



**UNIVERSIDAD ESTATAL  
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN  
DE LA SALUD QUE SE REALIZAN A LOS USUARIOS  
QUE RECIBEN ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO  
“SAN JUDAS TADEO-MSP”. CANTÓN SALINAS.  
2011-2012**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

Previo a la obtención del Título de:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS:**

**LOURDES ANDREA RAMÍREZ GONZABAY  
CARLA GUISELLA GONZÁLEZ TOMALÁ**

**TUTORA: LIC. CARMITA BRAVO ORTÍZ. MSc.**

**LA LIBERTAD – ECUADOR  
2012**

**UNIVERSIDAD ESTATAL  
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN  
DE LA SALUD QUE SE REALIZAN A LOS USUARIOS  
QUE RECIBEN ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO  
“SAN JUDAS TADEO-MSP”. CANTÓN SALINAS.  
2011-2012**

**TESIS DE GRADO**

Previa a la obtención del Título de:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS:**

**LOURDES ANDREA RAMÍREZ GONZABAY  
CARLA GUISELLA GONZÁLEZ TOMALÁ**

**TUTORA: LIC. CARMITA BRAVO ORTÍZ. MSc.**

**LA LIBERTAD – ECUADOR  
2012**

## CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA

En mi calidad de Tutora del trabajo de investigación: “Evaluación de las acciones de promoción de la salud que se realizan a los usuarios que reciben atención en el subcentro de salud San Judas Tadeo – MSP. Cantón Salinas. 2011-2012”, elaborado por la Srta. Lourdes Andrea Ramírez Gonzabay y Sra. Carla Guisella González Tomalá, egresadas de la Carrera de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de Licenciada, me permito declarar que luego de haber orientado y revisado, la apruebo en todas sus partes.

Atentamente

.....  
Lcda. Carmita Bravo Ortiz, MSc.

**TUTORA**

## REVISIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA

**RUTH ESPINOZA ALMEIDA**  
**LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**091582744**

### CERTIFICO

Que, he revisado la redacción y ortografía de la tesis de grado con el tema: **EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE SE REALIZAN A LOS USUARIOS QUE RECIBEN ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO “SAN JUDAS TADEO – MSP”. CANTÓN SALINAS. 2011-2012** elaborada por las egresadas *Lourdes Andrea Ramírez Gonzabay y Carla Guisella González Tomalá* para optar por el título de **Licenciadas en Enfermería**, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

En la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

y de  
de:

enes han realizado las correcciones

Qui

## DEDICATORIA

En primer lugar dedico este trabajo a Dios por darme la fuerza y la esperanza de cumplir mi anhelado sueño. A mis padres, mis hermanos, mi gran familia quienes han sido el pilar fundamental todo este tiempo de constante sacrificio y lucha quienes siempre me apoyaron incondicionalmente y a pesar de las adversidades de la vida siguen estando a mi lado. A Carlitos mi hijo el amor de mi vida quien me supo dar la fortaleza día a día ya que con un “te quiero mucho” en los labios y un beso en la mejilla me dio las fuerzas para no desistir en la lucha y seguir adelante por cumplir esta mi meta. A todos mis estimados maestros quienes me supieron orientar, enseñándome el camino de la perseverancia, formando en mí una profesional.

*Carla.*

Este trabajo va dedicado en primera instancia hacia el Padre Celestial quien supo brindarme, perseverancia, constancia, sabiduría, entendimiento, paciencia y sobre todo el amor a la vocación a mi profesión; en segundo lugar a las personas que amo en esta vida mi familia a cada uno de ellos que siempre me supieron apoyar, especialmente a mi madre que tuvo la fuerza y la valentía de inculcarme buenos valores a pesar de las adversidades de la vida; a mis queridos hermanos Allan y Tyron quien fueron mi apoyo incondicional durante mis años de estudio. Y sobre todo a mi padre quien me enseñó que en la vida hay que luchar y ser perseverantes para alcanzar las metas, a mis tías quienes me impulsaron hacia el estudio gracias a ustedes puedo tener hoy una profesión. Gracias a cada uno de mis amigos, compañeros que forman parte de mi vida, hoy puedo decir que gracias al sacrificio, valió la pena ser perseverantes y constantes.

*Lourdes.*

## **AGRADECIMIENTO**

Queremos brindar nuestro más sentido agradecimiento a la unidad de salud “HOSPITAL JOSÉ GARCES RODRÍGUEZ”, al departamento de estadística quienes aportaron con la información importante y sobre todo al personal del subcentro de salud San Judas Tadeo quien nos brindó sus instalaciones para llevar a cabo este proyecto. De igual forma agradecemos a nuestra estimada tutora Lic. Carmita Bravo Ortiz, MSc. quien con mucho profesionalismo, supo guiarnos hacia el éxito de este presente trabajo, formándonos holísticamente como verdaderas enfermeras con vocación.

Gracias al apoyo incondicional de nuestras queridas familias, sobre todo a nuestros padres quienes nos apoyaron en los momentos más cruciales en nuestra vida universitaria, resaltando nuestra labor y apoyando nuestros ideales

*Carla y Lourdes*

## **TRIBUNAL DE GRADO**

---

Abg. Carlos San Andrés Restrepo  
**DECANO DE LA FACULTAD  
C.C. SOCIALES Y DE LA SALUD**

---

Dr. Juan Monserrate Cervantes. MSc.  
**DIRECTOR DE LA ESCUELA  
DE LA SALUD**

---

Lcda. Sonnia Santos Holguín. MSc.  
**PROFESOR DEL ÁREA**

---

Lcda. Carmita Bravo Ortiz. MSc.  
**TUTORA**

---

Ab. Milton Zambrano Coronado. MSc.  
**SECRETARIO GENERAL – PROCURADOR**

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD  
REALIZADAS A LOS USUARIOS QUE RECIBEN ATENCIÓN EN EL  
SUBCENTRO DE SALUD “SAN JUDAS TADEO – MSP”. CANTÓN  
SALINAS. 2011-2012**

**Autoras:** Lourdes Andrea Ramírez Gonzabay  
Carla Guisella González Tomalá  
**Tutora:** Lic. Carmita Bravo Ortiz. MSc.

**RESUMEN**

El presente trabajo de investigación: “Evaluación de las acciones de promoción de la salud”; es de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo, transversal y de campo. El objetivo general es “evaluar las acciones de promoción de salud que realiza el equipo de salud a usuarios que reciben atención en el subcentro de salud del Ministerio de Salud Pública- MSP. Cantón Salinas”; en la que participaron 100 usuarios que asisten a la misma. Previa prueba piloto del formulario y con el consentimiento informado de los investigados se realizó la encuesta los resultados demuestran que el 31% de la población conoce del modelo de atención integral de salud-MAIS, y el 69% desconoce este programa, mientras que el 22% refieren que reciben educación individual por el médico sobre la enfermedad y el 15% por enfermería sobre el fomento de la salud demostrándose que el equipo de salud no difunde ni desarrollan las acciones de promoción de la salud establecidas por el MSP correspondiente a la atención primaria. Para dar mayor sustento a la investigación se realizó la valoración rápida de enfermería por patrones funcionales de salud mediante la entrevista, lo que permitió afirmar que los sujetos no manejan el autocuidado de la salud encontrándose los patrones percepción manejo de salud, nutricional metabólico, actividad ejercicio disfuncionales en mayor porcentaje, y en menor los demás. Se cumplieron los objetivos y se probó la hipótesis de la investigación. En conclusión realizan poca difusión y desarrollo de las acciones de promoción de la salud; los programas inmunización, maternidad gratuita y alimentación segura se desarrollan mayoritariamente debido al énfasis de las campañas que realizadas por el M.S.P. Esto es un referente para diseñar programas de fomento y promoción de la salud implementando nuevas estrategias educativas, para facilitar la mejor comprensión de los usuarios debido a su bajo nivel de instrucción.

**PALABRAS CLAVES:** Acciones, Promoción de salud, Usuarios.



## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
<b>PORTADA</b>	i
<b>CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA</b>	ii
<b>REVISIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRAFÍA</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>AGRADECIMIENTO</b>	v
<b>TRIBUNAL DE GRADO</b>	vi
<b>RESUMEN</b>	vii
<b>ÍNDICE GENERAL</b>	viii
<b>ÍNDICE DE CUADROS</b>	xiv
<b>ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS</b>	xv
<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b>	xvii
<b>PROPUESTA</b>	xviii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
Planteamiento del problema	2
Enunciado del problema	3
Justificación	4
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Hipótesis	6

<b>CAPÍTULO I</b>	<b>Pág.</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
1.1. MARCO CIENTÍFICO	7
1.1.1. La salud en la atención primaria	7
1.1.2. La promoción de la salud	8
1.1.3. Principios básicos para la promoción de la salud según la OMS	9
1.1.4. Áreas de acción establecidas en la carta de OTTAWA	9
1.1.5. Niveles de prevención de enfermedad	10
1.1.6. Prevención primaria o intervención preventiva primaria.	11
1.1.7. Prevención secundaria o intervención preventiva secundaria.	11
1.1.8. Prevención terciaria o intervención preventiva terciaria	11
1.1.9. Determinantes de la salud	12
1.1.9.1. El medio ambiente	12
1.1.9.2. Los estilos de vida	12
1.1.9.3. La asistencia sanitaria	12
1.1.9.4. La biología humana	12
1.1.10. Educación para la salud	13
1.1.11. Objetivos de la educación para la salud	14
1.1.12. Modelo atención primaria de la salud del Ecuador	15
1.1.13. Programas de Salud Pública	16
1.1.13.1. Programa ampliado de inmunización	17
1.1.13.2. Seguridad alimentaria y nutricional	18
Complementación alimentaria	18
Fortificación con micronutrientes con hierro con vitamina A	19
Suplementación con micronutrientes	19
Diversificación de la dieta	20

1.1.13.3. Programa de control de tuberculosis	20
1.1.13.4. Programa nacional de prevención y control de VIH/SIDA-ITS	21
1.1.13.5. Programas de salud intercultural	22
1.1.13.6. Programa de atención integral a la adolescentes	23
1.1.13.7. Programa del adulto mayor	24
1.1.13.8. Programa de maternidad gratuita y atención a la infancia	24
1.1.13.9. Programa de enfermedades dermatológicas	25
Lepra	25
Leishmaniasis	25
1.1.13.10. Programa nacional de control de rabia	26
1.1.13.11. Programa de salud ambiental	26
1.1.13.12. Programa de salud del adulto-enfermedades crónicas no transmisibles	27
1.1.13.13. Programa de Salud mental	28
1.1.13.14. Programa de control y vigilancia de los desórdenes de deficiencia de yodo (DDI)	29
1.1.13.15. Programa de enfermedades catastróficas	30
1.1.13.16. Programa de Farmacovigilancia	31
1.1.14. Teorías de la promoción de la salud de Sigerst	32
1.1.15. Equipo básico de salud	32
1.1.16. La enfermería en la salud comunitaria.	33
1.1.17. Teorías de enfermería	35
1.1.17.1. Teorías de enfermería aplicados en la promoción de la salud.	35
1.1.17.2. Teoría de autocuidado Dorothea Orem	36
1.1.17.3. Teoría de promoción de la salud Nola J. Pender	39
1.1.17.4. Modelo de Marjorie Gordon: Patrones funcionales	42

1.1.17.4.1. Patrón : Percepción manejo de la salud	43
1.1.17.4.2. Patrón : Nutricional metabólico	44
1.1.17.4.3. Patrón : Eliminación	44
1.1.17.4.4. Patrón : Actividad Ejercicio	44
1.1.17.4.5. Patrón : Sueño Descanso	44
1.1.17.4.6. Patrón : Cognitivo –Perceptivo	45
1.1.17.4.7. Patrón : Autopercepción – Autoconcepto	45
1.1.17.4.8. Patrón : Rol- Relaciones	45
1.1.17.4.9. Patrón : Sexualidad – Reproducción	45
1.1.17.4.10. Patrón : Tolerancia al Estrés	46
1.1.17.4.11. Patrón : Valores – Creencias	46
1.1.18. Principales diagnósticos de enfermería en la atención primaria de salud.	46
1.1.18.1. Gestión ineficaz de la propia salud	46
1.1.18.2. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	47
1.1.18.3. Mantenimiento ineficaz de la salud	47
1.1.18.4. Gestión ineficaz del régimen terapéutico	47
1.1.18.5. Disposición para mejorar la nutrición	47
1.1.18.6. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	47
1.1.18.7. Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	48
1.1.18.8. Riesgo de estreñimiento	48
1.1.18.9. Déficit de actividades recreativas	48
1.1.18.10. Sedentarismo	48
1.1.18.11. Disposición para mejorar el autocuidado	48
1.1.18.12. Disposición para mejorar el proceso de maternidad	48
1.1.18.13. Aflicción crónica	48
1.1.18.14. Tendencia a adoptar conductas de riesgos para la salud	49

1.1.18.15. Conocimientos deficientes	49
1.1.18.16. Disposición para mejorar los conocimientos	49
1.1.18.17. Deterioro de la comunicación verbal	49
1.1.18.18. Procesos familiares disfuncionales	49
1.1.19. Intervención de Enfermería	50
1.2. MARCO LEGAL	50
1.2.1 Conceptualización	50
1.2.2. Ley orgánica de salud. Capítulo I	51
Art. 10	51
Art. 11	52
Art. 12	52
Art. 15	52
1.2.3. República del Ecuador del 2008	52
Art. 32	53
Art. 359	53
Art. 360	53
1.3. MARCO CONCEPTUAL	53
1.3.1. Equipo de salud.	53
1.3.2. Salud.	53
1.3.3. Programa de salud.	53
1.3.4. Autocuidado para la salud.	54
1.3.5. Educación.	54
1.3.6. Acciones de promoción de la salud.	54

**CAPÍTULO II****METODOLOGÍA**

2.1.	Diseño de la investigación	55
2.1.1.	Tipo de estudio	55
2.1.2.	Orientación específica	55
2.2.	Población y Muestra	56
2.2.1.	Criterios de inclusión	56
2.2.2.	Criterios de exclusión	56
2.2.3.	Consideraciones éticas	56
2.3.	VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	57
2.3.1.	Sistematización de variables	57
2.3.2.	Operacionalización de Variables	58
2.4.	Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	65
2.5.	Procesamiento para la obtención de datos	65
2.6.	Procesamiento y presentación de datos	66
2.7.	Talento Humano	66

**CAPÍTULO III**

3.1.	Análisis e interpretación de datos.	67
	<b>CONCLUSIONES</b>	76
	<b>RECOMENDACIONES</b>	77
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	78
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	82
	<b>ANEXOS</b>	86
	<b>GLOSARIO</b>	147

## ÍNDICE DE CUADROS

	<b>Pág.</b>
Cuadro N <sup>a</sup> 1 Esquema de variables	57
Cuadro N <sup>a</sup> 2 Operacionalización de Variables Independientes Equipo De salud	58
Cuadro N <sup>a</sup> 3 Operacionalización de Variables Dependientes programas de Salud	59
Cuadro N <sup>a</sup> 4 Operacionalización de Variables Dependientes Autocuidado	61
Cuadro N <sup>a</sup> 5 Operacionalización de Variables Dependientes Educación	63

## ÍNDICE DE TABLA Y GRÁFICOS

		<b>Pág.</b>
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 1	Nivel de educación del usuario	100
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 2	Información recibida de las acciones de los programas de salud I	101
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 3	Información recibida de las acciones de los programas de salud II	103
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 4	Interés de los usuarios para conocer las acciones de los programas de salud	105
	Percepción de manejo de la salud personal y de la familia	106
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 5		
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 6	Frecuencia de control de salud	107
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 7	Acciones de prevención	108
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 8	Ingesta por grupo de alimentos	109
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 9	Ejercicio que realiza usualmente	110
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 10	Equipo que imparte educación	111
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 11	Educación grupal	112
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 12	Educación por enfermería individual	113
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 13	Distribución de usuarios por edad	114
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 14	Distribución de usuarios por sexo	115
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 15	Distribución de datos por estado civil	116
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 16	Distribución de datos por grupos étnicos	117
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 17	Distribución de integrantes por familia	118
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 18	Lugar de residencia	119
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 19	Recibe atención sanitaria	120
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 20	Cumplimiento del régimen terapéutico	121
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 21	Prácticas no saludables	122
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 22	Ingesta de comidas diarias	123



Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 23	Consumo de agua diaria	124
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 24	Salud bucal	125
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 25	Conocimiento de estreñimiento y diarrea	125
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 26	Relativo al sueño	127
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 27	Dificultades perceptivas cognitivas	128
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 28	Tratamiento de las dificultades cognitivas	129
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 29	Satisfacción de su imagen corporal	130
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 30	Forma de autopercepción	131
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 31	Tipo de funcionamiento de la familia	132
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 32	Toma de decisiones en la familia	133
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 33	Presencia de problemas familiares	134
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 34	Lugar de resolución de problemas	135
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 35	Participación de la comunidad	136
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 36	Patrón sexual-reproductivo	137
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 37	Afrontamiento de problemas	138
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 38	Influencia en valores y creencias en su salud	139
Tabla y gráfico N <sup>a</sup> 39	Ayuda para la educación sanitaria	140

## ÍNDICE DE ANEXOS

		<b>Pág</b>
Anexo N <sup>a</sup> 1	Permiso para la obtención de datos al subcentro de salud “San Judas Tadeo” .MSP	87
	Solicitud al departamento estadístico del área de Salud “Hospital José Garcés Rodríguez” par obtención de antecedentes estadísticos de enfermedades más prevalentes.	88
	Carta de aceptación del permiso correspondiente por el departamento de enfermería del MSP. “Hospital José Garcés Rodríguez”	89
Anexo N <sup>a</sup> 2	Consentimiento Informado para participantes de investigación	90
Anexo N <sup>a</sup> 3	Instrumento de obtención de datos	91
Anexo N <sup>a</sup> 4	Cronograma de desarrollo del trabajo de investigación	98
Anexo N <sup>a</sup> 5	Presupuesto	99
Anexo N <sup>a</sup> 6	Resultados de la Investigación	100
Anexo N <sup>a</sup> 7	Evidencias fotográficas	141
Anexo N <sup>a</sup> 8	Situación de Salud San Judas Tadeo 2010	142
Anexo N <sup>a</sup> 9	Consolidad de Morbilidad por consulta ambulatoria 2003- 2011 Provincia de Santa Elena	143
Anexo N <sup>a</sup> 10	Causas principales de Enfermedades ambulatorias Salinas 2011	144

**PROPUESTA**

Antecedentes	151
Marco Institucional	152
Objetivo general	153
Objetivo específico	153
Actividades Generales	154
Presupuesto	155
Cronograma	156
Evaluación	157
Bibliografía	158

## INTRODUCCIÓN

América Latina ha dado importancia a la aplicación de la promoción de salud buscando el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, mediante la educación y el autocuidado, estableciendo los compromisos internacionales con la declaración de Alma-Ata en 1978. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha incluido en sus definiciones políticas, planes, programas actividades y recursos para apoyar y consolidar la atención primaria de salud elaborando políticas de promoción de la salud y de normas e intervenciones orientadas a favorecer acciones de promoción en nuestro país, debido a la crisis económica dada en los últimos quince años, y a la inestabilidad política se ha producido cambios en la gestión salud, evidenciándose el aumento epidemiológico, en la que las enfermedades carenciales transmisibles prevalecen junto con las crónicas-degenerativas.

La Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena ha aplicado el proceso investigativo hacia la solución de problemas en el área de la salud de nuestra provincia, la presente investigación identificó que en el subcentro de salud “San Judas Tadeo” realiza de forma insuficientes las acciones de promoción de la salud en cuanto a la difusión de las mismas, hacia los usuarios que acuden a recibir atención. Los resultados de la investigación de evaluación de las acciones de promoción de la salud han sido de gran importancia ya se demuestra que no se lleva a cabo la debida difusión de la promoción de la salud por lo que se elabora una propuesta de un diseño de programa educativo de la promoción de la salud, con la gran finalidad de educar a los usuarios fomentando los estilos de vida saludable, para así prevenir las enfermedades y de esta manera aumentar la calidad de vida de la población.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según estimaciones de la Carta de Ottawa (1986) establece que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

En América Latina por la inequidad que se agrava por la prolongada crisis económica y las políticas de ajuste macroeconómicos, enfrentan el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, junto con un aumento de los riesgos para la salud y una reducción de los recursos para hacerles frente.

En el Ecuador en el período 1999-2000 se crea la DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL, sin embargo no se desarrolló en forma inmediata el enfoque de Promoción de la Salud, a pesar de que se venía construyendo diversos espacios para promoción de la salud, el ministerio ha iniciado su intervención en dos espacios básico: Escuelas promotoras de la Salud y Comunidades y Municipios Saludables.

Desde el año 2003 hasta el año 2010 en la provincia de Santa Elena la situación de salud hace referencia que las causas de morbilidad por consulta ambulatoria se han incrementado de 17.500 a 17.795 (ver anexo N° 9). En el cantón Salinas, parroquia Pedro José Rodríguez existe un subcentro de salud llamado San Judas Tadeo el cual brinda servicios de medicina general, obstetricia, odontología y enfermería contando de esta manera con los servicios básicos y el apoyo del Ministerio de Salud a través del área de salud número 4 al cual pertenece.

A este subcentro de salud asiste la comunidad del sector aquí se brinda atención a los pobladores en sus distintos ciclos de vida entre ellos niños menores de cinco años, pre-escolar, escolares y adolescentes, mujeres en edad fértil, adulto joven y adulto mayor, sanos o enfermos dando una atención primaria, enfocado en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Se ha observado una gran demanda de pacientes que asisten a este establecimiento de salud; y estadísticas nos demuestran que la morbilidad ambulatoria del año 2010 entre las enfermedades más prevalentes existentes encontramos la desnutrición con el 16%, infecciones de las vías respiratorias con un 14% así como parasitosis 6.1% y síndrome diarreico 5.9% y entre otras el 41.9%, problemas que continúan presente en este año (Ver anexo N°8). Durante las prácticas de este subcentro se ha observado que la población en su mayoría no conoce los beneficios que les brinda esta unidad de salud.

Lo anteriormente descrito da la impresión que no se están desarrollando actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades por lo que nuestro trabajo de investigación está enfocado a conocer si el equipo de salud está desarrollando las respectivas acciones de promoción de salud que realiza el equipo de salud a los usuarios que reciben atención en el subcentro de salud San Judas Tadeo.

## **ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿El equipo de salud está desarrollando los programas de atención primaria establecidos por la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la promoción y al autocuidado de su salud?

## **JUSTIFICACIÓN**

Las acciones de promoción de la salud son estrategias que mantienen la calidad de vida, pero que lamentablemente existen factores que se convierten en barreras para mantener el estándar de esta misma, identificar y determinar las causas que hacen que no haya promoción de salud en nuestra comunidad, sería el desarrollo de un cambio positivo planteando nuevas metas y estrategias para alcanzar el más óptimo nivel de salud.

El subcentro de salud cuenta con un equipo básico que se encarga de la atención del usuario, según la información brindada por la jefa del departamento menciona que se desarrollan todos los programas de promoción de la salud los mismos que son ejecutados, así como también las acciones de prevención de enfermedades.

En la provincia de Santa Elena no se han realizado investigaciones sobre esta temática y la importancia de este trabajo a investigar, es evaluar el grado de conocimiento que tienen los usuarios que reciben atención en el subcentro San Judas Tadeo perteneciente al MSP ya que hemos observado la demanda de pacientes que asisten a las diferentes instituciones de salud pública y privados.

Es así que en nuestro rol como enfermeras profesionales va dirigido a la educación del paciente, a la asistencia personal y mantenimiento de la calidad de vida, complementando a un equipo multidisciplinario y ejecutando acciones que eleven el nivel de vida de nuestros pobladores.

Al llevar a la ejecución un plan organizado y de una investigación con identificadores de factores de riesgos los más beneficiados son la comunidad Salinense ya que se les informará las pautas necesarias para llevar el proceso de

salud a un nivel de conservación de la misma y a elevar el nivel de atención del centro en la promoción de la salud de acuerdo a lo estipulado por la O.M.S.

Los datos obtenidos en la presente investigación serán la base importante para el subcentro de salud San Judas Tadeo, dispuesto a modificar su sistema y cubrir las necesidades de sus clientes mediante la difusión y ejecución de sus programas de salud tanto de promoción de salud así como de prevención de la enfermedad. En tanto que los profesionales de enfermería aplicarán el modelo de enfermería de autocuidado función específica de su competencia, con el fin de mejorar la calidad y estilo de vida saludables de los usuarios.

Las soluciones que se apliquen a este problema de investigación serán a largo plazo pues gracias al implemento adecuado de la normativa sanitaria, sus clientes conservarán su salud.



## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar las acciones de promoción de salud realizadas por el equipo de salud a usuarios que reciben atención en el subcentro de Salud del MSP. Cantón Salinas. 2011-2012.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar los programas de promoción que desarrolla el subcentro de salud.
2. Identificar el grado de conocimiento que tiene la comunidad acerca de las acciones de la promoción de salud.
3. Determinar que medio audiovisual utiliza el equipo básico de salud sobre las acciones de promoción de la salud.
4. Identificar si los usuarios aplican el autocuidado en su salud.
5. Diseñar una propuesta educativa de promoción para la salud

### **HIPÓTESIS**

El equipo de salud aplica las acciones para fomentar la Promoción de la Salud en los usuarios que reciben atención en el subcentro de Salud San Judas Tadeo del MSP. Cantón Salinas.

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO TEÓRICO**

### **1.1. MARCO CIENTÍFICO**

#### **1.1.1. LA SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**

OMS (1948). De acuerdo a definiciones de la O.M.S establece que la salud es: “Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud del que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico- social”.

Este es el concepto básico por la que rigen las normas en nuestro país y por las que están tomadas nuestro trabajo investigativo pues establecemos que no solo es la del completo estado de bienestar sino la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente.

Mostrando así que la salud es un proceso continuo y no estático que se encamina a la calidad de vida del usuario permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Es un área de la salud pública que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejora en el estado de salud poblacional que consiste en

proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma Carta de Ottawa (1986).

La atención primaria de salud es una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías; prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, al alcance de todas las familias comunitarias manteniendo el grado de salud máximo en sus pobladores, creando así las llamadas acciones de promoción de salud que se dan a través de programas que maneja el ministerio para contribuir y dar cobertura priorizando la promoción de la salud planteándose como resultado del bienestar de la población, superando la visión reduccionista del ahorro económico de la prevención, que el costoso tratamiento curativo de la enfermedad. OMS (1977).

### **1.1.2. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Carta de Ottawa (1986). Describe que la promoción de la salud consiste en:

**...proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control de la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Pág. 192.**

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas como la epidemiología, la medicina, la sociología, la psicología, la comunicación y la pedagogía. Además utiliza no sólo herramientas pedagógicas o comunicativas, sino también la abogacía y las intervenciones estructurales.

La promoción de la salud orienta su trabajo a nivel individual y colectivo en busca de equidad en salud, para el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

Según la OMS/OPS, sus instrumentos son la educación y la comunicación basadas en métodos y técnicas participativas; y sus escenarios de trabajos son las ciudades, municipios, barrios, parroquias, hogares, familias, unidades sanitarias, etc., toda las redes sociales.

### **1.1.3. PRINCIPIOS BÁSICOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEGÚN LA OMS**

La Organización Mundial de la Salud ha elaborado diversas cartas sobre promoción de la salud diversos principios al respecto. Algunos de los más importantes son:

- Asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

### **1.1.4. ÁREAS DE ACCIÓN ESTABLECIDAS EN LA CARTA DE OTTAWA**

- Construir políticas públicas saludables. La salud debe formar parte de los temas y de la agenda política. Los sectores involucrados en la generación de

políticas, deben estar conscientes de las implicaciones a la salud de sus decisiones. Para ello el activismo social es crucial.

- Crear ambientes que favorezcan la salud. Los medios ambientes físicos y sociales influyen en la salud. Pueden influir directamente -como cuando hay químicos nocivos en el ambiente- o bien indirectamente, como cuando promueven ciertos hábitos de alimentación.
- Reforzar la acción comunitaria. La participación activa de la comunidad se puede dar en la definición de prioridades, de programas de acción, la toma de decisiones y la ejecución de los programas de promoción de la salud. Sin esta acción comunitaria, se puede caer en programas asistencialistas, que no son promoción de la salud.
- Desarrollar habilidades personales. Mediante el aprendizaje, el desarrollo de aptitudes y conductas en la población, también se puede realizar promoción de la salud. Estas actividades se pueden realizar a través de ciertos canales, como las escuelas, los lugares de trabajo y la familia.
- Se debe poner énfasis en la atención médica preventiva y promotora en lugar de la atención médica curativa. Esto se puede ver en los presupuestos, en la distribución del personal y en otros indicadores. Es necesario que los servicios y los sistemas de salud se reorienten hacia atención promotora de la salud y a la atención primaria.

#### **1.1.5. NIVELES DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD**

La salud es el objetivo de la medicina y de los profesionales sanitarios, no es una identidad, una realidad como lo es el objetivo, sino una abstracción, un concepto que hace referencia a una circunstancia humana. Existe mucha controversia al tratar de definir la salud ya que es un fenómeno que afecta de forma importante y permanente, tanto a los grupos de población en general como en cada uno de los seres humanos pues determina su condición de ser en un mundo cambiante.

Las acciones de los servicios de salud y por ende el actuar de los profesionales tienen como objetivo disminuir el sufrimiento humano manteniendo la salud de los individuos, para lo que debe priorizar las actividades que apunten a la prevención como tarea central. Tradicionalmente la prevención se ha planteado en niveles desde Leavell y Clark lo propusieron en la década del 50.

#### **1.1.6. PREVENCIÓN PRIMARIA O INTERVENCIÓN PREVENTIVA PRIMARIA.**

Comprende la promoción y fomento de la salud y la protección específica. Su acción está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que puedan deteriorar a la salud y producir la enfermedad.

#### **1.1.7. PREVENCIÓN SECUNDARIA O INTERVENCIÓN PREVENTIVA SECUNDARIA.**

Comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la prevención de secuelas. Busca intervenir en la fase pre-sintomática (periodo pre-patogénico) con el fin de impactar el desarrollo de los problemas de salud en las fases iniciales, evitando complicaciones y deterioro de la calidad de vida.

#### **1.1.8. PREVENCIÓN TERCIARIA O INTERVENCIÓN PREVENTIVA TERCIARIA**

Su intervención se produce cuando el individuo está enfermo, buscando reducir el daño, evitar la permanencia de secuelas, invalideces y muerte prematuras y atendiendo a las necesidades de reintegrarlo al entorno.

Comprende la rehabilitación física, psicológica, social y laboral.

### **1.1.9. DETERMINANTES DE LA SALUD**

En el contexto de los países desarrollados la salud individual y colectiva está influida por cuatro factores determinantes

#### **1.1.9.1 El medio ambiente.**

Especialmente la contaminación por agentes: biológicos, químicos, físicos.

#### **1.1.9.2. Los estilos de vida.**

Tanto a nivel individual como colectivo, es decir, aquellas conductas o hábitos que son frecuentes en un medio sociocultural determinado: consumo de fármacos y drogas legales, consumo de drogas ilegales, falta de ejercicio físico, situaciones de competitividad, tensión y estrés, consumo excesivo de grasas saturadas de origen animal, consumo excesivo de hidratos de carbono, escaso consumo de fibra, conductas violentas, prácticas sexuales de riesgo y hábitos reproductivos inadecuados.

#### **1.1.9.3. La asistencia sanitaria.**

El nivel de calidad, cobertura y gratuidad que en una sociedad tienen las estructuras administrativas, los servicios médicos y farmacéuticos, así como los recursos humanos y técnicos relacionados con la salud.

#### **1.1.9.4. La biología humana.**

Las características genéticas con las que nace cada ser humano.

Estos factores no inciden en igual medida sobre la salud, cada uno de ellos tiene un peso específico: biología humana: 14%, asistencia sanitaria: 20%, medio ambiente: 33% y estilo de vida: 33%. En el caso del estilo de vida, sí que podemos tener un control mucho más directo, eliminando de nuestros hábitos todas aquellas conductas que supongan un riesgo para la salud.

Cuando una sociedad entiende la salud como un recurso individual y colectivo, y no simplemente como la ausencia de enfermedad, los objetivos relacionados con la salud no se centran en que los y las especialistas curen la enfermedad, sino que a este objetivo se antepone otros dos objetivos cuya consecución es una tarea de todos los miembros de esa sociedad: promover la salud y prevenir la enfermedad.

Promover la salud significa, básicamente, capacitar a las personas para que puedan aumentar el control sobre su salud y mejorarla. Este mayor control sobre la salud depende de que, por un lado, se potencien los factores en los que se basan los estilos de vida saludables, y por otro lado, se reduzcan los factores que causan enfermedades.

La promoción de la salud supone poner en marcha estos procesos que tienen, entre otras, las siguientes características:

- Implican a toda la población en los diferentes aspectos de su vida cotidiana y no se limitan únicamente a las personas enfermas y a los servicios médicos.
- Emplean simultáneamente diferentes medios para mejorar la salud: la educación, la información, el desarrollo y la organización de los grupos sociales, las acciones legales de defensa de la salud.
- Consideran la participación social como un recurso decisivo en la promoción de la salud.



#### **1.1.10. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

La promoción de la salud necesita medidas políticas, económicas y sociales. Dentro de las medidas sociales, la educación en general y, muy especialmente, la Educación para la Salud, se consideran estrategias fundamentales. A veces, la Educación para la Salud se identifica con la educación centrada en determinadas enfermedades o hábitos perjudiciales para la salud (el consumo de drogas, la automedicación, la alimentación inadecuada).

Sin embargo, la Educación para la Salud es un proceso más amplio dirigido a favorecer que las personas que lo deseen adquieran y desarrollen las habilidades (conductuales, emocionales y sociales) necesarias para mantener un estilo de vida saludable; un estilo con el que, a pesar de las dificultades de la vida cotidiana y de las posibles enfermedades, sean capaces de responder a las exigencias de su entorno social y de afirmarse ante la vida

#### **1.1.11. OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

- Promover la salud como un valor fundamental y un recurso básico para el desarrollo personal y social.
- Estimular la adquisición de actitudes y hábitos de conducta saludables.
- Eliminar o reducir al máximo aquellos comportamientos que conllevan un riesgo para la salud.
- Promover una toma de conciencia acerca de como los factores ambientales y sociales influyen sobre la salud y de las posibilidades que existen para hacer frente a dicha influencia.
- Capacitar para que, individual y colectivamente, se asuma un papel activo en la promoción y mantenimiento de la propia salud y la del entorno.

### **1.1.12. MODELO ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DEL ECUADOR**

Los axiomas priorizados por la APS que se mantienen vigentes y que servirán para el desarrollo de los equipos aplicadas en nuestra realidad concreta:

1. La salud depende más de las condiciones de vida que de la atención sanitaria, no hay relación entre mayor inversión de infraestructura o tecnología y cambios en los indicadores de salud.
2. La salud lo más cerca del hogar, que tiene que ver con la accesibilidad operativa al ser el primer contacto con el sistema de salud, de accesibilidad geográfica y de movilidad, de posibilidad económica y relación intercultural.
3. La salud en manos del pueblo, devolver a las personas el ejercicio de su derecho, a las organizaciones sociales locales el control sobre los determinantes sanitarios, educar de manera permanente desde un nivel de difusión amplia, pasando por grupos de opinión, hasta llegar a la formación de recursos humanos provenientes de los sectores populares.
4. La salud requiere un enfoque integral e integrador que junte análisis de las necesidades sentidas, los problemas epidemiológicos identificados, los recursos posibles, para desde lo local, planificar y gestionar el cambio con una participación interinstitucional e intersectorial.
5. La salud es un proceso que se construye con participación de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar

como parte del equipo de salud. La organización local se constituye en la contraparte que audita el ejercicio del derecho a la salud.

6. La salud requiere un enfoque intercultural, reconociendo que no existe una cultura, sino varias, que las culturas están en permanente transformación, que entre las culturas pueden complementarse y potenciarse si hay un diálogo respetuoso de las partes.
  
7. La salud se potencia cuando la prevención, curación, rehabilitación se dan tanto dentro como fuera de la unidad operativa, cuando existe un vínculo sistémico entre el primer nivel de acceso y los niveles de mayor complejidad.

La OMS recogiendo las experiencias exitosas locales nuevamente propone reactivar la APS como estrategia válida, reconociendo la necesidad de relacionarla con la reforma estructural del sector salud, que requiere insertarse en la reivindicación de justicia, mejores condiciones de vida, mayor presupuesto, apoyo político. Esto se lo ha denominado Atención Primaria de Salud renovada convocando a una acción mundial para acercarnos a las metas de los Objetivos del Milenio.

### **1.1.13. PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA**

Los programas del Ministerio de Salud Pública (2008) están enfocados en el apoyo social de la población ecuatoriana, estando siempre al servicio de la comunidad y de las personas más vulnerables. Se realizan un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población.

De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.

Por lo tanto, el programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

#### **1.1.13.1. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN**

El programa de inmunización es aquel que va a contribuir y a reducir la morbilidad y mortalidad infantil de las enfermedades prevenibles por vacunación. Asegurando la inmunización universal y equitativa de la población objeto del programa, usando vacunas de calidad, gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de aplicar una gerencia y vigilancia epidemiológica efectivas y eficientes en todos los niveles, que involucre a los diferentes actores del sistema nacional de salud con vacunas que posean calidad de probado costo beneficio y costo efectividad.

Las características principales de este programa es el pilar fundamental de la atención primaria de la Salud, accesible a la población, cumple con principios de equidad, transmite más allá de la población materna infantil, se establece un esquema para la regulación adecuada del cumplimiento del programa adaptándose a las nuevas actualizaciones de vacunas implementadas por el Ministerio de Salud Pública.

Intervención de enfermería: Vigilancia y control de cumplimiento de esquema de vacunas, mantener la cadena de frío en condiciones para la calidad del biológico y no biológicos.

### **1.1.13.2. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**

La Dirección Nacional de Nutrición y el Instituto, son las instancias referentes en los temas alimentario-nutricionales en el país, constituyéndose en un apoyo para la planificación sectorial e intersectorial en los temas de soberanía y seguridad alimentaria promoviendo hábitos de vida saludable y movilizan recursos internos y externos para el cumplimiento de este programa.

La Dirección Nacional y el Instituto contribuirán al fortalecimiento de la rectoría institucional en alimentación y nutrición humana es así como se establecieron subprogramas como:

#### **COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA**

**Objetivo:** Prevenir el retraso en el crecimiento y los daños de malnutrición, mayor control de salud, promover una adecuada alimentación y la lactancia materna.

**Población beneficiaria:** niñas menores de 2 años, Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

**Actividades y estrategias:** Apoyo en la lactancia materna y alimentación complementaria a partir de los 6 meses mi papilla, 6-36 meses mi bebida. Embarazadas y madres en lactancia.

**Intervención de enfermería:** Valoración del estado nutricional del niño, gestante y madre de niñas/o. Educación sobre lactancia materna.

## **FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES CON HIERRO CON VITAMINA A**

Objetivo: Prevenir la anemia con deficiencia de hierro, disminuir infecciones diarreicas y respiratorias.

Población beneficiaria: Madres embarazadas y niños menores de 3 años.

Actividades y estrategias: Fortificación de los alimentos: Sal con Yodo (actualmente). Fortificación de la Harina con Hierro, Ácido Fólico y Vitaminas del complejo B; y, del Azúcar con Vitamina "A".

Intervención de enfermería: Brindar educación sobre prevención de anemia, ceguera nocturna. Campañas intensivas y de comunicación social.

## **SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES**

Objetivo: Disminuir las altas prevalencias de anemia por deficiencia de hierro.

Población beneficiaria: Embarazadas y niños menores de 1 año.

Actividades y estrategias: Tabletas de 100 mg de hierro ácido fólico a embarazadas, goteros de hierro de: 25 mg de hierro.

Intervención de enfermería: Entrega de medicamentos cuando la embarazada o la madre lleva al niño a la consulta. Da indicaciones de como tomar los medicamentos.

## **DIVERSIFICACIÓN DE LA DIETA**

Objetivo: Mejorar la calidad dieta, lucha contra la desnutrición y sobrepeso la obesidad.

Población beneficiaria: Madres de los estratos socioeconómicos más débiles.

Actividades y estrategias: El MSP promociona la alimentación saludable de los ecuatorianos (frutas, verduras, etc.).

Intervención de enfermería: Elaboración y distribución de guías alimentarias para escolares y adolescentes de todo el país

### **1.1.13.3. PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS**

El Ministerio de Salud Pública ha definido al Programa de Control de la Tuberculosis como de magnitud nacional, descentralizada, simplificada y prioritaria, que se ejecuta desde el nivel local involucrando a todos los establecimientos del sector salud.

El Programa de Control de la Tuberculosis tiene la misión de asegurar la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y observado de esta enfermedad, en todos los establecimientos de salud del país, brindando atención integral con personal altamente capacitado; cuya finalidad es disminuir la morbilidad, mortalidad y evitar la aparición de resistencia a las drogas antituberculosas.

El Programa de Control de la Tuberculosis garantizará a la población del Ecuador mejores condiciones de salud a través de una prestación de salud con calidad, calidez, equidad, eficiencia y efectividad; lo que se reflejará en la disminución de

la morbilidad y mortalidad por tuberculosis en el país en forma sistemática y sostenida. Estableciendo un control efectivo de la tuberculosis implementando la estrategia DOTS en todos los establecimientos de salud del país.

Población beneficiaria: Personas con problemas respiratorios.

Actividades y estrategias: DOTS (tratamiento supervisado directamente observado), medicamentos denominados de primera línea, durante 6 a 8 meses.

Intervención de enfermería: aplicación de medidas de bioseguridad en toma de exámenes, captación de pacientes, aplicación de técnicas de DOTS.

#### **1.1.13.4. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH/SIDA-ITS**

Este programa enfrenta la epidemia del VIH-SIDA en el Ecuador como un problema de desarrollo impulsando una respuesta multisectorial, promoviendo y ejecutando políticas, disminuyendo la velocidad de la progresión de la epidemia y el impacto de la infección por VIH.

Fortaleciendo las capacidades del Sistema Nacional de Salud de nuestro país, reduciendo así el riesgo de infección por VIH e infecciones de transmisión sexual en grupos más expuestos y vulnerable, la mortalidad por SIDA fortaleciendo los servicios de salud del MSP en VIH-SIDA e infecciones de transmisión sexual (sistema de salud) como mejorando los sistemas de información, vigilancia epidemiológica de los servicios de salud en VIH-SIDA e infecciones de transmisión sexual.



Llevando este programa a su ejecución en el 2015 en Ecuador se habrá disminuido la velocidad de crecimiento de la epidemia del VIH-SIDA gracias a una respuesta nacional, multisectorial, coordinada y con políticas públicas en ejecución que garantizan, con enfoque de género y derechos humanos, el acceso universal a la promoción, prevención y atención integral así como a la equidad y la igualdad de oportunidades para las persona viviendo con VIH-SIDA.

Población beneficiaria: Personas sexualmente activa.

Actividades y estrategias: Realizar campañas coordinar y ejecutar intervenciones de Capacitación, y control con organismos Internacionales con trabajo en VIH/SIDA-ITS.

Intervenciones de enfermería: Brindar educación sobre prevención de enfermedades y de métodos de barrera para evitar el contagio, control aplicación de Medidas de Bioseguridad en la toma de exámenes.

#### **1.1.13.5. PROGRAMA DE SALUD INTERCULTURAL**

El Subproceso de Medicina Intercultural (tanto como si se convierte en Proceso de Salud Intercultural) es una instancia técnico-administrativa del Ministerio de Salud Pública, que diseña y ejecuta corporativamente políticas y estrategias para la convalidación y revalorización de las medicinas ancestrales y alternativas dentro de una estructura sistémica.

Al mismo tiempo, construye modelos de salud interculturales descentralizados (modelo de atención integral), con suficientes recursos, apropiados a las realidades locales de las nacionalidades y pueblos. Cuenta con una gestión y estructura organizacional, administrativa y técnica, que maneja criterios de

planificación estratégica y se encuentra apoyada en sistemas de información confiables y actualizados.

Promueve, junto a otras instituciones del sistema Nacional de Salud y del sector, la exigibilidad de los derechos humanos en salud, con altos estándares de calidad. Fortalece redes interinstitucionales y socio-organizaciones ligadas a la gestión intercultural y atención de la salud y el desarrollo. Cuenta con un equipo técnico necesario y suficiente, altamente calificado para ejercer su misión corporativa institucional. Y es un referente en el escenario institucional, nacional e internacional por ser innovador, novedoso y creativo en el seno de la autoridad Sanitaria y sistema Nacional de Salud.

Intervención de enfermería: Fomento de salud a través de las creencias interculturales de la comunidad.

#### **1.1.13.6. PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA ADOLESCENTES**

La atención integral a adolescentes, reconoce a las y los adolescentes y jóvenes, como sujetos de derechos y protagonistas de su propio desarrollo, busca garantizar el derecho a la salud integral de las y los adolescentes con énfasis en la salud sexual y la salud reproductiva. Garantizando una atención de salud integral a los y las adolescentes, con enfoques de derechos, género, generacional e intercultural, a través de la implementación y/o fortalecimiento de los servicios de salud, en aplicación en los marcos jurídicos nacionales.

Servicios a la ciudadanía: Atención Integral, Atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva, Consejería, Espacios de Participación Juvenil, Acceso a Métodos de Planificación Familiar.

Intervención de enfermería: Educación sobre autoexamen de mamas, valoración de la Embarazada, promoción de planificación familiar, lactancia materna, etc.

#### **1.1.13.7. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR**

Este tiene como función principal lograr que el personal multidisciplinario que atiende a las personas adultas mayores, conozcan, analicen y aborden el proceso de envejecimiento natural de la población, dentro de sus características de morbilidad, fragilidad y dependencia, a fin de contribuir alargar los años de independencia funcional y autonomía mental y mejorar su calidad de vida.

Desarrollar e implementar progresivamente el enfoque del continuo, asistencial y progresivo en los tres niveles de atención, fortalecer la atención primaria de salud, aplicar la valoración geriátrica integral, lograr el mayor grado de eficacia, eficiencia y efectividad en los procesos de atención y asistencia, trabajar coordinadamente con instituciones sociales, públicas MIES y privadas que cuidan a los y las personas adultas mayores, desarrollar la rehabilitación en los diferentes niveles, difundir y respetar los derechos de la población adulta mayor, detectar y seleccionar y trabajar con los y las adultas mayores frágiles.

Estrategias de la atención geriátrica integral, gratuidad de la atención y medicinas.

#### **1.1.13.8. PROGRAMA DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA**

La Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es responsable de vigilar la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, en el ámbito de su competencia y gerenciar el Fondo Solidario de Salud en el marco del Modelo de Gestión y Control que establece la Ley pertinente; para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes,

suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios, del conjunto de prestaciones que establece la Ley.

Para la atención de mujeres y niños-as menores de cinco años, garantizando, en coordinación con las instancias del Ministerio de Salud Pública, implicadas y cumpliendo la normativa de esta Cartera de Estado y del Consejo Nacional de Salud, la atención gratuita y de calidad en las unidades operativas del MSP en forma obligatoria y en otras sin fines de lucro que voluntariamente participen con sus recursos; para lo que cuenta con un recurso humano calificado, competente y comprometido con una gestión pública basada en el derecho y en la rendición de cuentas.

Intervención de enfermería: vigilancia de asistencia de controles prenatales y el cumplimiento de esquema de vacunas así como también promover las acciones de autocuidado en el estado fisiológico.

#### **1.1.13.9. PROGRAMA DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS**

LEPRA: Brinda servicios de calidad a todas las personas afectadas por la lepra, mejorar la eficacia en función de los costos al integrar y descentralizar las actuales actividades de control de la lepra dentro de la infraestructura sanitaria local existente, participar con la comunidad en el control, captación y tratamiento de pacientes. Mantener acciones educativas y de vigilancia en áreas de mayor riesgo.

Intervención de enfermería: Brindar servicios de calidad a todas las personas afectadas por la lepra.

LEISHMANIASIS: Lograr la eliminación de la Leishmaniasis como problema de salud pública con el conocimiento de la situación real de enfermedad en el Ecuador, que permita realizar un control y vigilancia epidemiológica efectiva y un

tratamiento oportuno de los casos detectados a nivel nacional, capacitar al personal de todos los niveles de atención del Ministerio de Salud pública y de otras Instituciones en el diagnóstico oportuno, manejo de laboratorio, tratamiento adecuado, prevención y participación comunitaria para el control de la leishmaniasis.

Intervenciones de enfermería: Brindar servicios de calidad a todas las personas afectadas por leishmaniasis.

#### **1.1.13.10. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA RABIA**

Disminuir la circulación viral atención adecuada a personas expuestas. Permanente evitar la ocurrencia de casos humanos. Control selectivo de la población canina anual. Disminuir la población canina de riesgo. Vacunación de mantenimiento a nuevos susceptibles. Permanente disminuir la circulación viral.

Vigilancia de la rabia silvestre. Control adecuado de focos.

Intervención de enfermería: Atención adecuada a personas expuestas, vacunación de mantenimiento a nuevos susceptible.

#### **1.1.13.11. PROGRAMA DE SALUD AMBIENTAL**

La salud ambiental es una rama de la salud pública que estudia las formas de vida, sustancias, fuerzas y condiciones del entorno que ejercen influencia sobre la salud y bienestar de los seres humanos. Actualmente se considera que del 25 al 30% de total de enfermedades son causadas o empeoran por las condiciones ambientales peligrosas.

Disminuir los problemas de salud o patologías de la población asociado a la exposición los riesgos ambientales.

Tiene como línea de acción principal Promoción de ambientes laborales saludables y evaluación de riesgos ocupacionales.

Intervención de enfermería: crear un vínculo paciente enfermera donde pueda expresar lo favorable o desfavorable del medio que lo rodea.

#### **1.13.12. PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO-ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

Las enfermedades crónicas no se transmiten de individuo a individuo, por medio de microorganismos; son enfermedades que pueden ser adquiridas por herencia en forma congénita y muchas son idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables, a los que se expone el individuo durante todo el ciclo de vida (concepción, nacimiento, crecimiento, desarrollo, reproducción y muerte), como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, algunos hábitos como fumar o tomar alcohol.

Los síntomas se manifiestan en algún momento de la de vida y su tratamiento requiere de la modificación de los factores de riesgo (estilos de vida) y en ocasiones necesita de tratamiento farmacológico. Hay factores de riesgo no modificables, como la edad, sexo, etnia.

Muchos determinantes sociales como la educación y la pobreza contribuyen o son factores de riesgo que permiten el desarrollo de enfermedades crónicas no trasmisibles.

Mejorando el buen vivir de los enfermos crónicos del país, mediante la implementación de las normas y protocolos de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, en la red pública y complementaria del Sistema Nacional de Salud del País.

Sus objetivos específicos son difundir e implantar las normas y guías de control y prevención de las enfermedades crónicas, promover y fortalecer estilos de vida saludable, reducir los factores de riesgo modificables, reorientar los servicios de salud en la calidad de atención, diagnóstico, prevención, promoción y tratamiento de los enfermos crónicos en los tres niveles de atención con énfasis en Atención Primaria de Salud, promover la participación intersectorial, multidisciplinaria, de la comunidad en el nivel nacional, regional provincial y local.

Tiene como línea de acción la promoción de la Salud y Prevención de las enfermedades: trabajo multisectorial que aborden determinantes sociales como desnutrición y pobreza para prevenir la obesidad y enfermedades crónicas, alimentación sana, ejercicio, control del tabaquismo, alimentos procesados sin grasas trans, sitios recreativos para ejercicio, promoción de clubes de pacientes con este tipo de enfermedades.

Intervención de enfermería: Aplicar técnicas de promoción de la salud a través de charlas educativas sobre definición de la enfermedad características de la misma, y aplicación de medidas preventivas.

#### **1.1.13.12. PROGRAMA DE SALUD MENTAL**

El principal objetivo es elaborar la Política Nacional de Salud Mental orientada al desarrollo y fortalecimiento de la promoción y atención de esta morbilidad a toda la población según su necesidad, articulada a la prestación de estos servicios que prestan otras instituciones del sector, otras instituciones sociales y a la participación de la población.

Impulsar el desarrollo de acciones de promoción de la salud mental articulando con otras instituciones del sector, atención privada, organizaciones no

gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil, desarrollar servicios de servicios de salud mental cercanos a la población usuaria que no favorezcan la cronicidad sino permitan la reinserción temprana del paciente a su familia, trabajo y comunidad.

Intervención de enfermería: Impulsar el desarrollo de acciones de promoción de la salud mental Prevención y Control del Tabaquismo, manejo del bebedor problema.

#### **1.1.13.14. PROGRAMA DE CONTROL Y VIGILANCIA DE LOS DESORDENES DE DEFICIENCIA DE YODO (DDI)**

Es un programa que garantiza el nivel de yodación adecuada de la sal de consumo humano a nivel de país, educación y promoción de la salud para hacer un monitoreo permanente de la situación de los desórdenes de deficiencia en yodo – Desordenes De Deficiencia de yodo (DDI), cuantificación de la excreción de yodo en orina, vigilancia en escolares de las comunidades en riesgo.

Lineamientos de plan de acción son: cuantificación del yodo en la sal de consumo de la población a nivel de fábrica y expendio, cuantificación de la excreción de yodo en orina, educación y promoción de la salud, evaluaciones periódicas específicas, etc.

Intervenciones de enfermería: Aplicación de promoción y prevención de enfermedades por desórdenes de deficiencia de iodo, vigilancia permanente en notificación de casos existentes.



### **1.1.13.15. PROGRAMA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS**

Se entiende como enfermedad catastrófica a los problemas de salud que cumplan con las siguientes características:

- a) Que impliquen un riesgo alto para la vida de la persona;
- b) Que sea una enfermedad crónica y por tanto su atención no sea emergente;
- c) Que su tratamiento pueda ser programado;
- d) Que el valor de su tratamiento mensual sea mayor a una canasta familiar vital publicada mensualmente por el INEC.

En el Ecuador existen al momento aproximadamente 150.000 personas que padecen de las enfermedades consideradas como catastróficas agudas y crónicas, que equivale a una cifra mayor al 15% de todos los egresos hospitalarios considerados en el rango de estas enfermedades a nivel nacional y que esperan por tratamiento y ayuda urgente; existe una cifra alarmante de enfermedades congénitas del corazón, de cáncer, de insuficiencia renal, los pacientes que requieren de diálisis al momento son 3.000 aproximadamente, y de ellos alrededor de 700 son potenciales candidatos a trasplante renal.

La Constitución de la República del Ecuador en el Art. 50, señala que “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.”

Patologías cubiertas por la red-pps (red de protección solidaria)

- 1) Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón, valvulopatías mitrales y tricúspideas.
- 2) Todo tipo de cáncer.

- 3) Tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo.
- 4) Insuficiencia renal crónica.
- 5) Trasplantes de órganos: riñón, hígado, médula ósea.
- 6) Secuelas de quemaduras graves.
- 7) Para el subcomponente de discapacidades: prótesis externas de miembros superiores e inferiores, implantes cocleares, ortesis (sillas postulares).

Intervención de enfermería: Brindar información respectiva sobre enfermedades que son cubiertas por este programa.

#### **1.1.13.16. PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA**

La farmacovigilancia se encarga del monitoreo de la seguridad de los medicamentos desde su desarrollo y durante todo su ciclo de vida. Realiza actividades para la detección, valoración, comprensión y prevención de los eventos adversos que pudieran presentarse con el uso de los medicamentos. Cualquier medicamento tiene el potencial de desencadenar eventos adversos, aún aquellos en los que interviene un largo proceso de desarrollo, investigación y manufactura bajo rigurosas condiciones de calidad.

La farmacovigilancia es una responsabilidad que comparten los médicos, la industria farmacéutica, las autoridades sanitarias y los pacientes. Las actividades realizadas por la farmacovigilancia, favorecen el uso racional y seguro de los medicamentos en beneficio de nuestra salud.

Intervención de enfermería: Fomento básico de la no automedicación.

#### **1.1.14. TEORÍAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE SIGERST**

Henry Sigerst (1941), uno de los más brillantes salubristas en esa época postula las cuatro funciones de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, restauración del enfermo y la rehabilitación. Siendo el pionero en usar el término promoción de la salud para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria, y a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida.

El programa de salud propuesto por Sigerst consiste en la educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud, mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente, mejores medios de recreación y descanso, un sistema de instituciones de salud y del personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud a su restauración, cuando la prevención ha fallado, centros médicos de investigación y capacitación.

#### **1.1.15. EQUIPO BÁSICO DE SALUD**

Es una organización de personal multidisciplinario conformado por médico general, odontólogo, obstetra, enfermera, quienes trabajan cumpliendo cada uno su rol específico, para alcanzar un objeto común, que es proporcionar atención integral de calidad al usuario, familia y comunidad. Este equipo utiliza el proceso administrativo con forma de organización, lo que asegura la existencia de tres elementos necesarios para la acción efectiva: coherencia de propósito, articulación de las acciones, continuidad en la ejecución del trabajo.

Trabajar en equipo en permanencia intercambio de conocimientos científico-técnico, humanístico, de experiencias y vivencias; puesto que la promoción de la salud, se necesita el profesionalismo de muchos y no el profesional de la salud.

#### **1.1.16. LA ENFERMERÍA EN LA SALUD COMUNITARIA.**

La enfermera en este campo tiene la responsabilidad a nivel individual y colectivo de desarrollar conocimientos a actitudes y prácticas sanitarias que aporten a los estilos de vida saludables, promoviendo la participación de las personas, organizaciones y comunidades con el fin de crear cultura en salud. Las prestaciones de promoción de la salud están destinadas a mantener y desarrollar condiciones de vida saludables, individuales y colectivas, que son parte de bienes públicos.

La promoción se la concibe como un proceso social, educativo y político que incrementa la conciencia pública sobre la salud.

Sus actividades se orientan a:

- Vincular a la gente con el entorno.
- Ejercer control sobre las determinantes de la salud.
- Combinar la elección personal con la responsabilidad social.
- Promover la acción intersectorial.
- Promover estilos de vida.
- Incrementar la acción comunitaria.
- Dar poder para ejercer derechos y responsabilidades.
- Mejorar condiciones de salud individual y colectiva.
- Potenciar al máximo la salud.

El proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar responsablemente en el cuidado de su salud y para optar

por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectiva mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

Con la fiel participación de enfermería comunitaria y siendo el principal protagonista asistiendo al individuo sano o enfermo familia y comunidad a través de las actividades que contribuyen a su salud o recuperación. La participación es una parte importante del ejercicio de enfermería.

La enfermera puede facilitar el desarrollo de cada persona en su contexto familiar sano, mediante la enseñanza, la colaboración en el establecimiento de metas adecuadas y el suministro de apoyo emocional e información para ayudar a los individuos a comprender los procesos que ayuden a conservar su salud.

Señalan Kozier, B, Erb, G, y Bufalino (1994),

**...cada acción por enfermería generalmente son las primeras de las estrategias que son enmarcadas en el plan de atención del cliente, cuando éste acude a un establecimiento de salud. Pág. 102**

Las autoras refieren que las acciones de enfermería están basadas inicialmente para la identificación de necesidades para así actuar con conocimientos y principios éticos en beneficio tanto de la recuperación como del fomento de la salud de cada persona.

Siguiendo el mismo orden de ideas Watson, J (1990), señala que las “funciones de las enfermera deben centrarse en la destreza de la prevención por medio de aspectos, educacional, la comunicación, la enseñanza – aprendizaje, relaciones interpersonales, solución de problemas y toma de decisiones” , continua señalando el autor que es esencial una base sólida de conocimientos por parte de la enfermera a fin de hacer el diseño de factores que en si promuevan y acepten expresiones de enseñanzas y aprendizajes: Watson, J (1990)

En ese sentido, se considera pertinente reconocer en esta investigación los postulados de Jean Watson, ya que la autora define la atención a la salud desde un concepto holístico, basado en el apoyo de las ciencias humanísticas, para la cual se puede ofrecer orientación de ayuda contra los principales problemas sociales de salud.

Ello explica, ver a la enfermera comunitaria adoptando nuevos significados desde un orden paradigmático que en si estreche las condiciones espiritual y humana del hombre por medio de sus valores y sus cualidades interpersonales.

En ese sentido, la enfermera comunitaria debe proyectar acciones dentro de lo que responde a la atención primaria en salud, cobrando un significado especial cuando, por medio de ese contacto directo con el hombre – mujer pueda de manera consistente determinar las actividades a realizar acordes a las realidades presentes en cada persona y grupo.

Basado en estos elementos, la enfermera comunitaria apoyará el cuidado de manera específica, cobrando a su vez un significado especial, el hecho de poder trabajar directamente con el usuario difundiendo los programas de salud pública, la educación hacia estilos de vida saludable.

### **1.1.17. TEORÍAS DE ENFERMERÍA**

#### **1.1.17.1. TEORÍAS DE ENFERMERÍA APLICADOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.**

La familia y el ser humano son considerados la unidad básica de la sociedad; como tal es un objetivo importante de abordar y de fortalecer, por ser las formadora de los actores sociales, cumpliendo diversas funciones. Es por ello que la enfermería, como disciplina que se interesa por el bienestar integral de las

personas, también centra su accionar en la familia, a través de la promoción de salud, la educación, el fomento del autocuidado, e intervenciones específicas según las necesidades individuales, considerando su medio ambiente, y los factores que pueden influir positivamente como también en forma negativa

### **1.1.17.2. TEORÍA DE AUTOCUIDADO DOROTHEA OREM**

El fundamento de modelo de enfermería de Orem, (1980) organizado en torno a la meta de la enfermería, es el acto de autocuidado, considerado como:

**...acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y al desarrollo de los seres humanos. Pág. 42**

Los cuidados están centrados sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. El rol de la enfermera es ayudar a una actitud responsable, (enseñar, guiar, actuar).

**El cuidado:** Servicio especializado centrado en las personas que tienen incapacidad para ejercer el autocuidado.

**Salud:** se define como estado de integridad de lo biológico con lo simbólico y social del ser humano.

**Entorno:** Factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidado, o sobre su capacidad de ejercerlos.

**Persona:** es un todo integral que funciona biológicamente, simbólica y socialmente que tiene la capacidad, aptitud y compromiso para llevar a cabo autocuidados.

Orem sostiene que la salud se relaciona con la estructura y función normales, ya que “cualquier desviación de la estructura o del funcionamiento se denomina correctamente una ausencia de salud en el sentido de unidad o integridad. La autora se refiere a los aspectos físico, psicológico, interpersonal, y social de la salud, pero afirma que son inseparables en el individuo. “El ser humano es una unidad que funciona biológica, simbólica, y socialmente”. Pueden existir diversos estados de bienestar o salud, y una persona puede pasar de un estado a otro, pero la constancia de “las condiciones externas o internas” se asocia con la salud.

Orem sugiere que algunas personas pueden tener requisitos de autocuidado (necesidades) asociados con el desarrollo o con la desviación de la salud y que todas las personas poseen las condiciones universales de autocuidado que se mencionan a continuación:

1. Conservación de una ingestión suficiente de aire, agua, y alimento.
2. Suministro de cuidado asociado con los procesos de eliminación y excrementos.
3. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso y entre la soledad y la interacción social.
4. Evitar los riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar.
5. Promover el desarrollo de los seres humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas, y el deseo de ser normal.

Las necesidades antes mencionadas (requisitos de autocuidado) exigen que se tomen medidas a las que se les da el nombre de demandas de autocuidado terapéutico. Los requisitos de autocuidado, universales y asociados con el desarrollo, dan por resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, y son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria.



Los requisitos de autocuidado relacionados con las desviaciones de la salud conducen a prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad, dándoles el nombre de demanda de autocuidado para la prevención secundaria. La demanda de autocuidado relacionada con la prevención terciaria tiene que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes.

Es posible determinar la demanda terapéutica de autocuidado si se identifican todas las necesidades existentes o posibles de cuidado propio y los métodos más adecuados para atender dichas necesidades y se diseña, implementa y evalúa un plan de acción; esto es el proceso de enfermería.

La teoría de Orem tiene por fundamento el concepto de autocuidado, el cual se define como: la práctica de las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar; son actos, actividades propias del individuo, las cuales son aprendidas y son influenciadas por la cultura, las creencias, los hábitos y costumbres de la familia y la sociedad.

También se ven afectadas por la edad, etapa del desarrollo y estado de salud, todo esto puede alterar la capacidad del individuo para realizar estas actividades de autocuidado las cuales, si son llevadas a cabo eficazmente, contribuyen a la integridad y al desarrollo de quienes las realizan.

Principales supuestos de la teoría:

Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza

- La actividad humana, poder actuar deliberadamente, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
- Los seres humanos maduros experimentan limitaciones de la acción de autocuidado de uno mismo y de los demás, siendo la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
- La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros
- Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidados a los miembros del grupo que experimentan las privaciones.

### **1.1.17.3. TEORÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD NOLA J. PENDER**

Determina la importancia de promocionar la salud, de mantener un nivel de salud óptimo. Identifica la promoción de la salud como un objetivo del siglo XXI. Sugiere que un estado de salud óptimo hace innecesaria la prevención de las enfermedades.

Realiza un estudio e investigación de las actitudes y características personales en relación a lo que implica la promoción de la salud, y llega a identificar dos tipos de factores que interactúan y dan como resultado la generación de ciertas conductas sanitarias. Estos factores son:

#### **Factores cognitivos – perceptivos**

Son el conocimiento de la persona de lo que significa salud (no solo ausencia de enfermedad, sino un alto nivel de bienestar), la importancia que el individuo da a su salud, la comprensión de que tiene capacidad para modificar su salud, la

percepción de que mantenerse con salud trae beneficios, pero también de que existen barreras que dificultan lograrlo. Estos factores influyen directamente sobre la conducta de la persona.

### **Factores modificantes**

Son características demográficas, biológicas, influencias interpersonales, por ejemplo, edad, educación, cultura. Estos factores influyen indirectamente en la conducta del individuo.

Cada persona está definida de una manera única por estos factores y la interacción de estos dos grupos da como resultado ciertas conductas en relación a promocionar la salud, que se considera como un estado altamente positivo. El rol de la enfermería es identificar factores del individuo para promocionar la salud correctamente.

### **Principales supuestos de la teoría**

Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana

- Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias
- Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad
- Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
- Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno, y siendo transformados a lo largo del tiempo.

- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida
- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona–entorno es esencial para el cambio de conducta.

A continuación se detalla una serie de variables específicas de la conducta y el afecto, las cuales son modificables mediante las acciones de enfermería:

**Beneficios percibidos de acción:** Resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

**Barreras percibidas de acción:** Bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales de la adopción de una conducta determinada.

**Autoeficacia percibida:** Juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud

**Afecto relacionado con la actividad:** Son los sentimientos subjetivos, positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. Influye en la autoeficacia percibida.

**Influencias interpersonales:** Conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás.

Incluyen normas, apoyo social y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Fuentes primarias de influencia interpersonales, son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

**Influencias situacionales:** percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan facilitar o impedir la conducta a

continuación algunos antecedentes inmediatos de la conducta, o de los resultados conductuales.

**Compromiso con un plan de acción:** el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada llevan a la implantación de una conducta de salud.

Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas:

Demandas C.: conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control por contingentes del entorno como el trabajo y las responsabilidades de cuidado de la familia.

Preferencias C: conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, poder elegir.

**Conducta promotora de salud:** resultado de la acción, dirigido a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Ejemplos: dieta sana, ejercicio físico regular, controlar estrés, descanso adecuado, crecimiento espiritual, construir relaciones positivas.

#### **1.1.17.4. MODELO DE MARJORIE GORDON: PATRONES FUNCIONALES**

La valoración por Patrones Funcionales de Marjorie Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA.

Marjorie Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno - malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

#### **1.1.17.4.1. Patrón: Percepción manejo de la salud**

Este patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.). En concreto, mediante la valoración de este patrón pretendemos

determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

#### **1.1.17.4.2. Patrón: Nutricional metabólico**

Mediante la valoración de este patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

#### **1.1.17.4.3. Patrón : Eliminación**

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones

#### **1.1.17.4.4. Patrón : Actividad Ejercicio**

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

#### **1.1.17.4.5. Patrón : Sueño Descanso**

Incluye los patrones de sueño y los periodos de descanso, relax a lo largo de las 24 horas del día. Describe la efectividad del patrón desde la perceptiva del cliente.

#### **1.1.17.4.6. Patrón : Cognitivo –Perceptivo**

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

#### **1.1.17.4.7. Patrón : Autopercepción – Autoconcepto**

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.).

#### **1.1.17.4.8. Patrón : Rol- Relaciones**

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

#### **1.1.17.4.9. Patrón : Sexualidad – Reproducción**

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.



#### **1.1.17.4.10. Patrón : Tolerancia al Estrés**

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

#### **1.1.17.4.11. Patrón : Valores – Creencias**

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

### **1.1.18. PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**

Los hábitos de la vida de la comunidad están configurados por los hábitos de vida de la familia. Pudiendo afirmar que la salud determina la salud de la comunidad. Por lo que, promover la salud en el núcleo familiar significará promover la salud de la comunidad.

Es así como el papel de enfermería es la valoración con identificación de principales diagnósticos de problemas que afectan la salud que limitan al usuario a mantener su autocuidado

**1.1.18.1. Gestión ineficaz de la propia salud R/C** complejidad del régimen terapéutico, dificultades económicas, conflictos familiares y déficit de conocimientos **M/P** en su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar

objetivos de salud, verbaliza deseos de mejorar la enfermedad, verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos.

**1.1.18.2. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud E/P** Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos (por ejemplo prevención o tratamiento), expresa mínimas dificultades con los tratamientos prescritos, no hay una aceleración inesperada de los síntomas de la enfermedad.

**1.1.19.3. Mantenimiento ineficaz de la salud R/C** Habilidades para la comunicación deficientes, afrontamiento familiar ineficaz, afrontamiento individual ineficaz, recursos insuficientes **E/P** Falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas, falta de expresión de interés por mejorar la conducta de salud, antecedentes de falta de conductas de búsquedas de salud, incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud.

**1.1.19.4. Gestión ineficaz del régimen terapéutico R/C** Complejidad del sistema de cuidados de la salud, conflicto de decisiones, dificultades económicas, conflicto familiar **E/P** actividades familiares inapropiadas para alcanzar objetivos de salud.

**1.1.19.5. Disposición para mejorar la nutrición E/P** Manifestaciones de conocimientos sobre elecciones saludables de alimentos.

**1.1.19.6. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C** factores económicos **E/P** Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal, ruidos abdominales hiperactivos, falta de alimentos, falta de información, falta de interés en los alimentos, informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.

**1.1.19.7. Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades R/C**

Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas **E/P** factores económicos, factores psicológicos, falta de conocimientos.

**1.1.19.8. Riesgo de estreñimiento R/C**

Funcionales: actividad física insuficiente, psicológicos: estrés emocional, fisiológicos: deshidratación: alimentarios, aportes insuficientes de fibras, aportes insuficientes de líquidos.

**1.1.19.9. Déficit de actividades recreativas R/C**

Entorno desprovisto de actividades recreativas **E/P** Afirmaciones del paciente de que se aburre (por ejemplo desea tener algo que hacer, que leer)

**1.1.19.10. Sedentarismo R/C**

Conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud, falta de interés, falta de motivación, falta de recursos (por ejemplo tiempo, dinero, compañía, instalaciones) **E/P** Elige una rutina diaria con falta de ejercicio, verbaliza preferencias por actividades con poca actividad física.

**1.1.19.11. Disposición para mejorar el autocuidado E/P**

expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado, expresa deseos de aumentar la responsabilidad en el autocuidado.

**1.1.19.12. Disposición para mejorar el proceso de maternidad**

Patrón de preparación, mantenimiento y refuerzo de un embarazo, alumbramiento y cuidado del recién nacido saludable.

**1.1.19.13. Aflicción crónica R/C**

Necesidad interminable de proporcionar cuidados, crisis en el manejo de la enfermedad **E/P** Expresa sentimientos negativos (confusión, depresión, temor, culpa, soledad, baja autoestima)

**1.1.19.14. Tendencia a adoptar conductas de riesgos para la salud R/C**

Actitud negativa hacia los cuidados de salud **E/P** Demostración de no aceptación del cambio en el estado de salud, fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud.

**1.1.19.15. Conocimientos deficientes R/C**

mala interpretación de la información, falta de interés en el aprendizaje, poca familiaridad con los recursos para obtener la información **E/P** comportamientos inapropiados, verbalización del problema.

**1.1.19.16. Disposición para mejorar los conocimientos M/P**

manifiesta interés en el aprendizaje.

**1.1.19.17. Deterioro de la comunicación verbal R/C**

barreras físicas, diferencias culturales, diferencias relacionadas con la edad de desarrollo, barreras ambientales, falta de información, barreras psicológicas, estrés. **E/P** dificultad para comprender el patrón de comunicación habitual.

**1.1.19.18. Procesos familiares disfuncionales R/C**

habilidades de afrontamiento inadecuados, falta de habilidades para la solución de problemas **M/P** deterioro de la comunicación, incapacidad de adaptarse al cambio, sistemas de comunicación cerrados.

### **1.1.20. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

- ✓ Apoyo a la familia.
- ✓ Asesoramiento nutricional.
- ✓ Manejo de los trastornos de la alimentación.
- ✓ Manejo del peso.
- ✓ Enseñanza de dieta prescrita.
- ✓ Enseñanza proceso de la enfermedad.
- ✓ Escucha activa.
- ✓ Identificación de riesgos.
- ✓ Apoyo al cuidador principal.
- ✓ Estimulación de la integración familiar.
- ✓ Fomento de la implicación familiar.
- ✓ Manejo de la nutrición.
- ✓ Fomento del ejercicio.

## **1.2. MARCO LEGAL**

### **1.2.1. CONCEPTUALIZACIÓN**

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, bioética, entre otros. La Ley Orgánica de Salud dice en su capítulo III, Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud; artículo 7, literal j: “Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene derecho a ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos”.

En el capítulo II de esta ley establece que son Derechos de los pacientes:

1. Derecho a una atención digna
2. Derecho a no ser discriminado
3. Derecho a la confidencialidad
4. Derecho a la información
5. Derecho a decidir.

### **1.2.2. LEY ORGÁNICA DE SALUD.**

#### **CAPÍTULO I**

De las acciones de salud

Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Art. 11.- Los programas de estudio de establecimientos de educación pública, privada, municipales y fiscomisionales, en todos sus niveles y modalidades, incluirán contenidos que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el auto cuidado, la igualdad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger la salud y el ambiente, y desestimulen y prevengan conductas nocivas.

La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura, vigilará que los establecimientos educativos públicos, privados,

municipales y fiscomisionales, así como su personal, garanticen el cuidado, protección, salud mental y física de sus educandos.

Art. 12.- La comunicación social en salud estará orientada a desarrollar en la población hábitos y estilos de vida saludables, desestimular conductas nocivas, fomentar la igualdad entre los géneros, desarrollar conciencia sobre la importancia del autocuidado y la participación ciudadana en salud.

Los medios de comunicación social, en cumplimiento de lo previsto en la ley, asignarán espacios permanentes, sin costo para el Estado, para la difusión de programas y mensajes educativos e informativos en salud dirigidos a la población, de acuerdo a las producciones que obligatoriamente, para este efecto, elaborará y entregará trimestralmente la autoridad sanitaria nacional. La autoridad sanitaria nacional regulará y controlará la difusión de programas o mensajes, para evitar que sus contenidos resulten nocivos para la salud física y psicológica de las personas, en especial de niños, niñas y adolescentes.

Art. 15.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con otras instituciones competentes y organizaciones sociales, implementará programas para la prevención oportuna, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.

### **1.2.3. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR DEL 2008**

El Derecho a la Salud está garantizado en la Constitución de la República del Ecuador y consagra a la salud como un derecho humano fundamental, siendo garantizado por el estado mediante políticas definidas, teniendo acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud.

Artículo 32.- Garantiza el derecho a la salud, su vínculo con las condiciones sociales y ambientales del desarrollo, la garantía de accesos sin exclusión a programas, acciones servicios integrales.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

### **1.3. MARCO CONCEPTUAL**

#### **1.3.1. EQUIPO DE SALUD**

Es la creación de equipos básicos de salud (EBAS) para prestación de sus servicios en las áreas de salud, los mismos que están integrados por un médico, una obstetra, una enfermera y un odontólogo.

#### **1.3.2. SALUD**

Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

#### **1.3.3. PROGRAMA DE SALUD**

Un programa de salud es una estrategia de intervención para resolver problemas de salud pública con el propósito realizar un conjunto de acciones implementadas



por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población.

#### **1.3.4. AUTOCAIDADO PARA LA SALUD**

Son todas las actividades que realiza una persona para mantener su estado de salud mediante los patrones funcionales permitiéndonos valorar el estado general de los pacientes.

#### **1.3.5. EDUCACIÓN**

Informar, orientar y buscar cambios de actitud en las personas utilizando los conocimientos y recursos disponibles buscando soluciones oportunas para el mantenimiento de su salud de forma grupal e individual.

#### **1.3.6. ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Proceso de facultar a las personas para que aumenten el control de la salud a través de programas de salud manteniendo y mejorando la calidad de vida logrando el equilibrio entre la información que el usuario posee y la acción que realice para conservar su salud.

## **CAPÍTULO II**

### **METODOLOGÍA**

#### **2.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **2.1.1. TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo de investigación se trata de un estudio descriptivo; que nos ha permitido identificar las acciones de promoción de salud que se ejecutan por un equipo multidisciplinario perteneciente al MSP.

Es de tipo cuantitativa en consideración por la población de 100 usuarios que asistan al establecimiento mencionado.

Es de tipo transversal porque la investigación la realizamos en un tiempo corto.

De campo porque se realizó en el subcentro de Salud San Judas Tadeo. Se obtuvo una estadística sobre las acciones de promoción de salud que se realizan a los usuarios que reciben atención, permitiéndonos medir el grado de aceptación que esta tiene dentro de la comunidad que la recibe y con el nivel de sus acciones de autocuidado a través de la valoración por patrones funcionales de acuerdo al nivel de educación sanitaria que posee cada usuario.

**Orientación Específica.-** el estudio se llevó a cabo en el subcentro SAN JUDAS TADEO perteneciente al Ministerio de Salud Pública del cantón Salinas de la

provincia de Santa Elena que brinda servicios de atención primaria de salud para los usuarios de la comunidad que así la requiere.

## **2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población objeto de estudio son 100 usuarios del subcentro San Judas Tadeo, del MSP que reciben atención por más de tres asistencias a la institución.

### **2.2.1. Criterios de inclusión**

Para la selección de la muestra consideraremos los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mayores de 18 años.
- Usuarios que asisten por más de tres ocasiones al subcentro.
- Personas de sexo masculino y femenino.
- Usuarios profesionales y no profesionales.
- Usuarios con cualquier nivel de educación.

### **2.2.2. Criterios de exclusión**

- Ser menores de 18 años.
- Asistencia al subcentro de salud por primera vez.

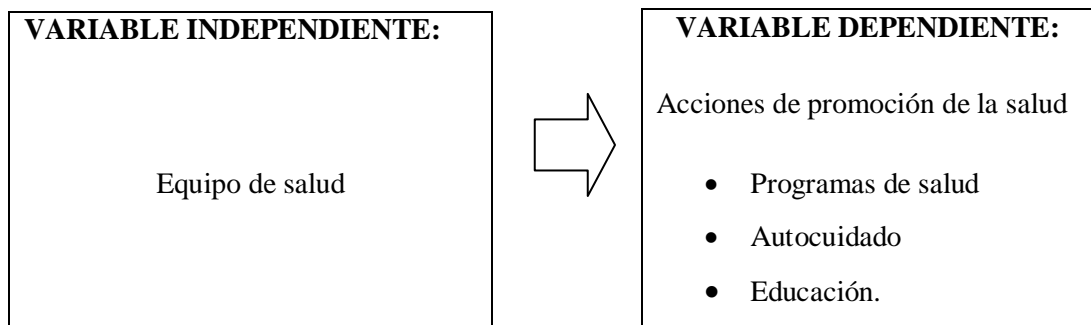
### **2.2.3. Consideraciones éticas**

- Se solicitó autorización por escrito al director del Hospital de Salinas a cargo del subcentro SAN JUDAS TADEO para obtener el permiso respectivo para la investigación.

- Se solicitó los datos estadísticos de los últimos años de enfermedades estadísticas al departamento de estadística de dicho hospital.
- Consentimiento informado dirigido a cada usuario sujeto de estudio que asistió a recibir atención.

### 2.3. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

**CUADRO N° 1**  
**ESQUEMA DE VARIABLE**



**FUENTE:** Ministerio de Salud Pública  
**ELABORADO POR:** Autoras

#### 2.3.1. SISTEMATIZACIÓN DE LAS VARIABLES

##### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

##### **EQUIPO DE SALUD**

Es la creación de equipos básicos de salud (EBAS) para prestación de sus servicios en las áreas de salud, los mismos que están integrados por un médico, una obstetra, una enfermera y un odontólogo.

## **VARIABLE DEPENDIENTE:**

### **ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Proceso de facultar a las personas para que aumenten el control de la salud a través de programas de salud manteniendo y mejorando la calidad de vida logrando el equilibrio entre la información que el usuario posee y la acción que realice para conservar su salud.

### **AUTOCUIDADO PARA LA SALUD**

Son todas las actividades que realiza una persona para mantener su estado de salud mediante los patrones funcionales permitiéndonos valorar el estado general de los pacientes.

### **EDUCACIÓN**

Informar, orientar y buscar cambios de actitud en las personas utilizando los conocimientos y recursos disponibles buscando soluciones oportunas para el mantenimiento de su salud de forma grupal e individual.

## **2.3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

**CUADRO N<sup>o</sup> 2**  
**VARIABLE INDEPENDIENTE EQUIPO DE SALUD**

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA</b>	
<b>EQUIPO DE SALUD</b>	Médico	Sí	No
	Obstetra	Sí	No
	Enfermera	Sí	No
	Odontólogo	Sí	No

**FUENTE:** Sub-centro de Salud "San Judas Tadeo "

**ELABORADO POR:** Autoras

**CUADRO N° 3**  
**VARIABLE DEPENDIENTE PROGRAMAS DE SALUD**

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA</b>
<b>PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	Inmunización (vacunas)	Información sobre vacunas Sí                      No
	Nutricional	Información sobre alimentación segura: Sí                      No
	Tuberculosis	Información de medidas de prevención de la tuberculosis: Sí                      No
	Infección de Vías Respiratorias	Información sobre signos de alerta de enfermedades respiratorias: Sí                      No
	VIH-SIDA	Información sobre métodos de protección para infecciones de transmisión sexual: Sí                      No
	Modelo de Atención Integral	Información sobre atención primaria de salud: Sí                      No
	Atención integral de los Adolescentes	Información sobre las etapas de la adolescencia: Sí                      No
	Adulto Mayor	Información sobre los cuidados del adulto mayor: Sí                      No
	Maternidad gratuita y atención a la infancia	Información sobre la atención a embarazadas y a niños menores de 5 años: Sí                      No
	Enfermedades Dermatológicas	Información sobre la lepra: Sí                      No
Enfermedad de zoonosis.	Información sobre la rabia: Sí                      No	

PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	Salud Ambiental	Información de riesgos presentes en el ambiente: Sí                                  No
	Salud del Adulto-Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Información sobre: Sí                                  No
	Salud Mental	Información sobre Tabaquismo ,alcoholismo, buen trato y salud mental: Sí                                  No
	Control y vigilancia del DDI	Información sobre problemas de enfermedades hormonales: Sí                                  No
	Enfermedades Catastróficas	Información sobre enfermedades catastróficas: Sí                                  No
	Farmacovigilancia	Información sobre el manejo de medicación y automedicación: Sí                                  No
	Salud Intercultural	Información sobre la medicina tradicional. Sí                                  No

**FUENTE:** Ministerio de Salud Pública

**ELABORADO POR:** Autoras

**CUADRO N° 4**  
**VARIABLE DEPENDIENTE AUTOCUIDADO**

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<p align="center"><b>AUTOCUIDADO PARA LA SALUD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precepción manejo salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prácticas de prevención:</b>  <b>Suya- De su familia</b>  Muy buena Buena  Regular Mala</li> <li>• <b>Controles médicos:</b>  Una vez al mes  Cada seis meses  Cuando le</li> <li>• <b>Enfermedad acude a:</b>  Centro de salud  Médico particular  Botica  Curandero  Otros</li> <li>• <b>Tratamiento completo:</b>  Sí No</li> <li>• <b>Acciones para su edad:</b>  <b>Mujeres</b>  Vacunación  Autoexploraciones Mamarias  Detección oportuna del cáncer cérvico uterino  Exploración de Próstata</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón Nutricional metabólico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cuantas veces come en un día:</b>  1.....2.....3.....4.....Más</li> <li>• <b>Describe su dieta</b>  Arroz y fideos, pan  Frutas  Verduras, hortalizas  Carnes (Pollo, res, pescado)  Leche, queso.  Siempre A veces Nunca</li> <li>• <b>Vasos de agua ingeridos</b>  Cuantos vasos por día:</li> <li>• <b>Dientes saludables (sin caries)</b>  Sí No</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón eliminación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Manejo del estreñimiento:</b>  Sí No</li> <li>• <b>Manejo de diarreas:</b>  Sí No</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón actividad ejercicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ejercicios que realiza usualmente:</b>  Caminar Trotar  Gimnasia aeróbicos</li> </ul>



<p style="text-align: center;"><b>AUTOCUIDADO PARA LA SALUD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón sueño- descanso</li>   <li>• Patrón cognitivo perceptual</li>   <li>• Patrón autopercepción- auto concepto</li>   <li>• Patrón rol relaciones</li>   <li>• Patrón sexualidad- reproducción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cumple las horas de sueño:</b> Mas de 8 Menos de 8</li> <li>• <b>Dificultades</b> Visuales: Sí No Auditivas: Sí No Memoria:</li> <li>• <b>tratadas en el centro de salud las dificultades</b> Visuales Sí No Auditivas Sí No</li> <li>• <b>Satisfacción Imagen corporal</b> Sí No</li> <li>• <b>Generalmente me siento</b> Feliz Triste Nervioso Temeroso Ansioso.</li> <li>• <b>Considera que su familia es:</b> Funcional Disfuncional leve Disfuncional grave</li> <li>• <b>Problemas en las relaciones familiares:</b> con su pareja Sí No solo con los hijos Si No solo con los padres Sí No</li> <li>• <b>Posibilidad de hablar de problemas y resolverlos en:</b> centro de salud consulta particular familiares externos En el trabajo En el hogar</li> <li>• <b>Decisiones importantes se toman en conjunto:</b> Sí No</li> <li>• <b>Se siente parte de la comunidad</b> Sí No</li> <li>• <b>Métodos anticonceptivos</b> Sí No</li> <li>• <b>Problemas o cambios en las relaciones sexuales</b></li> </ul>
---	---	---

		Sí	No
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón adaptación tolerancia al estrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tratamiento en el centro de salud</b> Sí No</li> <li>• <b>Problemas, en vez de afrontarlos, para escapar de ellos Usa:</b> Medicamentos alcohol drogas otras sustancias</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón valores-creencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tiene algún tipo de creencia que afecte su salud:</b> Sí No</li> </ul>	

FUENTE: Modelo de atención de Marjorie Gordon  
ELABORADO POR: Autoras

**CUADRO N<sup>o</sup> 5**  
**VARIABLE DEPENDIENTE EDUCACIÓN**

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<b>EDUCACIÓN</b>	<b>Grupal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Asiste al centro de salud ha recibido charlas educativas</b> Siempre A veces Nunca</li> <li>• <b>Los temas recibidos guardan relación con su problema de salud</b> Siempre A veces Nunca</li> <li>• <b>Lenguaje es comprensible</b> Siempre A veces Nunca</li> <li>• <b>Motivado en charlas</b> Siempre A veces Nunca</li> </ul>

<b>EDUCACIÓN</b>	<b>Individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Recibe charlas educativas por enfermería:</b> Siempre <span style="float: right;">A veces</span> Nunca</li> <li>• <b>Los temas recibido tienen relación con su problema de salud</b> Siempre <span style="float: right;">A veces</span> Nunca</li> <li>• <b>El lenguaje utilizado ha sido claro:</b> Siempre <span style="float: right;">A veces</span> Nunca</li> <li>• <b>Le ha motivado este tipo de charlas a realizar cambios positivos para su salud:</b> Siempre <span style="float: right;">A veces</span> Nunca</li> </ul>
	<b>Audiovisual empleado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>El material utilizado ha sido:</b> Carteles <span style="float: right;">Láminas-Rotafolios</span>  Pizarra videos</li> </ul>

**FUENTE:** Educación Sanitaria

**ELABORADO POR:** Autoras

## **2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos se utilizó como instrumento el cuestionario de preguntas que consta en su primera parte de datos específicos del tema de investigación, elaborado con 29 preguntas redactadas en forma clara y sencilla, para medir el conocimiento de los programas de salud, el nivel del autocuidado que posee, el tipo de educación que reciben en el respectivo subcentro y se realizó a través de la técnica de la encuesta directa.

### **PRUEBA PILOTO**

Se realizó esta prueba con 10 formularios en un grupo de 10 usuarios que asistieron a un subcentro de similares características a la del estudio, la misma que sirvió para determinar la correcta estructuración y elaboración de las preguntas aplicadas en la encuesta y verificar su funcionamiento y operatividad.

## **2.5. PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS**

- Se informó al personal que labora en la institución sobre el trabajo dentro de la misma.
- Se informó a los usuarios que asisten a este subcentro sobre la encuesta.
- Se realizó la encuesta directa en el establecimiento al usuario que asiste en la mañana y tarde a consulta.
- Se ejecutó la respectiva encuesta directa, lo cual tuvo un tiempo de duración de 14 días.

## **2.6. PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS**

- Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos mediante el uso del programa Excel computarizado.
- Se clasificaron y se tabularon los datos del formulario de la encuesta ítem por ítem.
- Se insertaron los datos tabulados en tablas de distribución de frecuencias y se obtuvieron los porcentajes para de este modo establecer si existe o no diferencia estadística entre las variables de estudio.
- Para la presentación de los datos se elaboraron las tablas y gráficos estadísticos que nos sirven para visualizar mejor los resultados.
- El análisis de los resultados obtenidos se lo realizó de acuerdo a las diferencias porcentuales de las frecuencias absolutas, relacionándolos con los objetivos generales y específicos, así como también con la hipótesis y las variables.

## **2.7. TALENTO HUMANO**

**Autoras:** Internas de enfermería: Lourdes Ramírez Gonzabay y Carla González Tomalá.

**Tutora:** Lic. Carmita María Bravo Ortiz, MSc.

**Sujetos de investigación:** 100 usuarios que asisten a consulta ambulatoria.

## **CAPÍTULO III**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

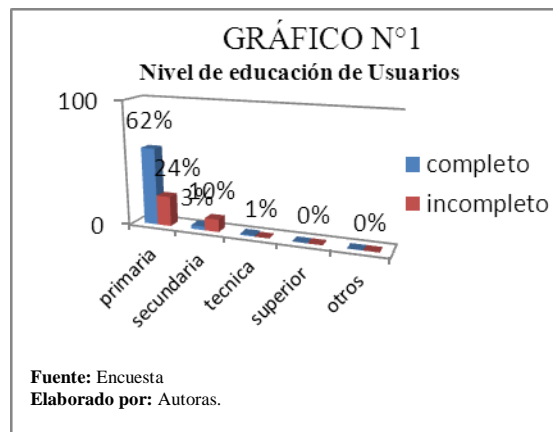
Para fines del análisis e interpretación de datos se da prioridad al cumplimiento de los objetivos específicos planteados en nuestra investigación.

A continuación se presenta los resultados del trabajo de investigación realizado a 100 usuarios que acuden al subcentro de salud San Judas Tadeo encuestados menos de la mitad de ellos comprende la edad entre 18 y 30 años, 45% siguiéndole la edad de 41 a 43 años representada por la cuarta parte, el 24% de 44 a 56 representada por el 20% es decir que un poco más de la mitad de los usuarios son adultos jóvenes y de 57 años en adelante corresponde a la adultez media (ver gráfico N°13 ).

Según el género que asiste más a la institución son mujeres representando el 69% de la población del 100% y con un 31% correspondiente al sexo masculino, en cuanto al grupo étnico la población encuestada es el 73% que representa el grupo de mestizos.

Las dos terceras partes de los usuarios corresponden a la cobertura del subcentro de salud y el resto no, lo cual no se cumple con la reforma por el MSP; porque cada persona tiene que asistir a los sub-centros más cercano de cada parroquia para recibir la atención debidamente proporcionada evitando el congestionamiento de otros centros de salud.

Por otra parte dentro de los datos sociodemográficos investigados determinamos que el nivel de educación llama la atención, el 62% de los usuarios tienen un nivel de educación primaria completa y el 24% primaria incompleta, siguiendo la educación secundaria completa el 3% y el 10% la décima parte tiene educación secundaria incompleta, esto refleja



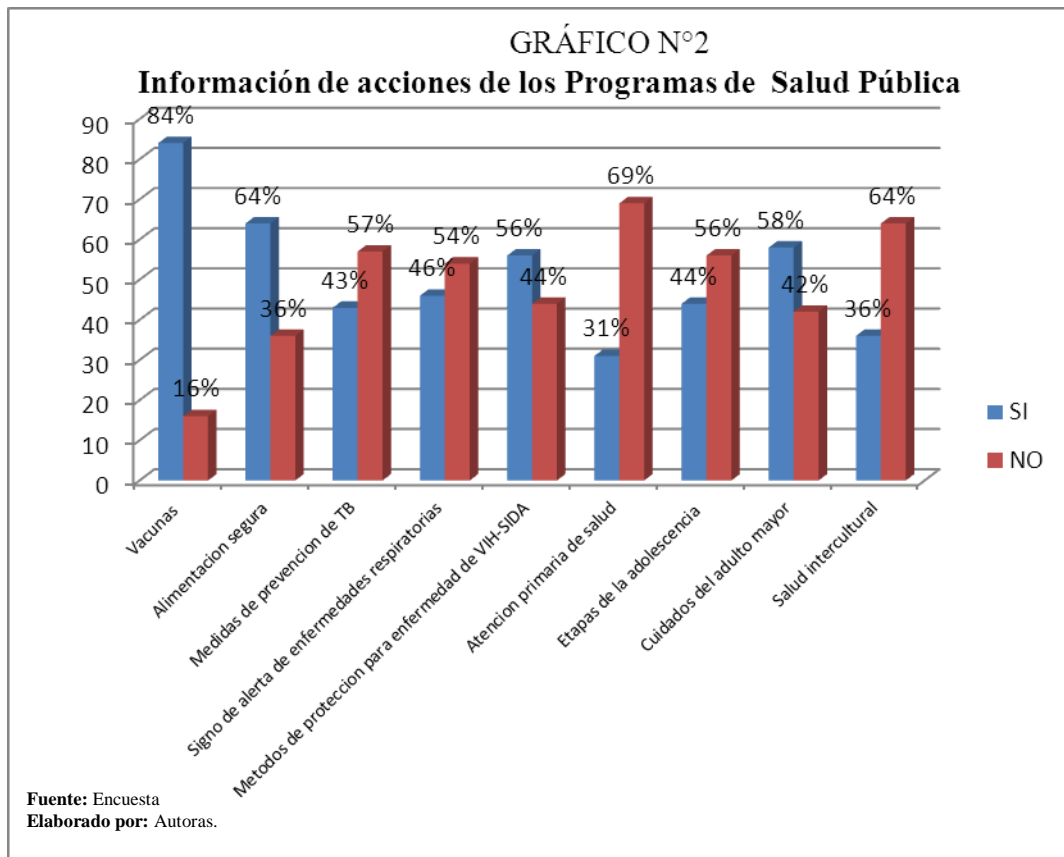
que posiblemente su nivel educativo no les permita aplicar acciones de salud y mejorar su estilo y su calidad de vida.

Según los datos de la entrevista realizadas a la directora encargada del subcentro nos supo manifestar que se están desarrollando todos los programas y relacionando los datos de los encuestados tenemos que, un programa de salud es una estrategia de intervención para resolver problemas de salud pública con el propósito de realizar un conjunto de acciones implementadas por el MSP, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población; y las autoridades deben promover campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención (M.S.P ECUADOR 2010), pero esto no se está llevando como es debido.

En cuanto a la hipótesis sobre las acciones para fomentar la promoción de la salud en los usuarios que reciben atención en el subcentro de salud San Judas Tadeo del MSP se confirma que el equipo de salud aplica estas acciones, pero estas mismas acciones no son relevantes debido a que:

Este gráfico N°2 revela que los usuarios tienen mayor información sobre el programa de vacunación con el 84% debido a que este tiene mayor difusión y énfasis por el M.S.P y especialmente porque son desarrollados de manera consciente y responsable por enfermería logrando la participación de los usuarios en aplicar medidas de atención específica. Además estos resultados están muy

relacionado con los datos sobre la situación de salud de esta zona, donde se reportan que no existen enfermedades supuestamente atenuados que cubren la inmunización (ver anexo 7).



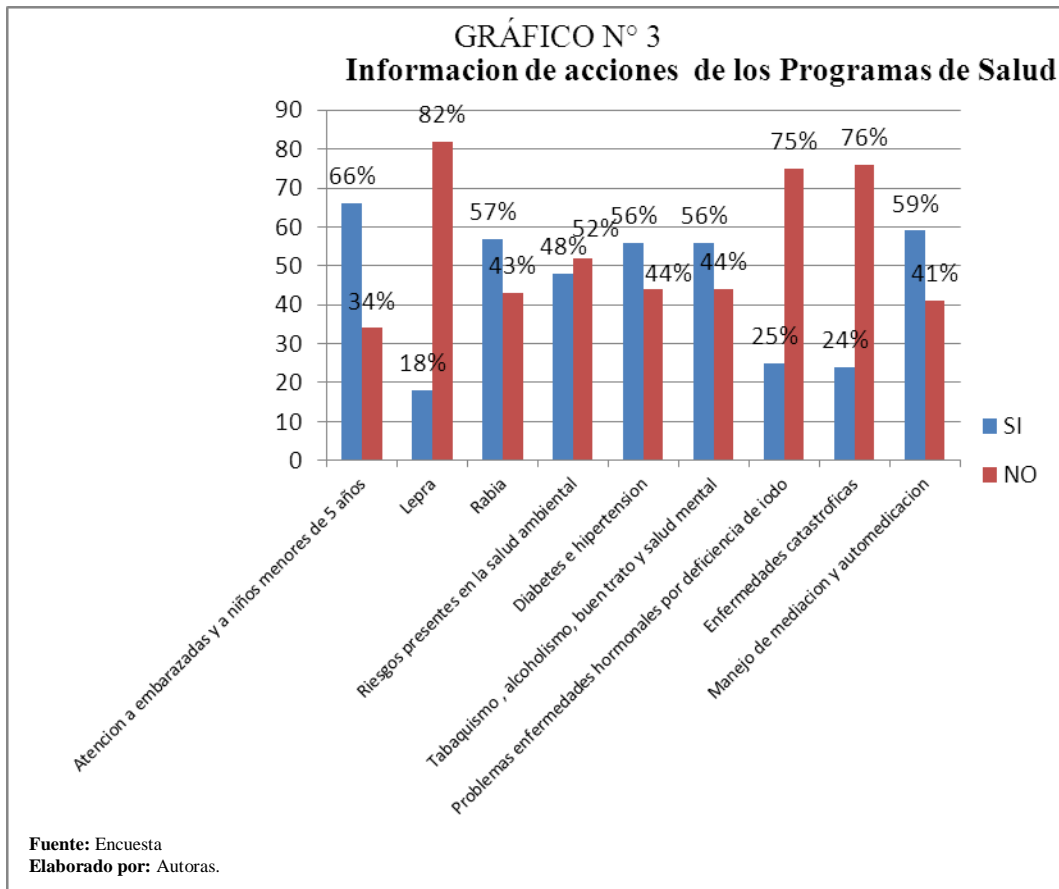
Por otro lado nos muestra que los programas menos difundidos por el subcentro de salud, que son parte de atención integral de la salud (MAIS) y que son la base fundamental de la atención primaria, los usuarios no tienen información en un 69% lo cual indica que no conocen estos programas de salud, de igual modo el programa de salud intercultural con un 64% lo cual implica un problema debido a que los estándares de este programa según este ministerio de salud pública 2008 establecen que la función es promover la exigibilidad de los derechos humanos de salud, con altos estándares de calidad; y si los usuarios no conocen que se lleva el programa no exigirán una calidad de atención.



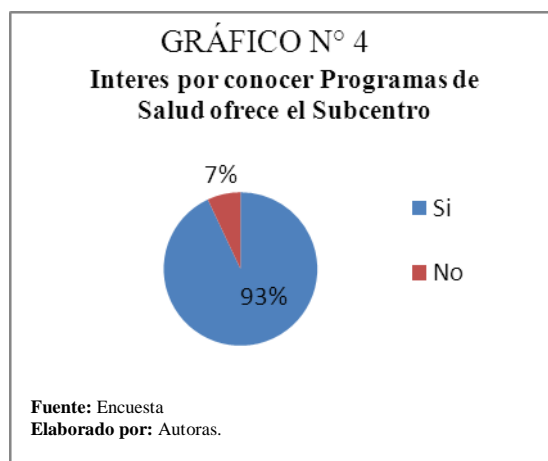
Siguiendo con los resultados de la investigación mostramos que el 57% de usuarios no conoce información sobre el programa de control de tuberculosis y el 54% no conoce sobre signos de alerta de enfermedades respiratorias; es decir, si la misión de estos dos programas es disminuir la morbilidad-mortalidad y evitar la aparición de resistencia a las drogas antituberculosas, el usuario no aplicará medidas de prevención de la enfermedad asintomáticas respiratorias que son enfermedades de prevalencia.

En lo publicado con respecto a los resultados sobre el programa de control y prevención VIH-SIDA estos son de mayor relevancia, debido a que menos de la mitad de encuestados, 44% de usuarios demuestran poca información y el programa de atención integral de la adolescencia 56% no lo conoce. Lo mismo sucede con el programa de atención integral de la adolescencia, el 60% desconoce los métodos anticonceptivos (ver gráfico N°36). De igual manera es importante resaltar que el programa de alimentación segura 36% de usuarios no lo conocen y el programa del adulto mayor, el 42% tampoco conocen, y esto influye en cuanto a los principales problemas existentes en la comunidad que se evidencian causas de morbilidad ambulatoria del año 2010 (ver anexo N° 8 y 10).

También se determina hay porcentajes elevados de desconocimiento sobre los programas de enfermedades dermatológicas, 82%, programa de control y vigilancia de los desórdenes de deficiencia de yodo, en un 75%, programa de enfermedades catastróficas 76% de desconocimiento, siguen siendo parte del problema social que vive la comunidad pues sino tiene conocimiento de ello no pueden cumplir con su autocuidado, otro de los porcentajes de mayor relevancia en nuestro trabajo de investigación es el programa de salud del adulto, enfermedades crónicas no transmisibles y el programa de salud mental que muestran desconocimiento del 44% siendo preocupante, como lo hemos mencionado son las principales causas de enfermedades sociales de la población (diabetes, hipertensión, alcoholismo, drogadicción, etc.) (Ver el siguiente gráfico N° 3).



Este último resultado evidencia el interés 93% que tienen los usuarios, en conocer los programas que ofrece el centro de salud; siendo esto un referente importante para elaborar una propuesta de un programa educativo, donde se realicen acciones básicas de programas de salud en el subcentro San Judas Tadeo para



mejorar su calidad de vida y mantener estilos saludables de los usuarios siendo el diagnóstico de enfermería disposición para mejorar el autocuidado m/p expresiones y deseos de aumentar la responsabilidad en el autocuidado así como

también disposición para mejorar la gestión de la propia salud m/p expresiones de conocer acciones de promoción de la salud.

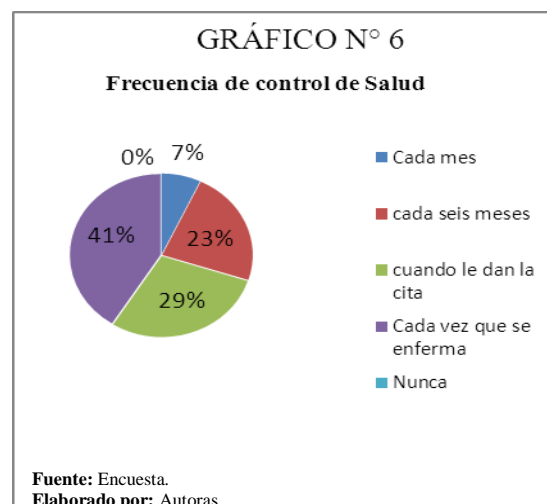
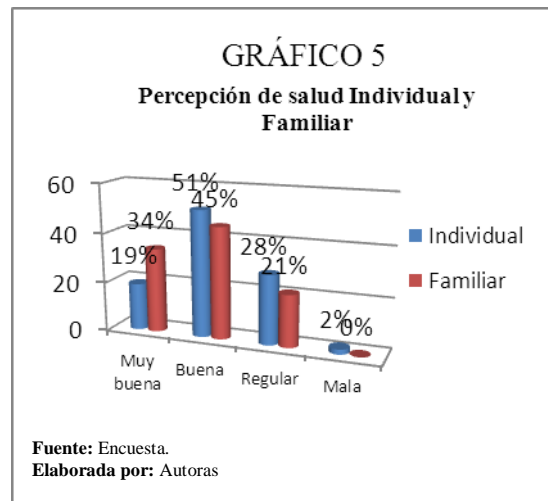
Esto es llamativo debido a que el 19% lo considera como muy bueno demostrando también que en cuanto a la percepción de la salud de la familia son datos diferentes y entre ellos solo el 34% considera su salud como muy buena.

En cuanto al estado civil el 68% son casados y el 19% tiene una unión

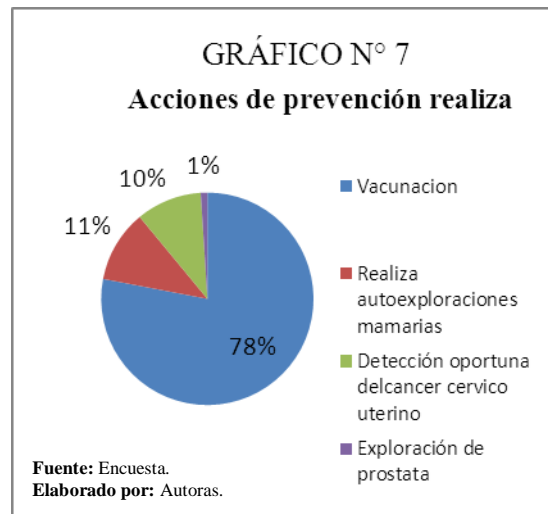
libre lo que demuestra el compromiso familiar para ejecutar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en su comunidad (ver gráfico N°15), se demuestra también que cada una de las familias la integrada de 4 a 6 personas en un 62% y de 6 a mas integrantes con el 25 % lo cual demuestra que la comunidad atendida del subcentro de salud es de familia extensa; es decir abuelos, tíos, primos, hubiera sido necesario indagar mas a fondo el tema de la familia(ver gráfico N°17).

Es evidente que la concurrencia de usuarios a recibir la atención de su salud en cuanto a sexo predomina el femenino con el 69%, quizá se deba a que las mujeres amas de casa son las que más se dedican al cuidado de la familia. Así mismo acuden en su mayoría 41% cada vez que se enferma; yel 29% cuando le dan la cita, de igual manera ellos

perciben a su salud como individual en el 81% buena, regular y mala.

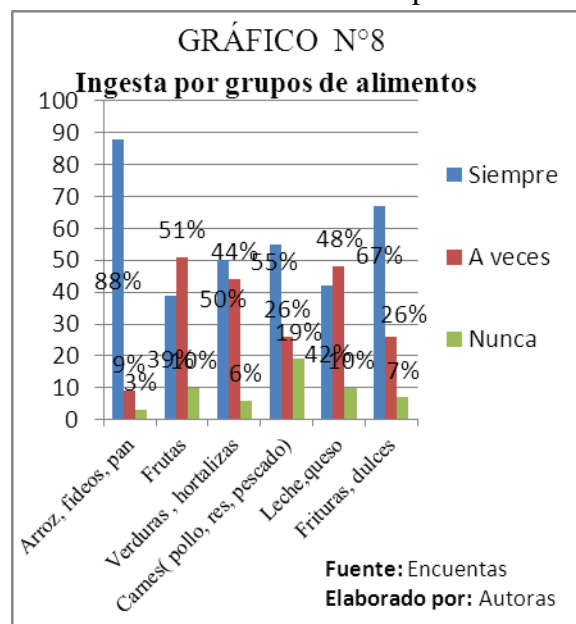


Cabe resaltar que para dar mayor sostenimiento a la investigación se hizo a los usuarios una valoración rápida por patrones funcionales de salud de Marjorie Gordon lo que nos permitió analizar la percepción de salud de los usuarios y se identificó el grado de autocuidado aplicada para mantener su salud y el de su familia,



encontrando que los principales patrones disfuncionales son patrón percepción manejo de la salud, ya que muestra que el autocuidado de la población no se maneja correctamente y que solo el 11% de mujeres manifestaron conocer sobre la autoexploración mamaria, el 10% sobre los controles médicos del PAP anual de un total de población del 69% el 21% poseen el autocuidado y en varones el 1% realiza controles de próstata de una población de 31%, según la NANDA del 2010 se identificó a este patrón como disfuncional y su diagnóstico de enfermería es Gestión Ineficaz de la Propia Salud r/c Déficit de conocimientos m/p verbalización propia “en su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud”.

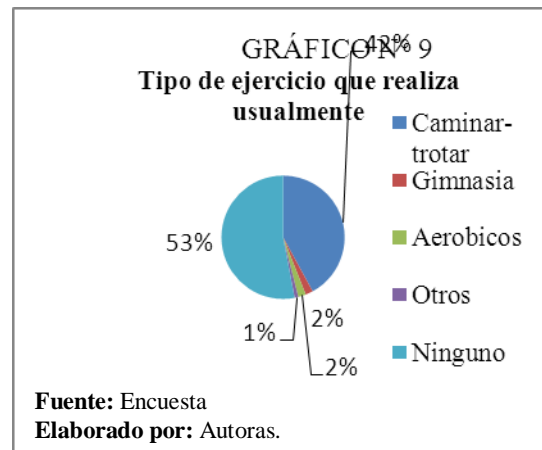
Así como también encontramos el patrón disfuncional nutricional metabólico el cual indica que ingesta diaria de los usuarios no tiene un equilibrio nutricional con respecto a la pirámide nutricional, manifestando que el 88% de la población consume siempre carbohidratos, el 55% en proteína y el 67% en frituras, y el diagnóstico



es un desequilibrio nutricional metabólico: ingesta superior a las necesidades r/c

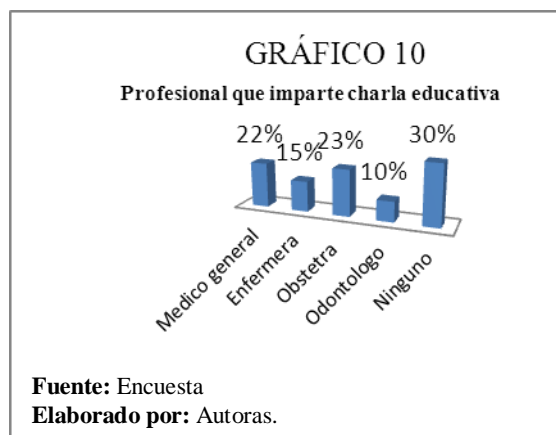
aporte excesivo de las necesidades metabólicas m/p verbalización del usuario por factores económicos.

De igual manera al valorar el patrón actividad ejercicio demuestra, que el 53% de la población no realiza ninguna actividad física y que solo el 42% camina, manifestando las amas de casa que lo realizan de acuerdo a las acciones diarias del día a día, mas no un tipo de ejercicio específico; y el diagnóstico de enfermería sería



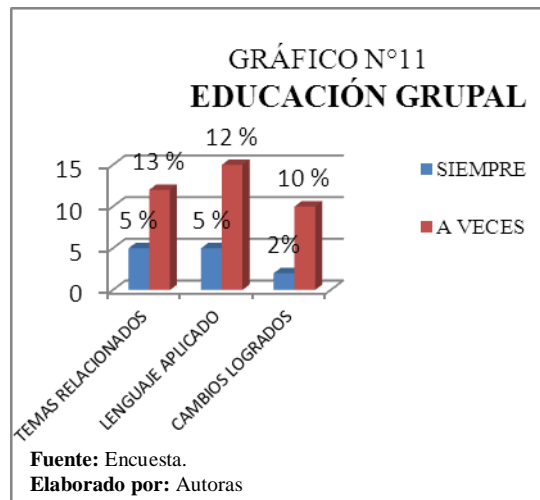
sedentarismo r/c falta de motivación e/p verbalización preferencias por actividad con poca actividad física.

Otro de los puntos a analizar, es la educación sanitaria que es capaz de ayudar a garantizar un mundo más seguro, más sano, más próspero y ambientalmente más puro y que simultáneamente contribuye al progreso social, económico y cultural; es así, que la valoración



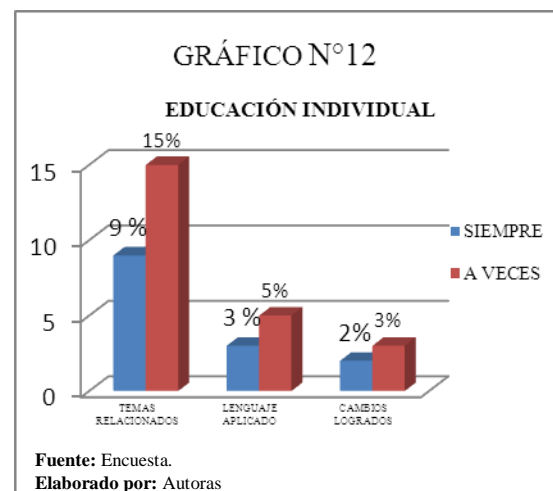
mostró que del equipo interdisciplinario que trabaja en el subcentro de Salud “San Judas Tadeo” los usuarios manifiestan que de los profesionales que les brindan información, el 22% corresponde al médico de medicina general quien imparte técnicas de cuidado de la enfermedad; en el campo de enfermería, representa un 15% que consideramos como un porcentaje bajo con respecto a la educación que se imparte por parte de enfermería, misma que corresponde a charlas para fomentar el autocuidado en el paciente.

Así, también se observó que de los 100% de usuarios encuestados el 53% mencionó que no recibían charlas grupales, y el restante de los sujetos a investigar el 47% que si recibía charlas grupales solo el 18% muestra que los temas impartidos, tenían relación con sus problemas de salud, el lenguaje comprensible aplicado solo es el 17%, por lo tanto



el cambio que ha producido la educación es solo del 12%, teniendo que el diagnóstico de enfermería es conocimientos deficientes r/c poca familiaridad con los recursos para obtener la información e/p comportamientos inapropiados en su autocuidado y verbalización de sus problemas de salud.

Como también se refleja la educación de forma individual dado por enfermería muestra que el 63% no recibe educación y que el 37% de la población que recibe educación solo el 24% los temas han sido relacionados con los problemas de salud, el lenguaje aplicado solo es



del 8% comprensible por ende solo se han producido cambios positivos para su salud el 5%, como unos de los principales elementos de la educación es la comunicación determinamos que es relativamente bajo el porcentaje con respecto al lenguaje utilizado por enfermería, estableciendo que el diagnóstico es Deterioro de la comunicación verbal r/c Falta de información, diferencias culturales, diferencias relacionada con la edad de desarrollo, barreras ambientales e/p dificultad para comprender el patrón de comunicación habitual.

## CONCLUSIONES

El análisis e interpretación de los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados permite formular las siguientes conclusiones:

1. Se evidencia que el nivel de educación de los usuarios es bajo siendo un factor negativo que limita el conocimiento y desarrollo para el desarrollo de la salud.
2. Existe poca difusión y promoción de las acciones de la promoción de la salud hacia los usuarios del subcentro San Judas Tadeo los mejores de los programas; solo el programa de vacunación, maternidad gratuita, atención a menores de cinco años y el programa de alimentación segura se explican; pero, solo se está aplicando la prevención de la enfermedad, más no la promoción de la salud, y esto porque el MSP hace campañas y énfasis en estos programas.
3. De acuerdo a la valoración rápida por patrones funcionales de la salud a usuarios se evidencian disfuncionalidad de los patrones Percepción Manejo de Salud, Nutricional Metabólico, y Actividad y Ejercicio y el resto de los patrones en menos difusión que tienen inferencia con los mayores porcentajes de desconocimiento de las acciones de Promoción de la Salud lo que demuestra un inapropiado autocuidado de su salud.
4. Existe una mínima utilización de los materiales audiovisuales (láminas, carteles, rotafolios, videos) para realizar educación e informar sobre las Acciones de Promoción de Salud, siendo inadecuadas debido al nivel educativo que posee el usuario.

## **RECOMENDACIONES**

1. Diseñar programas de fomento y promoción de la salud implementando nuevas estrategias educativas; para facilitar la mejor comprensión de los usuarios, debido al bajo nivel de educación que poseen.
2. Se recomienda al Equipo Básico de Salud (EBAS) tener mayor participación y compromiso en el desarrollo de las acciones de promoción de la salud la que contribuirá a alcanzar mejores niveles de salud de esta población.
3. Se recomienda también a la enfermera que debe aplicar el proceso de atención de enfermería de acuerdo con los patrones disfuncionales encontrados, y de esta manera desarrollar acciones para el mejoramiento de conductas generadoras de salud.



## BIBLIOGRAFÍA

**Almeida, E. & Castro, Y.** (2011) *Manual de la Enfermería* .Ecuador: Ed. Cultural. S. A.

**Alarcón, A. Muñoz, E. & Peña, I.** (1985.). *Técnicas de enfermería*. Quito: Ed. Form Med Contin Aten Prim

**Almeida, M.** (1999).*La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica: Teoría y práctica de un movimiento de cambio*. Buenos Aires: Ed. Hucitec.

**Barriga, A.** (2003). *Constitución Política de la República del Ecuador*. Ecuador: Ed. Gab.

**Barrios, S & Paravic, K.** (2006). *Promoción de la salud y un entorno laboral saludable* [Versión serie en línea]. Recuperado en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a19.pdf>

**Bulecheck, G. Butcher, H. & Dochtterman, J.** (2009).*Clasificación de intervenciones de enfermería NIC*. Barcelona: Ed. Interamericana

**Carpenito, L.** (2003)*Diagnóstico de Enfermería: Aplicaciones de la Práctica clínica*. España: Ed. Interamericana

**Costa, M.** (2000):“*Educación para la Salud*”. Barcelona: Ed. Pirámide

**Coque, R.** (2005).*Comunicación y educación para la promoción de la salud*. (Tesis doctoral, Universidad Lima –Perú). Recuperado de [www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf)

**De la Torre, V.** (2005). *Tuberculosis* .Ecuador: Ed. San Juan

**Gómez, J. Jurado, M. Viana, B. Da Silva M. & Hernández, A.** (2005). *Estilos y calidad de vida. Lecturas: EF y Deportes* [Versión serie en línea]. Recuperado <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>

**Heather, H.** (2009). *NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009- 2011*. España: Ed. Interamericana

**Hernández, R.** (5a ed.). (2010). *Metodología de la investigación*. México: Ed. McGraw Hill.

**Jauregui, C. & Suárez, P.** (2004). *Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad*. Bogotá: Ed. Medica Internacional.

**Massun, E.** (1991). *Prevención del uso indebido de drogas* México: Ed. Tullas.

**Mejía, D.** (1991). *La salud familiar para América Latina*. Santa Fe de Bogotá: Ed. ASCOFAME

**Montserrat, R. & Caja, C.** (2000.) *Enfermería Comunitaria*. España: Ed. Cultural S.A

**Moorhead, S. Johnson, M. & Swanson, E.** (2010). *Clasificación De Resultados De Enfermería NOC*. España: Ed. Interamericana

**Morales, J. & Moya, M.** (1994). *Psicología social*. Madrid: Ed. McGraw Hill.

**Pacheco, O.** (2002) *Teorías y Práctica de Proyecto Educativo*. Ecuador: Ed. San Juan

**Palacios Brunilde, T.** (2007). *Propuesta de un programa radial dirigido por la enfermera comunitaria contra el alcoholismo en personas y comunidad ambulatorio urbano ii sarriá municipio libertador, caracas, 2do semestre 2006.* (Tesis de obtención de Grado, Universidad central de Venezuela).Recuperado de <http://saber.ucv.ve/jspui/handle/123456789/464>

**Pardo de V, C. & Cedeño, M.** (1997).*Investigación en salud factores sociales.* Santafé de Bogotá: Ed. Mc Graw Hill

**Potter, P. & Perry. A.** (2002)*Fundamentos de Enfermería* .España. Erdide.SI.

**Pérez, J,** (2000): “*Comunicación y Educación en la Sociedad de la Información*”. Barcelona: Ed. Paidós

**Pinela, E. & Alvarado, E.** 3ra.Ed. (2008). *Metodología de la investigación.* OPS. doi: PXE47

**Restrepo, H. & Málaga, H.**(2006). *Promoción de la Salud:como construir vida saludable* Colombia: Editorial Médica Internacional

**Romero, B.** (1987). *Diccionario de sinónimos antónimos e ideales afines* Ecuador: Ed. Brasa S.A

**Suverza, A.** (2010).*La Educación como estrategia para la promoción de los estilos de vida para los alumnos de la Universidad Iberoamericana ciudad de México.*(Tesis Maestría, Universidad Iberoamericana).Recuperado de [www.bib.uia.mx/tesis/pdf/015267/015267.pdf](http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/015267/015267.pdf)

**Vargas, W.** (2006). *Atención primaria de salud en acción su contexto histórico, naturaleza y organización en costa rica.* (Tesis doctoral, Universidad de Costa Rica). Recuperado de [www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf](http://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf)

**Werner, D. & Bower, B.** (2003). *Aprendiendo a Promover la salud.* México: Ed. Salco S.A

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

**Almeida, J. E. & Castro, Y.** (2011)*Manual de la Enfermería* .Ecuador: Ed. Cultural. S. A.

**Carta de Ottawa.** (1986, p.192). *Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud*. Recuperado de [www.ilustrados.com/conferencias-internacionales -promoción de la salud](http://www.ilustrados.com/conferencias-internacionales-promoción-de-la-salud)

**Oream, D.** (1980.p.42). *Fundamentos de la teoría de enfermería Autocuidado*.Recuperado de [www.ugr.es/~pwlac/G22\\_32Daniel\\_Leno\\_Gonzalez.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html)

**Cantón Salinas** (2012). Recuperado de [http://es.wikipedia.org/wiki/Cant%C3%B3n\\_Salinas](http://es.wikipedia.org/wiki/Cant%C3%B3n_Salinas).

**Declaración de Alma-Ata.** (1978) *Atención Primaria de Salud*. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

**Decreto** 1757 del 94 y Decreto 2309 oct. (2002)

**Organización mundial de la salud,** ministerio de salud y bienestar social de Canadá, asociación canadiense de salud pública (1986) .*Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Recuperado de [http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clasesaps/8\\_modulo\\_2\\_aps\\_pc.doc](http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clasesaps/8_modulo_2_aps_pc.doc)

**Ley orgánica de salud.** Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del (2006)

**MSP.***Modelo de Atención integral de salud, familiar, comunitario e intercultural,* Quito, 2008

**MSP/SNS**, *Política nacional de Promoción de la Salud, Plan de Acción 2007 – 2009*. Quito, 2007

**MSP**, *Lineamientos Estratégicos del Ministerio de Salud Pública 2007-2011*, Quito, Abril, 2007

**MSP**, *Políticas Integrales de Salud para el adulto y adulto Mayor*, Quito, Marzo, 2007

**MSP**, *Manual para la vigilancia epidemiológica e investigación de la mortalidad materna*, Quito, Enero, 2006

**MSP**, *Manual de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia*, Quito, Mayo, 2006

**MSP/UNFPA/USAID**, *Manual de estándares, indicadores e instrumentos para la calidad de la atención materno-infantil*, Quito, Septiembre 2006.

**MSP**, *Modelo de Gestión de Salud*, Quito, DM, Febrero, 2006.

**MSP/OPS/OMS**, *Programa de Extensión de Cobertura en Salud, en base a la atención Primaria y el Licenciamiento de los Servicios de Salud*, Quito, Mayo de 2004.

**MSP/CONASA**, *Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador*, Quito, Julio 2005.

**MSP**, *Manual de Normas y procedimientos para la atención Integral de los y las Adolescentes*. Quito, diciembre del 2005.

**MSP**, *Guías para el Diagnóstico, Tratamiento y prevención de las Principales Enfermedades Crónicas No Transmisibles*. Quito, Octubre, 2006

**MSP**, *Lineamientos Técnicos y Operativos para la vacunación contra Influenza estacional y Neumococo*. Quito, octubre del 2007.

**MSP**, *Normas y protocolos de atención integral en los adolescentes*. Ecuador, 2009

**MSP**, *Normas y Protocolos de atención en plan familiar*. Ecuador, 2010

**MSP**, *Normas y protocolos de atención en adulto mayor*. Ecuador, 2010

**MSP**, *Normas protocolos de atención en atención a embarazadas y niños menores de 5 años*. Ecuador, 2010

**Promoción de la salud**, *Estrategias de la promoción de Salud*. Recuperado de [www.monografias.com/trabajos64/promoción-salud/promoción-salud.shtml](http://www.monografias.com/trabajos64/promoción-salud/promoción-salud.shtml)

**Promoción de la salud**, *Educación para la salud y comunicación* Recuperado de <http://openlink.br.inter.net/vllima.orla/xviconf.htm>

**Pinzón, Lina**. *Hacia la renovación de la acreditación del Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas: anexos seleccionados, numeral 3, Manizales: Programa de Enfermería U. de Caldas julio 2000, p.12*

**Reformas en Salud en Ecuador** Recuperado de <http://www.slideshare.net/jaky2011/reformas-en-salud-en-el-ecuador>

**Pinzón, L.** (2002 p. 11.). *En: Hacia la renovación de la acreditación del Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas Facultad de Ciencias para la Salud.* Recuperado de [sig.ucaldas.edu.co/acredita/.../infoProgramas/acredita\\_enfermeria.pdf](http://sig.ucaldas.edu.co/acredita/.../infoProgramas/acredita_enfermeria.pdf)

**Wesley, L.** (1997) *Teorías y modelos de enfermería.* Recuperado de <http://artemisa.unicauca.edu.com.privalencia/archivos.pdf>



**ANEXOS**

**ANEXO N° 1:**

**PERMISO PARA OBTENER DATOS.**



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA**  
Creación: Ley No. 110 R.O. No.366 (Suplemento) 1998-07-22



**CARRERA DE ENFERMERÍA**

Oficio No. E-380-07-09-2011

La Libertad, 7 de septiembre de 2011

Doctora  
Isabel Vallejo Rodríguez  
**DIRECTORA DEL HOSPITAL DE SALINAS**  
Ciudad.-

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de quienes formamos parte de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

El motivo de la presente y por razones de que las alumnas de Cuarto Año **Carla Guisella González Tomalá** con número de cédula de ciudadanía # 091979324-0 y **Lourdes Andrea Ramírez Gonzabay** con número de cédula de ciudadanía # 092708627-2, necesitan realizar previo a la obtención del título en **Licenciadas en Enfermería** un trabajo de Investigación, que se realizará en el **Subcentro de Salud San Judas Tadeo** del Cantón Salinas, solicito de la manera mas comedida se les de la oportunidad para desarrollar dicho trabajo, cuyo tema es: "IDENTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD QUE SE REALIZAN A LOS USUARIOS QUE BUSCAN ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y MUNICIPAL. CANTON SALINAS 2011 - 2012"

Esperando que mi petición tenga la aceptación correspondiente me suscribo de usted, no sin antes reiterar mis sentimientos de alta consideración y estima.

Atentamente,

Lic. Doris Castillo  
**DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERIA**



C.c.: Archivo.-

*Handwritten notes:*  
Lic. MO RA  
DNR  
FAC. HON. DRS  
Recibido  
24/09/11  
8/sep/11  
precep

## SOLICITUD AL DEPARTAMENTO ESTADÍSTICO DEL ÁREA DE SALUD “HOSPITAL JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ”



SALINAS, 15 de diciembre de 2011

ABG. Clemente Varas Ostacio  
JEFE DE RECURSOS HUMANOS

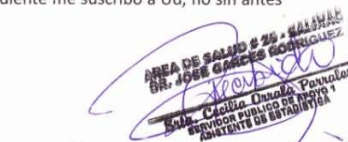
De mis consideraciones:

Nosotras Estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, CARLA GONZALEZ TOMALA con C.I. 091979324-0 y LOURDES RAMÍREZ GONZABAY con C.I. 092708627-2 solicitamos a Ud. su colaboración en brindarnos el permiso correspondiente para obtener los datos en las Estadísticas de Enfermedades más Prevalentes en la Infancia en niños menores de 5 años que acuden al hospital así como también su procedencia ya que esto nos servirá de ayuda para nuestro trabajo de investigación; La misma que ya tiene la acogida correspondiente por usted.

Esperando que nuestra petición tenga aceptación correspondiente me suscribo a Ud, no sin antes reiterar mis sentimientos de alta consideración y estima.

Atentamente:

  
LOURDES RAMIREZ

  
CARLA GONZALEZ

**ÁREA DE SALUD # 26 - SALINAS  
DR. JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ**  
*Carla Dávalos*  
Enfermera Jefe de Unidad de Estadística  
15 DIC 2011

**ÁREA DE SALUD # 3 SALINAS HOSPITAL BASICO  
DR. JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ  
UNIDAD DE TALENTO HUMANO**  
Fecha: 15 DEC 2011  
Hora: 15:27  
Recibido por: *Karla*

*SRA HERLINDA ORRALO  
FRANCISCA  
FACILITADORA  
VARAS*

**CARTA DE ACEPTACIÓN DEL PERMISO CORRESPONDIENTE POR  
EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL MSP. “HOSPITAL JOSÉ  
GARCÉS RODRÍGUEZ”**



Salinas, 12 de Diciembre del 2011

Lic. Doris Castillo

DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERIA

De mis consideraciones

Reciba un cordial saludo a quienes conforman la Carrera de enfermería de la Universidad Estatal Peninsular de Santa Elena.

Informo que las estudiantes GONZALEZ TOMALA CARLA GUISELLA y RAMIREZ GONZABAY LOURDES ANDREA de la carrera de enfermería realizarán el siguiente trabajo investigativo sobre: “IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE PROMOCION DE SALUD QUE SE REALIZAN A LOS USUARIOS QUE BUSCAN ATENCION EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUDAS TADEO DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL CANTON SALINAS 2011 – 2012”

Atentamente  
  
Leda: Eloisa Mora  
Jefa de Enfermería.

## ANEXO N° 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Lourdes Ramírez Gonzabay y Carla González Tomalá interna de enfermería, de la Universidad Estatal Península de Santa Elena el propósito de este estudio es **“Evaluación de las Acciones de Promoción de Salud realizadas a los usuarios que reciben atención en el subcentro de salud San Judas Tadeo-MSP. Cantón Salinas. 2010-2011.**

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará preguntas en una entrevista con el fin de llenar una encuesta. Esto tomará aproximadamente unos 6 minutos de su tiempo.

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria, la información que nos brindara será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sea para ayuda a nuestra investigación, sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede preguntar en cualquier momento durante su participación.

Si alguna de las preguntas durante el momento de la entrevista fuera incómoda usted está en todo su derecho de omitir su respuesta.

Agradecemos su participación.

---

Lourdes Ramírez Gonzabay

---

Carla González Tomalá

---

Encuestado

**ANEXO N° 3**

**INSTRUMENTO DE OBTENCIÓN DE DATOS.**

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Fecha:**..... N°

**INSTRUMENTO:** Encuesta dirigida usuarios que reciben atención en el subcentro de Salud San Judas Tadeo del Cantón Salinas. 2.011 – 2.012.

**Objetivo:** Identificar las acciones de promoción de salud y el autocuidado de los usuarios.

**INSTRUCCIONES:**

- Por favor ponga atención a cada una de las preguntas que le vamos a realizar y responda de acuerdo a su conocimiento.
- No olvide, que de la veracidad de sus respuestas depende el éxito de este estudio.
- Debe ser respondida voluntaria y anónimamente y le garantizamos su estricta confidencialidad.

**Datos demográficos**

**Indicaciones:** Marca con **una X** sus respuestas. Contestar con toda sinceridad posible

**Edad**

18 - 30   
 31 - 43   
 44 - 56   
 57 en adelante

**Género**

Masculino   
 Femenino

**Integrantes por familia**

1 - 3   
 4 - 6   
 6 en adelante

**Estado civil**

Soltero   
 Casado   
 Viudo   
 Unión Libre

**Grupo étnico**

Blanca   
 Mestizo   
 Negro   
 Indígena

Otros especifique \_\_\_\_\_

**Lugar de Residencia**

Salinas   
 San Lorenzo   
 Santa Rosa   
 Muey   
 Anconcito

Otro especifique \_\_\_\_\_

Nivel de Educación	Completo	Incompleto
Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. ¿Cuándo ha acudido al subcentro de salud, ha recibido algún tipo de información de los siguientes temas?

PROGRAMAS	SI	NO	PROGRAMAS	SI	NO
Vacunas			Atención a embarazadas y a niños menores de 5 años		
Alimentación segura			Lepra		
Medidas de prevención de tuberculosis			Rabia		
Signos de alerta de enfermedades respiratorias			Riesgos presentes en la salud ambiental		
Métodos de protección para enfermedad VIH-SIDA			Diabetes e hipertensión		
atención primaria de salud			Tabaquismo, alcoholismo, buen trato y salud mental		
Etapas de la adolescencia			Problemas enfermedades hormonales por deficiencia de yodo		
Cuidados del adulto mayor			Enfermedades catastróficas		
Salud intercultural			Manejo de medicación y automedicación.		
¿Le interesaría conocer sobre los Programas de salud que desarrolla el subcentro de salud?					

**AUTOCUIDADO PARA LA SALUD**

**Patrón percepción manejo de salud**

**2. ¿Habitualmente su salud es?**

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

**¿Habitualmente la salud de su familia es?**

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

**3. ¿Los controles médicos en este subcentro de salud los realiza?**

- Una vez al año
- Cada seis meses
- Cuando le dan cita
- Cada vez que enferma
- Nunca

**4. ¿Cuándo enferma Usted o algún integrante de su familia usualmente acude a?**

- Centro de salud
- Médico particular
- Botica
- Curandero
- Otros

**5. ¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?**

- Si
- No

**6. ¿Cuál de las siguientes prácticas realiza usted?**

- Fuma
- Ingiera Alcohol
- Consume cigarrillo
- Consume drogas
- Otros
- Ninguno

**7. ¿Cuál de las siguientes acciones para su edad realiza usted?**

- Vacunación
- Autoexploraciones Mamarias
- Detección oportuna del cáncer cérvico uterino
- Exploración de próstata



**PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO**

8. ¿Cuántas comidas regulares tiene al día?

- 1 - 2
- 3 - 4
- Mayores a 4


9. De los siguientes grupos alimenticios enumere del 1 al 6 los alimentos que están presentes en su dieta siendo el uno el que usualmente consume y 6 el que menos consume.

- Arroz, fideos, pan
- Frutas
- Verduras, hortalizas
- Carnes (pollo, res, pescado)
- Leche, queso
- Frituras, dulces


10. ¿Cuántos vasos de agua toma al día?

- 1 - 3
- 4 - 6
- De 7 en adelante


11. ¿Considera, que sus dientes son saludables (sin caries)?

- SI
- NO


**Patrón Eliminación**

12. ¿Conoce cómo manejar estreñimiento y diarreas de estreñimiento y?:

- SI
- NO


**Patrón actividad-ejercicio**

13. ¿Qué tipo de ejercicios realiza usted usualmente?

- Caminar -Trotar
- Gimnasia
- Aeróbicos
- Otros (describir)


**Patrón sueño-descanso**

14. Relativo al sueño:

- Cumple las 8 horas
- Concilia el sueño
- Siestas diarias


**Patrón cognitivo perceptual**

**15. Ha tenido dificultades.**

Sí    No

Visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auditivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Ha sido tratadas en el centro de salud las dificultades**

	Sí	No
Visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auditivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Patrón auto percepción autoconcepto**

**17. ¿Está satisfecho con su imagen corporal?**

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

**18. Generalmente mientras realiza sus actividades ¿Cómo usted describiría su estado de ánimo?**

Feliz	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>
Nervioso	<input type="checkbox"/>
Temeroso	<input type="checkbox"/>
Ansioso	<input type="checkbox"/>

**Patrón rol relaciones**

**19. Considera que su familia es:**

Funcional	<input type="checkbox"/>
Disfuncional leve	<input type="checkbox"/>
Disfuncional grave	<input type="checkbox"/>

**20. ¿Existen problemas en las relaciones familiares?**

Sí	No	
Con su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo con los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo con los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Ha tenido posibilidad de hablar sobre sus problemas y resolverlos en :

Centro de salud	<input type="checkbox"/>
Consulta particular	<input type="checkbox"/>
Familiares externos	<input type="checkbox"/>
En trabajo	<input type="checkbox"/>
En el hogar	<input type="checkbox"/>

22. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

23. ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

**Patrón Sexualidad-reproductiva**

24. En lo relacionado a sexualidad y reproducción:

	SI	NO
a. Utiliza métodos anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Existen problemas o cambios en las relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Estos cambios o han sido tratados en un centro de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Otros (describir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Patrón tolerancia al estrés**

25. Cuando tiene problemas en vez de afrontarlos, para escapar de ellos, usa:

Medicamentos	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>
Otras sustancias	<input type="checkbox"/>

**Patrón valores- creencias**

26. ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

**EDUCACIÓN**

**27. Cada vez que asiste al centro de salud ha recibido charlas educativas:**

<b>Educación grupal en la sala de espera</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
¿Ha recibido charlas educativas sobre temas de salud?			
Los temas que ha recibido guardan relación con sus problemas de salud			
El lenguaje que utilizan al desarrollar el tema es comprensible			
Le han sido útiles para hacer cambios positivos en su salud			

**Individual**

**28 Cuando asiste al subcentro de salud:**

<b>Educación individual en la sala por enfermería</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
¿Ha recibido charlas educativas sobre temas de salud por enfermería?			
Los temas que ha recibido guardan relación con sus problemas de salud			
El lenguaje que utilizan al desarrollar el tema es comprensible			
Le han sido útiles para hacer cambios positivos en su salud			

**29 En la siguiente pregunta contestar si responde siempre o a veces en la anterior pregunta.**

<b>Materiales</b>	<b>Otros profesionales</b>	<b>Enfermera</b>
Carteles		
Laminas		
Pizarra		
Videos		
Ninguno		

**Otros profesionales especificar.....**

*¡Gracias por su colaboración!*

## ANEXO N° 4

### CRONOGRAMA DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE “EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE SE REALIZAN A LOS USUARIOS QUE RECIBEN ATENCIÓN DEL SUBCENTRO DE SALUD SAN JUDAS TADEO-MSP SALINAS” ECUADOR 2011

Actividades	2011		2 012							
	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abril.	May.	Jun.	Jul.	Ago.
1. Elaboración del proyecto y aprobación	→									
2. Presentación, revisión, ajustes por el tutor		→								
3. Elaboración del marco teórico (referencial)	→	→	→	→	→					
4. Trabajo de campo: Recolección de la información mediante uso de formulario de encuesta.			→	→	→					
5. Procesamiento de Datos			→	→	→	→				
6. Análisis e interpretación de datos						→	→			
7. Conclusiones y recomendaciones						→	→			
8. Elaboración de la Propuesta						→	→			
9. Elaboración del informe final.							→			
10. Presentación definitiva del informe final							→			
11. Sustentación								→		

**FUENTE:** Autoras

**ELABORADO POR:** Autoras

## ANEXO N° 5

**PRESUPUESTO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE  
“EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE SE  
REALIZAN A LOS USUARIOS QUE RECIBEN ATENCIÓN DEL SUBCENTRO DE  
SALUD SAN JUDAS TADEO-MSP SALINAS” ECUADOR 2011**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO UNITARIO</b>	<b>TOTAL</b>
COMPUTADORA	2	\$ 500.00	\$ 1.000,00
ÚTILES DE OFICINA	500	\$ 0,05	\$ 25,00
CÁMARAS FOTOGRÁFICAS	1	\$ 300.00	\$300.00
IMPRESIONES, FOTOCOPIAS, EMPASTADOS	1	\$ 250.00	\$250.00
INTERNET	1	\$ 50,00	\$ 50,00
LOGÍSTICA	1	\$ 100,00	\$ 100,00
IMPREVISTOS	1	\$ 50.00	\$50.00
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 150,05</b>	<b>\$ 1.175,00</b>

**FUENTE:** Autoras

**ELABORADO POR:** Autoras

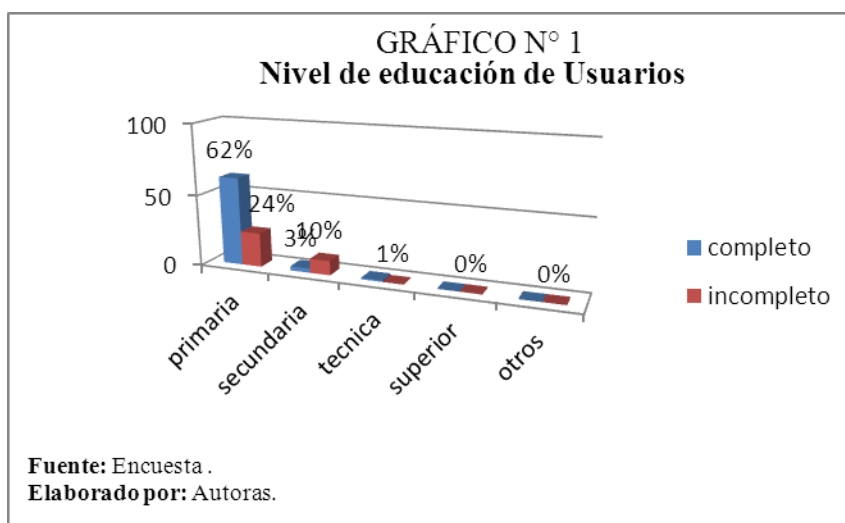
## ANEXO N° 6:

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

TABLA N° 1

#### NIVEL DE EDUCACIÓN DE USUARIOS

Nivel	Completo		Incompleto	
	N°	%	N°	%
Primaria	62	62	24	24
Secundaria	3	3	10	10
Técnica	1	1	0	0
Superior	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	100			



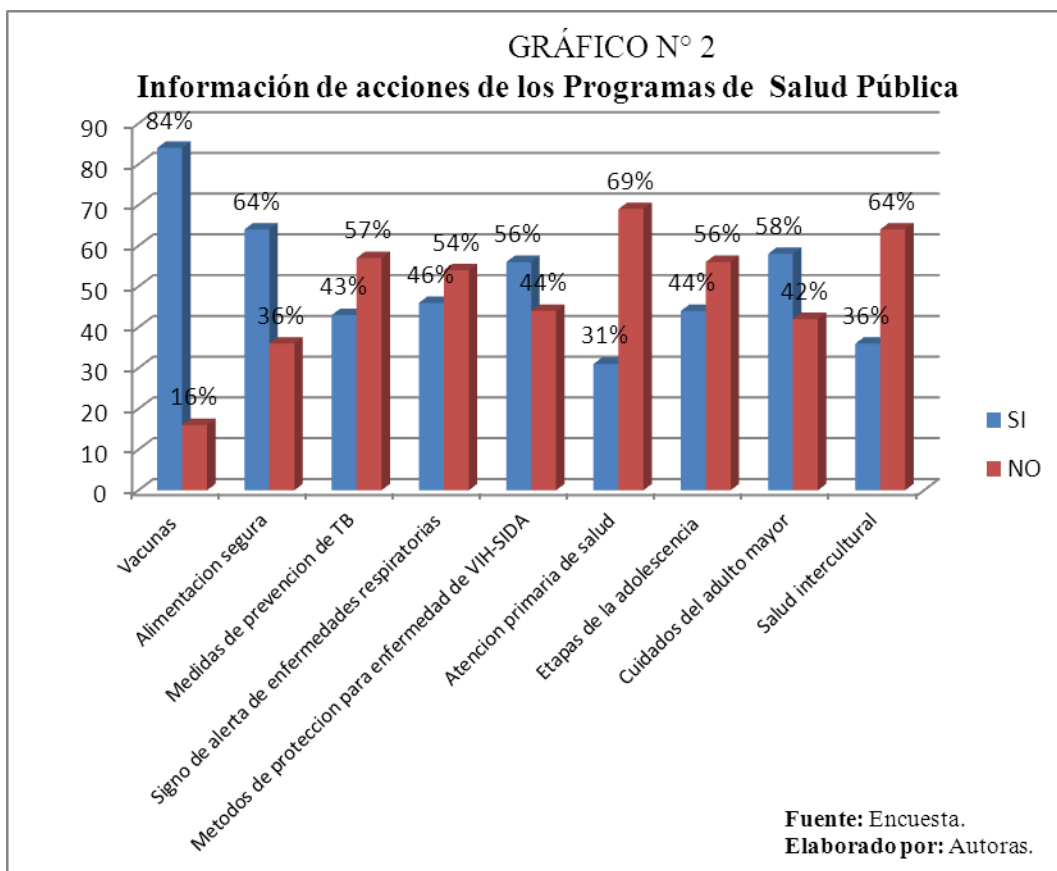
Este gráfico muestra que los pobladores que acuden al subcentro de salud San Judas Tadeo poseen un nivel de educación del 62% educación primaria completa, y el 24% una educación primaria incompleta siendo un factor muy importante que establece que el nivel intercultural de las personas sea deficiente y no tengan la posibilidad de entender al equipo de salud.

TABLA N°2

INFORMACIÓN RECIBIDA DE LAS ACCIONES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD.

Programas de Salud Pública	Si		No	
	N°	%	N°	%
Vacunas	84	84	16	16
Alimentación segura	64	64	36	36
Medidas de prevención de TB	43	43	57	57
Signo de alerta de enfermedades respiratorias	46	46	54	54
Métodos de protección para enfermedad de VIH-SIDA	56	56	44	44
Atención primaria de salud	31	31	69	69
Etapas de la adolescencia	44	44	56	56
Cuidados del adulto mayor	58	58	42	42
Salud intercultural	36	36	64	64
<b>TOTAL</b>	100		100	



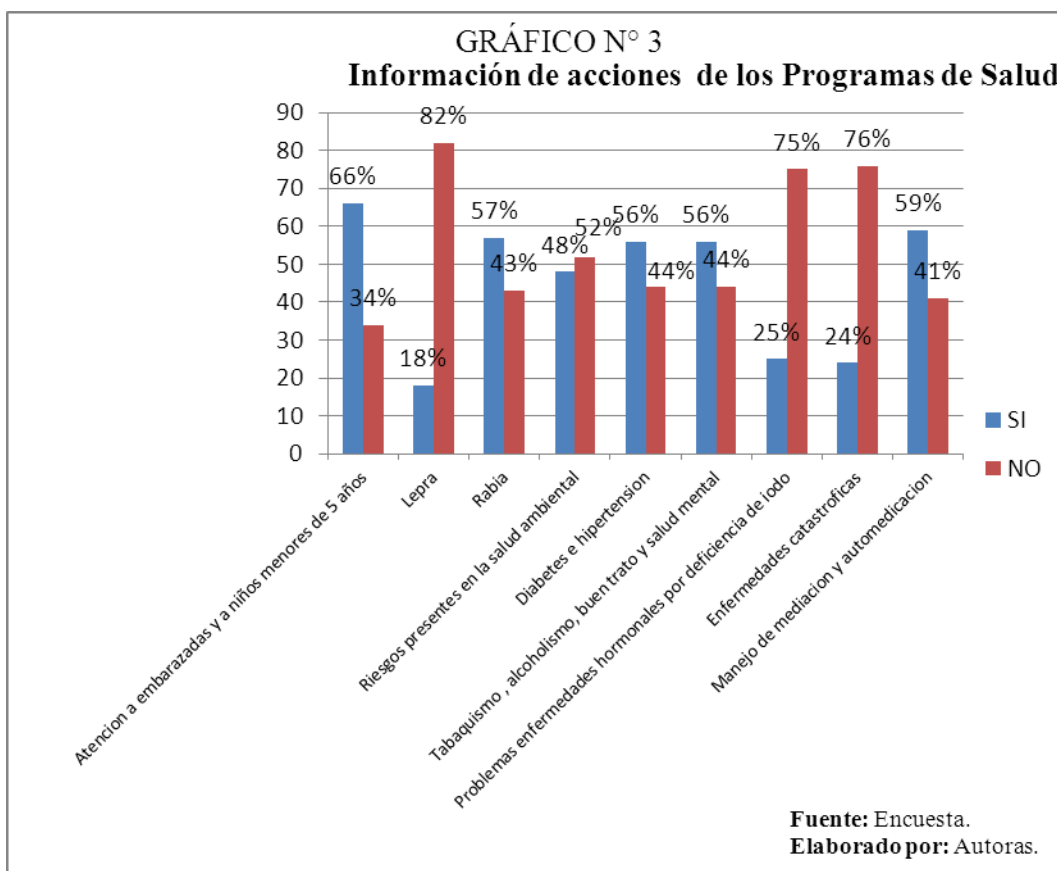


En esta variable se identifica que el programa de inmunización es aquel a que se aplica y conoce la comunidad que asiste a este subcentro con un 84%, otro de los valores más representativos es que el modelo de atención primaria de salud el 69% de los usuarios desconocen información sobre los niveles de atención primaria y el proceso de promoción y prevención de la enfermedad. El dato relevante de este gráfico es que existiendo un incremento de enfermedades asintomáticas respiratorias; al usuario no se le difunde información sobre el programa de control de tuberculosis representando el 57% de desconocimiento y el 54% en control de infecciones respiratorias y signos de alerta. Así como también en el programa de atención a los adolescentes representando el 56% de desconocimiento de existencia del programa y funciones que se realizan y el 44% que si recibe educación en etapas de adolescencia consejería.

TABLA N°3

INFORMACIÓN RECIBIDA DE LAS ACCIONES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD.

Programas de Salud Pública	Si		No	
	N°	%	N°	%
Atención a embarazadas y a niños menores de 5 años	66	66	34	34
Lepra	18	18	82	82
Rabia	57	57	43	43
Riesgos presentes en la salud ambiental	48	48	52	52
Diabetes e hipertensión	56	56	44	44
Tabaquismo , alcoholismo, buen trato y salud mental	56	56	44	44
Problemas enfermedades hormonales por deficiencia de yodo	25	25	75	75
Enfermedades catastróficas	24	24	76	76
Manejo de medicación y automedicación	59	59	41	41
<b>TOTAL</b>	100		100	

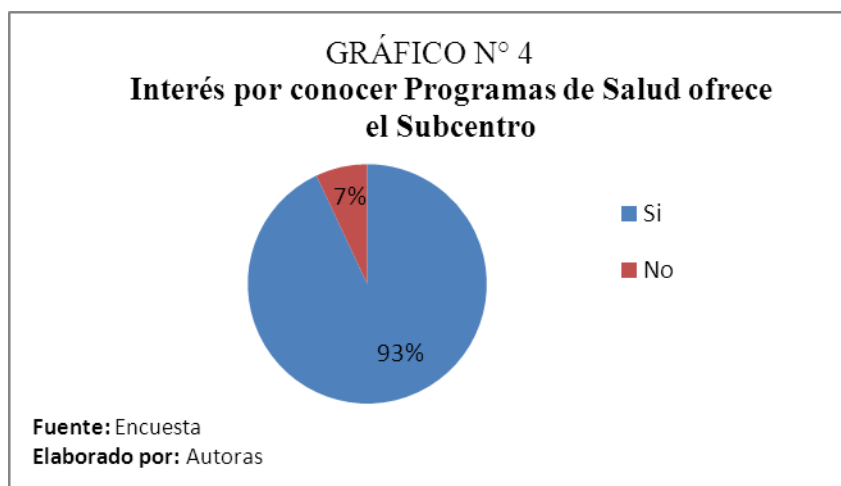


Este gráfico establece que no existen conocimientos de programas de enfermedades dermatológicas representando el desconocimiento con el 82%, el programa de desórdenes de deficiencia de yodo con un 75% de desconocimiento y el 76% de desconocimiento de enfermedades que entran en el programa de enfermedades catastróficas. Y aun así los porcentaje de información de algunos programas son relevantes como la información del programa de atención a embarazadas y niños -5 años con un conocimiento de 66%, como el programa de zoonosis con un porcentaje de 57% de conocimiento, y sobre todo del programa de enfermedades no transmisibles de adultos que corresponde al conocimiento de 56% y al desconocimiento en un 44%. El manejo de la automedicación es uno de datos relevantes de este gráfico es que el 59% conoce que no debe automedicarse y el 41% desconoce sobre las tratamientos de medicación.

TABLA N°4

INTERÉS DE LOS USUARIOS PARA CONOCER LAS ACCIONES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD.

Valoración	N°	%
Si	93	93
No	7	7
<b>TOTAL</b>	100	100

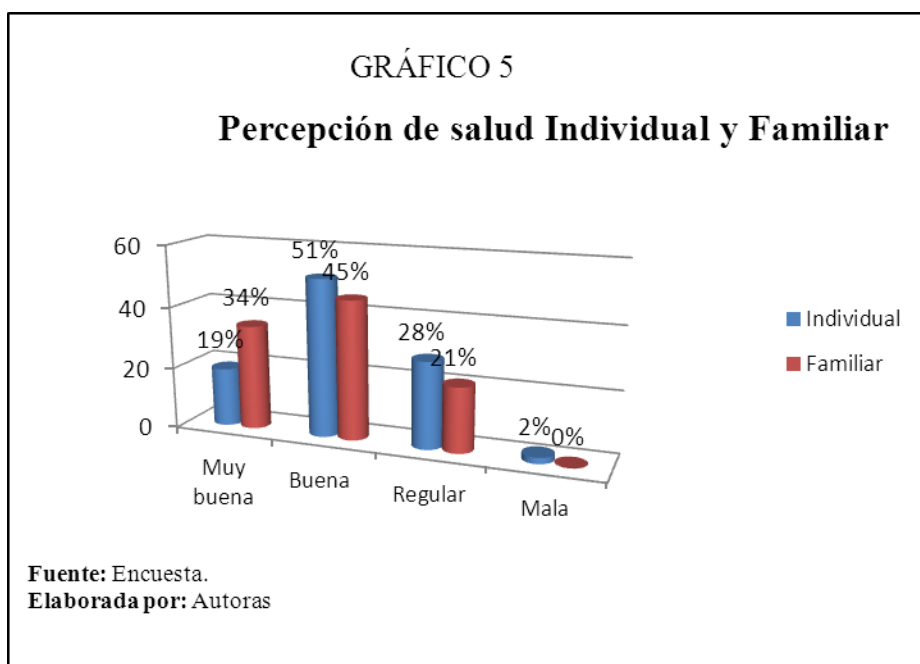


En esta variable los usuarios manifiestan que le gustaría conocer mucho más sobre los programas de salud pública que el ministerio les brinda con un porcentaje de 93% de aceptación y un 7% que realmente no le interesaría.

TABLA N° 5

PERCEPCIÓN DE MANEJO DE LA SALUD PERSONAL Y DE LA FAMILIA

Salud	Suya		Familia	
	N°	%	N°	%
Muy buena	19	19	34	34
Buena	51	51	45	45
Regular	28	28	21	21
Mala	2	0	0	0
<b>TOTAL</b>	100	100	100	100

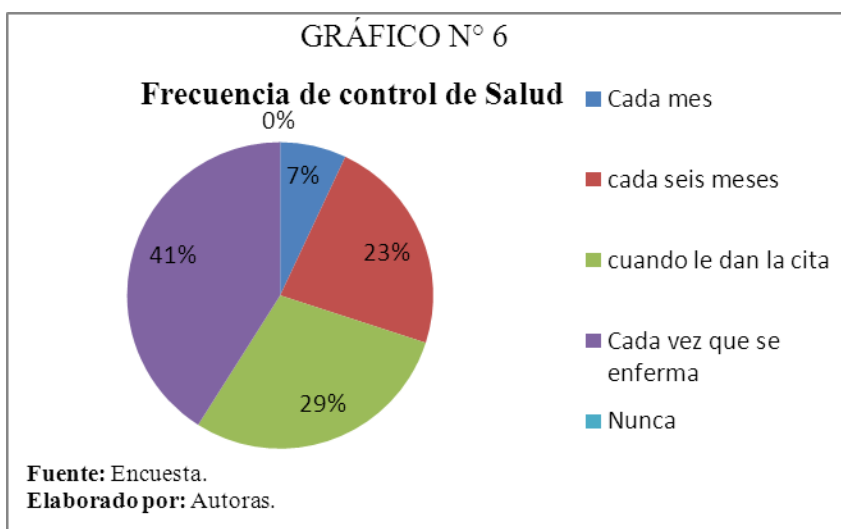


En esta representación se muestra que a nivel comunitario su salud la clasifican como buena representando de forma individual el 51% buen y en familiar el 45% buena determinando que los usuarios se sienten enfermos y no gozan de un buen estado de salud.

TABLA N°6

FRECUENCIA DE CONTROL DE SALUD.

<b>Frecuencia de control</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Cada mes	7	7
Cada seis meses	23	23
Cuando le dan la cita	29	29
Cada vez que se enferma	41	41
Nunca	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

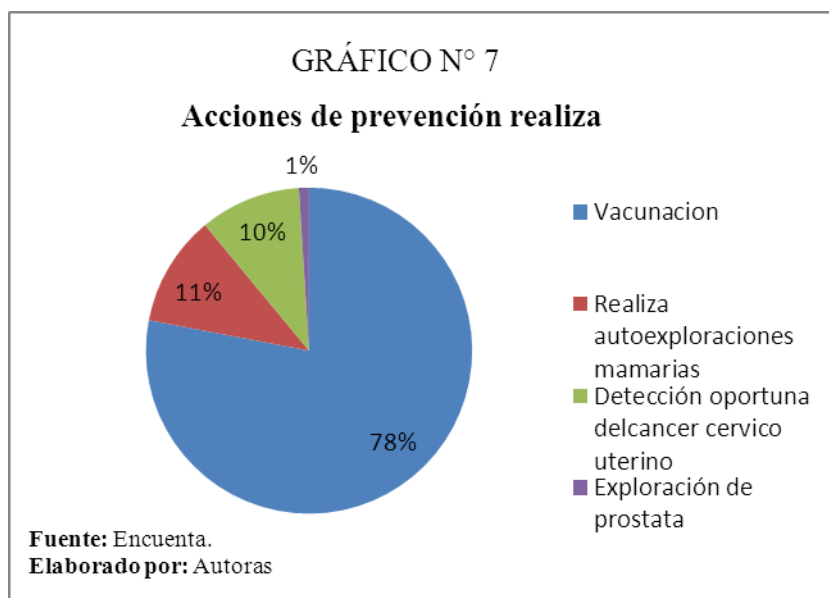


Esta variable muestra que el usuario acude al subcentro cuando se enferma representando el 41% y el 29% de usuario acude cuando le dan la cita es decir que no existe una visita por realizarse chequeos rutinarios para mantener una salud adecuada, es decir que son atendidos como nivel secundario de prevención de la enfermedad.

TABLA N°7

ACCIONES DE PREVENCIÓN

<b>Valoración:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Vacunación	78	78
Realiza autoexploraciones mamarias	11	11
Detección oportuna del cáncer cervico uterino	10	10
Exploración de próstata	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

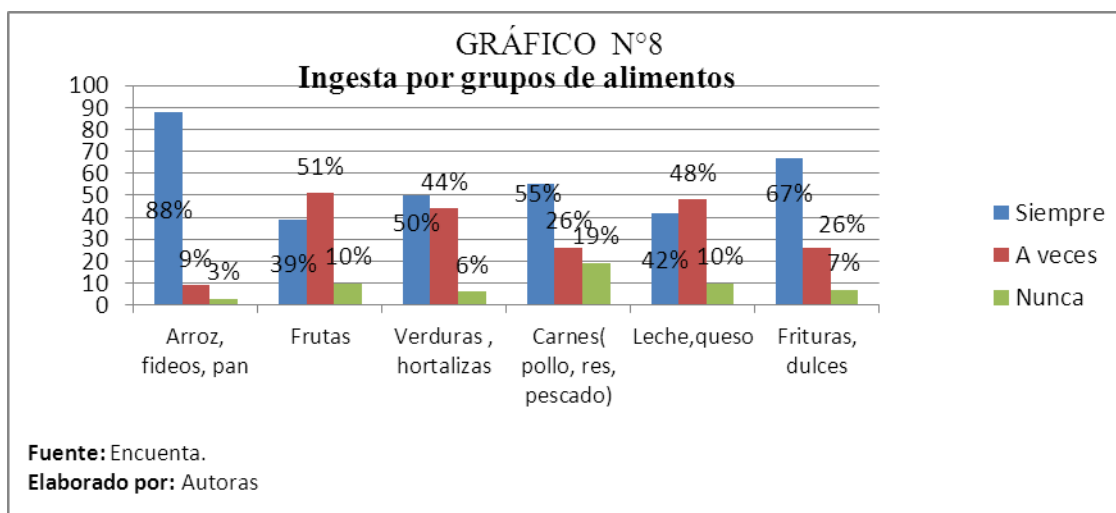


Los resultados muestran que el 78% se vacuna por prevención de enfermedades, el 11% solo realiza medidas de prevención de cáncer con autoexploraciones mamarias y el 10% realiza chequeos de PAP anual, y en los varones solo el 1 % se ha hecho chequeos de próstata es decir el uno de cada treinta se realizan exámenes prostáticos.

TABLA N°8

INGESTA POR GRUPOS DE ALIMENTOS

Descripción de dietas	Características				
	Siempre	A veces	Nunca	N°	%
Arroz, fideos, pan	88	9	3	100	100
Frutas	39	51	10	100	100
Verduras, hortalizas	50	44	6	100	100
Carnes( pollo, res, pescado)	55	26	19	100	100
Leche, queso	42	48	10	100	100
Frituras, dulces	67	26	7	100	100



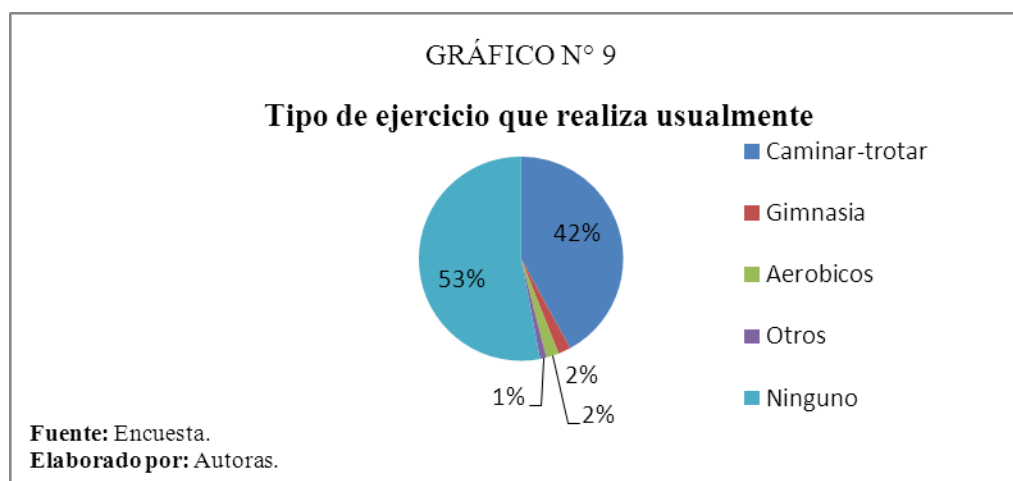
Podemos establecer que la ingesta está basada en el aumento de comidas grasas en un 67% de mayor consumo, el consumo de los carbohidratos muestran también un valor representativo de 88% de mayor consumo, con respecto al consumo ingesta de frutas y verduras solo el 95% de la población tienen un mínimo consumo ya que si estas dos bases primordiales de la pirámide alimenticia no se llevan a cabo una correcta alimentación mostrando un desequilibrio alimenticio en la pirámide nutricional.



TABLA N°9

EJERCICIO QUE RELIZA USUALMENTE

Actividad	N°	%
Caminar-trotar	42	42
Gimnasia	2	2
Aeróbicos	2	2
Otros	1	1
Ninguno	53	53
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Nos permite observar , la concurrencia con que los usuarios no realizan ningún tipo de actividad es el 53%, aunque los usuarios manifestaron que con todas las actividades que tienen que hacer es como si caminaran todos los días especialmente las madres de familia quienes se encargan de los diferentes cuidados de sus hijos.

TABLA N°10

EQUIPO QUE IMPARTE EDUCACIÓN

<b>Valoración:</b>	N°	%
Médico general	22	22
Enfermera	15	15
Obstetra	23	23
Odontólogo	10	10
Ninguno	30	30
<b>TOTAL</b>	100	100

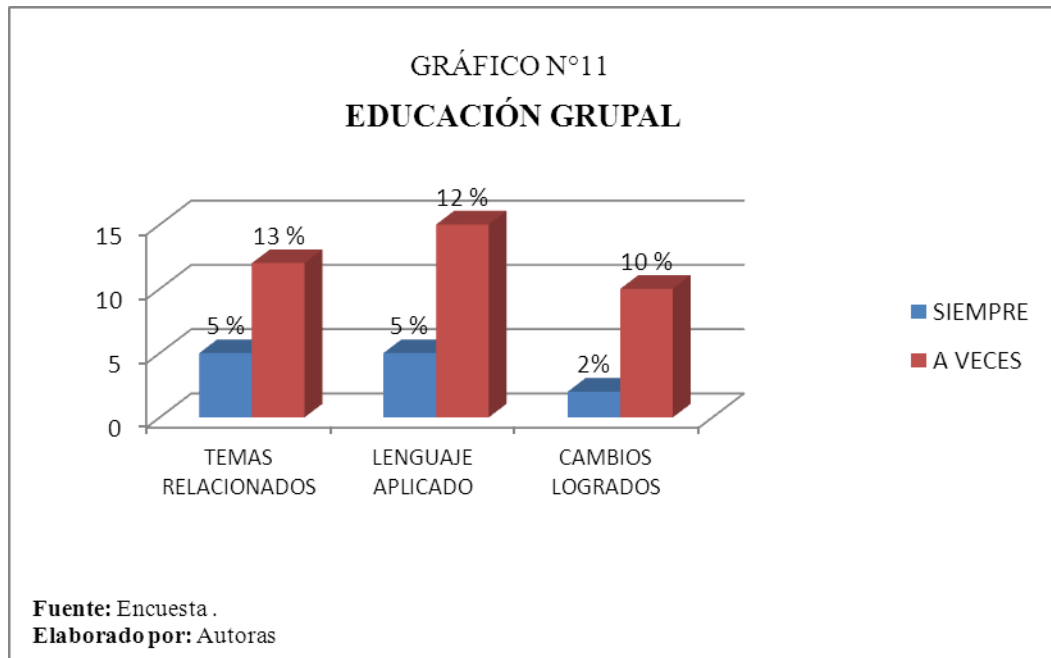


Se establece que el impacto de las charlas educativas por consulta ambulatoria el que imparte información al usuario son los medico generales con un 22% quienes indican los cuidados de las patología que poseen los usuario, en un 23% el obstetra que trabaja en la institución sobre métodos de planificación familiar, cuidados de embarazos, etc. Y como un porcentaje bajo es el que representada por enfermería mostrando el 15% de asistencia en prevención de enfermedad y fomentó de autocuidado, el 30% de la población establece que ninguno del equipo básico le brinda educación.

TABLA N°11

EDUCACIÓN GRUPAL

VALORACIÓN	EDUCACIÓN GRUPAL		TEMAS RELACIONADOS		LENGUAJE APLICADO		CAMBIOS LOGRADOS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SIEMPRE	10	10	5	5	5	5	2	2
A VECES	37	37	13	13	12	12	10	10
TOTAL	47	47	18	18	17	17	12	12

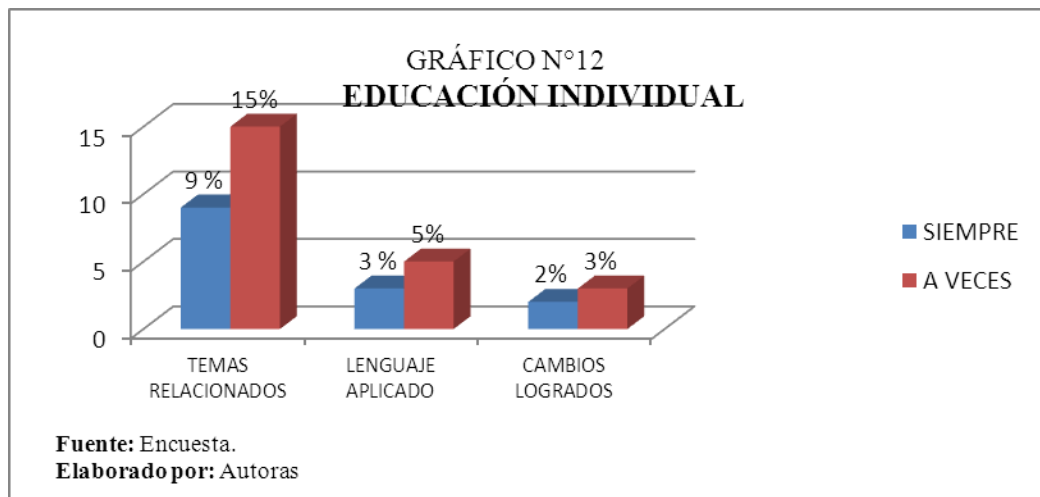


Así, también se observó que de los 100% de usuarios encuestados el 53% menciona que no recibían charlas grupales, y el restante de los sujetos a investigar el 47% que si recibía charlas grupales solo el 18% muestra que los temas impartidos, tenían relación con sus problemas de salud, el lenguaje comprensible aplicado solo es el 17%, por lo tanto los cambios producidos por la educación solo es 12%.

TABLA N°12

EDUCACIÓN POR ENFERMERÍA INDIVIDUAL

VALORACIÓN	CHARLAS POR ENFERMERÍA		TEMAS RELACIONADOS		LENGUAJE APLICADO		CAMBIOS LOGRADOS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SIEMPRE	14	14	9	9	3	3	2	2
A VECES	23	23	15	15	5	5	3	3
TOTAL	37	37	24	24	8	8	5	5

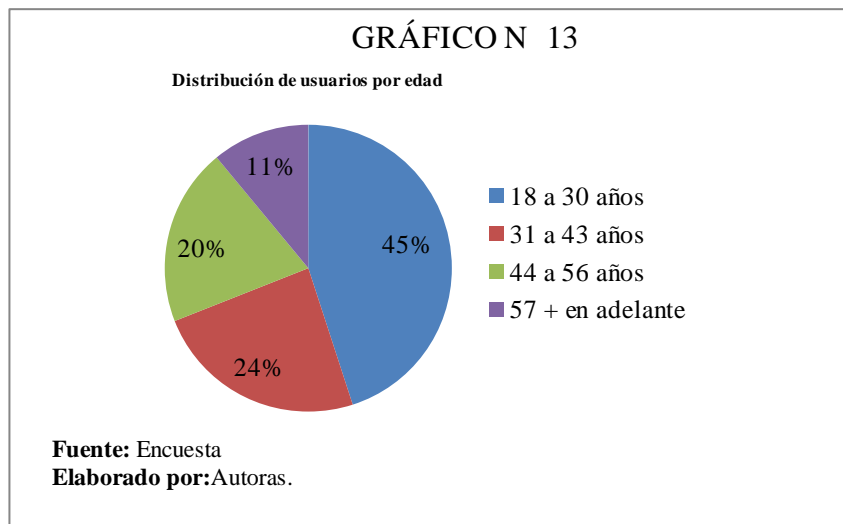


De 100 usuarios encuestados el 63% de los pobladores mencionaron que no recibían charlas educativas individuales, puesto que el 37% restante mostro que cuando reciben las charlas educativas individuales solo el 24% muestra que tienen relación con sus problemas de salud y por tanto el lenguaje que aplican solo es el 8% comprensibles por ende los cambios que se han producido solo representa el 5%.

TABLA N°13

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS POR EDAD.

Edad	N°	%
18 a 30	45	45
31 a 43	24	24
44 a 56	20	20
57 + años en adelante	11	11
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

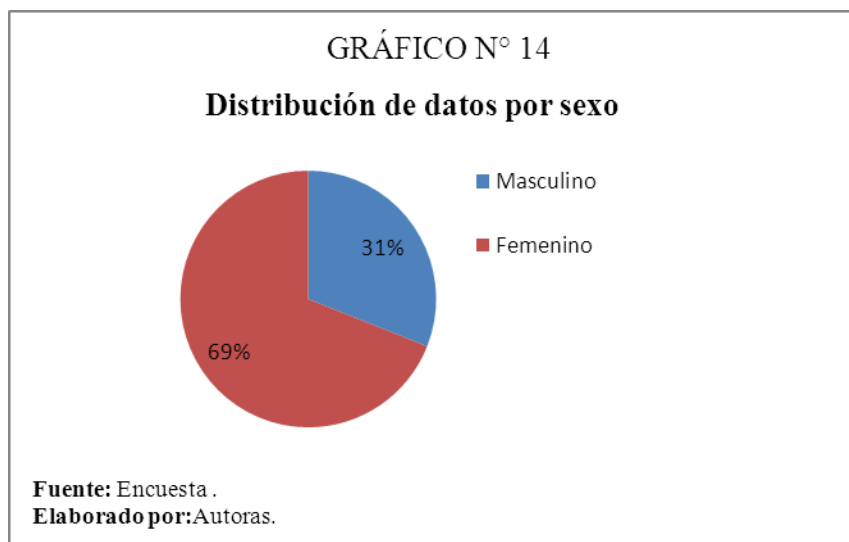


Es muy representativo sobre la distribución de usuarios que asisten al centro de salud quienes fueron encuestados ya que las edades más representativas están entre los 18 a 30 años de edad representando el 45%, demostrando que es el grupo quienes acuden con frecuencia a requerir algún tipo de servicio de salud, quienes están a expectativas del desarrollará el periodo patogénico sub-clínico.

TABLA N°14

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS POR SEXO

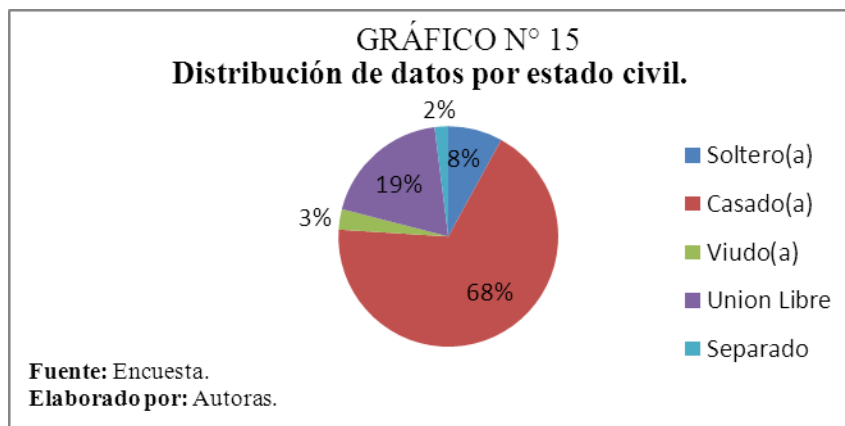
Sexo	N°	%
Masculino	31	31
Femenino	69	69
<b>TOTAL</b>	100	100



Muestra que la población por género que asiste con concurrencia a este subcentro son mujeres representando el 69% de la población del 100%, el cual es una muestra más efectiva que la población por sexo son mujeres y son las amas de casa.

TABLA N° 15  
DISTRIBUCIÓN DE DATOS POR ESTADO CIVIL.

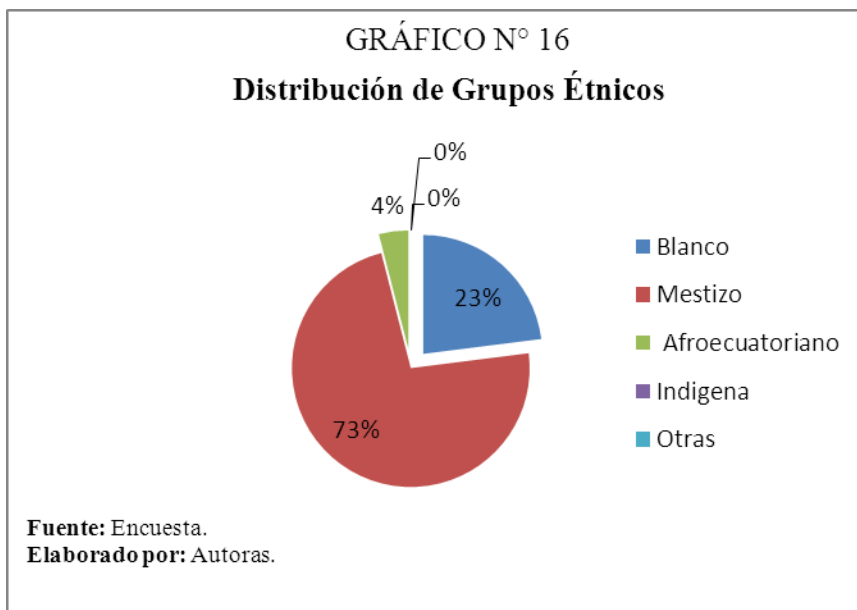
Estado Civil	N°	%
Soltero(a)	8	8
Casado(a)	68	68
Viudo(a)	3	3
Unión Libre	19	19
Separado	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Esta variable indicada el estado civil es muy representativo dentro de nuestra investigación ya que existe una el 68% de la población es casada y muestra una familia integrante de una comunidad para ejecutar acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad que necesita de la asistencia de nivel primario de atención del subcentro de salud.

TABLA N°16  
DISTRIBUCIÓN DE DATOS POR GRUPO ÉTNICOS.

<b>Grupo étnico</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Blanco	23	23
Mestizo	73	73
Afroecuatoriano	4	4
Indígena	0	0
Otras	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



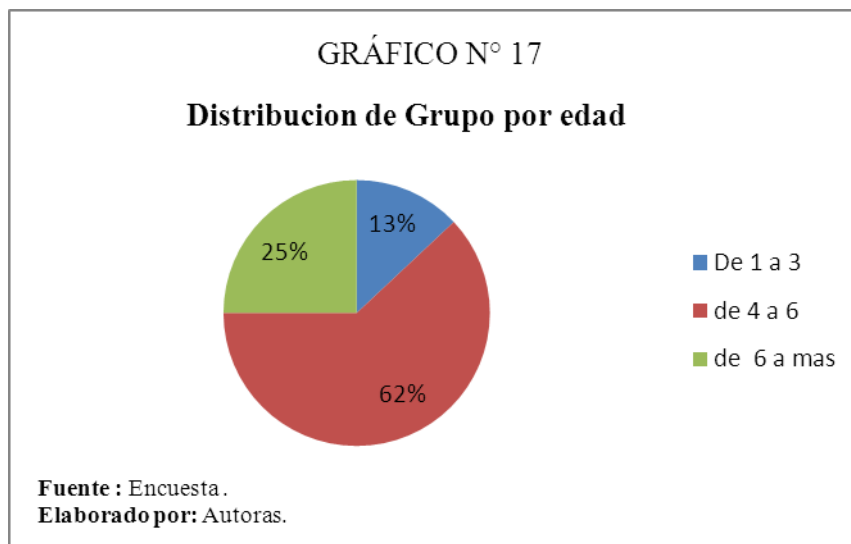
El grupo étnico está constituido que la población encuestada es el 73% que representa el grupo de mestizos, que está identificado como un grupo que posee costumbres que no afectan su salud dentro del contexto general.



TABLA N° 17

DISTRIBUCIÓN DE INTEGRANTES POR FAMILIA.

Grupo de edad	N°	%
De 1 a 3	13	13
de 4 a 6	62	62
de 6 a mas	25	25
<b>TOTAL</b>	100	100

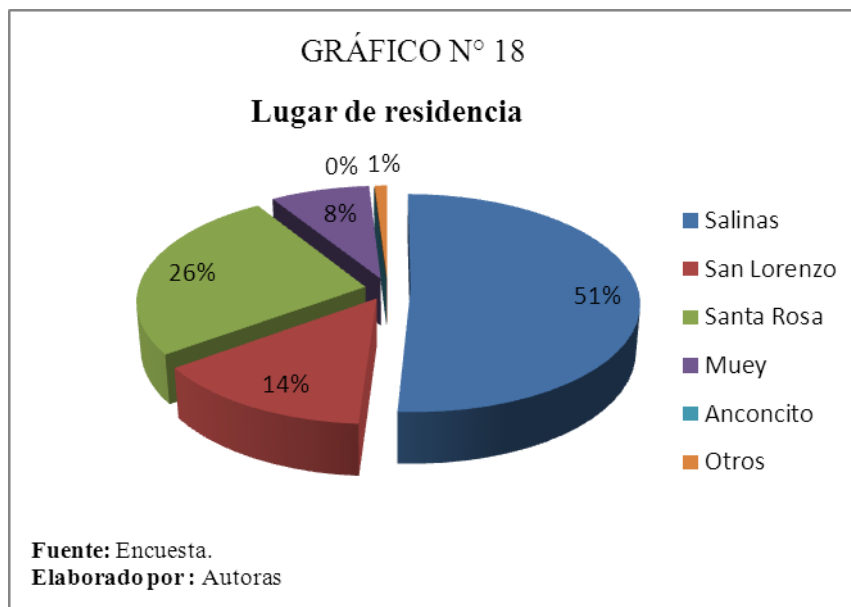


Nos demuestra el gráfico N° 17, que la comunidad salinense que asiste al subcentro de salud son tipos de familias extensas ya que el 62 % por integrantes es de 4 a 6 que incluyen dentro de la misma a los abuelos, tíos, primos, que conviven diariamente constituyendo una valiosa fuente de apoyo en caso de enfermedad o crisis de alguno de sus miembros.

TABLA N° 18

LUGAR DE RESIDENCIA

<b>Valoración:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Salinas	51	51
San Lorenzo	14	14
Santa Rosa	26	26
Muey	8	8
Anconcito	0	0
Otros	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

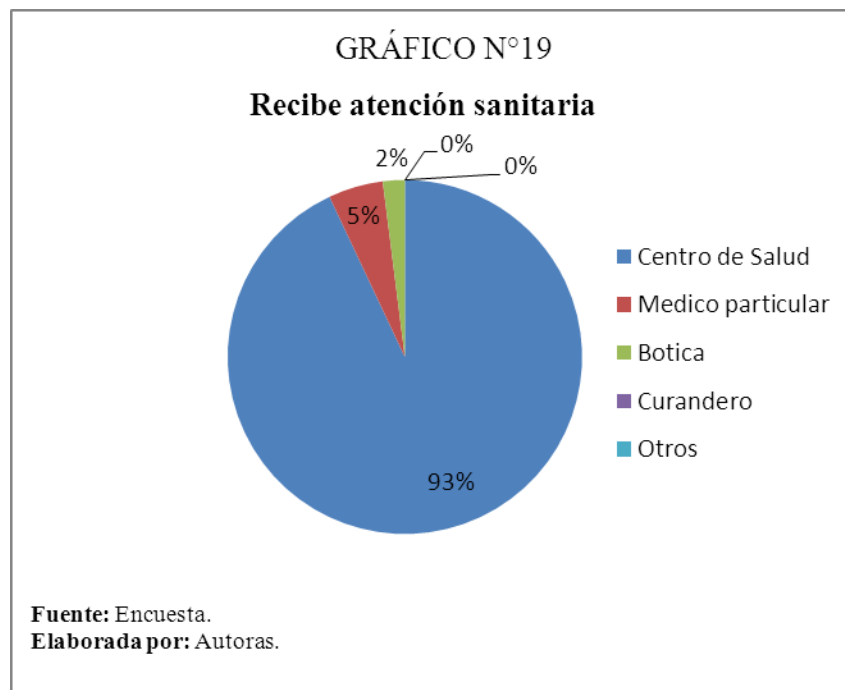


El lugar de donde provienen los usuarios pertenece al cantón de Salinas con el 51% de la población, esto está de acuerdo con la nueva reforma de salud establecida por el ministerio de salud, aunque existe demanda de otros lugares de residencia aunque representado por el 26% de la población de Santa Rosa del mismo cantón.

TABLA N°19

RECIBE ATENCIÓN SANITARIA

Valoración:	Nº	%
Centro de Salud	93	93
Médico particular	5	5
Botica	2	2
Curandero	0	0
Otros	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

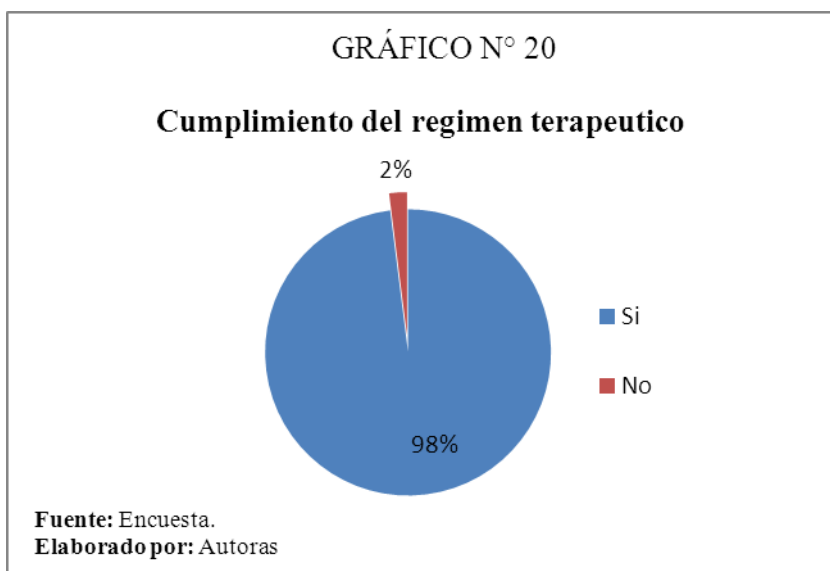


Este gráfico N° 19 nos muestra que el 93% de las personas que asiste al subcentro San Judas Tadeo, manifiestan que sus recursos económicos son bajos para ir a consultas particulares es por eso que asisten a los sub-centros de salud pertinentemente.

TABLA N°20

CUMPLIMIENTO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

<b>Valoración:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	98	98
No	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

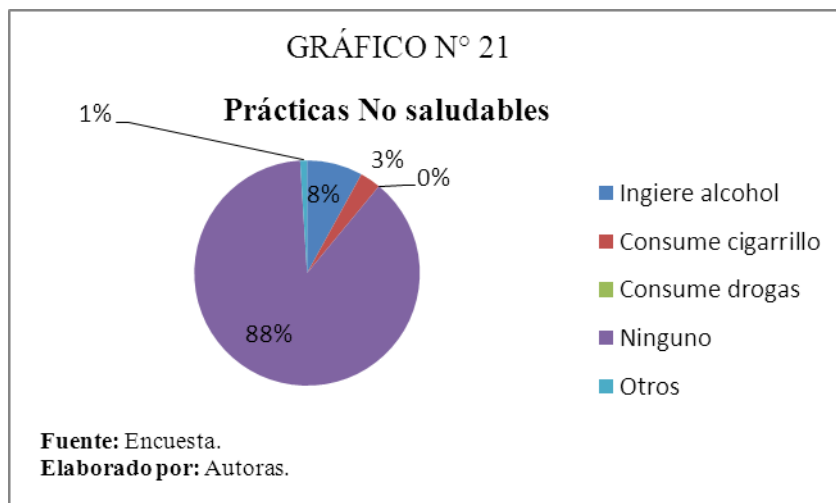


En el gráfico N° 20 se observa que un 98% de la población si cumple con el régimen terapéutico, pero de igual manera manifiestan que siguen enfermándose, y solo en un 2% no cumple con este el régimen.

TABLA N° 21

PRÁCTICAS NO SALUDABLES.

Valoración	N°	%
Ingiere alcohol	8	8
Consume cigarrillo	3	3
Consume drogas	0	0
Ninguno	88	88
Otros	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

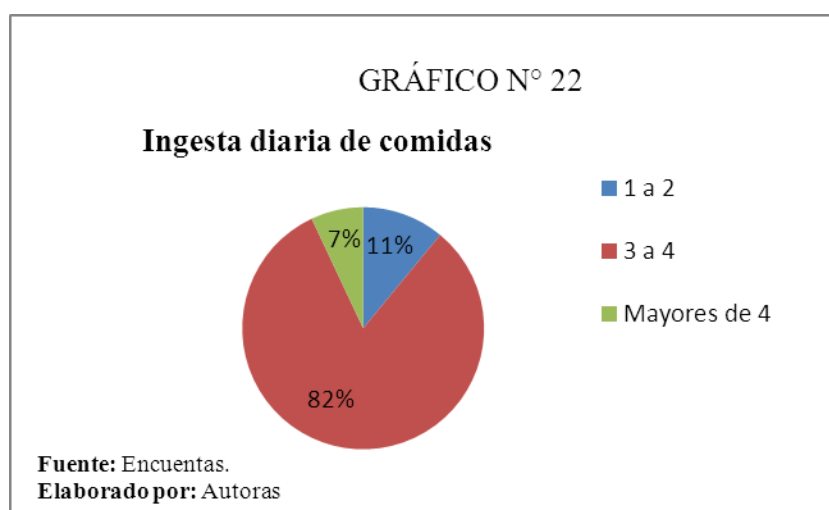


Los resultados referente a las prácticas no saludables demuestran, que es el mayor porcentaje con 88% no tienen conductas adictivas, pero si ocasionalmente como la ingesta de alcohol con un 8% y el 3% consume cigarrillos, estableciendo que los porcentajes considerando que la mayoría de la población a las que se realizó la encuesta son mujeres quienes se dedican al cuidado de sus hijos y no reflejan prácticas no saludables.

TABLA N° 22

INGESTA DE COMIDAS DIARIAS

Comidas	N°	%
1 a 2	11	11
3 a 4	82	82
Mayores de 4	7	7
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

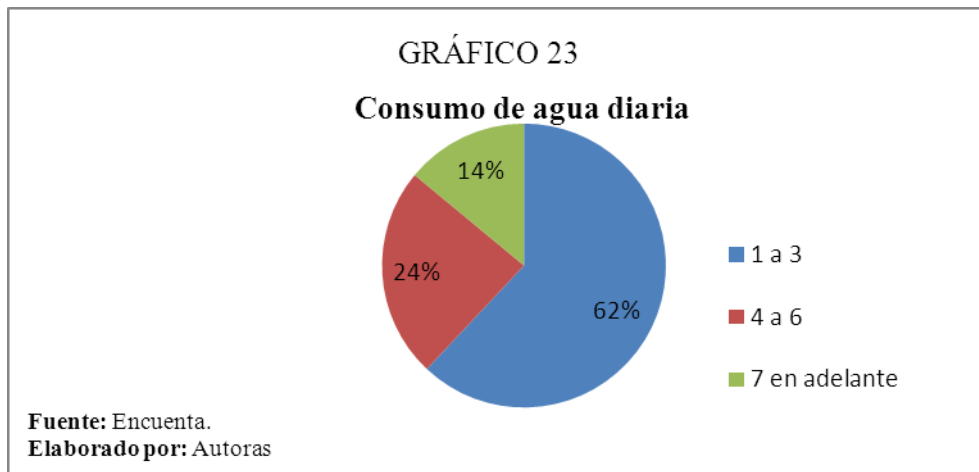


Esta variable muestra que los usuarios que acuden al centro de salud tienen número de ingestas de comidas de tres a cuatro comidas regulares con un porcentaje de 82% ya que si observamos en la pirámide alimenticia son las recomendadas.

TABLA N°23

CONSUMO DE AGUA DIARIA

<b>Valoración:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1 a 3	62	62
4 a 6	24	24
7 en adelante	14	14
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

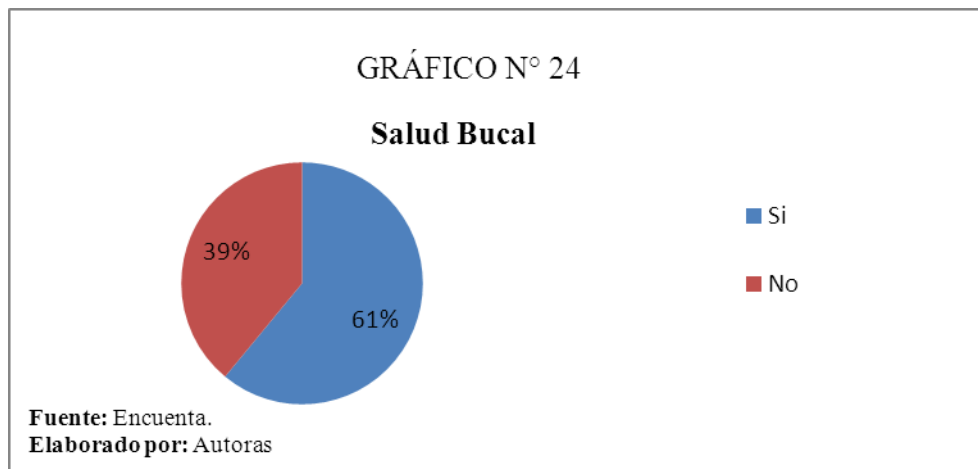


Esta variable muestra la poca ingesta de agua que tienen los usuarios ya que es una necesidad básica para el organismo su ingesta representa el 62% de usuario que consumen de uno a tres vasos diarios. Y solo el 14% de la población es aquella que cumple con el esquema básico de ingesta diaria de agua.

TABLA N°24

SALUD BUCAL

<b>Valoración:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	61	61
No	39	39
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



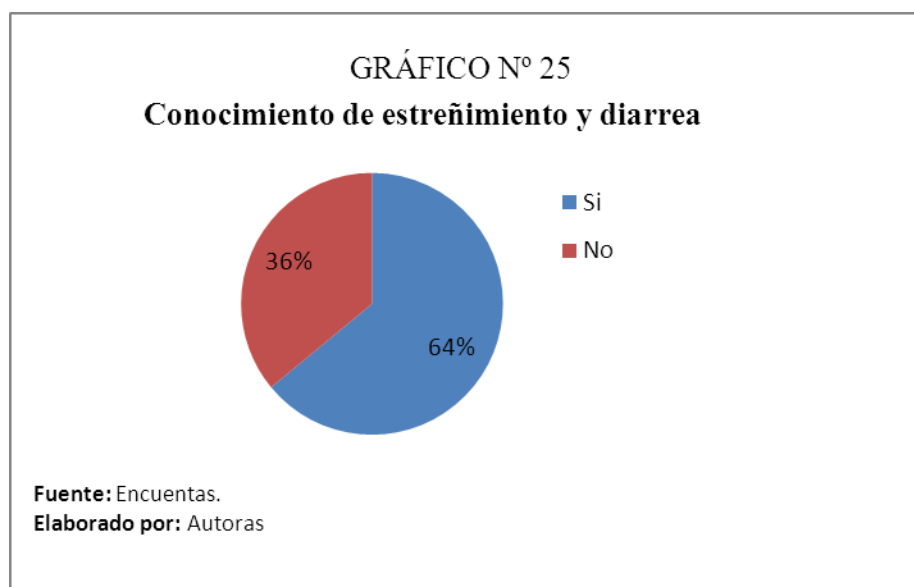
Según los datos reflejados en este cuadro se observa que los usuarios según su percepción manejan una salud bucal aunque esto no fue verificable con el examen físico.



TABLA N°25

CONOCIMIENTO DE ESTREÑIMIENTO Y DIARREA

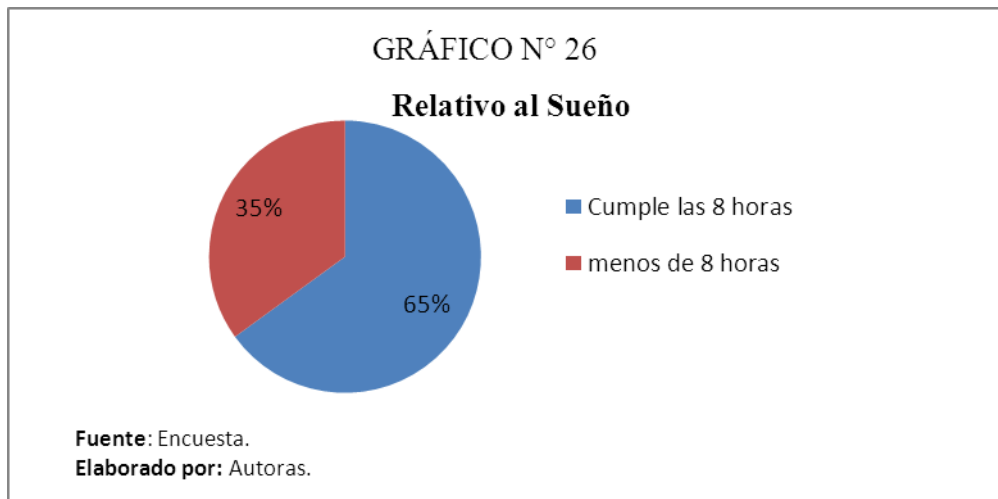
<b>Valoración:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	64	64
No	36	36
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Los usuarios saben como tratar este tipo de signos de alerta representando el 64% de los conocimientos de acciones y el 36 % el desconocimiento.

TABLA N°26  
RELATIVO AL SUEÑO

<b>Valoración:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Cumple las 8 horas	65	65
Menos de 8 horas	35	35
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

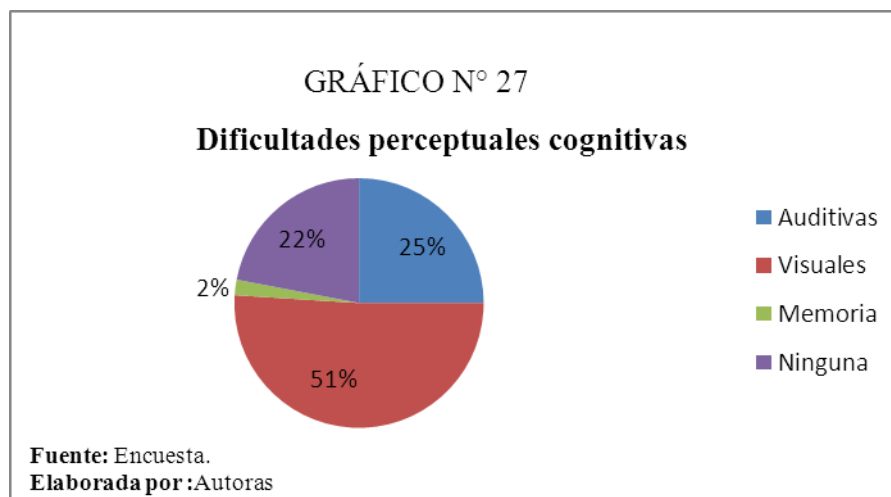


Manifiesta que la mayoría de la comunidad que asiste este subcentro dice que si cumple un horario de sueño estable a pesar de las dificultades diarias representando el 65% de cumplimiento de este patrón respectivo.

TABLA N° 27

DIFICULTADES PERCEPTIVAS COGNITIVAS

<b>Valoración:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Auditivas	25	25
Visuales	51	51
Memoria	2	2
Ninguna	22	22
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

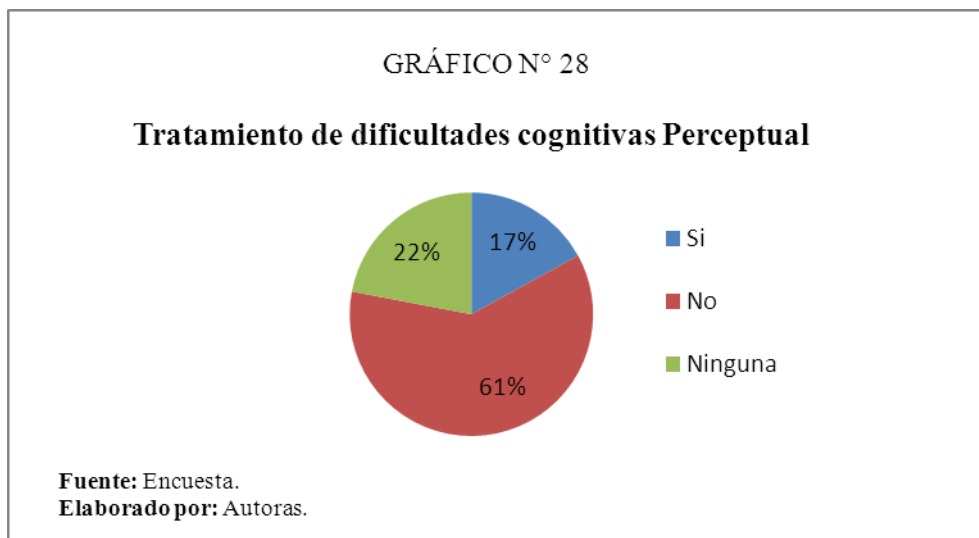


Manifiesta que la población posee mayores problemas visuales con un porcentaje de 51% y el 25% correspondiente a dificultades auditivas.

TABLA N°28

TRATAMIENTO DE LAS DIFICULTADES COGNITIVAS.

Valoración	N°	%
Si	17	17
No	61	61
Ninguna	22	22
<b>TOTAL</b>	100	100

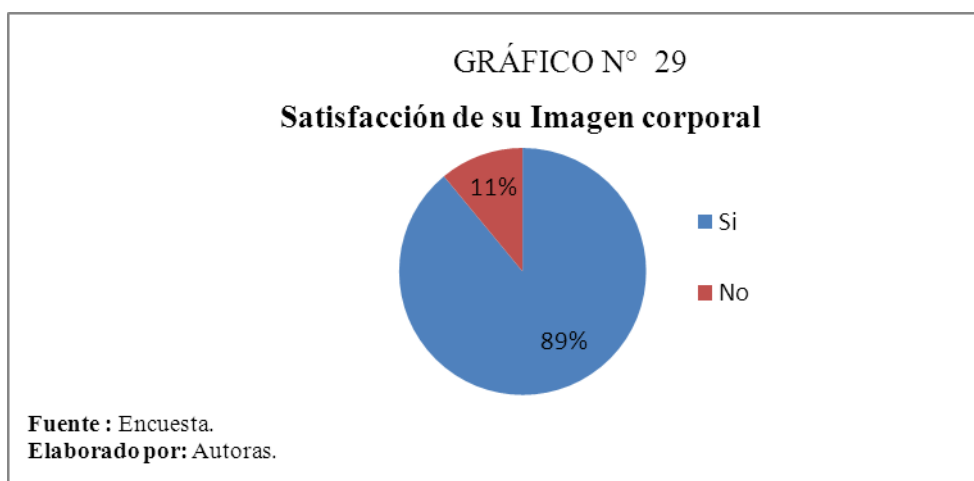


Observamos que la mayoría de esta dificultades el 61 % no se da un tratamiento terapéutico, evidenciando que el nivel de no presentar ninguna dificultad es el 22% es decir más del 50% de la población encuestada tiene problemas de Salud en este patrón.

TABLA N°29

SATISFACCIÓN DE SU IMAGEN CORPORAL.

Valoración	N°	%
Si	89	89
No	11	11
<b>TOTAL</b>	100	100

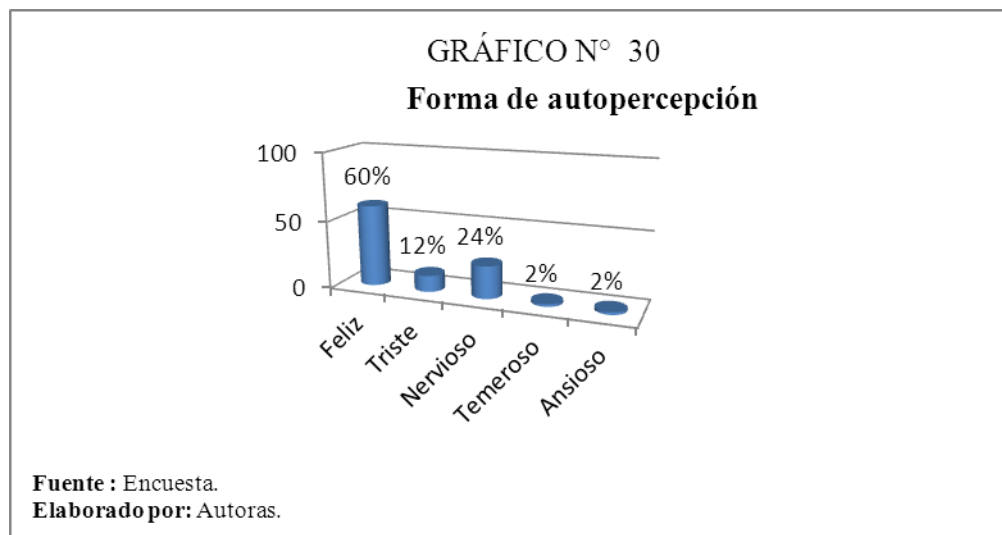


Por lo general en esta variable se muestra que los usuarios se encuentran satisfechos con su imagen corporal con un 89% y el 11% manifestó que considera que su índice de masa corporal no es adecuado para su talla y muestra deseos de querer mantenerse saludable.

TABLA N° 30

FORMA DE AUTOPERCEPCIÓN

Estado de animo	N°	%
Feliz	60	60
Triste	12	12
Nervioso	24	24
Temeroso	2	2
Ansioso	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

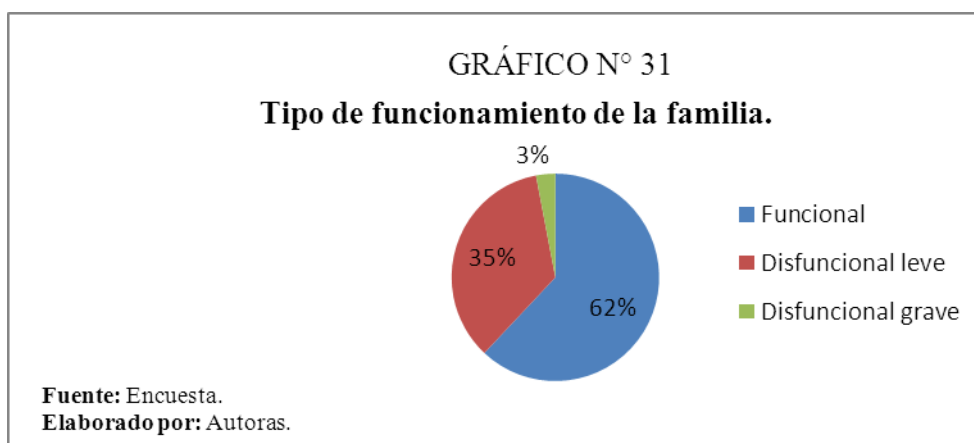


El 60% de la población muestra ser feliz con la calidad de vida que lleva aunque el 24% manifestó que no se siente a gusto con los problemas que se suscitan día a día y que necesitan apoyo emocional manifestándose sentirse por lo general nervioso algunos de los usuarios encuestaron se mostraron muy afligidos durante la entrevista.

TABLA N°31

TIPO DE FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA

<b>Valoración:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Funcional	62	62
Disfuncional leve	35	35
Disfuncional grave	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

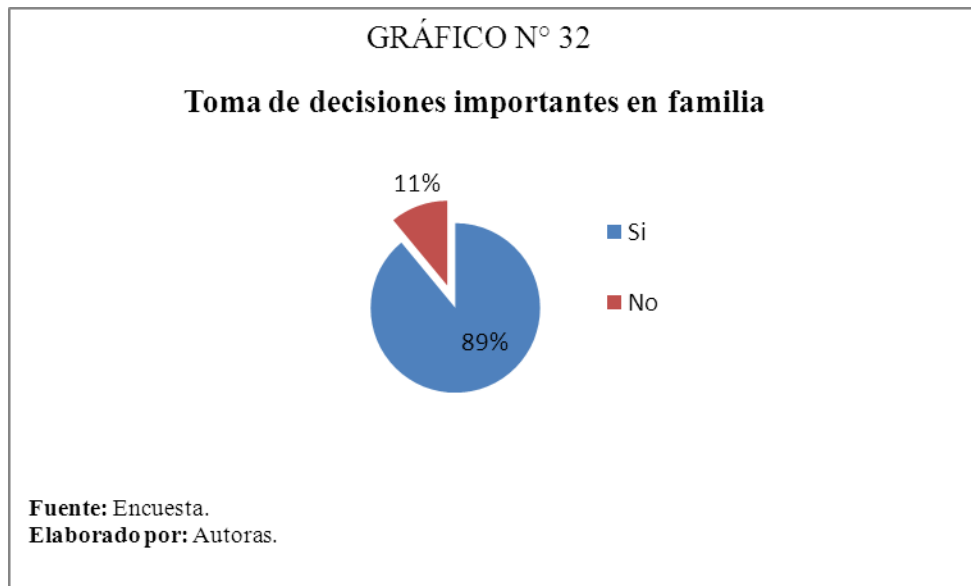


Se muestra que la mayoría de usuarios tiene un tipo de familia funcional normal representando el 62% y solo el 3% mantiene problemas en su hogar.

TABLA N°32

TOMA DE DECISIONES EN LA FAMILIA

<b>Valoración:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	89	89
No	11	11
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



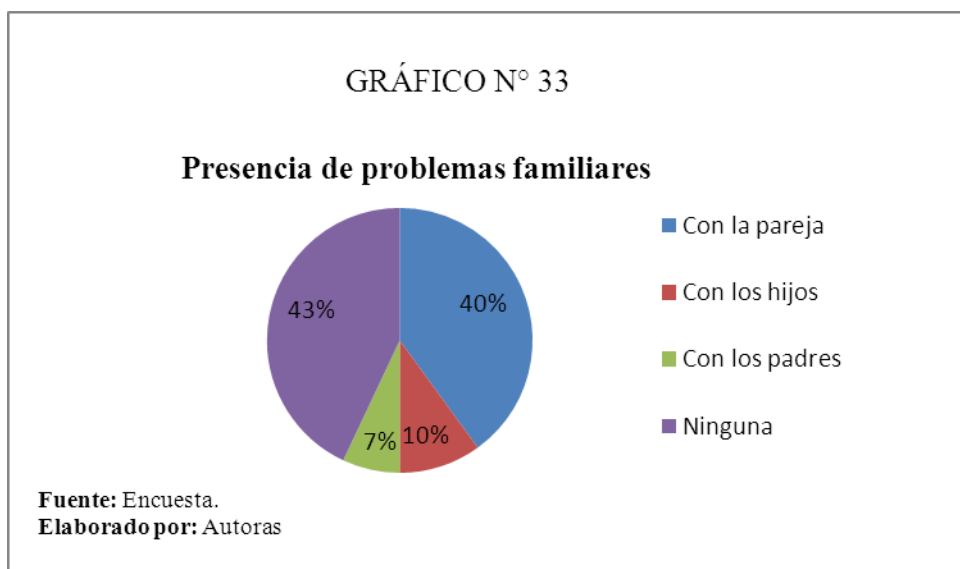
Como hemos observado estadísticamente hay una buena relación familiar el 89% toma decisiones en conjunto estableciendo que la comunicación en la familia es la base de estilos de vida saludable.



TABLA N°33

PRESENCIA DE PROBLEMAS FAMILIARES.

<b>Valoración</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Con la pareja	40	40
Con los hijos	10	10
Con los padres	7	7
Ninguna	43	43
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

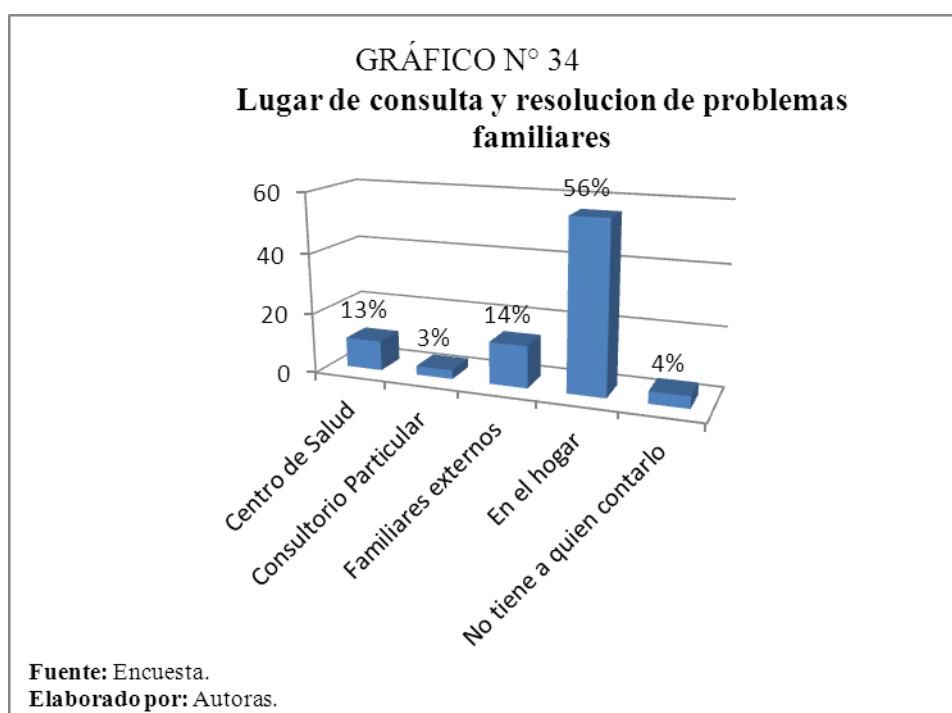


El 40% de la población encuestada presenta problemas conyugales manifestando en la entrevista directa manifestaron que eran problemas comunes que se vive en cada relación y el 43% que no posee problemas.

TABLA N°34

LUGAR DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Valoración	N°	%
Centro de Salud	13	13
Consultorio Particular	3	3
Familiares externos	14	14
En el hogar	56	56
No tiene a quien contarle	4	4
<b>TOTAL</b>	100	100



Esta gráfica muestra que la mayoría de usuarios prefieren resolver los problemas en sus hogares con un 56% y que el 13% si asiste a consejería del subcentro de salud San Judas Tadeo.

TABLA N°35

PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD

<b>Decisiones se toman en conjunto:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	89	89
No	11	11
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

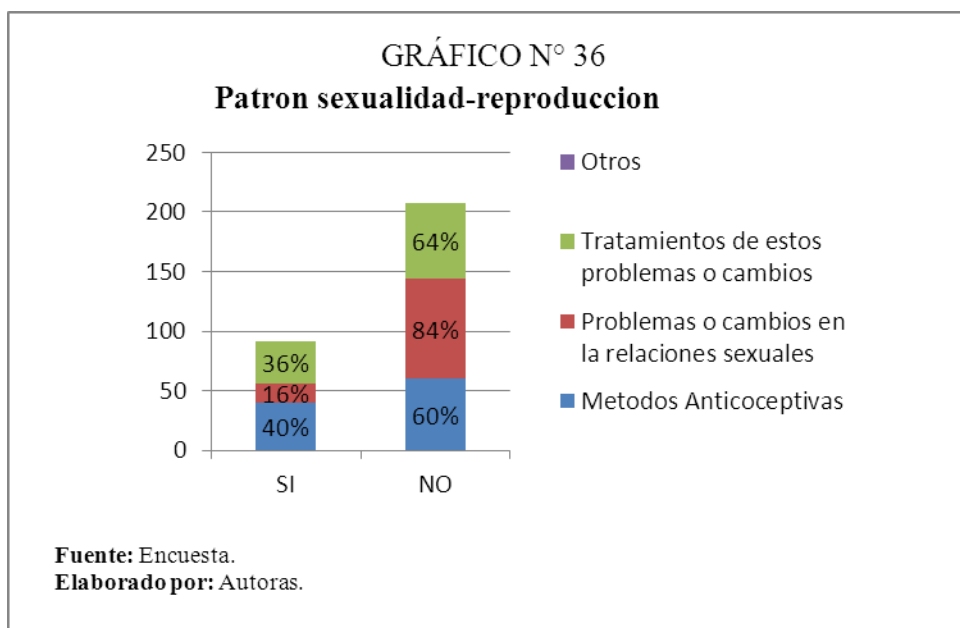


Representa que el usuario en un 86% se siente activo miembro en su comunidad y si se presentara la oportunidad de participación comunitaria si lo haría, comprometiéndose él y su familia. Y solo el 14% manifiesta que no se siente a gusto con su comunidad.

TABLA N°36

PATRÓN SEXUALIDAD REPRODUCTIVO

Valoración	SI	NO	N°	%
Métodos Anticonceptivos	40	60	100	100
Problemas o cambios en la relaciones sexuales	16	84	100	100
Tratamientos de estos problemas o cambios	36	64	100	100
Otros	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>		

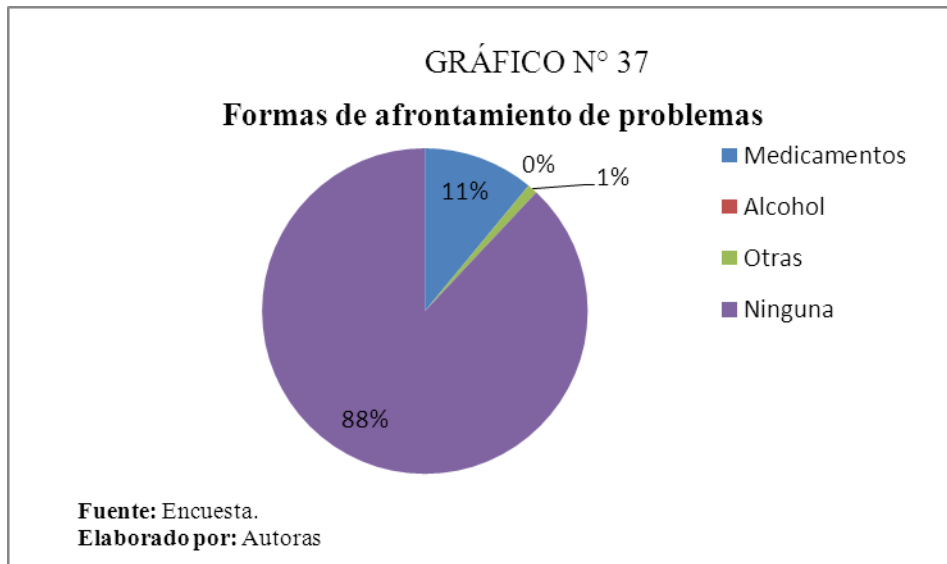


Muestra que el 60% de la población utiliza métodos anticonceptivo y el 40% del restante no sabe lo que son los métodos de anticoncepción, los problemas en los cambios en relaciones sexuales se ha producido en el 84% y solo el 64 % han sido tratados en el subcentro.

TABLA N°37

AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS

<b>Valoración:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Medicamentos	11	11
Alcohol	0	0
Otras	1	1
Ninguna	88	88
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

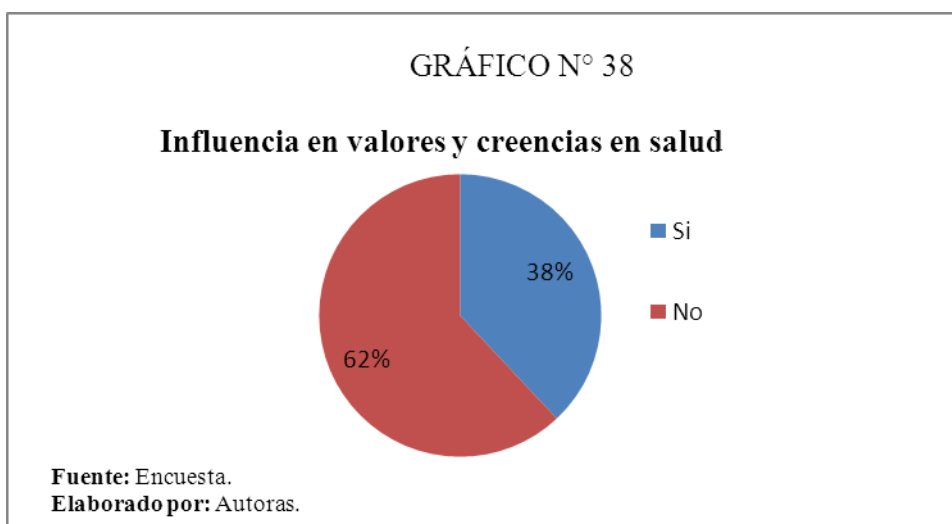


Muestra que la mayoría con el 88% se maneja sin ningún tipo de conducta adictiva para afrontar los problemas, mostrando que no existen prácticas que afecte en su salud, quizás esto se deba a la que la mayoría de encuestados, fueron del sexo femenino, y el 11% de consumo de medicamentos para afrontamiento de problemas mostrando que el usuario no maneja el patrón tolerancia al estrés

TABLA N° 38

INFLUENCIA EN VALORES Y CREENCIAS EN SU SALUD

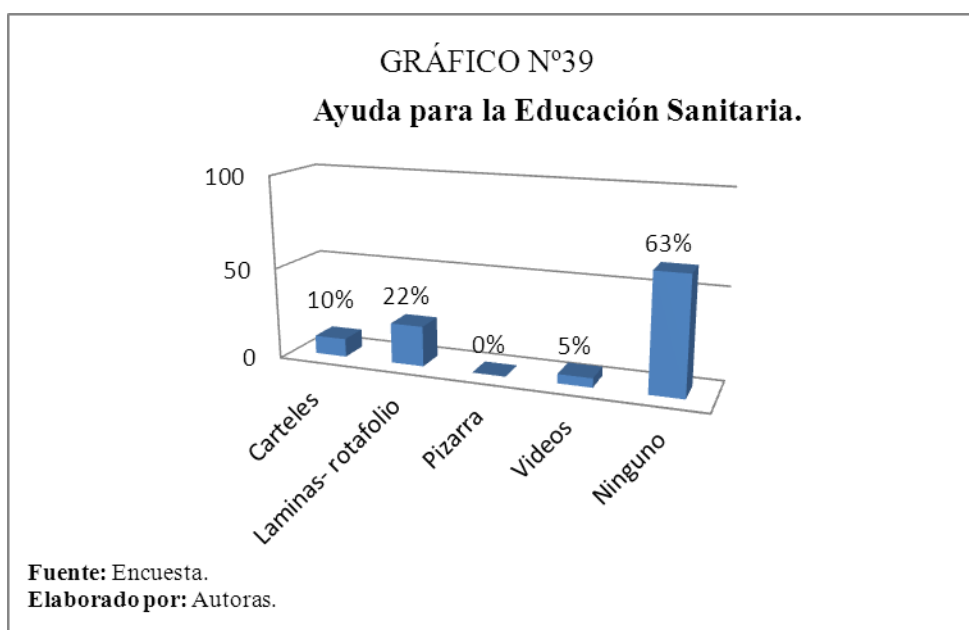
Valoración	N°	%
Si	38	38
No	62	62
<b>TOTAL</b>	100	100



Aunque no existe un mayor porcentaje en creencias que afecten la salud 38%, afectan en la conservación de su salud, y el 62% de la población manifestó que no existen cambios en su salud por su influencia

TABLA N°39  
AYUDA PARA LA EDUCACIÓN SANITARIA

<b>Enfermera utilizó</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Carteles	10	10
Láminas- Rotafolio.	22	22
Pizarra	0	0
Videos	5	5
Ninguno	63	63
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Este gráfico N° 39, muestra que la enfermera utiliza el 22% en láminas educativas y el 10% en carteles, estableciendo que una de las barreras principales para practicar la promoción de la salud es la forma como imparte la educación ya que los usuarios no estarían aplicados las medidas preventivas que se les imparte en el subcentro.

**ANEXO N° 7:**

**EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS**



**SUBCENTRO DE SALUD SAN JUDAS TADEO**



**ENCUESTA DIRECTA A MADRE PRIMIGESTA QUE ACUDE A CONSULTA**



**VALORACION DE PATRON NUTRICIONAL METABOLICO**



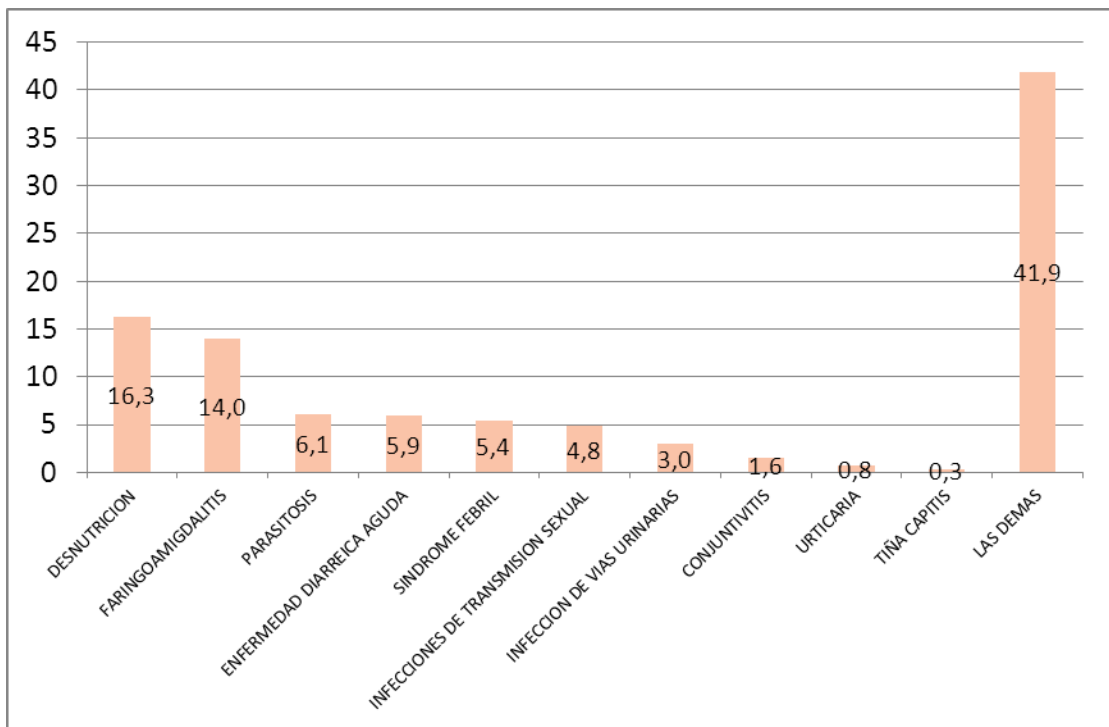
**EXPLICACION AL USUARIO DEL SUBCENTRO DE SALUD SAN JUDAS TADEO.**



**ANEXO N° 8:**

**SITUACIÓN DE SALUD SAN JUDAS TADEO 2010**

**JEFATURA DE AREA No. 26 – SALINAS  
10 CAUSAS MORBILIDAD AMBULATORIA 2010  
SCS SAN JUDAS TADEO**



**Fuente:** Departamento de Estadística “Hospital José Garcés Rodríguez” Salinas

**Elaborado por:** M.S.P.

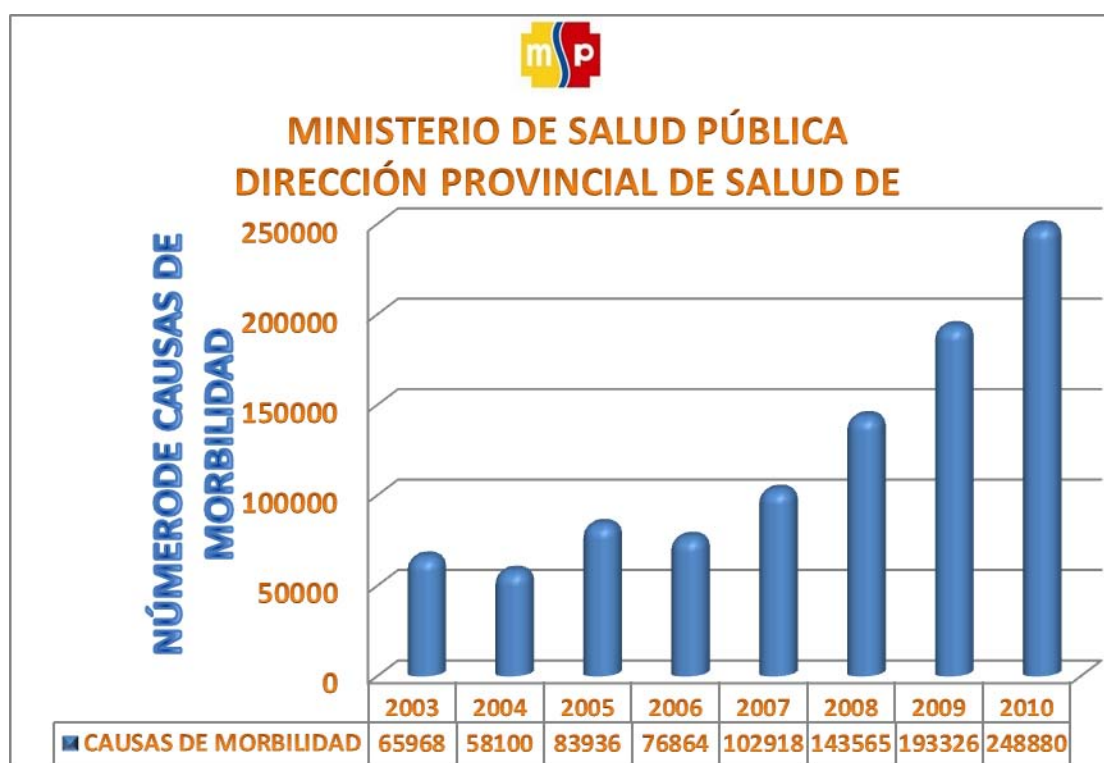
**ANEXO N° 9:**

**CONSOLIDAD DE MORBILIDAD POR CONSULTA AMBULATORIA 2003-2011 PROVINCIA DE SANTA ELENA.**

CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA AMBULATORIA								
CAUSAS DE MORBILIDAD	AÑOS							
ÁREAS	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
SANTA ELENA	1821 8	1833 1	2794 0	2694 8	34742	57106	83762	10961 8
MANGLARALTO	1231 8	1470 2	2114 1	1775 5	27607	32097	39422	58390
LA LIBERTAD	1793 2	1648 6	1838 8	1911 8	25191	31263	39613	63077
SALINAS	1750 0	8581	1646 7	1304 3	15378	23099	30529	17795
<b>TOTAL</b>	6596 8	5810 0	8393 6	7686 4	10291 8	14356 5	19332 6	24888 0

**Fuente:** Departamento de Estadística “Hospital José Garcés Rodríguez” Salinas

**Elaborado por:** M.S.P.



**ANEXO N° 10:**

**CAUSAS PRINCIPALES DE ENFERMEDADES AMBULATORIAS SALINAS  
2011**

PROVINCIA DE SANTA ELENA 10 PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDADES AMBULATORIAS														
MES: ENERO-11														
N º.	TIPOS DE MORBILIDADES	TOT AL	SEXO		GRUPOS DE EDADES									
			F	M	< 1 AÑO	1- 4	5- 12	13- 19	20- 29	30- 44	45- 49	50- 59	60- 74	75 y MAS
1	I.R.A.	676	342	334	109	284	127	32	29	43	15	12	21	4
2	VAGINOSIS	89	89	0				15	42	30		2		
3	PARASITOSIS	87	50	37	2	49	17	12	4		1		2	
4	OSTEOARTRITIS	68	55	13				2	10	10	10	20	8	8
5	DIARREAS	65	35	30	9	34	9	6	2	0	3	2	0	0
6	INFECCION DE VIAS URINARIAS	59	56	3	1	3	1	7	16	23	5	1	1	1
7	CANDIDIASIS	55	55	0		1	3	4	25	20		1	1	
8	HIPERTENSION ARTERIAL	37	24	13	0	0	1	0	2	2	2	6	10	14
9	GONORREA	27	27	0					10	14	1	1	1	
10	DERMATITIS	25	13	12	5	8	7	1	1				1	2
11	LAS DEMAS	1894	1082	812										
		3082												

**Fuente:** Departamento de Estadística “Hospital José Garcés Rodríguez” Salinas

**Elaborado por:** M.S.P.

**PROVINCIA DE SANTA ELENA  
10 PRINCIPALES CAUSAS  
MORBILIDADES AMBULATORIAS**

**MES: FEBRERO DEL 2011**

Nº.	TIPOS DE MORBILIDADES	TOTAL	SEXO		GRUPOS DE EDADES									
			F	M	< 1 AÑO	1- 4	5- 12	13- 19	20- 29	30- 44	45- 49	50- 59	60- 74	75 y MAS
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	545	296	249	86	21 6	12 4	30	22	33	5	14	11	4
2	VAGINOSIS	108	108			1		9	44	36	12	4	2	
3	DIARREAS	95	44	51	20	58	11	1	1	3	1	0	0	0
4	PARASITOSIS	92	47	45		51	27	7	4	3				
5	CANDIDIASIS	67	67					10	27	24	6			
6	INFECCION DE VIAS URINARIAS	62	55	7		4	2	10	27	12		3	3	1
7	GASTRITIS	30	22	8		1	1	4	5	10	3	4	2	
8	DERMATITIS	34	21	13	5	9	12	4	2	1				1
9	HIPERTENSION ARTERIAL	29	20	9	0	0	0	0	0	0	1	8	11	9
10	GONORREA	17	16	1				1	10	6				
11	LAS DEMAS	1196												
		2275												

**Fuente:** Departamento de Estadística “Hospital José Garcés Rodríguez” Salinas

**Elaborado por:** M.S.P.

PROVINCIA DE SANTA ELENA 10 PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDADES AMBULATORIAS														
MES: MARZO DEL 2011														
Nº.	TIPOS DE MORBILIDADES	TOTAL	SEXO		GRUPOS DE EDADES									
			F	M	< 1 AÑO	1-4	5-12	13-19	20-29	30-44	45-49	50-59	60-74	75 y MAS
1	I.R.A.	530	296	234	47	202	147	37	28	25	7	14	11	12
2	VAGINOSIS	106	106				1	9	51	31	7	6	1	
3	DIARREAS	74	38	36	12	42	10	4	1	1	1	3	0	
4	PARASITOSIS	72	33	39	2	24	32	9	4	1				
5	DIARREAS	74	38	36	12	42	10	4	1	1	1	3	0	
6	CANDIDIASIS	63	63				2	4	20	26	3	6	2	
7	DIABETES MELLITUS	55	37	18	0	0	1	3	2	1	4	11	18	15
8	HIPERTENSION ARTERIAL	27	19	8	0	2	0	3	2	2	11	5	2	
9	INFECCION DE VIAS URINARIAS	26	22	4		6	1	2	4	6	2	4	1	
10	DERMATITIS	23	11	12	8	7	5		1	1		1		
11	LAS DEMAS	1195												
		2245												

**Fuente:** Departamento de Estadística “Hospital José Garcés Rodríguez” Salinas

**Elaborado por:** M.S.P.

## GLOSARIO

**Salud:** Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

**Carta de Ottawa:** destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.

**Promoción de la salud:** La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

**Salud para Todos:** La consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas una vida social y económicamente productiva.

**Salud pública:** La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.

**Atención Primaria de Salud:** La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.

**Prevención de la enfermedad:** La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

**Educación para la salud:** La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar

**Abogacía por la salud:** Una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud.

**Comunidad:** Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas común es que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.

**Acción comunitaria para la salud:** La acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.

**Determinantes de la salud:** Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

**Epidemiología:** La epidemiología es el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud.

**Equidad en salud:** Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar.

**Conducta orientada hacia la salud:** Cualquier actividad de una persona, con independencia de su *estado de salud* real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la *salud*, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin.

**Comunicación para la salud:** La comunicación para la salud es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo.





**UNIVERSIDAD ESTATAL  
PENÍNSULA DE SANTA ELENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE PROMOCIÓN DE  
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN  
DE LAS ENFERMEDADES DIRIGIDO A LOS  
USUARIOS QUE ASISTEN AL SUBCENTRO DE  
SALUD SAN JUDAS TADEO- 2012**

**AUTORAS:**

**LOURDES ANDREA RAMÍREZ GONZABAY  
CARLA GUISELLA GONZÁLEZ TOMALÁ**

**ASESORA:**

**Lcda. Carmita Bravo Ortíz. MSc.**

**LA LIBERTAD – ECUADOR  
2012**

## **ANTECEDENTES**

La educación es el pilar fundamental de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad la cual cumple con la acción de incrementar la conciencia pública sobre la salud, promoviendo estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud; brinda oportunidades de poder a la gente para que ejerza sus derechos y responsabilidades siendo capaz de ayudar a garantizar un mundo más seguro, más sano, más próspero y ambientalmente más puro y que simultáneamente contribuye al progreso social, económico y cultural.

La situación de salud del subcentro San Judas Tadeo refleja que la morbilidad ambulatorias del año 2010 se ha incrementado con relación al año 2003 al 2010 de 17,500 a 17,795 dejándonos observar las enfermedades más relevantes dentro de este entorno, la investigación realizada en usuarios de esta institución sobre la evaluación de las acciones de promoción de la salud, por parte del equipo multidisciplinario de salud, los resultados demuestran que no se desarrollan estos en su mayoría y no son debidamente difundidos a los usuarios. En cuanto a los usuarios estudiados, pudimos darnos cuenta que el 51% mantiene su salud individual buena con relación a la familiar corresponde al 45% dejándonos apreciar que no llevan un estilo de vida completamente saludable.

La presente investigación muestra que los usuarios poseen poca información sobre medidas de promoción de la salud, debido a que se evidencia tanto la educación grupal, como la individual realizada por el equipo básico de la salud sobre promoción y/o fomento de la salud.

Siendo estos resultados un referente importante para diseñar un programa educativo encaminadas a la promoción de salud y la prevención de la enfermedad. Debido a que existen usuarios que el 93% tiene la disposición para mejorar el conocimiento para el mantenimiento y el desarrollo de un buen nivel de estado de salud individual, familiar y comunitaria.

Con la fiel participación de enfermería comunitaria y siendo el principal protagonista del cuidado del individuo sano o enfermo familia y comunidad a través de las actividades que contribuyen a su salud o recuperación, se llevara a efecto este programa.

La enfermera (o) puede facilitar el desarrollo de cada persona en su contexto familiar sano, mediante la enseñanza, la colaboración en el establecimiento de metas adecuadas y el suministro de apoyo emocional e información para ayudar a los individuos a comprender los procesos que ayuden a conservar su salud.

## **MARCO INSTITUCIONAL**

El lugar determinado de acción será el subcentro de San Judas Tadeo, donde se realizarán charlas educativas y consejería de promoción de la salud a todos los usuarios que llegan al establecimiento de salud para recibir la debida atención oportuna.

## **OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar capacidades de autocuidado utilizando sus propios recursos y de su entorno para que sea capaz de potenciar su capacidad en la toma de decisiones en todo aquello que hace referencia a su salud y calidad de vida.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Promover la salud como un valor fundamental y un recurso básico para el desarrollo personal y social mediante la estimulación la adquisición de actitudes de estilos de vida y hábitos de conducta saludables.
- Promover una toma de conciencia acerca de como los factores ambientales y sociales influyen sobre la salud y de las posibilidades que existen para hacer frente a dicha influencia.
- Capacitar para que, individual y colectivamente, se asuma un papel activo en la promoción y mantenimiento de la propia salud y la del entorno.
- Mantener a la educación como un proceso dinámico y positivo trabajando simultáneamente desde una perspectiva personal y colectiva.

## **ACTIVIDADES GENERALES**

1. Identificación y manejo de los riesgos, que tiene cada usuario como: Genético (según árbol genealógico) y eventualmente genómico, Ambiental, entorno inmediato: vivienda, entorno inmediato: lugar de trabajo, social, familiar, cultural, psicológico, seguridad personal, actividad física, hábitos alimenticios.
2. Desarrollo de capacidad y competencia en salud: Estas actividades promueve la transmisión de conocimientos hacia la población y el fomento de valores, actitudes y aptitudes personales para que la gente salvaguarde su salud fortaleciendo los determinantes positivos.
3. Aplicación de las intervenciones de protección específica a lo largo de las diferentes etapas de la vida (participación de enfermería en campañas de vacunación, en capacitación de pacientes con TB, captación de pacientes con diabetes e hipertensión arterial, en campañas temporales por estaciones del año, campañas de prevención de enfermedades transmisibles endémicas)
4. Educación para la salud, grupos de autoayuda, talleres de capacitación comunitaria a través herramientas e instrumentos varios de comunicación educativa, como guías, trípticos, carteles, periódicos, videos, murales, etc.
5. Comprometer directamente con autoridades: responsables de programas de salud, otras instituciones de salud pública o privada, a impulsar la promoción de salud a través de los estatutos postulados por ellos y realizar promoción de la salud a través de los medios de comunicación como la voz radial y la televisión.

## **PRESUPUESTO**

<b>CONCEPTOS DE RUBRO DE GASTOS</b>	<b>VALOR</b>
Material de escritorio	\$ 100.00
Copias de trípticos	\$ 50.00
Laminas para educación	\$ 50.00
Gigantografías de aprendizaje	\$100.00
Servicio de internet para el investigación	\$ 70.00
Imprevistos	\$ 80.00
Refrigerios para usuarios	\$ 120.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 570.00</b>

## CRONOGRAMA

<b>ACTIVIDAD GENERAL</b>	<b>ACTIVIDAD ESPECÍFICA</b>	<b>LUGAR:</b>
Identificación y manejo de los riesgos, que tiene cada usuario como: Genético (según árbol genealógico) y eventualmente genómico, Ambiental, entorno inmediato: vivienda, entorno inmediato: lugar de trabajo, social, familiar, cultural, psicológico, seguridad personal, actividad física, hábitos alimenticios.	Realizar encuesta dirigida para identificar los principales problemas de salud (durante un mes en el subcentro de salud) e inscripciones de usuarios que asistirán a charlas educativas.	Subcentro de Salud
Desarrollo de capacidad y competencia en salud: Estas actividades promueve la transmisión de conocimientos hacia la población y el fomento de valores, actitudes y aptitudes personales para que la gente salvaguarde su salud fortaleciendo los determinantes positivos.	Charlas educativas temas: estilos de vida saludable y no saludable, enfermedades como VIH-SIDA, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, maltrato familiar.	Subcentro de Salud
Educación para la salud, grupos de autoayuda, talleres de capacitación comunitaria a través herramientas e instrumentos varios de comunicación educativa, como guías, trípticos, carteles, periódicos, videos, murales, etc.	Durante la espera a consulta se creará grupos de trabajo para analizarlos diferentes tema de interés del usuario.	Todo el día

<b>ACTIVIDAD GENERAL</b>	<b>ACTIVIDAD ESPECÍFICA</b>	<b>LUGAR</b>
Comprometer directamente con autoridades: responsables de programas de salud, otras instituciones de salud pública o privada, a impulsar la promoción de salud a través de los estatutos postulados por ellos.	Describir problemas comunitarios a través del director encargado del programa de promoción de la salud	Área de salud del que pertenece el subcentro de salud.
Realizar promoción de la salud a través de los medios de comunicación como la voz radial y la televisión.	Crear una comisión encargada de fomento de salud a través de los medios disponible en nuestra provincia	televisión(Brisa tv) radio (89.3)

## **EVALUACIÓN**

Se evaluará a corto plazo los cambios de vida que realiza cada usuario y a largo plazo, la disminución las enfermedades más frecuentes en la población.



## BIBLIOGRAFÍA

**Bisio, T.**(2007). *Tratamiento y Terapias de la medicina deportiva*. España:Ed. Paidotribo

**Domínguez, F, Escodín G, Gassó D, Martínez M, Enrriquez C, Badoza J.** (2008). *Diccionario Enciclopédico Universal VIII*. España: Ed .Madrid-España

**De Luis, D. Belido, D. Garcia, P.**(2010). *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo*. España:Ed. Diaz de Santos

**Myers, E.** (2008). *Notas de enfermería*. México: Ed. McGraw-Hill

**Melendez, G.** (2008). *Factores asociados con sobrepeso y obesidad*. México: Ed. Medica Panoamericana

**Perea, R.** (2004). *Educación para la salud. (Reto de nuestro tiempo)*. España: Ed. Díaz de Santos

**Yepes, F. Ramírez, M. Sánchez, L & Jaramillo, I.** (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia ley 100 de 1993*. Colombia:Ed. Print in Colombia

**Marriner A, Raile, M.**(2007). *Modelos y teorías de enfermería – 5*. España:Ed. Madrid- España

