

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

TEMA:

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE
SALUD DEL BARRIO
EL CASTILLO,
SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE
2013”**

Tesis previa a la obtención
del Título de Licenciado en
Enfermería

AUTOR:

Sr. Dennis Daniel Wisum Kunanch

DIRECTORA :

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

Loja - Ecuador

2013

CERTIFICACIÓN

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

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

DIRECTORA DE TESIS:

CERTIFICO.

Que el trabajo de investigación titulado **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO EL CASTILLO, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**, de autoría del egresado de la Carrera de Enfermería, Dennis Daniel Wisum Kunanch, previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería, ha sido desarrollado, corregido y orientado bajo mi estricta dirección y una vez que se enmarca dentro de las exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, disertación y defensa.

Loja, Enero del 2014

Atentamente.



Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga




AUTORÍA

Yo, Dennis Daniel Wisum Kunanch, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autor: Dennis Daniel Wisum Kunanch

Firma: 

Cédula: 1900620111

Fecha: Loja, 14 de Enero del 2014



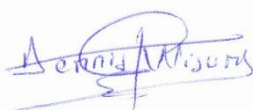
**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA PARA
LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo, Dennis Daniel Wisum Kunanch, declaro ser autor, de la tesis titulada: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO EL CASTILLO, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013.”** Como requisito para optar al grado de Licenciado de Enfermería; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, enero del dos mil catorce. Firma el autor.



Firma:

Autor: Dennis Daniel Wisum Kunanch

Cédula: 1900620111

Dirección: Av. Gran Colombia y Cañar.

Correo Electrónico: goloso89_@hotmail.com

Teléfono: 0969752908

DEDICATORIA

A ti mi Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorar cada día más.

A mi madre María Magdalena, por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida.

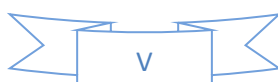
A mi padre Domingo Wisum, quien con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional.

A mis hermanos; Alex, Roy y Fredy, gracias, por su apoyo y motivación en el desarrollo de mi formación profesional.

A ti Ana María por ser la persona especial que has estado siempre a mi lado en las buenas y malas, sobre todo durante la formación profesional gracias por tu amor y apoyo incondicional.

Para ti mi pequeño ángel que estas por llegar a este mundo, espero que te sirva de ejemplo para ti en algún momento de tu vida

Dennis Daniel Wisum Kunanch



AGRADECIMIENTO

A ti Dios mío, por darme la oportunidad de existir así, aquí y ahora; por mi vida, que la he vivido gracias a tu amor y misericordia. Gracias por iluminarme y darme fuerzas y caminar por tu sendero, tu eres fiel señor conmigo.

A mi padre: porque gracias a él sé que la responsabilidad se la debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo.

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

A mi Directora de Tesis: Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga por el apoyo y enseñanza que me impartió durante este proceso de investigación.

Agradezco a todas las personas que de una u otra forma estuvieron conmigo, porque cada una aportó con un granito de arena; y es por ello que a todos y cada uno de ustedes les dedico todo el esfuerzo, sacrificio y tiempo que entregué a esta tesis.

El Autor

TÍTULO

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO EL
CASTILLO, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**

RESUMEN

La presente investigación denominada “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO EL CASTILLO, SEPTIEMBRE–DICIEMBRE DE 2013**” tiene como objetivos: contribuir al fortalecimiento del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural; mediante la elaboración del diagnóstico comunitario del área de influencia del Hospital Universitario de Motupe con su respectivo perfil epidemiológico y mapa parlante, 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 estudio es de carácter descriptivo, el universo estuvo constituido por 39 familias que constituyeron 177 habitantes, el instrumento utilizado para la recolección de información fue la ficha familiar elaborada por el MSP y un anexo a esta ficha.

Entre los datos más destacables encontramos: que todas las familias se ubican en riesgo medio, el sexo prevalente es el masculino, el nivel de educación sobresaliente es el Básico, se encontró 2 Analfabetos, en cuanto escolares y adolescentes gran parte de ellos esta con buen estado nutricional y la mayoría estudia, en lo que respecta a mujeres con vida sexual activa el método del ritmo es el más utilizado para la planificación familiar. En cuanto al perfil epidemiológico la Hipertensión es la patología crónica que prevalece en edades de 20 a 64 años y lo que respecta a discapacidades la que predomina es la discapacidad física.

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

Palabras Claves: Diagnostico Comunitario, Salud Comunitaria y Atención Integral de Salud

ABSTRACT

This research entitled "**COMMUNITY HEALTH DIAGNOSIS NEIGHBORHOOD CASTILLO, SEPTEMBER-DECEMBER 2013**" aims to: contribute to strengthening the comprehensive care model of the National Intercultural Community and Family Health, through the development of community diagnosis area influence Motupe University Hospital with the respective epidemiological profile and talking map , and provide specific nursing services, designed to ensure the exercise of the right to health of disadvantaged groups as a form of community outreach and linking strategy with the health service.

The study is descriptive in nature, the universe consisted of 39 families constituted 177 inhabitants, the instrument used for data collection was the family record compiled by the MSP and an annex to this document.

Among the most significant data are: that all families are located in medium risk, the prevalent sex is male, the level of outstanding education is free, 2 Illiterate was found, as schoolchildren and adolescents much of it is with great nutritional status and most studies in regard to sexually active women with the rhythm method is the most widely used family planning. Regarding the epidemiological profile Hypertension is chronic disease prevalent in ages 20 to 64 and with regard to the predominant disability is physical disability.

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

Keywords: Diagnosis, Community Health and Comprehensive Health Care

INTRODUCCIÓN

“El diagnóstico comunitario es un proceso en el que edifica un colectivo de conocimientos sobre su realidad, en el que se reconocen los problemas que afectan a una comunidad, los recursos con los que cuenta y las potencialidades propias de la localidad que puedan ser aprovechadas en beneficio de todos. Permite identificar, ordenar y jerarquizar los problemas comunitarios, el diagnóstico sirve, además, como base para que los miembros de la comunidad y equipos de salud planifiquen colectivamente actividades que les permitan mejorar su situación entre ellos la salud¹”.

La salud y el enfoque de la APS-R están en estrecha relación con la noción de desarrollo humano sustentable, que trasciende el sentido de generación de riqueza económica pues plantea el desarrollo como el logro de bienestar y generación de oportunidades en el presente y para las generaciones futuras.

El MAIS-FCI asume el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

“El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida e insertando de esta manera al personal de salud a la Red Pública de Salud (RPIS) y la Red Complementaria de los Servicios de Salud”². (MAIS 2012)

¹ Diagnostico Comunitario; Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos91/diagnostico-comunitario/diagnostico-comunitario.shtml>

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

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

Ante esto se planteó el presente estudio denominado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO EL CASTILLO, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013**” en la cual se utilizó una metodología de estudio de tipo descriptivo

Teniendo como **objetivo general**: Contribuir al fortalecimiento del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural en el Hospital Universitario de Motupe, aportando con estadísticas y datos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud - EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud) formular propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad el Castillo, y como **objetivos específicos**: Elaborar el diagnóstico comunitario del área de influencia, perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas, de impacto y degenerativas; Actualizar el mapa parlante y la línea de base para la formulación del Proyecto de Desarrollo en salud del sector.

Como personal de salud, en calidad de egresado de la carrera de enfermería me inserto en el trabajo en salud orientado a fortalecer LA ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL en el área de influencia, con la finalidad de aportar con conocimientos en bien de las comunidades del sector y como parte del requisito para la titulación de licenciado en enfermería con lo que dejo datos que aportaran a establecer proyectos de intervención viables y efectivos en el que se mejore la calidad de vida de esta población.

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 relación con los objetivos.

En la segunda parte se presenta una exposición amplia de resultados e información obtenida con la aplicación de los instrumentos como la ficha familiar y anexo, por medio de entrevistas realizadas a los moradores barrió 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 calidad de vida de las personas sobre todo en salud.

REVISIÓN
DE
LITERATURA

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)

- ✚ Reorientar los servicios de salud y fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria.
- ✚ Fortalecer la calidad de atención por el Talento Humano.
- ✚ Optimizar la prestación de servicios en los tres niveles de atención.
- ✚ Organizar el Sistema Único de Información en Salud.
- ✚ Fomentar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.³

Mapeo de Actores

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

³MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 48-53

Se basa en:

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

Mapa Parlante:

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

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

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

Como elaborar el mapa parlante


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

✚ **Proceso para la sectorización urbana y rural**


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

- ⌚ Si la unidad se encuentra ubicada en el centro de la zona de cobertura la numeración es en sentido centrifugo (de adentro hacia afuera) y siguiendo la dirección de la manecillas del reloj, se utilizará los números arábigos 1,2,3,4
 - ⌚ Si la unidad se encuentra en la periferia la numeración es centrípeta es decir de fuera hacia adentro siguiendo las manecillas de reloj
- 📌 **Numeración por sectores:** la zona de cobertura se subdivide en cuatro sectores, apoyándose en los accidentes naturales (calles, avenidas, quebradas, ríos, etc.) que pudieran existir; cada uno de ellos se identificaran con números romanos y de manera secuencial siguiendo las manecillas del reloj. Esta subdivisión es facultativa pues a nivel de zonas rurales de población dispersa, suele resultar muy difícil esta subdivisión. Cuando sea posible sobre todo en zonas urbanas, hay que tratar de que cada sector tenga un número similar de manzanas.
- 📌 **Numeración de viviendas:** las viviendas se numeraran secuencialmente en cada una de las manzanas, partiendo con la vivienda No. 1 del extremo superior izquierdo de la primera manzana, continuando la numeración ascendente siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, sin romper la secuencia en la manzana No. 2 y subsiguientes. Los lotes baldíos y las casas en construcción no recibirán numeración.
- 📌 **Identificación de familias:** a cada familia se le asignará un orden numérico (números y letras mayúsculas); el número será el mismo asignado a la vivienda, acompañado de la letra A. Cuando exista dos o más familias habitando en la vivienda, se

mantendrá el mismo número y se añadirá la letra que corresponda, en orden alfabético

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

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

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

Al grupo de actores se le presenta el mapa debidamente sectorizado y numerado de las manzanas y viviendas; se solicita entonces que identifique en los sectores cuales son los de mayor riesgo utilizando la siguiente matriz

A cada uno de los criterios se le dará una valoración de manera semi-cuantitativa utilizando la escala de Liker: 1 (bajo), 2 (medio), 3 (alto) con votación individual de los integrantes del grupo, luego se sumarán horizontalmente y el resultado se lo

ubicará en la columna total. El sector de mayor puntuación será entonces la base de trabajo del equipo y la comunidad

Mapeo del Sector

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

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

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

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

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

- ✚ **A nivel rural:** 1 médico/a, 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:

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

Fases y herramientas para la implementación del Modelo de Atención

- ✚ Mapa Parlante.
- ✚ 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, sicológicos, 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.⁴

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 Ecuador en el año 2010 según los indicadores de salud las enfermedades más comunes y que ocupan una de las primeras causas de morbilidad son las 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**.

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.

⁴MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 60-63

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.⁵

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

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

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

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

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

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

Es un país multiétnico destacando las siguientes:

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

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

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

Distribución poblacional de la Provincia de Loja

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

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

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

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

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.¹⁰

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

El analfabetismo en Ecuador afecta al 6,8% de la población según el (**INEC** censo 2010). El analfabetismo trae consigo desigualdades en las condiciones sociales y en las oportunidades de alcanzar un mayor bienestar de los

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

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.

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

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

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, 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

“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

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

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

¹⁴Resultados 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

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

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 problemas de nutrición (sobrepeso o desnutrición)

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

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, llegando hasta los lugares más recónditos. 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.

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

¹⁶Disponible en: <http://solnaciementenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html> 10/12/13, 10:15

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

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 tiene saneamiento adecuado (alcantarillado o pozo séptico). Más de cuatro millones de personas se proveen de agua a través de pozos, ríos, vertientes, carros repartidores y agua lluvia.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, la vida animal y pesca; los residuos de aceite, la contaminación, los derrames de petróleo causan daños en la fauna y el hábitat circundante.

Animales intradomiciliarios

Las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes y dan como resultado infecciones localizadas, sin embargo existen otras infecciones que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud informa a la familia que tienen 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.

¹⁸ Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/AguapotableysaneamientoenEcuador> 10/12/13, 8:11

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS

Pobreza

La pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación. La pobreza rural en el Ecuador disminuyó un 4,23%. En junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registró 44,96% según la última Encuesta 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.

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

Las encuestas revelan 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

¹⁹Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-ano-anterior.html> 10/12/13, 9:25

²⁰Disponible: 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

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 a la migración 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 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 el responsable principal de violencia en todas partes donde ocasionan desintegración familiar y deterioro social, caracterizado por desajustes de la personalidad, degradación, así como conductas delictivas y antisociales. Alrededor de la mitad de los homicidios y violaciones se produce bajo el efecto del alcohol. El 70% y 80% de la población joven consumen alcohol: 15% de la población ingiere 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 de la canasta básica, estimada en 450 dólares mensuales.

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

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.

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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos:²⁴

-  Accidentes Cerebrovasculares
-  Enfermedades Respiratorias Crónicas

²²Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx> 10/12/2013, 8:20

²³Disponible en: https://www.google.com.ec/?gws_rd=cr&ei=vivnUpOAl8efkQepzoCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador 10/12/2013.

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)

- ✚ Obesidad
- ✚ Diabetes
- ✚ Trastornos Neuro psiquiátricos
- ✚ Afecciones Digestivas
- ✚ Discapacidad Visual y Auditivas
- ✚ Enfermedades Osteo articulares
- ✚ Afecciones Bucodentales
- ✚ Enfermedad Renal

Impacto de las Enfermedades Crónicas

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

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

Los 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

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

Hipertensión, sobrepeso y obesidad, considerando que 1 de cada 3 muertes obedecen precisamente a cardiopatías.

Las Enfermedades Crónicas afectan casi en igual proporción a hombres y mujeres, los estudios indican que un 25% de las muertes causadas por esta epidemia corresponden a personas menores de 60 años. Así mismo, la prevalencia de factores de riesgo entre niños y adolescentes ha experimentado un incremento muy alto en los últimos años.

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

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

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) afirman que en el 2030 a escala mundial, aumentarán las defunciones ocasionadas por enfermedades no transmisibles (**ENT**). Las Enfermedades Cardiovasculares aumentarán de 17 millones a 25 millones, mientras que las muertes ocasionadas por el cáncer aumentarán de 7,6 millones a 13 millones.²⁶

Los tipos de enfermedades degenerativas son:

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

²⁶ Ecuador y las enfermedades no Trasmisibles. Disponible en <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html> consultado el 09/12/13

más allá de los límites normales, invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis).

- Ⓢ **Tumores Benignos y Malignos:** es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen del órgano afectado independientemente de que sean de carácter benigno o maligno. Generalmente pueden retirarse o extirparse y, en la mayoría de los casos, no reaparecen”.²⁷

ENFERMEDADES DE IMPACTO

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

Las muertes por el **SIDA** y la Tuberculosis, la Malaria, las Enfermedades Diarreicas y las Infecciones Respiratorias representan una gran parte de la carga de las Enfermedades Infecciosas, entre ellas tenemos:²⁸

Enfermedades de Transmisión Sexual

Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), unos 685 mil hombres y mujeres de todo el mundo y aproximadamente unos 40-50 millones en América contraen **ITS** (Infecciones de Trasmisión Sexual) cada día, más de 340 millones de **ITS** curables y muchas más enfermedades incurables ocurren cada año.²⁹

²⁷ Enfermedades crónicas: Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php consultado a las 10:45

²⁸ Enfermedades infecciosas disponibles en: <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx> consultado 5/12/13

²⁹ Control de enfermedades transmisibles. Disponible en: <http://www.spherehandbook.org/es/servicios-de-salud-esenciales-norma-2-sobre-control-de-enfermedades-transmisibles-diagnostico-y-tratamiento-de-casos>

Entre las ITS más comunes encontramos:

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

- ④ **Hepatitis B:** es una enfermedad infecciosa del hígado causada por un virus y caracterizada por necrosis hepatocelular e inflamación, puede causar un proceso agudo o un proceso crónico, que puede acabar en cirrosis.

- ④ **Gonorrea:** es causada por la bacteria Neisseria Gonorrhoeae y la puede contraer cualquier persona que tenga algún tipo de actividad sexual. La infección se puede diseminar por contacto con la boca, la vagina, el pene o el ano.

- ④ **Candidiasis:** es un hongo que vive en casi todas partes, la Candidiasis Vulvo vaginal, es una infección común que ocurre cuando hay un crecimiento acelerado del hongo llamado Cándida Albicans. La Candida siempre está presente en el organismo en pequeñas cantidades.

- ④ **Sífilis:** es una ETS causada por una bacteria, Infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a los hombres como a las mujeres.

- ④ **Chancro Blanco:** un chancro es una lesión primaria de la sífilis, indolora, que aparece en el lugar de entrada de la infección. Se presenta como una pápula pequeña o como una erosión.

- ④ **Herpes.** el herpes es una infección causada por un virus herpes simple (VHS). Puede afectar los genitales, las nalgas o el área del ano.

Otras Enfermedades Transmisibles

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

Entre ellas destacan:

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

DISCAPACIDAD

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

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

Las disfunciones físicas y motoras son mayoría 36,76%, seguidas por las intelectuales 24,6% y las múltiples 12,92%. 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, traumatismos, prematuridad, y eventos postnatales asociados", explicó Gámez al tiempo que destacó el aporte del estudio de 651 muestras en el Centro Nacional de Genética de Cuba.³⁰

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:

- ② **Discapacidad Física:** limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y piernas.
- ② **Discapacidad Cognitiva:** presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y el aprendizaje.
- ② **Discapacidad Sensorial:** corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

³⁰ LAZARUM, Disponible en: <http://www.lazarum.com/2/web.php?search=datos+estadisticos+ecuador> Citado: 10/12/2013, Hora: 10h25.

- Ⓢ **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.³¹

TRASTORNOS MENTALES

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

Entre estos problemas tenemos:

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

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

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

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, entre ellas: La acrofobia es el temor a las alturas la agorafobia es el temor a los lugares públicos y la claustrofobia es el temor a los espacios cerrados.³²

³¹ CORPOALEGRIA, Tipos de discapacidad, Disponible en: <http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/> Citado: 09/12/13, Hora: 18h30pm.

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

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.

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

ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

El Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), tiene como finalidad asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del Programa, usando vacunas de calidad, gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de una gerencia y vigilancia epidemiológica efectiva y eficiente en todos los niveles, que involucre a los diversos actores del Sistema Nacional de Salud.³⁴

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

TAMIZAJE NEONATAL

“Con pie derecho, la huella del futuro” es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.³⁶



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

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

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

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

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

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

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

- Ⓢ **Hipotiroidismo Congénito:** es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un RN (Recién Nacido), es la causa más común de retardo mental prevenible.
- Ⓢ **Fenilcetonuria:** es un desorden del metabolismo debido a que el cuerpo no sintetiza adecuadamente la fenilalanina, por la deficiencia o ausencia de una enzima llamada fenilalanina hidroxilasa. Como consecuencia se acumula y resulta tóxica para el sistema nervioso central, ocasionando daño cerebral. Es una enfermedad autosómica recesiva ambos padres son portadores y el riesgo de recurrencia de la enfermedad es de un 25%.
- Ⓢ **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** se da cuando los recién nacidos carecen de una enzima para producir cortisol y aldosterona, esto produce más andrógenos lo que ocasiona la masculinización de fetos femeninos y una potencial pérdida salina en ambos sexos.³⁸
- Ⓢ **Galactosemia:** se produce cuando el organismo no puede metabolizar la galactosa, un azúcar simple de la lactosa presente en la leche animal

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

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

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.

La valoración del estado nutricional, se relaciona con la medición del crecimiento, el cual está determinado genéticamente para el incremento de masa corporal libre de grasa. Si el niño permanece sano y asegura una fuente adecuada de nutrimentos durante sus etapas críticas de crecimiento físico, lograría cumplir todo su potencial genético.³⁹

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

La medición de este evento se centra en la antropometría nutricional, apoyado en las técnicas antropométricas usuales. Además se ha comprobado en varios estudios, que la probabilidad de tener problemas relacionados con nutrición

³⁹ Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#ixzz2lv1Y1YUZ>

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 saludable.

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

A nivel mundial, se estima que solo el 38% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva durante sus 6 primeros meses.⁴⁰

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

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

CONTROL DEL NIÑO SANO



La Norma Oficial de la **OMS** establece que durante el primer año, un niño (a) debe revisarse clínicamente al momento del nacimiento, a la semana de vida y al mes de edad y posteriormente, a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses.

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

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

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

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

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.⁴²

ESCOLARES Y ADOLESCENTES

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

Crecimiento del Niño y el Adolescente

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

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

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

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

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

Valoración del Estado Nutricional

- 🕒 **Índice de Masa Corporal:** es el mejor indicador del estado nutricional 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; existe un aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar con una tasa de 14 de sobrepeso/obesidad en escolares ecuatorianos de ocho años de edad que habitan en el área urbana y el incremento sostenido durante la adolescencia en un 22% a nivel nacional.⁴³

Para el Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador (**MIES**), en Loja “El 26,6% de niños y niñas presentan desnutrición global, cifra mucho más acentuada en el sector rural”.⁴⁴ Considerando que los indicadores son 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

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

espasmos característicos del tétanos generalizado. La enfermedad puede afectar a cualquier grupo de edad.

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

AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

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

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

Principales problemas visuales

Los problemas de la vista pueden ser variados, los más frecuentes son los de refracción, pero hay otros crónicos o funcionales que no permiten ver adecuadamente.

Los principales problemas de alteración visual son⁴⁶:

- **Miopía:** se presenta cuando los rayos de luz se enfocan delante de la retina y no directamente sobre ella, haciendo que los objetos cercanos se vean fácilmente, pero los lejanos sean difíciles de distinguir.

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

⁴⁶ Salud Enfermedades, Principales problemas visuales. Disponible en: <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/notransmisibles/368755.html>. Consulta: 02-02-2014.

- ④ **Hipermetropía:** cuando los rayos de luz proyectan la imagen en un punto detrás de la retina, haciendo que los objetos cercanos se vean borrosos.
- ④ **Astigmatismo:** ocurre cuando hay una deformación en varias partes de la córnea, la membrana transparente que cubre al ojo, ocasionando que no se forme un foco sobre la retina, sino una imagen confusa generalmente incompleta o distorsionada.
- ④ **Daltonismo** o ceguera a los colores, es un padecimiento que impide a los conos de la retina distinguir todos los colores o ciertos tonos de color. La mayoría no distinguen entre el rojo y el verde y otras no pueden hacerlo entre tonos de azul y amarillo.
- ④ **Estrabismo:** Mejor conocido como “ojos bizcos”. Este padecimiento se caracteriza por la pérdida del paralelismo de los ojos, es decir que mientras uno de los ojos mira un objeto, el otro se desvía en otra dirección ocasionando en muchos casos un defecto estético llamativo.
- ④ **Ambliopía,** también conocida como “síndrome del ojo perezoso u ojo vago”, es la pérdida parcial de la visión de un ojo. En raras ocasiones este problema se puede presentar en los dos ojos, con signos muy claros de temblor o movimientos oculares involuntarios.

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, detectar en la población pre-escolar y escolar la discapacidad visual y finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje, autonomía para las personas con discapacidad visual.⁴⁷

ESTUDIO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

⁴⁷ 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.

Educación Básica

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

Los conocimientos que deben ser logrados por los niños, 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.⁴⁸

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.

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

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

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

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

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

Datos estadísticos

No hay diferencias significativas entre adolescentes hombres y mujeres en el acceso a la educación media. Seis de cada diez mujeres e igual número de hombres asisten al bachillerato. Las proporciones entre los que están en el sistema escolar sin importar el nivel básico y secundario tampoco arroja diferencias de género.⁴⁹

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.

⁴⁹ 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 relacionada 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 intelectuales.⁵⁰
- 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 frecuencia el adolescente se siente fatigado y le es más difícil concentrarse.

⁵⁰Torres L. Rodríguez N. Rendimiento académico y contexto familiar. Disponible en : <http://www.orienta.org.mx/docecia/Docs/Sesion-7-8/Torres.pdf>

- Ⓢ **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.

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.⁵¹

Entre problemas de conducta tenemos:

- Ⓢ **Conducta Agresiva:** es la forma de expresión de los sentimientos, creencias y opiniones, sin considerar la autoestima, sensibilidad o respeto hacia los demás.
- Ⓢ **Conducta Pasiva:** los demás se aprovechan de él fácilmente (además, fomenta esta actitud).
- Ⓢ Suele tener sentimientos de inseguridad y de inferioridad, que se esfuerzan siempre que entra en contacto con una persona agresiva.

- 📌 Está enfadado consigo mismo porque sabe que los demás se aprovechan de él
- 📌 Es un experto en ocultar sus sentimientos
- 📌 Es tímido y reservado cuando esta con otras personas

⁵¹ 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

- 🍷 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.⁵²

ATENCIÓN MATERNA

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el marco del cumplimiento de los objetivos del milenio, los Derechos Sexuales y Reproductivos a causa de la acelerada Muerte Materna y Neonatal se implementaron 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%.

⁵²Problemas típicos de adolescentes, consejos para padres, e intercambio de casos e ideas disponible en: <http://adolescentes.euroresidentes.com/2012/07/adolescentes-agresivos.html>

- Ⓢ **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 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.⁵³

Los objetivos de los controles médicos son:

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

Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), se considera saludable un embarazo si tiene cinco o más controles prenatales.⁵⁴ 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

⁵³Dra. MARTÍNEZ. A. <http://ginecologaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05embarazoz.html>

⁵⁴CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.

en la que, existe mayor receptividad materna para las actividades de educación de la salud.

VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS.

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

En el Ecuador, el Tétanos Neonatal ha sido eliminado como problema de Salud Pública Nacional y Provincial (**OPS** 2008). El impacto a la fecha, se demuestra con la disminución de la tasa de TNN a 0,02 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. A pesar de ser la vacunación un método sencillo y económico para prevenir el tétanos neonatal, aún existen en nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tetánico”.⁵⁵

“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”.⁵⁶

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.

⁵⁵Incidencia 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>

⁵⁶Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza; disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/>

Éstas son:

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

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

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

Otras complicaciones del embarazo:

- Ⓢ **Aborto espontáneo:** es la pérdida del embarazo por causas naturales antes de las 20 semanas. Hasta un 20% de los embarazos terminan en aborto espontáneo.
- Ⓢ **Anemia:** es considerada la enfermedad más frecuente del estado grávido puerperal, pues ocurren cambios fisiológicos en la volemia y aumenta el consumo de hierro elemental por las necesidades del feto en desarrollo y la placenta, siendo la más frecuente la anemia por déficit de hierro.
- Ⓢ **Depresión:** la depresión durante el embarazo es una enfermedad mental grave que afecta todo el cuerpo, el humor y el proceso de pensamiento. Afecta entre el 10 y el 20 por ciento de las mujeres embarazadas.
- Ⓢ **Diabetes gestacional:** es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo. No se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina. El resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia).

- Ⓢ **Embarazo ectópico:** es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocisto se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente), en el ovario, en el canal cervical, en la cavidad pélvica o en la abdominal. El embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que lleva a la muerte fetal, y es la principal causa de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre con 2 o 3 semanas del embarazo.

- Ⓢ **Hiperémesis gravídica:** casi todas las mujeres experimentan náuseas o vómitos durante el embarazo, particularmente durante el primer trimestre. Se cree que la causa de las náuseas y el vómito durante el embarazo es una elevación rápida de los niveles sanguíneos de la gonadotropina coriónica humana (**GCH**), la cual es secretada por la placenta.

- Ⓢ **Placenta previa:** es una forma anómala de colocación de la placenta. Se habla de placenta previa cuando esta se posiciona cubriendo parcial o completamente el orificio cervical interno o cuello del útero. Esta colocación impide un parto normal y es una de las principales causas de sangrado durante el tercer trimestre del embarazo.

- Ⓢ **Pre eclampsia:** también llamada toxemia, es un problema que les ocurre a las mujeres durante el embarazo. Una afección que comienza después de las 20 semanas de embarazo que ocasiona hipertensión y cantidades excesivas de proteína en la orina de la madre.

ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

VACUNACIÓN EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL

La inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dT), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.⁵⁷ 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 de estudios que evalúan la vacunación de mujeres en edad fértil mostró menos casos de tétanos neonatal al aplicarse dos o tres dosis.⁵⁸

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.⁵⁹

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

⁵⁷ Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. Fecha: 05/12/2013.

⁵⁸ Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959> Fecha: 05/12/2013.

⁵⁹ Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013.

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

a) Métodos Naturales

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

b) Métodos de Barrera

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

c) Métodos Hormonales

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

Entre ellos se encuentran:⁶⁰

- Ⓢ La Píldora
- Ⓢ Inyectables
- Ⓢ Implante

PAPANICOLAOU

En nuestro medio este exámen se conoce con el nombre de prueba citológica; 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 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 posterior.⁶¹ “Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa

⁶⁰ Disponible en: <http://tvncanal.com/index.php> Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45min.

⁶¹ Disponible en: GINECOLOGIA DE RIGOL. CAP. 5 Pág. 41-42. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h15min.

cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes, con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvico-uterino es la segunda causa de mortalidad”.⁶²

⁶²RIVOIRE 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

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 los datos, se aplicó en la comunidad 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 complementar la información requerida para línea de base.

En lo referente al levantamiento del mapa del sector, en la sectorización se estableció el criterio técnico de que la numeración de las viviendas se la realice en la forma que sea más fácil de trabajar en base a la realidad de las comunidades.

Tipo de estudio

El estudio que se aplicó es de carácter descriptivo, que tiene como principal objetivo el detallar sistemáticamente hechos y características relacionadas con la población y su entorno, información que sirvió para elaborar el diagnóstico del barrio “**El Castillo**”, conjuntamente con la línea de base y perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas, de impacto y degenerativas de la comunidad.

Área de Estudio

El Barrio El Castillo es un sector rural, perteneciente a la parroquia el Valle, se encuentra ubicado a 8 km^{1/2} en la parte norte de la ciudad de Loja, fue fundado en el año de 1994 por el Lic. Gonzalo Eguiguren. El nombre del barrio se origina porque en las haciendas denominadas Florencia y el Aguacate, cuyo propietario fue el Dr. Eduardo Mora Moreno existían potreros que tenían varios nombres entre uno de ellos el Castillo.

Su principal vía de acceso es la Vía Antigua a Cuenca, además de un puente peatonal por el cual sus habitantes se trasladan a sus viviendas y trabajos con sus propios vehículos ya que no cuentan con transporte público.

Universo

El universo estuvo constituido por 39 familias constituyendo 177 habitantes del Barrio el Castillo.

Técnica e Instrumento

Para la recolección de la información se realizó la visita domiciliaria y como instrumento 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.

Se realizó el levantamiento definitivo del mapa parlante, utilizando el programa de AUTOCAD el cual fue apoyado por el mapa físico que fue elaborado durante toda la jornada laborada en el Barrio **El Castillo**.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

NÚMERO DE FAMILIAS DEL BARRIO “EL CASTILLO”

Todas las 39 familias colaboraron brindándonos información para el llenado de la ficha familiar y anexo, en el que se evaluó agudeza visual, IMC en niños, escolares y adolescentes, revisión de carnet de vacunación y actividades de enfermería para dar cumplimiento a uno de los objetivos.

Además se encontró 17 casas no habitadas algunas por tener condiciones desfavorables y las que han sido abandonadas y otras los dueños viven en otro sector.

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO
EL CASTILLO

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	2	1,13	1	0,56	3	1,69
Niños 1-4 años	11	6,21	6	3,39	17	9,60
Niños de 5-9 años	13	7,34	8	4,52	21	11,86
Adolescentes 10-19 años	19	10,73	21	11,86	40	22,60
Adultos 20-64 años	45	25,42	48	27,12	93	52,54
Adultos mayores 65 años y más	2	1,13	1	0,56	3	1,69
TOTAL	92	51,98	85	48,02	177	100

FUENTE: fichas familiares del barrio El Castillo.

ELABORADO POR: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: grupos etarios según el MSP

El **45,76%** corresponde a la población joven que va de niños menores de un año a 19 años de edad, tanto de sexo masculino como de sexo femenino, con un **52,54%** adultos de 20 a 64 años siendo este rango el predominante y con una mínima cantidad de 1,69% adultos mayores de 65 años y más. El **51,98%** corresponde a la población de sexo masculino y el **48,02%** al sexo femenino, sobresaliendo en este caso el sexo masculino.

Según el último censo de Población y Vivienda del 2010 realizada en Ecuador se evidencia que los resultados entre el sexo masculino y femenino existe una diferencia con relación al predominio debido que el 50,4% de habitantes son mujeres y el 49,6 son hombres⁶³.

⁶³ La república, Datos estadísticos Ecuador 2010. (Consulta: 08 de Diciembre de 2013). Disponible en: <http://www.larepublica.ec/blog/sociedad/2011/09/01/segun-los-resultados-del-censo-en-ecuador-hay-14483-499-de-habitantes/>

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO EL CASTILLO SEGÚN
NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	f	%
Analfabetos	2	1,13
Sin Escolaridad	16	9,04
Básica	99	55,93
Bachillerato	51	28,81
Superior	9	5,08
TOTAL	177	100

FUENTE: fichas familiares del barrio El Castillo.

ELABORADO POR: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: la población de la categoría sin escolaridad corresponde a los niños menores de 3 años

En primer lugar se encuentra el básico con el **55,93%**, seguido del bachillerato con **28,81%**, y el **5,08%** con grado de escolaridad superior, además se encontró un mínimo porcentaje de analfabetismo del 1,13%, conformado por los adultos casi en su totalidad; tomando como referencia se pudo constatar que el grado de escolaridad de los habitantes corresponde al nivel socio económico de los mismos.

De acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en el año 2010, el total de la tasa de analfabetismo es del 6,75%. El Ecuador posee una tasa de analfabetismo de 5,8% para hombres y 7,7% en mujeres que representan un total de 280.823 y 391.273 personas respectivamente.⁶⁴

⁶⁴ Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf>

TABLA N° 3
RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO EL CASTILLO

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Personas con mala Nutrición	24	13,56	153	86,44	177	100
Personas con discapacidad	5	2,82	172	97,18	177	100
Embarazadas con Problemas	1	0,56	176	99,44	177	100

FUENTE: fichas familiares del barrio El Castillo

ELABORADO POR: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se eliminan las categorías "personas con vacunación incompleta, personas con enfermedad de impacto, y personas con enfermedades mentales" por no existir casos

Referente a los riesgos biológicos se identificó personas con problemas nutricionales que lo conforman niños y adolescentes con un **13,56%** que están calificados como riesgo; bajo y moderado, además se incluyó personas con discapacidades que corresponde al **2,82%** de la población total, que abarcan problemas físicos e intelectuales ocasionadas por distintas causas.

En relación a las embarazadas con riesgo se encontró un mínimo porcentaje de **0,56%** correspondiente a una embarazada que presenta antecedentes de aborto gemelar.

En los cantones de la provincia de Loja a excepción de la capital lojana se registra el 3% y el 4% de prevalencia de algún tipo de discapacidad, las más comunes son: física, auditiva e intelectual con una cifra del 3,06%.⁶⁵

⁶⁵ "Discapacidad en Loja"; disponible en; <http://www.elmercurio.com.ec/234834-loja-es-la-segunda-provincia-que-registra-mayor-indice-de-personas-con-discapacidad/#.Unrn-HCUcpo>.

TABLA N° 4
RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO EL CASTILLO

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de agua insegura	39	100	-	-	39	100
Mala eliminación de basuras y excretas	39	100	-	-	39	100
Mala eliminación de desechos líquidos	39	100	-	-	39	100
Animales Intradomiciliarios	14	35,90	25	64,10	39	100

FUENTE: fichas familiares del barrio El Castillo

ELABORADO POR: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría de "impacto ecológico por industrias" por no existir casos.

En el estudio realizado en la población del Castillo en cuanto a los riesgos sanitarios se ven afectados el **100 %** ya que no cuenta con los servicios básicos (agua potable, alcantarillado, eliminación de excretas y basura), además en lo que se refiere a los animales intradomiciliarios se ven afectados en un **35,90 %**. Es decir la población se ve expuesta a un sin número de probabilidades de sufrir problemas de salud, que se atribuye a la distancia del barrio el mismo que es rural y al desinterés de los gobiernos locales.

Estudios a nivel rural en la provincia de Loja indica que el 58,4 % de los habitantes, beben el agua tal y como llega a sus hogares causando con ello un aumento de morbilidad⁶⁶ no siendo la excepción en este barrio.

⁶⁶ MORI Raquel, Mala Eliminación de Desechos Líquidos, 2012, Disponible en: http://www.dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3732/1/FUENTES_MORI_RAQUEL.pdf

TABLA N° 5
RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO EL
CASTILLO

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Pobreza	18	46,15	21	53,85	39	100
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	21	53,85	18	46,15	39	100
Desestructuración Familiar	9	23,08	30	76,92	39	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	11	28,21	28	71,79	39	100
Malas condiciones de la Vivienda	14	35,90	25	64,10	39	100
Hacinamiento	11	28,21	28	71,79	39	100

FUENTE: fichas familiares del barrio El Castillo

ELABORADO POR: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina categoría “analfabetismo de padre y madre” por no existir casos.

El **53,85%** de los jefes de familia no cuentan con trabajo o tienen un trabajo informal, desencadenando un **46,15 %** de pobreza y el **35,90%** de malas condiciones de la vivienda, lo que se traduce en un **28,21%** de hacinamiento en la población, que a su vez repercute en el desarrollo de la comunidad, en la salud.

Según estudios “La pobreza urbana en septiembre del 2013 afectó el 15,74% de la población, es decir, de cada 100 habitantes 16 son pobres, cifra similar a la registrada un año antes. Mientras que la extrema pobreza urbana se ubicó en 4,08% frente al 4,68% del mismo mes del 2012 según datos publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)”.⁶⁷

⁶⁷Cantón Loja, Niveles de pobreza, (Consulta 05/11/2013; hora: 11h27min) Disponible en

http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/Cant%C3%B3n%20Loja.pdf

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL BARRIO EL CASTILLO

En el estudio realizado al **100%** de niños menores de 2 años se les realizó la prueba de tamizaje neonatal, el cual refleja la responsabilidad de la madre de familia y la eficacia de la unidad de salud que da cobertura a esta población.

La prueba de tamizaje neonatal⁶⁸ se realiza en una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido, este procedimiento permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro⁶⁸, las enfermedades que detecta esta prueba son: Hipertiroidismo Congénito, Galactosemia, Hiperplasia Suprarrenal Congénita y Fenilcetonuria.

⁶⁸ Tamizaje Neonatal; Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec/>, consultado 01/01/2014, Hora 19:00

ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN LOS HABITANTES DEL BARRIO EL CASTILLO

En el estudio realizado se constató que la población de niños menores de 5 años, escolares y adolescentes (5-19años), mujeres en edad fértil, y embarazadas tienen el esquema completo en un **100%**

Esto refleja la efectividad y la eficacia del centro de salud Hospital Universitario de Motupe; siendo esto favorable para la población con respecto a su economía ya que evitaría gastos en la atención de salud.

Según investigaciones realizadas “los conocimientos que las comunidades tienen en relación a la inmunización contra las enfermedades inmuno-prevenibles es esencial para alcanzar el cuarto “Objetivo de Desarrollo del Milenio, que consiste en reducir en dos terceras partes la morbi-mortalidad”.⁶⁹

⁶⁹ who.int, Inmunizaciones, (Consulta: 05 de noviembre de 2013). Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/immunization/es/>.

TABLA N° 6
OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO EL CASTILLO

OCUPACIÓN	f	%
Estudiante	66	37,29
Quehaceres Domésticos	38	21,47
Sin Ocupación	20	11,30
Albañil	14	7,91
Agricultor	10	5,65
Comerciante	7	3,95
Empleado Privado	7	3,95
Chofer	7	3,95
Empleado Público	3	1,69
Desempleado	3	1,69
Artesano	2	1,13
Total	177	100

FUENTE: datos obtenidos de las fichas familiares del Barrio El Castillo.
ELABORADO: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL
NOTA: la categoría "sin ocupación" corresponde a niños menores de 5 años.

En la ocupación el **71,75%** corresponde a la población pasiva que agrupa (estudiantes, quehaceres domésticos, sin ocupación y desempleados) ya que esta población no aporta ingresos económicos a la familia, posteriormente se encuentra la población económicamente activa con un **28,25%** entre estos tenemos (albañiles, agricultores, comerciantes, empleado privado, chofer. empleado público y artesanos) estas ocupaciones si generan ingresos económicos para la familia

Estudios indican que la población económicamente activa del cantón 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 PEA está ubicado en actividades tales como construcción, administración pública, industrias manufactureras, transporte y comunicaciones"⁷⁰.

⁷⁰ Ocupaciones de los habitantes Lojanos; Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Loja_%28Ecuador%29#Econom.C3.ADa, consultado el 22/12/2013.

TABLA N° 7
LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACION DEL
BARRIO EL CASTILLO

LUGAR DE ATENCION	f	%
Publica	128	72,32
Privada	49	27,68
Total de Población	177	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio El Castillo.

ELABORADO POR: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

En la presente tabla del total de habitantes del Barrio el Castillo un **72,32 %** acuden para la atención médica a casas de salud públicas, en este caso el Hospital de Motupe, Área de Salud N°3, y el IESS; las mismas que son instituciones de salud que ofertan servicios con calidad y eficacia a sus usuarios, a la vez que se benefician de la gratuidad de los diferentes servicios que prestan estas instituciones, y el **27,68%** acuden a otras casas de salud privadas, que corresponde a clínicas, policlínicos y el ISSFA.

TABLA N° 8
ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS, ESCOLARES Y
ADOLECENTES DEL BARRIO EL CASTILLO

ESTADO NUTRICIONAL / IMC	NORMAL (18,5-24,99)		DESNUTRICIÓN LEVE (17-18,49)		SOBREPESO (25-29,99)		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Menores de 5 años	19	95	1	5	-	-	20	100
Escolares y adolescentes	57	93,44	1	1,64	3	4,92	61	100

FUENTE: datos obtenidos de las fichas familiares del Barrio El Castillo.

ELABORADO: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

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

Según la valoración nutricional de niños/as menores de 5 años, el **95%** de ellos su estado de nutrición es normal ya que recibieron lactancia materna exclusiva, el mismo es beneficioso debido a que posee gran cantidad de componentes que ayudan al desarrollo y prevención de enfermedades además de generar un vínculo afectuoso entre la madre y el niño" ⁷¹ ; y el **5%** están con desnutrición leve que corresponde a 1 niño que a partir de los 2 años no llevo una alimentación adecuada acorde a su edad. Con respecto a los escolares y adolescentes: el **93,44%** se encuentra en un estado nutricional normal, un **4,92%** con sobrepeso y el **1,64%** con desnutrición leve.

Los "problemas nutricionales encontrados en los niños y adolescentes como desnutrición leve, en algunos están relacionados con el deterioro de la calidad de vida de sus familias, manifestado por la falta de conocimiento de una correcta alimentación y la falta de ingesta de nutrientes acorde a los requerimientos nutricionales para la edad; también se pudo encontrar sobrepeso relacionado con hábitos nutricionales inadecuados caracterizados por la ingesta de alimentos conocidos como chatarra, estos problemas nutricionales constituyen un factor de riesgo para las niño/as porque en la edad adulta las predispone al apareamiento de enfermedades crónico degenerativas". ⁷²

⁷¹ Escuder MML, Venâncio SY, Pereira JCR. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. Rev Saúde Publica 2003; 37(3):319-25.

⁷² Tesis, Valoración del Bajo peso, Sobrepeso y Obesidad en las niñas de la Escuela Fiscal Mary Corylè Cuenca 2010. (Consulta: 07 de Noviembre de 2013). Disponible en: <http://dspace.ucuena.edu.ec:8080/bitstream/123456789/3572/1/ENF110pdf> Pág. 2.

TABLA N° 9
AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO EL CASTILLO

AGUDEZA VISUAL	f	%
Normal	60	98,36
Con Problemas	1	1,64
TOTAL	61	100

FUENTE: datos obtenidos de las fichas familiares del Barrio El Castillo.
ELABORADO: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

El **98,36%** tienen agudeza visual normal y en un menor porcentaje con el **1,64%** tienen problemas visuales que corresponde a un adolescente de 14 años.

La visión es un sentido muy importante para el presente y futuro del ser humano tanto en el aspecto físico, como en el psicosocial; si un individuo tiene fallas en su agudeza visual, se verá afectado en las múltiples actividades cotidianas que le corresponderá desempeñar por lo que es importante no ignorar los problemas de agudeza visual.

En estudios realizados “la población con algún tipo de discapacidad visual en Ecuador, según datos de las instituciones CONADIS e INEC, asciende a 363000 personas. Ellas, en su diario vivir, enfrentan una serie de desafíos de toda índole, a los cuales responden mediante una serie de comportamientos predefinidos y que, de acuerdo al medio en donde se apliquen, pueden resultar más o menos eficaces”.⁷³

⁷³ Repositorio (Consultado 12 diciembre 2013) Disponible:<http://www.repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/132/1/T-ESPE-026687.pdf>

TABLA N° 10

**ACCESO O NO AL ESTUDIO ACADÉMICO DE LA POBLACIÓN ESCOLAR
Y ADOLESCENTE DEL BARRIO EL CASTILLO**

ESTUDIA	f	%
SI	59	96,72
NO	2	3,28
TOTAL	61	100

FUENTE: datos obtenidos de las fichas familiares del Barrio El Castillo.
ELABORADO: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

Las estadísticas muestran que el **96,72%** de los escolares y adolescentes estudian, y un **3,28%** de escolares y adolescentes no acceden al estudio, debido a múltiples factores ya sean personales o familiares.

“El abandono del sistema educativo durante el periodo de enseñanza obligatoria infringe el derecho a la educación que tiene toda persona en nuestra sociedad. Por lo tanto, este fenómeno se valora no sólo como un grave problema del sistema educativo, sino de toda la sociedad, esta es una preocupación generalizada en los sistemas educativos que ha llevado a desarrollar estudios sobre las medidas en los diversos países para evitar el abandono escolar”.⁷⁴

⁷⁴Desescolarización (Consulta 11 diciembre 2013) Disponible: http://www.isei-ivei.net/cast/pub/Abandono_ult.pdf

TABLA N° 11
RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL
BARRIO EL CASTILLO

RENDIMIENTO ESCOLAR	f	%
Bueno	57	96,61
Malo	2	3,39
TOTAL	59	100

FUENTE: datos obtenidos de las fichas familiares del Barrio El Castillo.
ELABORADO: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

El **96,61%** de escolares y adolescentes tienen un rendimiento escolar bueno y el **3.39%** es malo.

En estudios realizados hacen mención “que el rendimiento escolar malo se debe a varios factores, el más común es la actual situación económica que atraviesa la sociedad ecuatoriana, los miembros de la familia tienen que trabajar para poder sobrevivir, quedando los niños abandonados en sus hogares cumpliendo sus tareas escolares solos”⁷⁵.

Además otras investigaciones determinan “la existencia algunos factores sociales y económicos que se traducen en elevadas tasas de repetición, deserción escolar, mala calidad de la educación, deficiente infraestructura educativa y limitado material didáctico que obstaculizan el desarrollo de la educación en las comunidades rurales, los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone el actual proceso de apertura y globalización de la economía”⁷⁶.

⁷⁵Desempeño Académico; Disponible en: <http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/115/1/Segunda%20Parte.pdf>; consultado el 28/12/2013 (19:00h).

⁷⁶Rendimiento escolar; Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>; consultado el 28/12/2013 (19:00h).

TABLA N° 12
PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL
BARRIO EL CASTILLO

PROBLEMAS DE CONDUCTA	f	%
Si	6	9,84
No	55	90,16
TOTAL	61	100

FUENTE: datos obtenidos de las fichas familiares del Barrio El Castillo.
ELABORADO: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

De acuerdo a los problemas de conducta en escolares y adolescentes tenemos que el **90,16%** no tiene ningún problema, en relación a los que sí tienen problemas de conductas que es el **9,84%**; generalmente estos problemas de tipo conductual se evidencian en la población que se encuentra estudiando, los familiares atribuyen esto a la mala influencia social, el cual desencadena malos comportamientos dentro y fuera de sus hogares.

“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”.⁷⁷

⁷⁷ 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

TABLA N° 13
MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES CON
VIDA SEXUAL ACTIVA

METODOS	f	%
Métodos Naturales	33	82,50
Métodos artificiales	7	17,50
TOTAL	40	100

FUENTE: datos obtenidos de las fichas familiares del Barrio El Castillo.

ELABORADO POR: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría de; métodos irreversibles por no presentarse casos.

El **82,50%**, de mujeres con vida sexual activa utilizan métodos naturales (Método del Ritmo) seguido del **17,50 %** que utilizan el métodos artificiales (inyectables, implantes y anticonceptivos orales) cabe mencionar que ninguno de los dos métodos ayuda a prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y al mismo tiempo, apoya a la salud y el desarrollo de la población.

TABLA N° 14
REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL
ACTIVA DEL BARRIO EL CASTILLO

PAPANICOLAOU	f	%
Si	21	52,50
No	19	47,50
TOTAL	40	100

FUENTE: datos obtenidos de las fichas familiares del Barrio El Castillo.
ELABORADO POR: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL.

El **52,50 %** de las mujeres con vida sexual activa de esta comunidad se han realizado el examen de Papanicolaou, el **47,50 %** no se han realizado lo cual determina un alto riesgo. Durante la investigación no se detectó ningún caso de cáncer cervico uterino.

Existe suficiente evidencia científica de que el tamizaje de las lesiones precursoras del cáncer cervical entre los 35 y 64 años mediante la citología convencional en un programa de alta calidad reduce la incidencia del cáncer cervical en un 80% o más⁷⁸. De allí la enorme importancia que tiene el Papanicolaou, ya que cuando una mujer se lo realiza regularmente se pueden detectar las células malignas y con un tratamiento adecuado, se puede erradicar el cáncer que es la segunda causa de muerte de mujeres en edad reproductiva y adulta.

⁷⁸ Papanicolaou; Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/datos-epidemiologicos.asp>

PERFIL EPIDEMIOLOGÍCO

TABLA N° 15
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES
CRÓNICAS - DEGENERATIVAS DEL BARRIO EL CASTILLO

PATOLOGIAS	menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 años y mas		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hipertensión Arterial	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2,26	1	0,56	5	2,82
Diabetes	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,13	-	-	2	1,13
Osteoporosis	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,56	-	-	1	0,56
Ninguna	3	1,69	17	9,60	21	11,86	40	22,60	86	48,59	2	1,13	169	95,48
TOTAL	3	1,69	17	9,60	21	11,86	40	22,60	93	52,54	3	1,69	177	100

FUENTE: datos obtenidos de las fichas familiares del Barrio El Castillo.

ELABORADO POR: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: no existen casos de enfermedades degenerativas.

Predomina la hipertensión arterial con un **2,82%**, seguido de diabetes mellitus con un **1,13%** y con **0,56%** la osteoporosis en las edades de 20 a 65 años y más de edad.

Las enfermedades crónicas pueden aparecer en cualquier momento de la vida, desde la infancia hasta la tercera edad. Algunas de estas enfermedades generan discapacidades que se manifiestan claramente, pero otras crean discapacidades “invisibles” que quizás no resulten tan fácilmente reconocibles. Los miembros de la familia y las demás personas que cuidan de quienes padecen enfermedades crónicas también afrontan retos difíciles.⁷⁹

⁷⁹ Problemas Crónicos; Disponible en , <https://www.lds.org/topics/disability/list/chronic-illness?lang=spa>

TABLA N° 16
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS DISCAPACIDADES DEL BARRIO EL CASTILLO

PATOLOGIAS	menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 años y mas		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Intelectual	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,56	-	-	1	0,56
Física	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,13	1	0,56	3	1,69
Visual	-	-	-	-	-	-	1	0,56	-	-	-	-	1	0,56
Ninguna	3	1,69	17	9,60	21	11,86	39	22,03	90	50,85	2	1,13	172	97,18
TOTAL	3	1,69	17	9,60	21	11,86	40	22,60	93	52,54	3	1,69	177	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio El Castillo.

ELABORADO: Dennis Wisum, Egresado de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina la categoría "Discapacidad Auditiva" por no existir datos

El **1,69%** de la población presenta discapacidad física en edades de 20 a 65 años y más, y el **0,56 %** presentan discapacidad visual en grupos 10 a 19 años de edad.

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal, las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive⁸⁰.

⁸⁰ Discapacidad; publicado el 11 de junio del 2011, Disponible en : <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

APARTADO

Para dar cumplimiento al tercer objetivo del proyecto que fue “Brindar servicios específicos de enfermería, orientados a procurar el ejercicio del derecho a la salud de los grupos menos favorecidos, como forma de acercamiento a la comunidad y estrategia de vinculación con el servicio de salud”, se realizó lo siguiente:

🕒 VACUNACIÓN

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

🕒 EDUCACIÓN

✚ Alimentación

- ✓ Se dio a conocer a las madres de familia sobre los beneficios de la lactancia durante los primeros meses de vida, la importancia de la vacunación y la adecuada alimentación en los niños menores de 5 años, escolares y adolescentes.
- ✓ Se encontraron casos de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) en el que se educó sobre la dieta alimenticia que deben llevar, los controles médicos y su medicación.

✚ Planificación familiar

- ✓ Métodos anticonceptivos que ofrece el MSP
- ✓ Brindar información a mujeres con vida sexual activa sobre la importancia de la realización del Papanicolaou.
- ✓ Controles en el embarazo (importancia de vacunarse la Dt y el consumo de hierro y ácido fólico)

- ✚ **Toma de presión arterial, a la población que se encontró al momento de la visita domiciliaria.**

DISCUSIÓN

“El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) es un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas enfocadas en la salud Familiar, Comunitaria e Intercultural que complementándose, organiza y descongestiona el Sistema Nacional de Salud, permitiendo la integralidad de los tres niveles de atención en la red de salud.

En resumen, sustenta e incorpora la estrategia de la APS (Atención Primaria en Salud) renovada que en la práctica, garantiza la atención para satisfacer las necesidades de salud”⁸¹.

En la presente tesis se realizó un Diagnóstico Comunitario de Salud del Barrio el Castillo, en el que se determinó que está ubicado al norte de la ciudad de Loja. Limita al sur con el Barrio Sauces Norte, al norte con el Barrio Florencia, al este con el Barrio San Francisco y por el oeste con parte del Barrio Shucus. Tiene una población de 177 personas, agrupadas en 39 familias.

El asentamiento se localiza en un terreno accidentado geográficamente, fértil y de clima Frio que favorece el cultivo de maíz, y verduras en pequeñas huertas caseras.

Dispone de una vía de accesos sin pavimentar desde Sauces Norte, en el interior del asentamiento cuenta con vías y caminos, que en época de lluvia se convierten en un riesgo para accidentes. Los medios de transporte más utilizados por la población son las motocicletas, bicicletas y no cuenta con transporte urbano.

La población del Barrio el Castillo es numéricamente proporcional tanto el sexo masculino como femenino; sobresaliendo el grupo etario de 20 a 64 años de edad (52,54%), “lo que se relaciona con los resultados del estudio del INEC del año 2010 la edad promedio de un ecuatoriano es de 29 años, el 62,2% de la población está entre los 15 y 64 años de edad, mientras que los menores a 15 años representan el 31,3%. La población femenina representó el 50,4% de la población total”⁸².

⁸¹ Modelo de Atención Integral de Salud: publicado el 04 de octubre del 2012; Disponible en:

<http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/index.php/innovando-el-ministerio/126-que-es-el-modelo-de-atencion-integral-de-salud>

⁸² Población ecuatoriana; Disponible en <http://www.slideshare.net/samysish/poblacion-ecuatoriana-2872280>

El grado de escolaridad de la mayoría de la población del sector es la educación básica (55,93%) además se encontró un mínimo porcentaje de analfabetismo del 1,13%, conformado por los adultos casi en su totalidad; datos que se relacionan con el INEC 2010 donde el grado de escolaridad de la población de 24 años y más, disminuye a medida que la edad aumenta. La mayor escolaridad presenta el grupo de 24 a 34 años con 11.1 grados, los adultos mayores presentan el menor grado de escolaridad con un promedio de 5,4%⁸³. “Así representándose a nivel nacional un índice de analfabetismo del 11,70% en la población total del país”⁸⁴.

De acuerdo a los riesgos encontrados en las familias de este sector están los biológicos como personas con mala nutrición con el 13,56%, personas con discapacidad en 2,82%; en los riesgos sanitarios está el consumo de agua insegura con el 100%, la mala eliminación de la basura y mala eliminación de los desechos líquidos y los animales intradomiciliarios con el 35,90% ; en los riesgos socio-económicos se identificó que el 53,85% de los jefes de familia no cuentan con trabajo o tienen un trabajo informal, desencadenando un 46,15 % de pobreza y el 35,90% de malas condiciones de la vivienda, lo que se traduce en un 28,21% de hacinamiento en la población.

En relación al estudio es proporcional “Según datos del banco central el índice de desempleo en el 2008 es de 7,09% y el sub empleo es de 44,1%, en el país se refleja un índice de pobreza significativo ya que “En 2012, Ecuador reduce la pobreza de 37,1 a 32,4% según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). No obstante, el porcentaje de pobres en nuestro país sigue siendo más alto que en otras naciones de la región”⁸⁵.

En la ocupación de la población estudiada corresponde a la población pasiva que agrupa (estudiantes con 37,27%, quehaceres domésticos 21,47%, sin ocupación 11,30% y desempleados 1,69%), además se identificó la población económicamente activa entre estos tenemos (albañiles con 7,91%, agricultores

⁸³ INEC. Análisis Revista Coyuntural. Edición septiembre 2010,pg. 6

⁸⁴ Ecuador en cifras: Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/alfabetismo.html#>

⁸⁵ Pobreza en el Ecuador; Disponible en: <http://www.ecuavisa.com/noticias/economia/69174-porcentaje-de-pobreza-en-ecuador-sigue-siendo-mas-alto-que-en-otros-paises.html>

5,65%, comerciantes, empleado privado, choferes con el 3,95%, empleados públicos y artesanos con 1,69%).

En relación a nuestro estudio es distinto ya que a nivel local estudios indican que la población económicamente activa del cantón 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 PEA está ubicado en actividades tales como construcción, administración pública, industrias manufactureras, transporte y comunicaciones"⁸⁶.

Con respecto a la educación en el barrio estadísticas muestran que el 96,72% de los escolares y adolescentes estudian, y un 3,28% de escolares y adolescentes no acceden al estudio, "Según el Censo 2010, la provincia con menor rezago estudiantil es El Oro con 7,25% y Cotopaxi con 7,82%, mientras Napo y Morona Santiago registran la mayor tasa de rezago con el 13,15% y 14,53%"⁸⁷ respectivamente", que en comparación con el estudio realizado el rezago es mínimo.

En cuanto a la temática de planificación familiar en el sector el 82,50%, de mujeres con vida sexual activa utilizan métodos naturales (Método del Ritmo) seguido del 17,50 % que utilizan el métodos artificiales (inyectables, implantes y anticonceptivos orales), que según datos del INEC; "entre mitos, ignorancia y machismo, que han abonado para que el Ecuador sea la nación con mayor densidad poblacional de Sudamérica (54,82 habitantes por cada km²) y con una de las más altas tasas de natalidad en la región, que basados en los datos más actuales sobre planificación familiar que son los del Endemain 2004; revelan que las mujeres del quintil 1 (el 20% más pobre de la población ecuatoriana) tienen, en promedio, cinco hijos; y las del quintil 5 (el 20% más rico), dos. Las mujeres que han recibido educación superior procrean, en promedio, según el manejo estadístico, 2 niños; las que tienen instrucción

⁸⁶ Ocupaciones de los habitantes Lojanos; Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Loja_%28Ecuador%29#Econom.C3.ADa, consultado el 22/12/2013

⁸⁷ Capítulo Educación Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=440:el-censo-informa-capitulo-educacion&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es Consultado 07/03/2014

primaria, 4; y las analfabetas 6⁸⁸, que en relación con el sector estudiado es casi proporcional.

El 52,50% de mujeres con vida sexual activa se han realizado el examen Papanicolaou, según manifiestan algunas, debido a que conocen la importancia de esta prueba, y la enfermedad que previene, en relación a nuestro estudio estas cifras son casi similares con un estudio realizado en Chile ya que la cobertura del examen Papanicolaou (PAP) en mujeres de riesgo ha sufrido un descenso sostenido en los últimos 4 años, de 68% a 59% entre los años 2008 y 2011. Esta reducción de la cobertura es aún mayor en las mujeres de más alto riesgo, es decir las mayores de 35 años⁸⁹, sin embargo no se identificó ningún caso de cáncer cervico-uterino en la población.

Casi finalizado el estudio en relación al perfil epidemiológico de las enfermedades se determinó que predomina la hipertensión arterial con un 2,82%, seguido de diabetes mellitus con un 1,13% y con 0,56% la osteoporosis en las edades de 20 a 65 años y más de edad, que según otros estudios es casi similar ya que la diabetes y la hipertensión arterial están entre las causas de muerte y en la población se encontraron algunos casos.

“Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en la mayoría de los países de América Latina. En el 2002 representaban el 44% de las defunciones en hombres y mujeres menores de 70 años”⁹⁰.

“Entre las causas de mortalidad se encuentran, en orden de frecuencia, los accidentes de tránsito, agresiones (homicidios), diabetes sacarina, enfermedades hipertensivas e infección por VIH. La primera causa de muerte en 2008 fue la diabetes sacarina, con una tasa de 25,4% por 100.000 habitantes, mientras que en 2010 lo fue la enfermedad hipertensiva (30,3%), seguida de la diabetes sacarina (28,3%)⁹¹”

⁸⁸ Planificación Familiar; Disponible en: <http://investigadoressaludmanabi.blogspot.com/2012/06/ldcda-maritza-zambrano-planificacion.html> Consultado 07/03/2014

⁸⁹ Campaña para aumento cobertura PAP en mujeres de 25 a 64 años. Disponible en: http://www.colegiodematronasdechile.cl/documentos/InsumoCampanaPAP_SSy%20SEREMIS_2012.pdf Consultado 12/03/2014

⁹⁰ Problemática de salud en América latina disponible en: <http://www.granotec.com/ecuador/new/20120222182759/> Consultado 12/03/2014

⁹¹ Ecuador, Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=202&Itemid consultado el 12/03/2014.

Además se encontró un 1,69% de la población presenta discapacidad física en edades de 20 a 65 años y más, y el 0,56 % presentan discapacidad visual en grupos 10 a 19 años de edad.

Los resultados obtenidos tienen una gran importancia trascendental, por lo tanto su relación y discusión es amplia en el que dejo a consideración de los futuros 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 la calidad de vida de la de esta población.

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 “El Castillo” se trabajó con 39 familias y 177 habitantes, 92 hombres y 85 mujeres. Todas las familias están expuestas a riesgo bajo y moderado. El nivel de instrucción que más prevalece es el básico, además se encontró 2 analfabetos. Entre las ocupaciones el 28,25% corresponde a población económicamente activa (albañiles, agricultores, comerciantes, empleado privado, chofer, empleado público y artesanos). En 18 familias de esta comunidad existe pobreza. Se encontró que el 17,50% utiliza métodos anticonceptivos ofertados por el MSP ya que en su mayoría estos son gratuitos (implantes, anticonceptivos orales e inyectables), cabe recalcar que la mayoría de esta población esta inmunizada. Ante problemas de salud acuden a instituciones tanto públicas como privadas.
- ② Mediante el perfil epidemiológico se pudo contribuir al Hospital Universitario de Motupe en la actualización de la clasificación de las enfermedades crónicas-degenerativas de impacto y discapacidades.
- ② Para dar cumplimiento a uno de los objetivos se realizaron actividades de enfermería tales como: control de presión arterial, revisión de carnets, educación en nutrición y planificación familiar, lo que permitió a las personas informarse y despejar sus inquietudes, además se anunció sobre el sistema del call center el cual facilita la atención médica evitando las molestas filas.

RECOMENDACIONES

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

- ② Con los resultados obtenidos se recomienda al equipo de salud del Hospital Universitario de Motupe que planteen estrategias dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población. Además que participe brindando educación a la comunidad, en el que trabaje con grupos vulnerables para mantener un control y seguimiento adecuado, como también verificar el cumplimiento de los controles periódicos de las diferentes personas con enfermedades crónicas para planear visitas domiciliarias.
- ② Que se continúe prestando apertura a estudiantes para que realicen este tipo de estudios, debido a que ayudan a fortalecer conocimientos, formando personas capaces de desenvolverse como futuros profesionales de la Salud.
- ② A los dirigentes del Barrio El Castillo a que siga gestionando para que se les provea de agua potable y alcantarillado, ya que así se podrá disminuirán los riesgos sanitarios existentes en esta comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias de libros

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

Referencias de PDF

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

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

Referencias de páginas de internet

- Bastidas C. Agudeza Visual. [Internet] 2012 [citado 07/12/2013] 2007: Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/>
- Delgado G. Problemas de Conducta en Escolares Y Adolescentes. [Internet] [citado 05/12/2013] 2008 .Disponible: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000919.htm> blogspot.com/2008/03/trastornos-de-conducta-en-nios-y.html
- Heymann DL. Inmunización dT. 18ª Edición [Internet] [citado 15/12/2013] 2009 Disponible: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>.
- Mendoza R. Hacinamiento y mala condición de las viviendas. [Internet] 2012 [citado 10/12/2013]8:20 Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uH>
- MSP. Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. [Internet] 2013 [citado 27/11/2013] Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contr-la-discapacidad/>
- MSP. Enfermedades crónicas [Internet] 2010 [citado 10/12/2013] 10:45 Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php.
- MSP. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) [Internet] 2013 [citado 09/12/2013]: Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>.
- OMS. La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS. [Internet] 2012 [citado 18/12/2013] Disponible en <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivencia-infante>.

- OMS. Planificación Familiar. [Internet] 2013 [citado 05/12/2013]
Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>
- Papanicolaou. [Internet] 2012 [citado 05/12/2013 Hora: 20h45min.]
Disponible en: <http://tvncanal.com/index.php>.
- Zazueta R. Pediatría control del niño sano [Internet] 2008 [citado 11/12/2013] disponible en : <http://pediatria.org/?p=> consultado el 12/12/2013
- La república, Datos estadísticos Ecuador 2010. (Consulta: 08 de Diciembre de 2013). Disponible en:
<http://www.larepublica.ec/blog/sociedad/2011/09/01/segun-los-resultados-del-censo-en-ecuador-hay-14483-499-de-habitantes/>

ANEXOS

Certificado del presidente



MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja, 03 de Octubre del 2013.

Sr. Gonzalo Choncho Riglla

Presidente del Barrio El Castillo

CERTIFICO:

Habemos 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 El Castillo.

PRESIDENTE DEL BARRIO

Ci. 118.800.121

0586574384

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci. 118800501-9

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci. 118800501-9

FICHA FAMILIAR

(LADO A)



Ministerio de Salud Pública

ÁREA DE SALUD N° 3 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

FICHA FAMILIAR DE SALUD N°

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA _____

1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIADA	
LATITUD	LONGITUD
	ALTITUD

NUMERAR CADA AÑO, AL REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CÓDIGO UD	ÁREA N°	CÓDIGO LOCALIZACIÓN	# DE FICHA FAMILIAR
				PARRQUIA CANTÓN PROVINCIA	
PROVINCIA	CANTÓN	PARRQUIA	SECTOR	MANZANA	# DE FAMILIA
					DIRECCIÓN HABITUAL DE LA FAMILIA (CALLE Y REFERENCIA)
BARRIO	# DE CASA	COMUNIDAD	GRUPO CULTURAL	NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE DE FAMILIA	# DE TELEFONO
					# DE CARPETA

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	SEXO	ESCOLARIDAD				ESQUEMA COMPLETO DE VACUNAS	SALUD BUCA	RIESGO, ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD	N° DE HISTORIA CLÍNICA	N° DE CÉDULA DE CIUDADANÍA
						H	M	S/N	BAS					
MEJOR 1 AÑO														
1 - 4 AÑOS														
5 - 9 AÑOS														
10 - 19 AÑOS														
20 - 64 AÑOS														
65 AÑOS Y MÁS														
TOTALES														

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN	FECHA PROBABLE DEL PARTO	SEMANAS DE GESTACIÓN			DÓSIS DE VACUNACIÓN PT			ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS			ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS
				PRIMERA	SEGUNDA	REFRIZO	GESTAS	ABORTOS	CESAREAS	PARITOS	ABORTOS	CESAREAS	
EMBARAZADAS													

3 MORTALIDAD FAMILIAR	
NOMBRE	EDAD AL FALLECER
	CAUSA
4 RESPONSABLE DEL LLENADO	
NOMBRE Y APELLIDO	CÓDIGO
	FIRMA

FICHA FAMILIAR - ANAMNESIS

(LADO C)

5 CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR														
GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES						FECHAS DE CALIFICACIÓN								
CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE: 0 = SIN RIESGO 1 = RIESGO MUY BAJO 2 = RIESGO BAJO 3 = RIESGO MODERADO 4 = RIESGO ALTO														
A RIESGOS BIOLÓGICOS	1	PERSONAS CON VACUNACIÓN INCOMPLETA												
	2	PERSONAS CON MALA NUTRICIÓN (SOBREPESO O DESNUTRICIÓN)												
	3	PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO												
	4	EMBARAZADAS CON PROBLEMAS												
	5	PERSONAS CON DISCAPACIDAD												
	6	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES												
B RIESGOS SANITARIOS	7	CONSUMO DE AGUA INSEGURA												
	8	MALA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS												
	9	MALA ELIMINACIÓN DE DESECHOS LÍQUIDOS												
	10	IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS												
	11	ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS												
C RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS	12	POBREZA												
	13	DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA												
	14	ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE												
	15	DESESTRUCTURACIÓN FAMILIAR												
	16	VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN												
	17	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA												
	18	HACINAMIENTO												
			TOTAL			TOTAL			TOTAL					
NIVEL DE RIESGO TOTAL			SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
CALIFICACIÓN: SUMAR EL VALOR DEL RIESGO DE LOS COMPONENTES EN LA CELDA DE "TOTAL" Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE SEGÚN EL RANGO TOTAL														
CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0 = SIN RIESGO 1 - 14 = RIESGO BAJO 15 - 34 = RIESGO MEDIO 36 - 72 = RIESGO ALTO														
RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN														

FOTOS

Entrevista con la directiva del Barrio el Castillo



Aplicación De Ficha Familiar



Vías De Acceso Al Barrio



Fuentes De Ingreso Del Barrio



Lugares Recreativos Y Vista Panorámica Del Barrio



INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL NIÑAS/OS MENORES DE 5 AÑOS

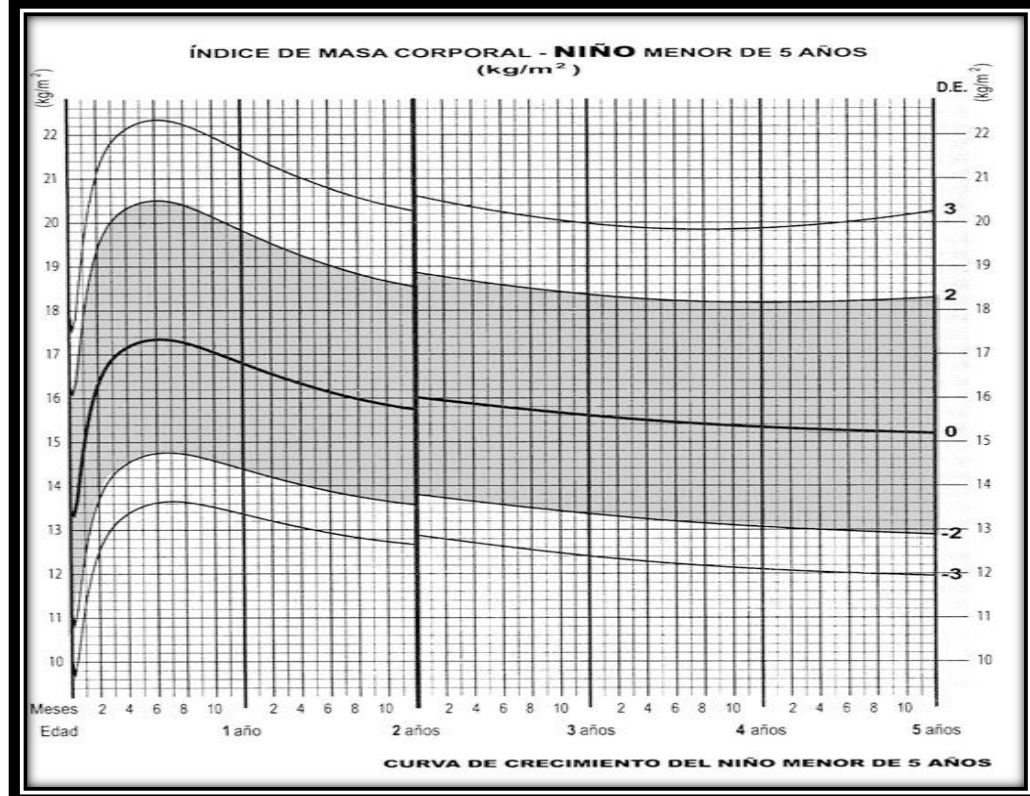
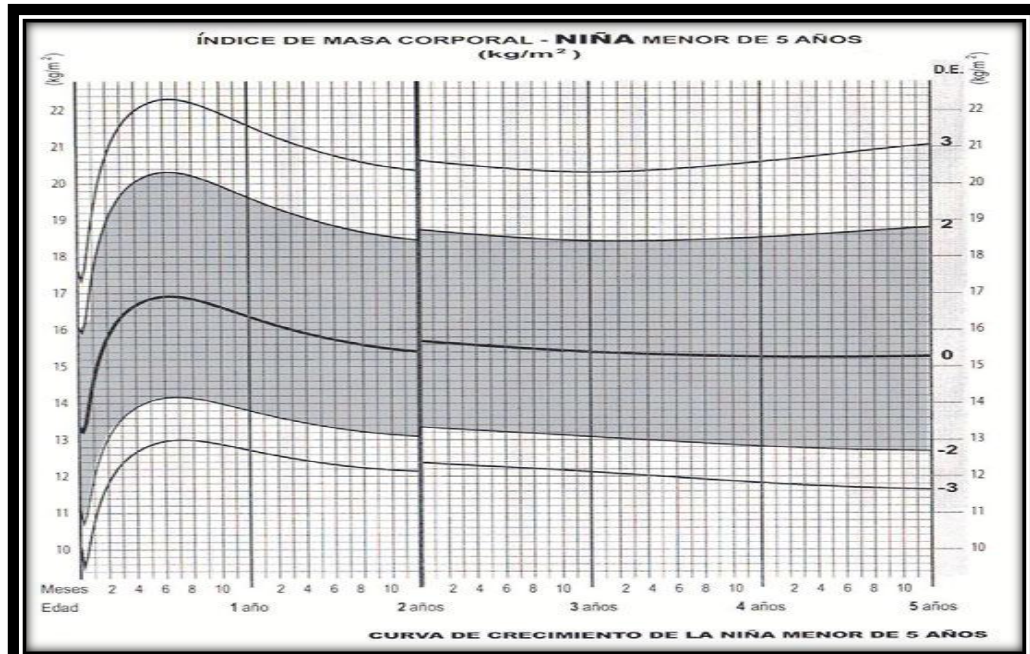


TABLA PARA IMC EN ADOLESCENTES Y ADULTOS

		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	19.6	20.6	21.6	22.6	23.6	24.6	25.6	26.6	27.6	28.6	29.6	30.6	31.6	32.6	33.6	34.6	35.6
	162.5	17.0	18.0	18.9	19.9	20.8	21.8	22.7	23.7	24.6	25.6	26.5	27.5	28.4	29.3	30.3	31.2	32.2	33.1	34.1
	165.0	16.5	17.4	18.4	19.3	20.2	21.1	22.0	23.0	23.9	24.8	25.7	26.6	27.5	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1	33.1
	167.5	16.0	16.9	17.8	18.7	19.6	20.5	21.4	22.3	23.2	24.1	24.9	25.8	26.7	27.6	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1
	170.0	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	23.4	24.2	25.1	26.0	26.8	27.7	28.5	29.4	30.3	31.1
	172.5	15.1	16.0	16.8	17.6	18.5	19.3	20.2	21.0	21.8	22.7	23.5	24.4	25.2	26.0	26.9	27.7	28.6	29.4	30.2
	175.0	14.7	15.5	16.3	17.1	18.0	18.8	19.6	20.4	21.2	22.0	22.9	23.7	24.5	25.3	26.1	26.9	27.8	28.6	29.4
	177.5	14.3	15.1	15.9	16.7	17.5	18.3	19.0	19.8	20.6	21.4	22.2	23.0	23.8	24.6	25.4	26.2	27.0	27.8	28.6
	180.0	13.9	14.7	15.4	16.2	17.0	17.7	18.5	19.3	20.1	20.8	21.6	22.4	23.1	23.9	24.7	25.5	26.2	27.0	27.8
	182.5	13.5	14.3	15.0	15.8	16.5	17.3	18.0	18.8	19.5	20.3	21.0	21.8	22.5	23.3	24.0	24.8	25.5	26.3	27.0
	185.0	13.1	13.9	14.6	15.3	16.1	16.8	17.5	18.3	19.0	19.7	20.5	21.2	21.9	22.6	23.4	24.1	24.8	25.6	26.3
	187.5	12.8	13.5	14.2	14.9	15.6	16.4	17.1	17.8	18.5	19.2	19.9	20.6	21.3	22.0	22.8	23.5	24.2	24.9	25.6
	190.0	12.5	13.2	13.9	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.0	18.7	19.4	20.1	20.8	21.5	22.2	22.9	23.5	24.2	24.9

<http://www.freebmiccalculator.net>

Infrapeso
 Nomal
 Sobrepeso
 Obeso

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

TABLA DE SNELLE

$\frac{20}{200}$	E	$\frac{200 \text{ FT}}{61 \text{ M}}$	1
$\frac{20}{100}$	F P	$\frac{100 \text{ FT}}{30.5 \text{ M}}$	2
$\frac{20}{70}$	T O Z	$\frac{70 \text{ FT}}{21.3 \text{ M}}$	3
$\frac{20}{50}$	L P E D	$\frac{50 \text{ FT}}{15.2 \text{ M}}$	4
$\frac{20}{40}$	P E C F D	$\frac{40 \text{ FT}}{12.2 \text{ M}}$	5
$\frac{20}{30}$	<u>E D F C Z P</u>	$\frac{30 \text{ FT}}{9.14 \text{ M}}$	6
$\frac{20}{25}$	F E L O P Z D	$\frac{25 \text{ FT}}{7.62 \text{ M}}$	7
$\frac{20}{20}$	<u>D E F P O T E C</u>	$\frac{20 \text{ FT}}{6.10 \text{ M}}$	8
$\frac{20}{15}$	L E F O D P C T	$\frac{15 \text{ FT}}{4.57 \text{ M}}$	9
$\frac{20}{13}$	F D P L T C E O	$\frac{13 \text{ FT}}{3.96 \text{ M}}$	10
$\frac{20}{10}$	P R E O L C F V D	$\frac{10 \text{ FT}}{3.05 \text{ M}}$	11

**ANEXOS DE PERSONAS CON ENF. CRÓNICAS, EMBARAZADAS,
MENORES DE 5 AÑOS**

PERSONAS CON ENFERMEDADES CRONICAS

NOMBRES	EDAD	DIRECCION	ENFERMEDAD
Pesantes González Rald Eduardo	63	El Castillo Sector I Manzana 02 Familia 03^a	Diabetes
Salinas Tapia Juan	61	El Castillo Sector I Manzana 02 Familia 03B	Osteoporosis
Gonzales Salinas María Abigail	66	El Castillo Sector I Manzana 02 Familia 03B	HTA
Guachisaca Medina Carmen Fabiola	48	El Castillo Sector I Manzana 03 Familia 01	HTA
Malla Miguel Ángel	57	El Castillo Sector I Manzana 04 Familia 06	HTA
Puchaisela María Eliza	52	El Castillo Sector III Dispersa Familia 10	HTA
Abrigo Zuquilanda Melva Delicia	58	El Castillo Sector IV Manzana 07 Familia 01	HTA
Ochoa Ordoñez Zoila Luz	50	El Castillo Sector IV Manzana 07 Familia 02	Diabetes

MUJERES EMBARAZADAS DEL BARRIO EL CASTILLO

NOMBRES	EDAD	DIRECCION	ANTECEDENTES OBSTETRICOS
Salinas González Leudovina Teresa	23	El Castillo Sector I Manzana 02 Familia 01	No refiere
González Espinosa Jenny Lucía	16	El Castillo Sector I Manzana 04 Familia 07	No Refiere
Sánchez Vanegas Mayra Enith	37	El Castillo Sector III Manzana Dispersa Familia 09	Aborto Gemelar

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION
Domínguez salinas José	27/072011	2 a 3 m	Sector 1 Mnz1 Familia 1
Orellana Salinas Wilmer	25/07/2012	1a 3m	Sector 1 Mnz2 Familia 1
Pesantes Salinas Manuel	24/03/2011	2 a 7 m	Sector 1 Mnz2 Familia 3A
Cabrera Montaña Evelin	04/01/2009	4a 9m	Sector 1 Mnz3 Familia 1
Montaña González Gabriela	17/12/09	3a 11m	Sector 1 Mnz4 Familia 03
Contento Cabrera Dayana	14/10/2010	3 a	Sector 1 Mnz4 Familia 04
Ramón Ordoñez Paul	17/01/2012	1a 9m	Sector 1 Mnz4 Familia 5A
León Ramón Carmen	25/02/2013	8m	Sector 1 Mnz4 Familia 5B
Espinoza Ordoñez Yandri	30/08/2010	3a	Sector 1 Mnz4 Familia 8
Gualan Lozano Valentina	30/11/09	3a 9m	Sector 1 Mnz5 Familia 04
Gualán Benítez R.N Gualán Benítez Eric	02/05/2013 12/06/2010	5m 3a 5m	Sector 1 Mnz5 Familia 05

Gualán Guamantario Justin	01/11/2011	2a 8m	Sector 1 Mnz5 Familia 06B
Tigre Contento Daniela	19/09/2010	3a	Sector 2 Mnz Dispersa Familia 02
Contento Gualán Justin	27/09/2011	4 a	Sector III Manzana Dispersa Familia 02
Abrigo Gueledel Justin Andrés	22/01/13	10m	Sector III Manzana Dispersa Familia 03
Abrigo Gueledel José Ricardo	22/02/11	2 a 9 m	Sector III Manzana Dispersa Familia 03
López Cabrera Leonardo Geovanny	03/01/2011	2 a 9 m	Sector III Manzana Dispersa Familia 06
Samaniego Fernández Kelly Anahí	26/05/11	2 a 5 m	Sector IV Manzana 7 Familia 02
Guamán Ramón Anthony	16/02/12	1 a 9 m	Sector IV Manzana 7 Familia 04

Personas Analfabetas En El Barrio El Castillo

NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION
Guamán Ponce Fernando	13/12/1976	38 años	Sector IV Manzana 7 Familia 04
Montaño Guachisaca Daniel	12/02/1983	30 años	Sector 1 Manz.3 Familia 01

ÍNDICE

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

PRELIMINAR	PÁGINAS
TÍTULO	2
RESUMEN.	4
INTRODUCCIÓN	8
REVISIÓN DE LITERATURA	12
MATERIALES Y MÉTODOS	60
RESULTADOS	63
DISCUSIÓN	85
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES	93
BIBLIOGRAFÍA	95
ANEXOS	99
ÍNDICE	116