013>, 8:20

²³ Hacinamiento en el Ecuador. Disponible en: https://www.google.com.ec/?gws_rd=cr&ei=vjynUpOA18efkQepzOCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador10/12/2013.

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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos: ²⁴

- Ⓞ Accidentes cerebrovasculares
- Ⓞ Enfermedades respiratorias crónicas
- Ⓞ Obesidad
- Ⓞ Diabetes
- Ⓞ Trastornos neuro psiquiátricos
- Ⓞ Afecciones digestivas
- Ⓞ Discapacidad visual y auditivas
- Ⓞ Enfermedades osteo articulares
- Ⓞ Afecciones bucodental
- Ⓞ Enfermedad renal

Impacto de las Enfermedades Crónicas

En 2008 las Enfermedades Crónicas (diabetes mellitus, enfermedades Cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y cirrosis) fueron las principales causas de muerte en la población general de Ecuador.

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

²⁴ Centro de nutrición molecular y enfermedades crónicas. Facultad de medicina. Universidad católica de Chile (disponible en: http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas_.php. Consultado: 09/12/13)

Influenza y Neumonía, las Enfermedades Hipertensivas y la Diabetes Mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales.”²⁵

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

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

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

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

DISCAPACIDAD

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

²⁵ Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4

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

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

"Muchas discapacidades se desarrollan por hipoxia, asociada a partos no tradicionales, además producto traumatismos, prematuridad, y eventos postnatales asociados", explicó Gamez al tiempo que destacó el aporte del estudio de 651 muestras en el Centro Nacional de Genética de Cuba.²⁶

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

Personas con Discapacidad Carnetizadas.

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

Tipos de discapacidad

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

- ④ **Discapacidad Cognitiva:** Presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en

²⁶ LAZARUM, Disponible en: <http://www.lazarum.com/2/web.php?search=datos+estadisticos+ecuador>. Citado: 10/12/2013, Hora: 10h25am.

procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y en el aprendizaje.

- Ⓢ **Discapacidad Sensorial:** Corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.
- Ⓢ **Discapacidad Intelectual:** Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.²⁷

TRASTORNOS MENTALES

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

Entre estos problemas tenemos:

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

²⁷ CORPOALEGRIA, Tipos de discapacidad, Disponible en: <http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/>, Citado: 09/12/13, Hora: 18h30pm.

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

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

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

Fobias: Es un temor fuerte e irracional de algo que representa poco o ningún peligro real. Existen muchas fobias específicas. La acrofobia es el temor a las alturas, la agorafobia es el temor a los lugares públicos y la claustrofobia es el temor a los espacios cerrados.²⁸

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

Depresión: Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.²⁹

²⁸ MEDICINE PLUS, Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/phobias.html>, Citado: 06/12/2013, Hora: 11h30 am

²⁹ Depresión, Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html, Citado: 06/12/2013, Hora: 11h30 am

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.³⁰

Las coberturas del Programa de Inmunizaciones en el año 2009, superan las alcanzadas en el 2008, en todos los biológicos. La vacuna contra Rotavirus en el año 2009 alcanza el 97% de cobertura, SRP el 15%, el menor incremento reportado es en BCG 2%.³¹

TAMIZAJE NEONATAL

“Con pie derecho, la huella del futuro” es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé a partir del cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.³²



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

³⁰ PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. Consultado: 09-12-2013

³¹ Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>. Consultado: 09-12-2013

³² Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec>. Consultado: 09-12-2013.

Estadísticas revelan que hasta el año 2012 “Se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos”³³ 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.

- ④ **Hipotiroidismo Congénito:** Es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un **RN** (Recién Nacido), es la causa más común de retardo mental prevenible. Con la prueba se pretende prevenir el retraso mental.
- ④ **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%.
- ④ **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 sexos³⁴. La prueba previene la muerte antes del primer mes de vida y de alteraciones del sexo.
- ④ **Galactosemia:** Se produce cuando el organismo no puede metabolizar la galactosa, un azúcar simple de la lactosa presente

³³ Programa de Tamizaje Neonatal: proyecto coordinado por el MSP y la Vicepresidencia de la República, disponible en: <http://www.elciudadano.gob.ec/>, Consultado 27-11-2013

³⁴ Tamizaje, pinchazo vital contra la discapacidad, **disponible en:** <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contra-la-discapacidad/>. Consultado 27-11-2013.

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.

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

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

La valoración del estado nutricional, se relaciona con la medición del crecimiento, el cual está determinado genéticamente por el incremento de la 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.³⁵

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

³⁵ Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1YIYuZ>

La medición de este evento se centra en la antropometría nutricional, apoyado en las técnicas antropométricas usuales. Además se ha comprobado en varios estudios, que la probabilidad de tener problemas relacionados con nutrición como es el caso de los déficit de micronutrientes, es mayor en la población que tiene déficit del consumo de alimentos (población con máxima vulnerabilidad) y por lo tanto alteraciones del crecimiento.

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

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

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

LACTANCIA MATERNA

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



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

A nivel mundial, se estima que solo el 38% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva durante sus 6 primeros meses.³⁶

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

Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica para evitar al máximo el riesgo de contaminación. Alimentar a un niño pequeño requiere una atención activa y estimulación para animarlo a comer.³⁷

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

³⁶ La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS. Disponible en <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivencia-infante-segun>

³⁷ Hasta que edad es importante alimentar al bebé solo con leche materna disponible en <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html> 2013

meses; de los 2 a los 5 años por lo menos de 2 a 3 veces al año y a partir de entonces, de 1 a 2 veces al año. La revisión clínica debe ser ajustada a cada paciente.

En cada visita médica se hace una evaluación integral del paciente: Peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla y perímetro cefálico. Estas medidas son importantes para determinar si el crecimiento del individuo es armónico o no. Por ejemplo: si el perímetro cefálico está creciendo a un ritmo menor que el de su talla, puede indicarnos la probabilidad de que el cerebro no se está desarrollando adecuadamente o de que las suturas de la cabeza del niño se han cerrado en forma prematura y cada una de estas posibilidades implica un abordaje y tratamiento muy diferentes. También se detecta si el paciente tiene algún grado de desnutrición o si por el contrario, está cursando con sobrepeso y obesidad para tomar las medidas necesarias para mantenerlo en un rango ideal de peso de acuerdo a su edad, talla y sexo.

Ya analizado el crecimiento y desarrollo del niño pasamos al aspecto de las inmunizaciones (vacunas). Por ello los padres deben recibir la información actual acerca de todas las enfermedades que se previenen con el esquema básico que nos ofrece el Sector Salud.³⁸

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.

³⁸ Pediatría control del niño sano disponible en: <http://pediatria.org/?p=214> 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.

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

Los hábitos alimentarios durante la infancia pueden afectar las preferencias y prácticas de la alimentación en etapas posteriores como la adolescencia. La interrelación entre el factor nutricional y el potencial genético explican la gran variabilidad de peso, estatura y edad de inicio puberal, en poblaciones de diferentes grupos étnicos o de diferente nivel socioeconómico. La adecuación del peso y de la estatura habla acerca de la calidad del ambiente en que ha vivido una población.

Valoración del Estado Nutricional

- 🕒 **Índice de Masa Corporal:** Es el mejor indicador del estado nutritivo en adolescentes, por su buena correlación con la masa grasa en sus percentiles más altos y por ser sensible a los cambios en composición corporal con la edad. Existen por tanto distintas curvas de IMC para población de 0 a 18 años.

DATOS ESTADÍSTICOS

En el Ecuador es evidente la emergencia del sobrepeso y la obesidad: el exceso de peso se caracteriza por bajas tasas durante los primeros años de vida, 6,5% en la edad infantil; aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar, 14% de sobrepeso/obesidad en escolares ecuatorianos de

ocho años de edad que habitan en el área urbana incremento sostenido durante la adolescencia en un 22% a nivel nacional.³⁹

Para el Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador (**MIES**), en Loja “El 26,6 % de niños y niñas presentan desnutrición global, cifra mucho más acentuada en el sector rural”.⁴⁰ El mismo considera que, los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

VACUNACIÓN DT (Difteria y Tétanos)

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

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

AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

³⁹ MSP. Normas de Nutrición para la prevención secundaria de sobrepeso y la obesidad en niños y niña adolescentes. [http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDA](http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDA%20RIA.pdf)

⁴⁰ Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC <http://www.alimentateecuador.gob.ec>

Para valorar la agudeza visual de un paciente, se le realiza un o varios “tests” en los que tendrá que superar distintas pruebas visuales, tal como:

- **Test de Snellen:** Son los más populares. Están formados por filas de letras que van de tamaño más grande a más pequeño conforme bajamos la mirada. Cuanto más abajo logre ver nítido el paciente, mayor agudeza visual tendrá. ⁴¹

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

El Proyecto busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población pre-escolar y escolar la discapacidad visual y finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual.⁴²

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

⁴¹ Agudeza Visual. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/> Citado el: 10/12/2013

⁴² Proyecto de detección temprana e intervención de Discapacidad Visual en el Ecuador. Disponible: Estudio de OACDH sobre el derecho de los niños y niñas a la Salud, Defensoría del pueblo ecuatoriano. 7 Septiembre de 2012.

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.⁴³

Datos estadísticos

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

Educación media

La creciente cobertura de la educación primaria (6 años) y posteriormente de la educación básica (10 años) debía traer como consecuencia lógica, el incremento de la demanda sobre la educación media, que permitiría a los niños/as terminar la educación secundaria.

Sin embargo dicha expansión marcó aún más las diferencias y la inequidad entre los y las adolescentes.

Los adolescentes pobres acceden y sobre todo permanecen menos tiempo en la educación media que los jóvenes de sectores no pobres. A esto se añade que los pobres aprenden menos que los no pobres debido a factores escolares y extra escolares que se combinan y potencializan. Por ejemplo, los más pobres acceden a escuelas más precarias, en

⁴³ UNICEF. La Educación. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf. Creado el 10/12/2013

cuanto a infraestructura, acceso a bibliotecas, Internet así como a docentes altamente calificados.

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

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

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

Datos estadísticos: No hay diferencias significativas entre adolescentes hombres y mujeres en el acceso a la educación media. Seis de cada diez mujeres e igual número de hombres asisten al bachillerato. Las proporciones entre los que están en el sistema escolar sin importar el nivel básico y secundario tampoco arroja diferencias de género.⁴⁴

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.

⁴⁴ UNICEF. La Educación. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf.
Ciado el 10/12/2013

Factores que influyen en el rendimiento académico.

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

- ④ **Factores sociales y culturales:** La clase social (determinada por el ingreso familiar, la escolaridad de la madre y del padre, el tipo y ubicación de la vivienda) ha sido reprobada como una variable relacionan con el hecho de que los alumnos sufran fracasos escolares.
- ④ **Factores escolares:** el ambiente escolar también ha sido señalado como un factor que afecta el desempeño escolar de los alumnos; en este ambiente podemos citar la administración de la institución educativa (sus políticas, estrategias, etc.) y el profesor (capacitación, compromiso, etc.).
- ④ **Factores familiares:** El rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante, porque es importante la percepción que tengan acerca de la valoración positiva o negativa de su familia hacia ellos, su percepción del apoyo que ella les presta, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.
- ④ **Factores personales:** Se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recorriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales⁴⁵.
- ④ **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

⁴⁵ Torres L. Rodríguez N. Rendimiento académico y contexto familiar. Disponible en: <http://www.orienta.org.mx/docencia/Docs/Sesion-7-8/Torres.pdf>

frecuencia el adolescente se siente fatigado y le es más difícil concentrarse.

- Ⓢ **Conflictos propios de la adolescencia:** El adolescente entra en conflicto con los valores de su infancia, cuestiona normas y orientaciones que recibió durante sus años anteriores.
- Ⓢ **Mala alimentación:** Los adolescentes en esta etapa de su vida requieren una mayor cantidad de nutrientes ya que las consecuencias de una mala nutrición ocasiona bajo rendimiento escolar, falta de atención, concentración, entre otros problemas que impiden gravemente que desarrollen adecuadamente las habilidades previstas por el sistema educativo”.

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES

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

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

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

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

El trastorno de conducta ha sido asociado con:

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

Ⓢ Pobreza.

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

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

La depresión y el trastorno bipolar se pueden desarrollar en los años de la adolescencia y a comienzos de la adultez. El suicidio y la violencia hacia los demás también son posibles complicaciones de este trastorno. Cuanto más temprano se inicie el tratamiento para el trastorno de conducta, mayores probabilidades tendrá el niño de aprender comportamientos de adaptación y evitar complicaciones potenciales.

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

PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL ADOLESCENTE

Los problemas de conducta en adolescentes hacen referencia a conductas rebeldes, conflictivas y mal vistas por la sociedad que, al igual que en los niños, son observables, medibles y modificables.⁴⁶

Entre problemas de conducta tenemos:

- Ⓢ **Conducta Agresiva:** Es la forma de expresión de los sentimientos, creencias y opiniones, sin considerar la autoestima, sensibilidad o respeto hacia los demás.

⁴⁶ Taller para adolescentes "Aprendiendo a comunicarnos, resolver conflictos y tomar decisiones disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado6_2.pdf

- Ⓢ **Conducta Pasiva:** Los demás se aprovechan de él fácilmente (además, fomenta esta actitud).

Suele tener sentimientos de inseguridad y de inferioridad, que se refuerzan siempre que entra en contacto con una persona agresiva.

- ✓ Está enfadado consigo mismo porque sabe que los demás se aprovechan de él.
 - ✓ Es un experto en ocultar sus sentimientos.
 - ✓ Es tímido y reservado cuando esta con otras personas.
 - ✓ No sabe aceptar cumplidos.
 - ✓ Se agota y no tiene mucha energía.
 - ✓ Su actitud acaba irritando a los demás.
 - ✓ Se reconoce por su típico lenguaje corporal y verbal.
- Ⓢ **Conducta Asertiva:** Es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y profundamente respetuosa. Su meta es: Lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo amerita.
- Ⓢ **Conducta antisocial:** se refiere, de forma general, a cualquier conducta que refleje el incumplimiento de reglas normas sociales y la materialización de una acción contra los demás.
- Ⓢ **Conducta Pro-social:** La conducta pro-social comienza a aparecer durante la etapa pre-escolar y puede observarse en el niño desde los dos años de edad. Sin embargo la capacidad para compartir y cooperar es limitada; la conducta pro-social sigue desarrollándose ya entrada la adolescencia y de manera posterior.⁴⁷

⁴⁷ Problemas típicos de adolescentes, consejos para padres, e intercambio de casos e ideas disponible en: <http://adolescentes.euroresidentes.com/2012/07/adolescentes-agresivos.html>

ATENCIÓN MATERNA

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

La misma que comprende:

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

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

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

CONTROLES MÉDICOS EN EL EMBARAZO

El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los riesgos y complicaciones del embarazo, que amenazan la vida de la madre y el feto, 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.⁴⁸

Los objetivos de los controles médicos son:

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

Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), se considera saludable un embarazo si tiene cinco o más controles prenatales.⁴⁹ El control del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que, existe mayor receptividad materna para las actividades de educación de la salud.

VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS.

La inmunización materna es una intervención potencial para prevenir muchas enfermedades durante el embarazo y protege a la madre como al feto. Se considera que las mujeres embarazadas son especialmente vulnerables a las infecciones. “Todas las mujeres en edad fértil deberían estar inmunizadas frente a las enfermedades más comunes que pueden suponer un riesgo durante el embarazo.

En el Ecuador, el Tétanos Neonatal ha sido eliminado como problema de salud pública nacional y provincial (**OPS**, 2008). El impacto a la fecha, se demuestra con la disminución de la tasa de TNN a 0.02 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. A pesar de ser la vacunación un método sencillo y económico para prevenir el tétanos neonatal, aún existen en

⁴⁸ Dra. MARTÍNEZ. A. <http://ginecologaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05embarazoz.html>
⁴⁹ CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.

nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tetánico.”⁵⁰

“Es más probable que las mujeres embarazadas se enfermen gravemente de influenza que aquellas que no están embarazadas. Los cambios que ocurren durante el embarazo en el sistema inmunitario, el corazón y los pulmones hacen que las mujeres embarazadas sean más propensas a enfermarse gravemente de influenza, lo cual puede llevar a una hospitalización e incluso a la muerte. Una mujer embarazada y que tiene influenza también tiene una probabilidad más alta de que su futuro bebé presente problemas graves, incluido un aborto espontáneo o un parto prematuro. La vacuna contra la influenza puede proteger a las mujeres embarazadas y a sus futuros bebés, antes y después del parto.”⁵¹

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

Éstas son:

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

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

Las causas pueden ser afecciones que ya tiene o cuadros que se desarrollan durante el embarazo. También incluye embarazos múltiples,

⁵⁰ Incidencia y Factores de Riesgo asociados al Tétanos Neonatal en el Ecuador: Principales determinantes que influyen en las bajas coberturas de vacunación con DT en las mujeres en edad fértil en el año 2009-2010 disponible:<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1030/1/98048.pdf>

⁵¹ Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza; **disponible en:** <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/>

antecedentes de embarazos complicados o tener más de 35 años. Esto puede afectar su salud o la salud del feto.

Otras complicaciones del embarazo:

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

- ④ **Hiperémesis gravídica:** Casi todas las mujeres experimentan náuseas o vómitos durante el embarazo, particularmente durante el primer trimestre. Se cree que la causa de las náuseas y el vómito durante el embarazo es una elevación rápida de los niveles sanguíneos de la gonadotropina coriónica humana (**GCH**), la cual es secretada por la placenta.
- ④ **Placenta previa:** Es una forma anómala de colocación de la placenta. Se habla de placenta previa cuando esta se posiciona cubriendo parcial o completamente el orificio cervical interno o cuello del útero. Esta colocación impide un parto normal y es una de las principales causas de sangrado durante el tercer trimestre del embarazo.
- ④ **Pre eclampsia:** También llamada toxemia, es un problema que les ocurre a las mujeres durante el embarazo. Una afección que comienza después de las 20 semanas de embarazo que ocasiona hipertensión y cantidades excesivas de proteína en la orina de la madre.

ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

VACUNACIÓN EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL

La inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dt), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.⁵² El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos. Es muy frecuente en países de bajos ingresos y se produce por la protección insuficiente que pasa de la madre al feto junto con infección que entra en el recién nacido a través del cordón umbilical. La revisión

⁵² Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

de estudios que evalúan la vacunación de mujeres en edad fértil mostró menos casos de tétanos neonatal al aplicarse dos o tres dosis.⁵³

REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD

Actualmente, en el contexto de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad humana con las necesidades de bienestar y salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción. Por lo tanto se adoptan métodos que se engloban en programas como: la planificación familiar la cual es la utilización de objetos, sustancias y procedimientos naturales o artificiales, que se utilizan de manera voluntaria, tanto temporales como definitivos, para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja, para impedir la fecundación, y evitar un embarazo no planificado.⁵⁴

Clasificación de los métodos anticonceptivos

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

a) Métodos Naturales

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

b) Métodos de Barrera

- Ⓢ **Dispositivo Intrauterino:**
- Ⓢ **Barrera o preservativos (Masculino y Femenino).**

⁵³ Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959> Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

⁵⁴ Planificación Familiar. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

c) Métodos Hormonales

Actualmente, los métodos anticonceptivos Hormonales son los más utilizados a nivel mundial, ya que ofrecen las tasas más altas de eficacia anticonceptiva.

Entre ellos se encuentran:⁵⁵

- Ⓢ La Píldora
- Ⓢ Inyectables
- Ⓢ Implante

PAPANICOLAOU

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

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

La toma para el estudio orgánico o la pesquisa del cáncer cérvico-uterino se debe hacer directamente del exocérvix en la zona escamocolumnar mediante raspado superficial, con la espátula de Ayre o un depresor. Luego se tomará otra muestra del fondo del saco posterior⁵⁶. “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

⁵⁵ Papanicolaou. Disponible en: <http://tvncanal.com/index.php>. Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45min.

⁵⁶ Disponible en: GINECOLOGIA DE RIGOL. CAP. 5 Pág. 41-42. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h15min.

Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres”⁵⁷.

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

MATERIALES Y MÉTODOS

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

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

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

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

Área de Estudio

Este trabajo se llevó a cabo en el barrio Esmeralda Norte Sector I y III se trata de una comunidad urbana ubicada al norte de la ciudad de Loja a 5 Km del Hospital Universitario de Motupe, es uno de los primeros barrios de la ciudad, fue creado en el año de 1820.

Tipo de estudio

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

Universo

El universo estuvo conformado por 43 familias y 177 habitantes del Barrio “Esmeralda Norte Sector I y III”.

Técnica e Instrumento

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

Análisis de la información

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

Los resultados obtenidos fueron analizados e interpretados en tablas con su respectivo análisis e interpretación de la realidad de la comunidad.

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

Recursos materiales

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

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

TABLA Nº 1
FAMILIAS DEL BARRIO “ESMERALDA NORTE SECTOR I Y III”,
SEGÚN EL NIVEL DE COLABORACION

Nº de casa con familias	f	%
Colaboran	43	64,18
No colaboran	7	10,44
Fallidas	6	8,95
Deshabitadas	11	16,42
TOTAL	67	100

FUENTE: fichas familiares del Sector I y III, del Barrio Esmeralda Norte
ELABORADO POR: Vilma Pintado, Egresada de la carrera de Enfermería, UNL

ANALISIS:

Las familias que colaboraron para llenar las fichas familiares y el anexo, también de permitirnos evaluar la agudeza visual, IMC, revisión del carnet de vacunas fueron un total de 64,18%, por lo tanto quedan un 8,95% de familias que no se las pudo encuestar a razón de encontrarse en casa; las familias que no colaboraron un 10,44%, y las deshabitadas un 16,42%.

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO
“ESMERALDA NORTE SECTORES I Y III”.**

POBLACIÓN	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	1	0,56	1	0,56	2	1,13
1 a 4 años	2	1,13	5	2,82	7	3,95
5-9 años	15	8,47	7	3,95	22	12,43
10-19 años	20	11,30	25	14,12	45	25,42
20-64 años	44	24,86	46	25,98	90	50,85
65 años y más	4	2,26	7	3,95	11	6,21
TOTAL POBLACIÓN	86	48,58	91	51,41	177	100

FUENTE: fichas familiares del Sector I y III, del Barrio Esmeralda Norte
ELABORADO POR: Vilma Pintado, Egresada de la carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS:

El grupo etario en mayor porcentaje es la población de 20-64 años con el 50,85%, siendo mayor el grupo femenino con un 51,41%. Según esto podemos decir que estos sectores se encuentran constituidos por población en edad productiva.

Los datos estadísticos presentados por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) en el mes de noviembre del 2010, coinciden con información recolectada misma que da a conocer que en estructura poblacional de Loja⁵⁸.

⁵⁸El INEC presenta en Loja datos del censo, disponible en: [www.lahora.com.ec/.../El INEC presenta en Loja datos del censo](http://www.lahora.com.ec/.../El_INEC_presenta_en_Loja_datos_del_censo), http; consultado 06-12-2013.

TABLA Nº 3

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “ESMERALDA NORTE
SECTOR I Y III” SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

ESCOLARIDAD	f	%
Sin escolaridad	6	3,39
Analfabetos	3	1,69
Básica	54	30,51
Bachillerato	56	31,64
Superior	58	32,76
TOTAL	177	100

FUENTE: fichas familiares del Sector I y III, del Barrio Esmeralda Norte

ELABORADO POR: Vilma Pintado, Egresada de la carrera de Enfermería, UNL

Nota: La población de la categoría “sin escolaridad” corresponde a los niños menores de 3 años.

ANÁLISIS:

El nivel educativo que sobresale en este sector es el bachillerato con un 31,64%, seguido de la educación básica con un 30,51% en donde se incluye la educación pre básica y educación superior en un 32,76% incluidas las personas que ya tienen especialidad, cabe recalcar que la mayoría de las personas del barrio han recibido algún nivel de escolaridad y solo el 1,69% corresponde a las personas analfabetas, este último dato se lo puede relacionar con lo establecido por el INEC en donde afirma que en el año 2001 el analfabetismo estaba representado por el 7,9% y que al 2010 esta tasa descendió a 5,8%”⁵⁹.

[http://⁵⁹ INEC \(Instituto Nacional de Estadísticas y Censos\), Estructura de población de Loja; Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf; consultado 06-12-2013.](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf)

TABLA Nº 4
RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “ESMERALDA
NORTE SECTOR I Y III”

RIESGOS BIOLÓGICOS	Con riesgo		Sin riesgo		Total	
	f	%	f	%	f	%
Personas con discapacidad	2	1,13	175	98,87	177	100
Personas con mala Nutrición	1	0,56	176	99,43	177	100

FUENTE: fichas familiares del Sector I y III del Barrio Esmeralda Norte.

ELABORADO POR: Vilma Pintado, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: Se elimina las categorías “Personas con vacunación incompleta, Personas con enfermedades de impacto, Embarazadas con problemas y Personas con problemas mentales” por no existir casos.

ANÁLISIS:

En cuanto a la calificación de los riesgos biológicos cabe recalcar que en este barrio la mayoría de las personas no presentan riesgos ya que solo el 1,13% corresponde a personas con algún tipo de discapacidad y el 0,56% a personas con mala nutrición como sobrepeso, predominando este problema en los adolescentes.

En los 15 cantones de la provincia a excepción de la capital lojana se registra el 3 y 4% de prevalencia de algún tipo de discapacidad, las más comunes física, auditiva e intelectual con una cifra del 3.06% de imposibilidad.⁶⁰

⁶⁰“Discapacidad en Loja”; Disponible en: http://www.elmercurio.com.ec/234834-loja-es-la-segunda-provincia-que-registra-mayor-indice-de-personas-con-discapacidad/#.Uhrn_HCUcpo.

TABLA Nº 5

RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO “ESMERALDA NORTE SECTOR I Y III”

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Animales intradomiciliarios	7	16,28	36	83,72	43	100
Mala eliminación de basuras y excretas	1	2,33	42	97,67	43	100

FUENTE: fichas familiares del Sector I y III del Barrio Esmeralda Norte.

ELABORADO POR: Vilma Pintado, Egresada de la carrera de Enfermería, UNL

Nota: Se eliminan las filas de “Consumo de agua insegura, mala eliminación de desechos líquidos, Impacto ecológico por industrias” por no existir datos relevantes

ANÁLISIS:

En los riesgos sanitarios de la población en estudio podemos decir que la mayoría goza de todos los servicios básicos, luz eléctrica, agua potable, alcantarillado, esto se debe a que el barrio está dentro del perímetro urbano de la ciudad.

Sin embargo se logró identificar que existe un 16,28% de la población total expuesta al riesgo de animales intradomiciliarios, en un 2,33% tienen una mala eliminación de basuras y excretas, este porcentaje se encuentra constituido por 1 sola familia, la misma que vive en condiciones de insalubridad pese a ser un barrio urbano.

El control de los riesgos para la salud es uno de los medios más potentes para mejorar la seguridad sanitaria internacional ya que estas amenazas constituyen la inmensa mayoría de los eventos que pueden provocar emergencias de salud pública en el sentido del Reglamento Sanitario Internacional (2005)⁶¹.

⁶¹Riesgo Sanitario; Disponible en: http://www.who.int/ihr/health_risks/es/ consultado 23-12-2013

TABLA Nº 6

**RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO
“ESMERALDA NORTE SECTOR I Y III”**

RIESGOS SOCIOECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	5	11,63	38	88,37	43	100
Pobreza	4	9,30	39	90,69	43	100
Malas condiciones de la Vivienda	4	9,30	39	90,69	43	100
Hacinamiento	1	2,33	42	97,67	43	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	1	2,33	42	97,67	43	100
Desestructuración Familiar	3	6,98	40	93,02	43	100
Analfabetismo del Padre o Madre	1	2,33	42	97,67	43	100

FUENTE: fichas familiares del Sector I y III del Barrio Esmeralda Norte.

ELABORADO POR: Vilma Pintado, Egresada de la carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS:

En cuanto a los riesgos socioeconómicos la mayoría de las familias del barrio Esmeralda Norte no presentan riesgos.

En los datos antes mencionados se reflejan que los objetivos de buen vivir si se están cumpliendo ya que son pocas las familias que califican con riesgo socioeconómico. A nivel nacional, Ecuador en los últimos años ha disminuido la tasa de pobreza en un 5%; y el hacinamiento en un 16%.

TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

Todos los niños menores de 2 años del barrio Esmeralda Norte Sector I y III se les ha realizado la prueba del tamizaje neonatal en un 100%.

El Tamizaje Neonatal es un procedimiento reciente impulsado por el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Discapacidades Rehabilitación y Cuidado Especial en Salud, mismo que empezó el 02 de Diciembre del 2011.⁶²

⁶² Ministerio Coordinador de Desarrollo Social; "Tamizaje Neonatal" Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/tag/tamizaje-neonatal/>; consultdo:19/11/2013

TABLA N° 7
ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN LOS HABITANTES DEL BARRIO
“ESMERALDA NORTE SECTOR I Y III”

GRUPO ETARIO/GRUPO POBLACIONAL	EC		EI		TOTAL
	f	%	f	%	
Menores de 5 años	9	6,61	-	-	9
Escolares y Adolescentes (5-19 años)	67	49,26	-	-	67
Mujer en Edad Fértil (10-49 años)	57	41,91	-	-	57
Embarazadas	3	2,20	-	-	3
TOTAL	136	100	-	-	136

FUENTE: fichas familiares del Sector I y III del Barrio Esmeralda Norte.

ELABORADO POR: Vilma Pintado, Egresada de la carrera de Enfermería, UNL

ANALISIS:

El esquema de vacunación de los habitantes del barrio se encuentra completo en un 100%.

El conocimiento que las comunidades tienen en relación a la inmunización de contra las enfermedades inmuno-prevenibles es esencial ya que su principal objetivo es erradicar o prevenir enfermedades optimizando el esquema completo de vacunación y mejorando las condiciones de vida de la población”.⁶³

⁶³ Vacunación de Escolares y Adolescentes, disponible en: www.slideshare.net/jumbobabian/la-salud-escolar-en-quitoecuador; Consultado 06-11-2013.

TABLA N° 8

**OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO “ESMERALDA NORTE
SECTOR I Y III”**

OCUPACION	f	%
Estudiante	72	40,68
Haceres Domésticos	23	12,99
Empleado publico	17	9,60
Empleado Privado	15	8,47
Comerciante	17	9,60
Sin Ocupación	9	5,08
Chofer	9	5,08
Jubilado	3	1,69
Artesanos	2	1,13
Albañil	5	2,82
Desempleado	1	0,56
Agricultor	1	0,56
Mecánico	3	1,69
TOTAL	177	100

FUENTE: fichas familiares del Sector I y III del Barrio Esmeralda Norte.

ELABORADO POR: Vilma Pintado, Egresada de la carrera de Enfermería, UNL

Nota: la categoría sin ocupación corresponde a los niños menores de 5 años

ANÁLISIS:

De la población en estudio el 38,95% corresponde a la población económicamente activa, en cambio la población económicamente inactiva representa el 61%.

La población económicamente activa (PEA) está conformada por las personas de 10 años y más que trabajaron al menos 1 hora y tuvieron empleo (ocupados); la población inactiva (PEI) son todas las personas desocupadas, como rentistas, jubilados, pensionistas, estudiantes, amas de casa, entre otros.

En Loja la población inactiva mayoritariamente predominan las personas jubiladas y aquellas dedicadas a las labores del hogar que supone un 98,0%; el

grupo más representativo de personas inactivas son los estudiantes, que representan un 14,8% del total de esta población⁶⁴

⁶⁴ http://www.larioja.org/upload/documents/439344_05_colectivos_interes.pdf, consultado 08-01-2014.

TABLA Nº 9

**LUGAR DE ATENCION MEDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL
BARRIO “ESMERALDA NORTE SECTOR I Y III”**

LUGAR DE ATENCION	f	%
Publica	95	53,67
Privada	82	46,33
TOTAL	177	100

FUENTE: fichas familiares del Sector I y III del Barrio Esmeralda Norte.
ELABORADO POR: Vilma Pintado, Egresada de la carrera de Enfermería, UNL
Nota: la categoría otros abarca clínicas, policlínicos, ISFA, ISPOL, médicos privados.

ANÁLISIS:

Los moradores del barrio reciben atención médica en Instituciones públicas y privadas; atención publica un 53,66% de las cuales se encuentran el Hospital de Motupe, Centro de Salud Nº 3, el IESS y el Hospital Isidro Ayora y las personas que reciben atención privada como son las clínicas en un 46,33%.

TABLA N°10
ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y EN
ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO “ESMERALDA NORTE
SECTOR I Y III”

ESTADO NUTRICIONAL/IMC	Normal		Desnutrición Leve		Sobrepeso		Obesidad		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Menores de 5 años	9	100	-	-	-	-	-	-	9
Escolares y Adolescentes	66	98,51	-	-	1	1,49	-	-	67
TOTAL	75								

FUENTE: fichas familiares del Sector I y III del Barrio Esmeralda Norte.
ELABORADO POR: Vilma Pintado, Egresada de la carrera de Enfermería, UNL

ANALISIS:

El 100% de los niños menores de 5 años cuentan con un estado nutricional normal para la edad; resultados que se encuentran actualmente encaminados hacia el cumplimiento de uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Reducir la mortalidad infantil.⁶⁵ Así mismo en un 100% han recibido leche materna.

⁶⁵ Objetivos del Milenio; disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>, consultado 08-01-2014

TABLA N° 11

**AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO
“ESMERALDA NORTE SECTOR I Y III”**

AGUDEZA VISUAL	f	%
NORMAL	63	94,03
CON PROBLEMAS	4	5,97
TOTAL	67	100

FUENTE: fichas familiares del Sector I y III del Barrio Esmeralda Norte.

ELABORADO POR: Vilma Pintado, Egresada de la carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS:

El 94,03% tienen agudeza visual normal y un 5.97% presentan problemas visuales (miopía).

El instrumento utilizado para la valoración de la agudeza visual fue la cartilla de Snellen, calibrada la misma que determina la agudeza visual, el examen de agudeza visual se utiliza para determinar las letras más pequeñas que se pueda leer en una tabla (tabla de Snellen) o tarjeta estandarizada sostenida a una distancia de 20 pies (6 m).⁶⁶

⁶⁶ <http://www.mapfre.com/salud/es/informativo/examen-agudeza-visual.shtml>; consultado 06-01-2014

TABLA N° 12
RENDIMIENTO ACADEMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES
DEL BARRIO “ESMERALDA NORTE SECTOR I Y III”

RENDIMIENTO ESCOLAR	f	%
BUENO	64	95,52
MALO	3	4,48
TOTAL	67	100

FUENTE: fichas familiares del Sector I y III del Barrio Esmeralda Norte

ELABORADO POR: Vilma Pintado, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El rendimiento académico de los escolares y adolescentes en un alto porcentaje es bueno y en 4,48% es malo que se relaciona a niños con falta de concentración o despreocupación de ellos mismos.

De esta población según el informante ninguno de ellos tienen problemas de conducta en el hogar y tampoco han sido remitidos por la institución correspondiente en donde se encuentran estudiando.

Según estudios, el comportamiento puede estar influenciado por una serie de factores biopsicosociales y culturales los cuales intervienen positiva o negativamente durante el crecimiento y desarrollo. El factor familiar es el más importante porque tiene más influencia a la hora de transmitir los valores de la sociedad ⁶⁷.

⁶⁷Problemas de comportamiento y aprendizaje. Disponible en, www.slideshare.net/.../la-psicologia-educativa-en-quito-ecuador-informe. Consultado 06-11-2013

TABLA Nº 13

MÉTODOS DE REGULACION DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO “ESMERALDA NORTE SECTOR I Y III”

METODOS	f	%
Métodos Naturales	19	65,52
Métodos artificiales	6	20,68
Métodos Irreversibles	4	13,79
TOTAL	29	100

FUENTE: fichas familiares del Sector I y III del Barrio Esmeralda Norte.

ELABORADO POR: Vilma Pintado, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: Se elimina la fila del método de T de cobre por no existir datos.

ANÁLISIS:

El método de regulación de la fecundidad más utilizado en mujeres con vida sexual activa es el natural (método del ritmo) con un 65,52%, artificiales (inyectable, implantes y orales) con un 20,68%, seguido a esto tenemos los métodos irreversibles (esterilización tubárica) con un 13,79%.

El Gobierno Nacional ha puesto en marcha, desde el Estado, la iniciativa conocida como ENIPLA (sigla cuyo significado es Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente). Tomando como referente el Objetivo 3 del Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV), se pretende en el curso de dos años (2012-2013) cumplir dos metas: reducir el embarazo adolescente en un 25%, y, adicionalmente, reducir en un 25% la brecha entre el embarazo deseado y el observado⁶⁸.

⁶⁸ Ministerio de Salud Pública; “Planificación Familiar”; Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>, consultado: 07/11/2013

TABLA N° 14

**REALIZACION DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL
ACTIVA DEL BARRIO “ESMERALDA NORTE SECTOR I Y III”**

PAPANICOLAOU	f	%
SI	24	82,79
NO	5	17,24
TOTAL	29	100

FUENTE: fichas familiares del Sector I y III del Barrio Esmeralda Norte.

ELABORADO POR: Vilma Pintado, Egresada de la carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS:

La mayoría de las mujeres con vida sexual activa se realizan este examen citológico representando el 82,79% y un 17,24% hace referencia a las mujeres que no han acudido a realizarse un Papanicolaou, ya sea por temor o despreocupación.

El Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno de la Revolución Ciudadana, asume el compromiso de mejorar la calidad y esperanza de vida de la población y de reducir la muerte materna por cáncer cérvico uterino en un 30%, con la realización del Papanicolaou⁶⁹.

⁶⁹ Ministerio de Salud Publica disponible en www.prenatal.tv/.../ecuador/2.%20Componente%20Normativo%20Mater consultado 07-11-2013

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DISCAPACIDADES DEL BARRIO “ESMERALDA NORTE SECTOR I Y III”

ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES	RANGO DE EDAD												TOTAL	
	Menor de 1 año		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-64 años		65 y más			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Crónicas	-	-	-	-	-	-	-	-	11	6,21	3	1,69	14	7,90
Discapacidad	-	-	-	-	-	-	4	2,26	1	0,56	1	0,56	6	3,38
Ninguna	2	1,13	7	3,95	22	12,43	41	23,16	78	44,06	7	3,95	157	88,70
Total	2	1,13	7	3,95	22	12,43	45	25,42	90	50,84	11	6,21	177	100

FUENTE: fichas familiares del barrio Esmeralda Norte Sector I y III.
ELABORADO POR: Vilma Pintado, egresada de la carrera de enfermería, UNL

ANÁLISIS:

En el sector I y III de la comunidad de Esmeralda Norte la prevalencia de enfermedades crónicas se presenta en el grupo etáreo de 20 a 64 años de edad siendo las principales la diabetes mellitus tipo II, e hipertensión arterial con un 7,90%. Así mismo la discapacidad más frecuente es la visual con un 2,26% presente en el grupo de 10 a 19 años.

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes⁷⁰. Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirman que en 2030, a escala mundial, aumentarán las defunciones ocasionadas por enfermedades no transmisibles como son las crónicas.⁷¹

La subsecretaria técnica de proyectos de Solidaridad de la Vicepresidencia de la República, explicó que se detectaron cerca de 10 mil casos de personas con discapacidad, 774 de ellos son considerados críticos y requieren atención inmediata. La población lojana se registra el 3 y 4% de prevalencia de

⁷⁰ OMS; Enfermedades Crónicas: Disponible: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

⁷¹ Federación Médica Ecuatoriana: disponible: <http://federacionmedicaecuadoriana.info/index.php/2013-01-10-04-24-32/nacionales/8-nacionales/67-en-ecuador-6-de-cada-10-muertes-corresponden-a-enfermedades-no-transmisibles>

discapacidad, las más comunes física, auditiva e intelectual. Con una cifra del 3.06% de imposibilidad⁷².

⁷² Discapacidad en Loja; Disponible en:<http://www.elmercurio.com.ec/234834-loja-es-la-segunda-provincia-que-registra-mayor-indice-de-personas-con-discapacidad/#.Up57ENLuIXs>; consultado 02/12/2013

ACTIVIDADES REALIZADAS PARA DAR CUMPLIMIENTO AL TERCER OBJETIVO DEL PROYECTO:

ESTILOS DE VIDA COMO:

Ejercicio

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

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

Alimentación

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

EDUCACION PRENATAL

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

CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL:

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

PLANIFICACION FAMILIAR

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

VACUNACIÓN.

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

DISCUSIÓN

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

El presente trabajo investigativo se realizó en el barrio Esmeralda Norte Sector I y III, en donde se aplicó la ficha familiar y un anexo, mediante la visita domiciliaria a las familias de los sectores, donde se pudo identificar lo siguiente:

En lo referente al sexo se encuentra predominando el femenino con 51,41% en relación al masculino con 48,58%. Según el diagnóstico comunitario realizado en Popayán indica que el 53% de los habitantes corresponden al género femenino y el 47% al género masculino, los datos obtenidos son similares al de este estudio⁷³.

En cuanto a la edad está representada por la población de 20 a 64 años con un 50,85% seguida de la población joven con un 42,93%.

La Utilización de métodos de regulación de la fecundidad en mujeres con vida sexual activa es de 65,52% correspondiente a las mujeres que utilizan los métodos naturales a diferencia con un estudio realizado en Venezuela en el 2009 el mismo que registró el 31% de la población en estudio utiliza métodos orales como barrera anticonceptiva.

Del grupo de las mujeres con vida sexual activa el 17,24% no se ha realizado el examen de Papanicolaou. En el estudio de Popayán el grupo de mujeres de 10 a 59 años, se detectó que el 57% no se realiza la citología cervico-vaginal.

⁷³ ALARCÓN Ana Luisa, MIRANDA Gloria Amparo, PALACIOS Nohemy DIAGNÓSTICO COMUNITARIO EN SALUD. Asentamiento Lagos de Occidente. Popayán. 2009

En los riesgos biológicos encontrados están las personas con mala nutrición con 1,49%. El estudio de Popayán muestra que existe alteraciones nutricionales (tanto por defecto como por exceso) en un 11%, los datos son similares, llegando a la conclusión la realización de acciones educativas en nutrición y alimentación, tendientes a reorientar los hábitos y costumbres alimentarias.

En otro estudio corroborando con los resultados obtenidos el 7,90% corresponde a personas con enfermedades crónicas, relacionándose con Adolfo Ortiz Barboza en donde señala que en América Latina se estima que la hipertensión arterial afecta entre el 8% y 30% de los habitantes de la región⁷⁴.

Los resultados obtenidos tienen una connotación trascendental, por lo tanto su relación y discusión es amplia por lo que dejo a consideración de los próximos investigadores estos aportes para que con su experiencia y dedicación puedan intervenir en la problemática encontrada. Con estas experiencias reales y concretas de la comunidad planteen propuestas efectivas que mejoren el estado de salud y la calidad de vida de esta comunidad.

⁷⁴ Ortiz Barboza Adolfo. Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Costa Rica [Internet], [consulta 12 febrero 2013]. Disponible en:
<http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/11%20Enfermedades%20cronicas.pdf>.

CONCLUSIONES

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

- ② En el Barrio “Esmeralda Norte Sector I y III”, se trabajó con 43 familias quedaron pendientes 6 casas, se las visito por más de una ocacione y no se encontraron, existen 177 habitantes, 91 mujeres y 86 hombres. Algunas de las familias están expuestas a riesgo bajo .El nivel de instrucción que prevalece es el bachillerato, se encontró 3 analfabetos que lo conforman los adultos mayores. Entre las ocupaciones el 38,95% corresponde a población económicamente activa sobresaliendo los empleados públicos. El método anticonceptivo utilizado por la mayoría de las mujeres con vida sexual activa es el método del ritmo, en cuanto a la vacunación la mayoría de los habitantes están inmunizados. Ante los problemas de salud los habitantes acuden a instituciones tanto públicas como privadas.
- ② Mediante el perfil epidemiológico se pudo contribuir con el Hospital Universitario de Motupe en la actualización de la clasificación de las enfermedades crónicas-degenerativas de impacto y discapacidades.
- ② Para dar cumplimiento al objetivo se realizaron actividades de enfermería como: control de presión arterial, revisión de carnets, educación de nutrición y planificación familiar, ayuda para que las personas se informen y despejen sus inquietudes, además se dio a conocer el sistema de comunicación por medio del call senter para facilitar la atención médica evitando las molestas filas.

RECOMENDACIONES

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

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

BIBLIOGRAFÍA

Referencias de libros

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

Referencias de PDF

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

- Granga P. Villacres N. Andrade M. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Subsecretaria .Nacional de Gobernanzas en Salud Publica, Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, Edición 2013. Quito – Ecuador.2013.

Referencias de páginas de internet

- Bastidas C. Agudeza Visual. [Internet] 2012 [consulta 07 de diciembre del2013] 2007: Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/>
- Delgado G. Problemas de Conducta en Escolares Y Adolescentes. [Internet] [Consulta 05 de diciembre del 2013] 2008 .Disponible: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000919.htmblogspot.com/2008/03/trastornos-de-conducta-en-nios-y.html>
- Heymann DL. Inmunización dT. 18ª Edición [Internet] [consulta15 de diciembre del 2013] 2009 Disponible: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>.
- Mendoza R. Hacinamiento y mala condición de las viviendas. [Internet] 2012 [consulta 10 de diciembre del 2013] 8:20 Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx>
- MSP. Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. [Internet] 2013 [consulta 27 de noviembre del 2013] Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contra-la-discapacidad/>
- MSP. Enfermedades crónicas [Internet] 2010 [consulta 10 de diciembre de l2013] 10:45 Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php.
- MSP. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) [Internet] 2013 [consulta 09 de diciembre del 2013]: Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>.
- Ortiz Barboza Adolfo. Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Costa Rica [Internet], [consulta 12 febrero 2013]. Disponible en:

<http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/11%20Enfermedades%20cronicas.pdf>

ANEXOS

Certificación del presidente del barrio Esmeralda Norte



MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja, 06 de Octubre del 2013

S. Ing. Asdrubal Bahamonde.

Presidente del Barrio "Esmeralda Norte"

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 "Esmeralda Norte"

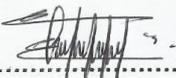

.....
PRÉSIDENTE DEL BARRIO

Ci: 110136297-6


.....
Jhuliana Hidalgo

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci: 1105131773


.....
Vilma Pintado

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci: 1104666415

Barrio Esmeralda Norte



Reconocimiento del lugar y actualización del mapa



Toma de medidas Antropométrica



Recogiendo Datos



Riesgos



INDICE DE MASA CORPORAL

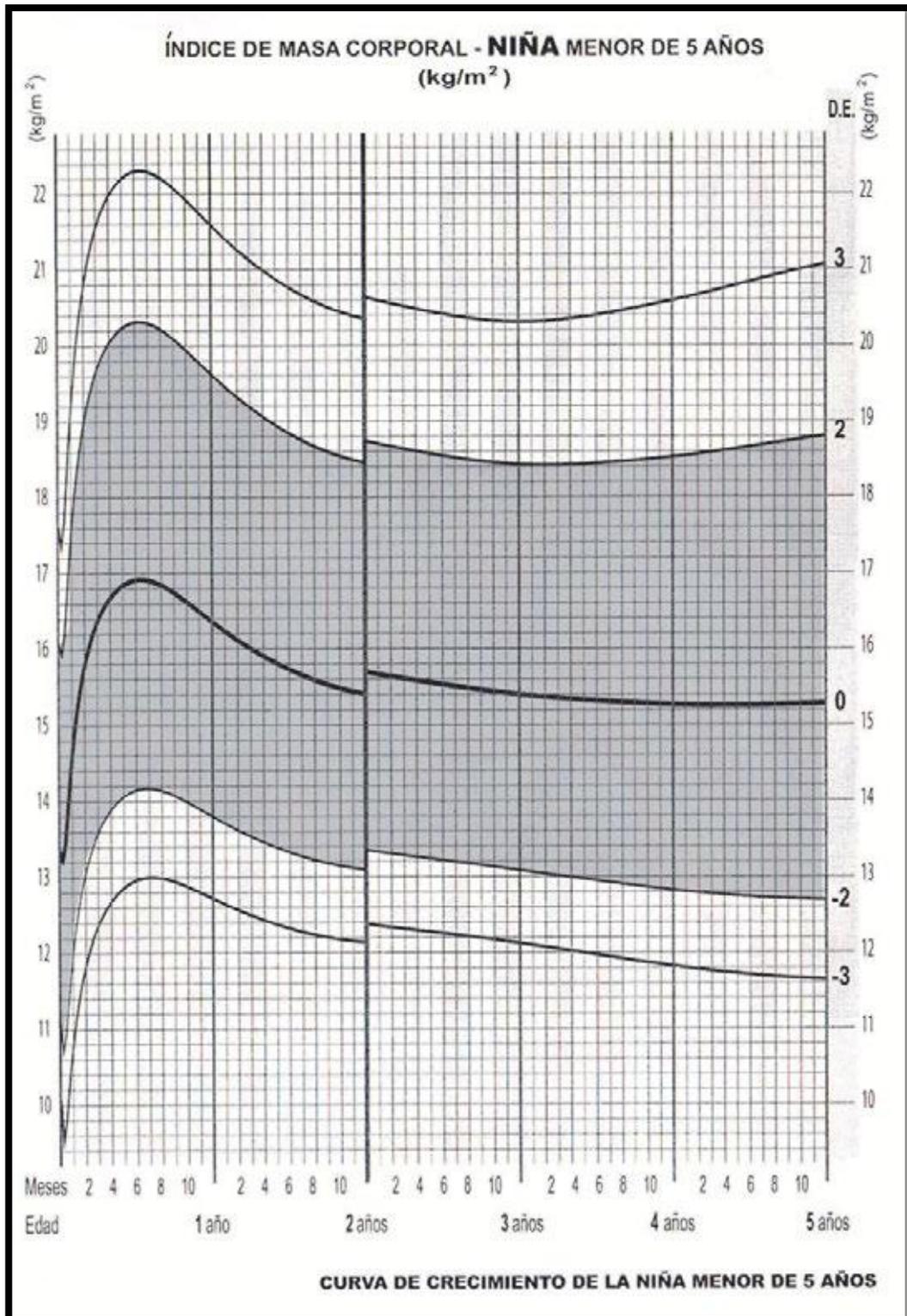
		Peso [Kilograms]																		
		45	48	50	53	55	58	60	63	65	68	70	73	75	78	80	82,5	85	87,5	90
Altura [Centimeters]	145.0	21.4	22.6	23.8	25.0	26.2	27.3	28.5	29.7	30.9	32.1	33.3	34.5	35.7	36.9	38.0	39.2	40.4	41.6	42.8
	147.5	20.7	21.8	23.0	24.1	25.3	26.4	27.6	28.7	29.9	31.0	32.2	33.3	34.5	35.6	36.8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

<http://www.freebmiccalculator.net>

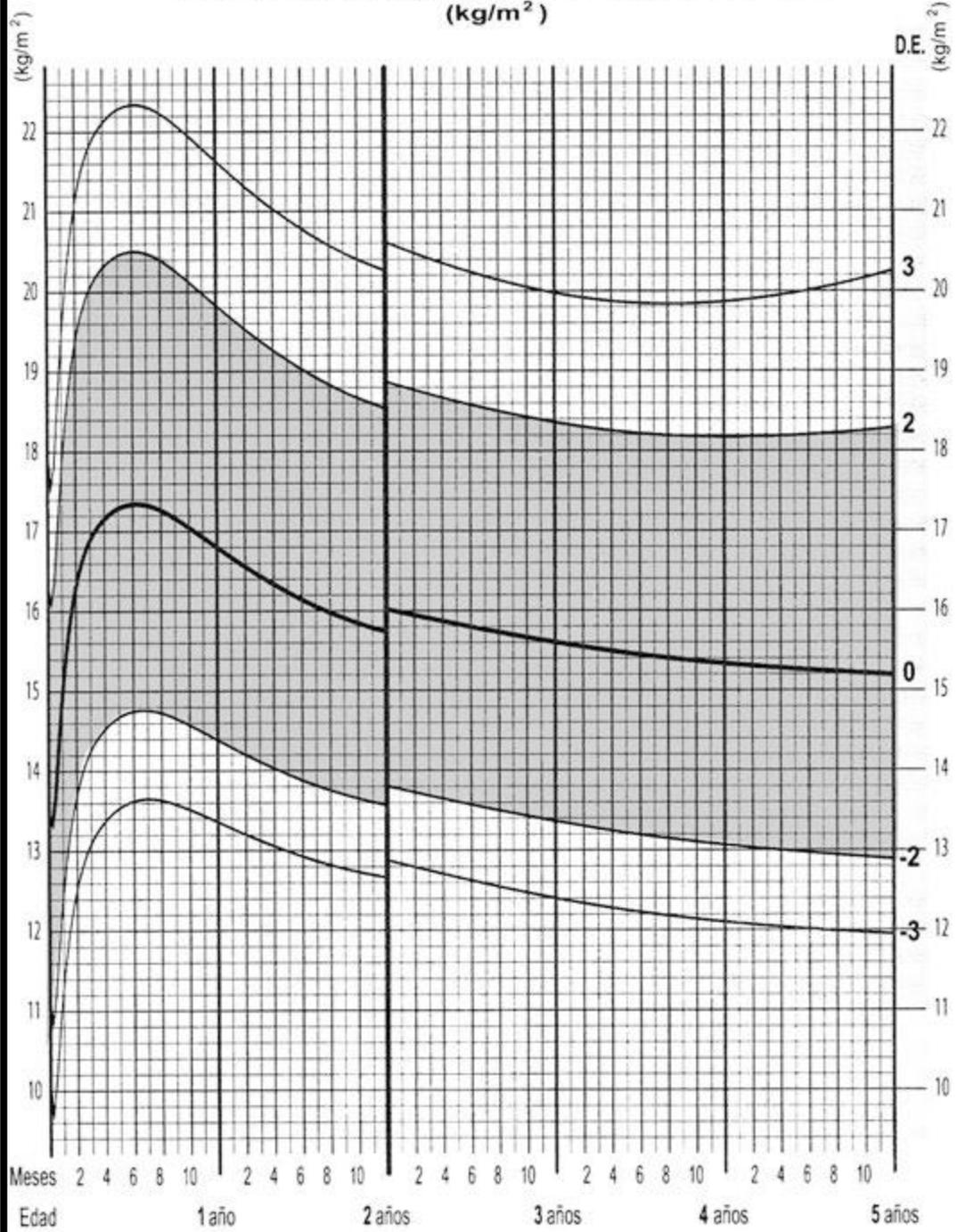
Infrapeso
 Nomal
 Sobrepeso
 Obeso

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

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



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



CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

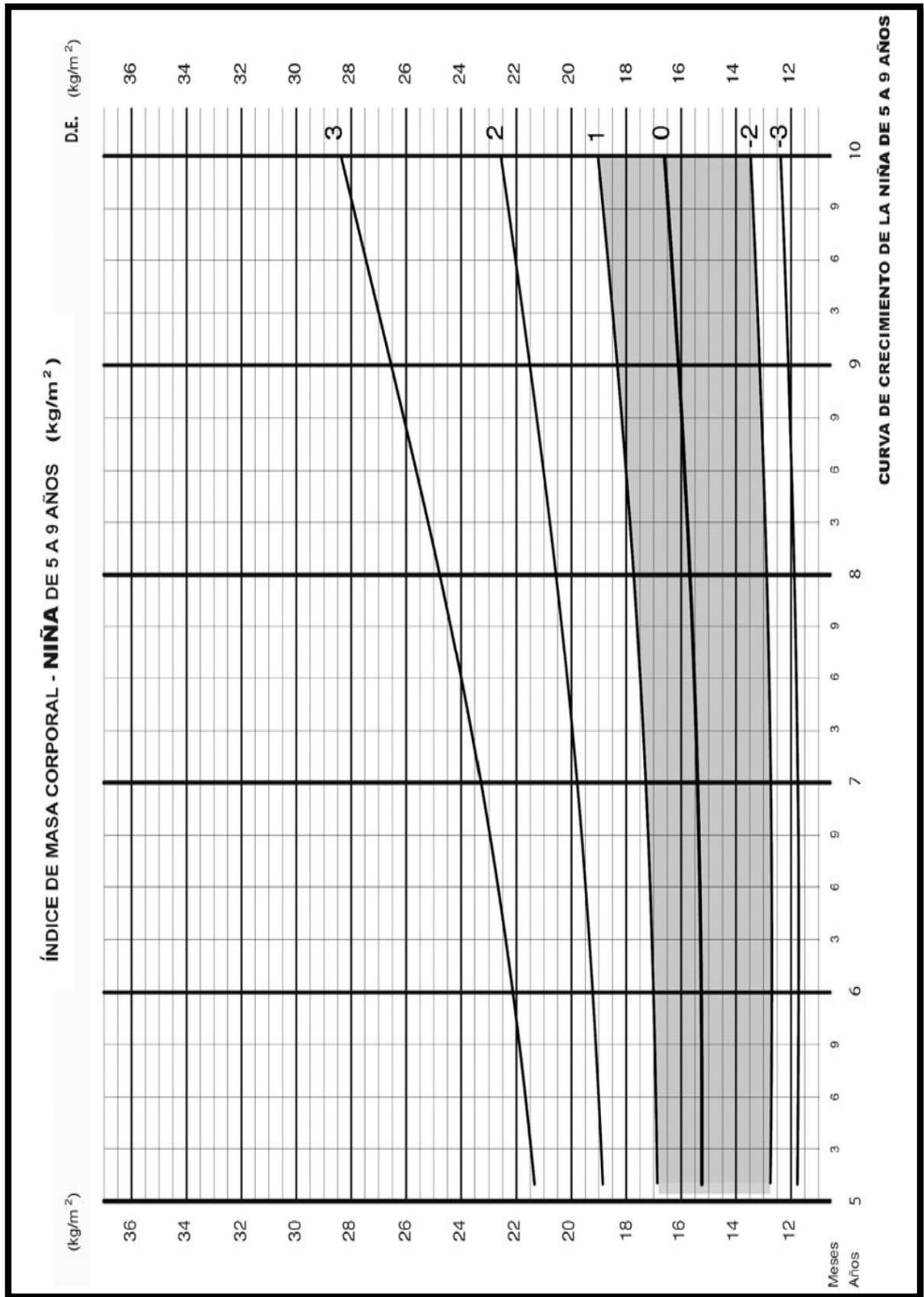


TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLEN)

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

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Edad	Sector	Manzana	Familia
Morocho Villalta Daniela Alejandra	05-12-2010	2a10m	I	1	003
Lituma Guamán Melany Anahí	31-06-2012	1a4m	I	1	007
Guamán Benítez Paula Ariana	22-01-2010	3 ^a	I	1	007
Malla Japón Natali Dayana	27-08-2012	1a1m	I	1	010
Sanmartín Huanca Maily Yamileth	05-03-2011	2a3m	II	3	01 ^a
Andrade González Sofía Valentina	10-04-2011	1a6m	II	3	02 ^a
Armijos Armijos Denis Leonel	09-05-2011	2a4m	II	3	003
Díaz Montaña Camila Del Cisne	04-04-2012	1a6m	II	3	04B
Sarango Collaguazo Alejandro	11-09-2010	3 ^a	II	3	006
Quille Carbajal Jefferson Steven	08-08-2011	2a2m	II	3	07B
Montoya Suing Carlos Andrés	14-08-2013	2m	II	3	07C
Montoya Suing Carlos David	04-12-2009	4 ^a	II	3	07C
Morocho Vázquez Cristina Mishell	05-08-2011	2a3m	II	3	09B
Quirola Macas Ana María	03-10-2010	3 ^a	II	3	010
Erreyes Chuncho Emily Lissette	27-02-2009	4a8m	II	3	011B
Moreno Abad	23-02-2011	2a6m	II	3	011C

Richard Sebastián					
Morocho González Martina Abigail	01-07-2013	3m	II	3	016
Rueda Jiménez Emily Daniela	01-11-2010	2a10m	II	3	002
Jaramillo Morillo Sofí Anahí	23-01-2012	1a8m	II	3	010
Peralta Thayra Naomi	20-03-2009	4a7m	II	3	
Castillo Yunga Victoria Sarai	17-07-2013	3m	II	3	06B
Bustamante Alma Milena	15-12-2012	10m	II	3	016
Córdova Armijos Justin Asnier	26-08-2011	2a2m	II	3	006 BLOQUE 3
Benítez Piedra Khalissy	15-09-2012	2a2m	II	3	012 BLOQUE 3
Ortega León Romina	26-09-2009	3 ^a	II	4	002
Ortega León María Gracia	04-08-2012	1a1m	II	4	002
Villamagua Alvarado Alison Judiel	03-04-2013	6m	II	4	04 ^a
Castro Barraqueta Nahomi Valentina	21-09-2012	1 ^a	II	4	08 ^a
Castro Barraqueta Asahel Alejandro	10-09-2010	3 ^a	II	4	08 ^a
Sánchez Silva Jhandry Santiago	06-09-2009	4 ^a	II	4	011B
Malacatos León Estefany Paulet	29-11-2011	1a10m	II	4	012B

Narváez Puchaicela Kevin Efraín	14-03-2012	1a7m	II	4	012C
Vásquez Córdova Camila Alejandra	10-07-2011	2a4m	II	4	014
Vásquez Celi Angélica	30-07-2012	1a2m	II	4	015
Yunga Saritama Nicole Victoria	01-10-2009	4 ^a	II	5	02 ^a
Quiñonez Jeremías Josué	05-11-2011	2 ^a	II	6	002
Vera Quiñonez Amauri Alessandro	22-11-2012	11m	III	6	04 ^a
Pastuisaca Gualan Mara Ahinoa	23-04-2013	5m	III	6	005
Avendaño Peña Felipe	16-09-2009	4 ^a	III	7	

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO- DEGENERATIVAS

NOMBRE	ENFERMEDAD	Edad	Sector	Manzana	Familia
Guillen Neidy Del Cisne	Hipertensión Arterial	46 ^a	I	1	003
Morocho Maigoa Luis Alberto	Diabetes Mellitus T2	47 ^a	I	1	003
Benítez Morocho Nadia Elizabeth	Hipotiroidismo	31 ^a	I	1	004
Benítez Benítez Carmen Delia	Hipertensión Arterial	60 ^a	I	1	006
Malla Coello Wilmer	Diabetes Mellitus T2	40 ^a	I	1	010
Guaicha Cabrera Rusbel Hernán	Hipertensión Arterial	26 ^a	I	2	006
Conza Quezada Ángel Arazdo	Diabetes Mellitus T2	68 ^a	I	2	008

Carrión González Alexandra Del Cisne	Diabetes Mellitus T2	32 ^a	II	3	02A
Oñate Espinoza Sonia María	Diabetes Mellitus T2	45 ^a	II	3	013A
Quizhpe Samaniego Cesar Augusto	Hipertensión Arterial	47 ^a	II	3	014A
Erréis Quishpe Alba Cumandà	Diabetes Mellitus T2	42 ^a	II	3	014B
Ontaneda Torres Orasio Antonio	Diabetes Mellitus II	48 ^a	II	3	015
Ordoñez Ordoñez Detta Nery	Hipertensión Arterial	62 ^a	II	3	017
Sarango Luz Victoria	Ca. Colon	49 ^a	II	3	020
Vicente Pinzon Digna Piedad	Hipotiroidismo	42 ^a	II	3	024
González González Manuel	Hipertensión Arterial	66 ^a	II	3	025
Auquilla Gualán Teresa Victoria	Hipertensión Arterial	45 ^a	II	3	026B
Castillo Alberca Enrique Eriberto	Diabetes Mellitus II	51 ^a	II	3	011 BLOQUE 2
Gonzaga Jiménez Carmita	Hipertensión Arterial	52 ^a	II	3	011
Espinoza Suarez Hernán Arturo	Hipertensión Arterial	69 ^a	II	3	013 BLOQUE 2
Loja Valarezo Ana María	Hipertensión Arterial	64 ^a	II	3	003 BLOQUE 3
Minga Mendieta Lourdes Marlene	Hipertensión Arterial	31 ^a	II	4	04B

Rivera Gutiérrez Sofía	Diabetes Mellitus T2	12 ^a	II	4	005
Cajamarca Alicia Marlene	Hipertensión Arterial	47 ^a	II	4	011B
Yangana Macas Ana	Hipertensión Arterial	26 ^a	II	4	012A
Guamán Ramón Jenny Eugenia	Diabetes Mellitus T2	30 ^a	II	4	014B
Yunga Chamba José Antonio	Hipertensión Arterial	55 ^a	III	5	001
Coronel Guamán Sandra	Diabetes Mellitus T2	42 ^a	III	5	001
Cevallos Vélez Lusbeida De Jesús	Hipertensión Arterial	43 ^a	II	6	04B
León Guevara María Salome	Diabetes Mellitus T2	70 ^a	III	7	003
Alba Aldaz José Andrés	Hipertensión Arterial	76 ^a	III	7	003
Contento Fierro Balbina	Hipertensión Arterial	56 ^a	III	7	010
González José Joaquín	Hipotiroidismo	64 ^a	III	7	010

MUJERES EMBARAZADAS

NOMBRE	SEMANA DE GESTACION	Edad	Sector	Manzana	Familia
Romero Reyes Ruth Thalía	8 Semanas	27 ^a	II	4	011A
Ramón Ramos Jenny Eugenia	31 Semanas	30 ^a	II	4	009
Torres Pineda Mirian Carmen	37 semanas	33 ^a	III	7	002
Vivanco Prado Deisy Maribel	26 Semanas	27 ^a	III	7	014
Guamán Benítez Melania	27 Semanas	30 ^a	I	1	007
Carrión González Mayuri Soledad	30 Semanas	22 ^a	II	3	02A

Barrazueta Guayllas Luz Mabel	30 Semanas	38 ^a	II	3	012
Castillo Gonzaga Lady	30 Semanas	32 ^a	II	3	011

PERSONAS DISCAPACITADAS

NOMBRE	Discapacidad	Edad	Sector	Manzana	Familia
Quishpe Aguirre Ana Cristina	Discapacidad Mental	22 ^a	I	2	02B
Erreyes León Ángel Aníbal	Discapacidad Física	63 ^a	II	3	012
Erreis Quishpe Alba Cumandà	Discapacidad Física	42 ^a	II	3	014B
Espinoza Suarez Hernán Arturo	Discapacidad Física	69 ^a	II	3	013
Alba Aldaz José María	Discapacidad Física	76 ^a	III	7	003
Chamba Auquilla Daniel Andrés	Discapacidad mental	15 ^a	II	3	026B

ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON PROBLEMAS VISUALES

NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Edad	Sector	Manzana	Familia
Benítez Piedra Alexis Jampier	16-08-1988	14 ^a	II	3	012
Ríos Rey Andy Sebastián	11-01-2004	9 ^a	II	4	001
Vásquez Celi María Isabel	24-12-2001	12 ^a	II	4	015
Yunga Benítez Bryan	21-02-2005	9 ^a	III	5	001
Ángela Gabriela Gualan Ordoñez	22-03-2001	12 ^a	III	7	002
Tixe Lojàn Nahomi Alejandra	01-01-2004	9 ^a	III	7	003
Avendaño Peña Augusto Daniel	12-03-1997	16 ^a	III	7	009
Jiménez Vicente Dayana Nayeli	13-07-1995	18 ^a	II	3	001
Yaguana Estefany Lisseth	19-11-1993	19 ^a	II	3	06B

PERSONAS ANALFABETAS

NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Edad	Sector	Manzana	Familia
Asunción Benítez Villa	17-02-1926	87 ^a	I	2	001
Ana Cristina Quishpe Agila (Discapacitada)	04-07-1991	22 ^a	I	2	002B
Margarita Tenezaca Quishpe	07-04-1916	97 ^a	I	2	008

ÍNDICE

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

PRELIMINAR	PÁGINAS
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN.	3
3. INTRODUCCIÓN	6
4. REVISIÓN DE LITERATURA	9
5. MATERIALES Y MÉTODOS	53
6. RESULTADOS	57
7. DISCUSIÓN	78
8. CONCLUSIONES	81
9. RECOMENDACIONES	83
10. BIBLIOGRAFÍA	85
11. ANEXOS	89
12. ÍNDICE	112

