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

TÍTULO:

"DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013"

Tesis previa a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería

AUTORA:

Srta. Lida Jimena Sánchez Ordóñez.

DIRECTORA:

Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma

Loja - Ecuador

2014

CERTIFICACIÓN

Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma.

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

DIRECTORA DE TESIS:

CERTIFICO.

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración del trabajo de tesis titulado "**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013",** de autoría de la egresada de la Carrera de Enfermería Lida Jimena Sánchez Ordóñez, previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, ha sido desarrollada, corregido y orientado bajo mi estricta dirección y una vez que se enmarca dentro de las exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, disertación y defensa.

Loja, Enero del 2014

Atentamente.

Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma

Directora de tesis

AUTORÍA

Yo, Lida Jimena Sánchez Ordóñez, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autora: Lida Jimena Sánchez Ordóñez.

Firma: ----------

Cédula: 1104749229

Fecha: Loja, Enero del 2014

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

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

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

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

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

Firma: .....

Autora: Lida Jimena Sánchez Ordóñez.

Cédula: 1104749229

Dirección: Cdla. Daniel Alvares/ Manuel Rosas y José de Artigas.

Correo Electrónico: jnnpretty@hotmail.com

Teléfono: 0939334429

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma

Tribunal de Grado: Dr. Luis Minga Ortega

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

Lic. Mgs. Denny Ayora Apolo

DEDICATORIA

Primero y antes que nada dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, y concederme la fuerza necesaria para llegar a cumplir esta meta, a mis queridos padres Carlos y Lida por apoyarme incondicionalmente siempre, brindándome su amor, apoyo, paciencia cuando más los he necesitado, a mis queridos hermano(a) s que me han apoyado en todo momento, sobre todo a mis amados sobrinos que son el motor de mi vida

.

Lida Jimena Sánchez

AGRADECIMIENTO

“Todas las cosas en esta vida no pueden ser hechas por una sola persona, sino que se requiere de la colaboración de otras que están listas a brindar ayuda sin esperar más que la satisfacción de cooperar”

Desde el fondo de mi corazón, quiero agradecer primero a Dios en quien he depositado toda mi confianza y el que me ha dado la fuerza necesaria para emprender esta carrera y culminarla.

A mis padres, quienes han sabido apoyarme y darme el impulso necesario a lo largo de mi carrera que será un soporte para el resto de mi vida.

A mi querida Universidad y especialmente a todos los docentes de la Carrera de Enfermería que me han brindado sus sabias enseñanzas, les manifestó mi imperecedera gratitud porque han forjado en mí una persona útil para mi familia, para la sociedad y la Patria.

A mi Directora de Tesis: Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma, por el apoyo y enseñanza que me impartió durante este proceso de investigación.

Y a todas las personas que de una u otra manera me supieron brindar sus consejos y apoyo para la realización de la misma.

Gracias…!!

Lida Jimena Sánchez

1. TÍTULO

“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DEL 2013”

2. RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal contribuir al fortalecimiento del **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL** en el Hospital Universitario de Motupe, aportando con estadísticas y datos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud - EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud) formular propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad del barrio **Colinas Norte Sector I y III.**

El tipo de estudio aplicado fue descriptivo, el universo lo conforman todas las familias 47, miembros 186, hombres 85, mujeres 101: los análisis de información, tabulación de fichas familiares, entrevistas se realizó con matrices por cada ítem, parámetros que permitió establecer, consolidar en forma ordenada información en base a grupos programáticos. Los resultados obtenidos fueron analizados, interpretados en tablas y gráficos, para el levantamiento definitivo del mapa parlante, se utilizó programa de AUTOCAD, apoyado por el mapa físico elaborado durante toda la jornada laborada en la comunidad.

En cuanto al perfil epidemiológico destacamos que la Hipertensión es la patología crónica que más prevalece afectando a edades comprendidas entre los 20 y 64 años, entre las enfermedades degenerativas encontramos el Cáncer de Cerebro y Tumor Cerebral, lo que respecta a discapacidad encontramos una persona con Síndrome de Down. Se respalda la investigación con bibliografía y anexos que contempla el desarrollo de la misma.

Palabras Claves: Diagnostico comunitario de salud del Barrio Colinas Norte Sector I y III y sus resultados.

ABSTRACT

The present investigation has as main objective to Contribute the invigoration of the PATTERN OF INTEGRAL ATTENTION OF THE COMMUNITY NATIONAL SYSTEM OF FAMILY HEALTH AND INTERCULTURAL in the University Hospital of Motupe, contributing with statistical and data that will allow to the Basic Teams of Health - EAIS (Teams of Integral Attention of Health) to formulate local proposals of health, spread to improve the quality of life of **Colinas Norte Sector I y III.**

The type of applied research was descriptive; the universe is made up of all families 47, members 186, male 85, female101: information analysis, tabulation of family records, interviews were carried out with matrices for each item. With this parameters could establish and consolidate in the appropiate orden in based of programmatic groups. The results were analyzed, interpreted in tables and graphs for the final lifting speaker map, was used AUTOCAD program, with the support of physical map that was done during all day of work in the community.

Regarding the epidemiological profile include the Hypertension is the most prevalent chronic disease affecting aged between 20 and 64, found between degenerative diseases and Brain Cancer Brain Tumor, with regard to a person with disabilities find Syndrome Down. Research bibliography and appendices which involves the development of it is supported.

Keywords: Community health diagnosis Colinas Norte Sector I y III and results.

3. INTRODUCCIÓN

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

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

El presente trabajo investigativo denominado: "**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DEL 2013",** tiene como finalidad aportar con conocimientos técnicos y científicos en bien de la población del sector y como parte del requisito para la titulación de Licenciada en Enfermería con lo que aportó datos que contribuirán a establecer proyectos de intervención viables y efectivos.

Los enfoques del Nuevo Modelo de Salud implementado en el país van orientados hacia resultados de impacto social partiendo desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida e insertando de esta manera al personal de

salud a la Red Pública de Salud (RPIS) y la Red Complementaria de los Servicios de Salud.

Formando parte en el ámbito de salud y en calidad de egresada de la carrera de enfermería mi objetivo con la presente investigación es: contribuir al fortalecimiento del **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL** en el Hospital Universitario de Motupe, aportando con estadísticas y datos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud - EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud) formular propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad del **Barrio Colinas Norte Sector I y III.**

El estudio que se aplicó en este trabajo es descriptivo, que tiene como principal objetivo el detallar sistemáticamente hechos y características relacionadas con la población y su entorno. La metodología que se utilizó fue la establecida en la Atención Primaria de Salud que incluye estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: visita domiciliaria, ficha familiar, criterios de dispensarización.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

4.1.1. Definiciones

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

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

4.1.2. Objetivos de Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

- Reorientar los servicios de salud y fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria.
- Fortalecer la calidad de atención por el Talento Humano.
- Optimizar la prestación de servicios en los tres niveles de atención.
- Organizar el Sistema Único de Información en Salud.
- Fomentar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.[1]

4.1.3. Mapeo de Actores

La Participación Social en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud. La Atención Primaria de Salud renovada está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos.

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

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

4.1.4. Mapeo del Sector

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

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

4.1.5.1. Fases y herramientas para la implementación del Modelo de Atención

- Mapa Parlante.
- Sala Situacional.

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

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

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

Con el objetivo de garantizar el acceso y la continuidad de la atención se asigna un **EAIS** a un grupo de familias de acuerdo al estándar establecido por la autoridad sanitaria quienes tienen la responsabilidad de implementar la ficha familiar, identificar riesgos y factores protectores, establecer planes de intervención en conjunto con el resto del equipo de la unidad de salud más cercana.[2]

4.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

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

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

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

las principales causas de consulta externa en las unidades operativas del **MSP**.

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

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

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

Las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos, se evidencian en aspectos biológicos; se explican, fundamentalmente por el tipo y forma de la actividad productiva, en los porcentajes alarmantes de poblaciones con necesidades básicas insatisfechas, la pobreza de consumo, el acceso a los servicios de salud, las distintas culturas, la forma y consumo de alimentos, el clima y otras más que constituyen un complejo variante (condicionantes-determinantes) que exige superar el enfoque biológico.[3]

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

4.3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

En la actualidad, nuestro país tiene un territorio de 283 560 km^2, cuenta con 14.306.876 habitantes que se hallan distribuidos en las distintas provincias.[4]

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

Es un país multiétnico destacando las siguientes:

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

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

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

4.3.1. Distribución poblacional de la Provincia de Loja

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

[4] Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4ta Edición, Septiembre 2012
[5] Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC; Disponible en: http://www.inec.gob.ec; Consultado: 28/11/2013; Hora: 15h00
[6] Ecuador Distribución por edad - Población - Mundi; Disponible en: http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html Consultado: 9/12/2013; Hora: 19h00

La distribución de la población con respecto al sexo se encuentra en un 49,2% a los hombres y el 50,8% mujeres. El 31,5% de la población de la provincia es menor de quince años; el 26,5% comprende las edades de 15 a 29 años y un 32,8% está entre los 30 y 64 años. La población adulta mayor representa aproximadamente el 9,1%.[7]

4.4. NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

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

Entre los principales problemas que tiene la educación pública se encuentran los siguientes indicadores: persistencia del analfabetismo, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, mala calidad de la educación, poca preparación de los docentes, salarios bajos de los profesores y deficiente infraestructura educativa y material didáctico. Los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone la actual sociedad.[8]

4.4.1. Analfabetismo

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

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

[8] Situación De La Educación En El Ecuador - Eumed.net; Disponible en: http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm Consultado: 9/12/2013; Hora: 22h30

su vida cotidiana" (**UNESCO** 1958). "Una persona es funcionalmente analfabeta cuando no puede dedicarse a las actividades en las que hace falta saber leer y escribir para el funcionamiento efectivo del grupo o la comunidad a la que pertenezca la persona, para su desarrollo propio y de la comunidad" (**UNESCO** 1978)**.**

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

Una de las principales causas del analfabetismo es la pobreza, debido a que las condiciones de vida en las que se encuentran las familias ecuatorianas ocasionan que no todos los niños y adolescentes tengan la posibilidad de acceder a una educación. Primero se busca satisfacer las necesidades básicas de un hogar, antes que un miembro de la familia asista a una escuela. Los hogares tienen como objetivo generar dinero por medio del trabajo, incluso infantil, apartándolos del acceso a la educación.[9]

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

4.4.2. Deserción escolar

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

[9]Alfabetización en el ecuador, Quito Ecuador, Septiembre 2009; Disponible en: http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdfConsultado: 27-11-2013; Hora: 20h00

A su vez la afectividad juega un papel importante en el niño, ya que de esta dependen las buenas o malas relaciones que tenga en la escuela y su entorno a más de la afectividad en la vida de un niño cuenta su autoestima, pues si presenta una baja autoestima dificulta sus posibilidades de aprendizaje. Otros factores escolares como la pedagogía y metodología, son decisivos, ya que deben desarrollarse metodologías acordes a las necesidades de los alumnos y una pedagogía basada en su formación crítica que despierte el interés del escolar.[10]

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

4.5. OCUPACIÓN

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

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**) realizado en el 2010, señala que los empleados públicos se ubican en el primer lugar a nivel nacional con el 33% después están los comerciantes representando el 28,5% y después están los agricultores o jornaleros con el 13%.[12]

[10] La *deserción*; Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf; Consultado: 09/12/2013
[11] Educación en la Provincia de Loja; Disponible en : http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109 .Consultado: 28/11/2013; Hora: 10h00
[12] Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf Consultado: 09-12-2013

"Según el Censo del 2001, la provincia de Loja está dedicada mayoritariamente a la agricultura y ganadería (19%), seguida del comercio (17%) y por el grupo humano que está dedicado a la enseñanza (17%), el resto del porcentaje (30%) de la población económicamente activa (**PEA**) está ubicado en actividades tales como construcción, administración pública, industrias manufactureras, transporte y comunicaciones".[13]

4.6. FACTORES DE RIESGO

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

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

4.6.1 Riesgos Biológicos

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

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

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

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

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

En el Ecuador, según la ministra de Inclusión Económica y Social (**MIES**), 14 de cada 100 niños tienen problemas de obesidad y sobrepeso, además manifestó que entre 2007 y 2010 el porcentaje de desnutrición bajó de 27% a 23,2%.

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

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

4.6.1.4. Personas con discapacidad: es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano**.** En el Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, tras finalizar la primera evaluación de la situación en el país, llegando hasta los lugares más recónditos en los cuales se evidencio que las discapacidades físicas y motoras son mayores 36,76%, seguidas por las intelectuales 24,6% y las múltiples 12,92%.[14]

4.6.1.5. Personas con problemas mentales: las enfermedades mentales o trastornos psicológicos son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas

[14]Disponible en: http://solnacientenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html 10/12/13, 10:15

como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.

Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. En Ecuador un estudio realizado por los médicos Santiago Luna, Flor María Bazurto, Inés del Pino integrantes de la Misión Solidaria Manuela Espejo, reveló que la discapacidad mental por demencia en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad.[15]

4.6.2. Riesgos Sanitarios

4.6.2.1. Consumo de agua insegura: según datos derivados del Censo 2010, más del 28% de la población ecuatoriana no tiene acceso al líquido vital por red pública y más del 22% no tiene saneamiento adecuado (alcantarillado o pozo séptico). Más de cuatro millones de personas se proveen de agua a través de pozos, ríos, vertientes, carros repartidores y agua lluvia.[16]

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

4.6.2.3. Impacto ecológico por industrias: aunque gran parte del mundo depende de la producción o el comercio de petróleo para alimentar sus economías, estas actividades pueden causar daños graves al medio ambiente ya sea a sabiendas o involuntariamente. La producción de petróleo y/o transporte, pueden alterar la

[15] Disponible en: http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html 10/12/13 9:

[16] Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/AguapotableysaneamientoenEcuador10/12/13, 8:11

población humana y la vida animal y pesca de la región, residuos de aceite, la contaminación de producción y los derrames pueden causar daños en la fauna y el hábitat circundante.

4.6.2.4. Animales intradomiciliarios: las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes y dan como resultado infecciones localizadas, sin embargo existen otras infecciones que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud informe a la familia que tenga en su domicilio mascotas, las posibles enfermedades que pueden provocar, así como la prevención contra las zoonosis y detención oportuna tanto de parasitosis como patologías asociadas a mascotas.

4.6.3. Riesgos Socio-Económicos

4.6.3.1 Pobreza: la pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación. La pobreza rural en el Ecuador bajo 4,23%, en Junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registro 44,96% según la última Escuela Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**).[17]

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

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

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

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

La encuesta revela que aproximadamente 8 de cada 10 empleos en el área urbana son generados por el sector privado, tendencia que se ha mantenido en los últimos años.[18]

4.6.3.3. **Analfabetismo del padre o de la madre:** el analfabetismo aumenta la vulnerabilidad socioeconómica presente y futura de los adultos, pero también es un importante agente de reproducción de dicha condición a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones. El Ministerio de Educación de Ecuador trabaja para reducir la tasa de analfabetismo del 6,8 según datos entregados por el Instituto de Estadísticas y Censos (**INEC**).[19]

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

4.6.3.5. **Violencia/Alcoholismo/Drogadicción:** actualmente no hay dudas de que el alcoholismo constituye el problema de drogas más importante; es responsable principal de violencias en todas partes

[18] Disponible http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3Adesempleo-urbano-en-ecuador-seubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es 10/12/13, 8:45
[19] Disponible http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-68-4.html 10/12/13, 9:45

donde ocasionan desintegración familiar y deterioro social, caracterizados por desajustes de la personalidad, degradación, así como conductas delictivas y antisociales. Alrededor de la mitad de los homicidios y violaciones se produce bajo el efecto del alcohol. El 70% y 80% de la población joven consumen alcohol: 15% de la población ingiera alcohol en forma anormal; 5% presenta síndrome de dependencia alcohólica y 10% son bebedores excesivos. Alrededor del 20% y el 25% de los jóvenes son abstemios, es decir beben muy ocasionalmente y sin embriagarse.

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

4.6.3.7. **Hacinamiento:** el término hacinamiento hace referencia a la situación lamentable en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. El hacinamiento es un problema de gran importancia en la actualidad, ya que la población mundial es muy numerosa y la densidad de la misma es extremadamente alta en algunos espacios del planeta.[20]

En el Ecuador el 40% de las viviendas las personas viven hacinadas es decir, no tendrían habitaciones suficientes para el total de personas que residen en tales viviendas.[21]

[20] Disponible en: http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx10/12/2013, 8:20
[21] Disponible en: https://www.google.com.ec/?gws_rd=cr&ei=viynUpOAI8efkQepzoCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador 10/12/2013.

4.7. ENFERMEDADES CRÓNICAS

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

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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos: [22]

- Accidentes Cerebrovasculares
- Enfermedades Respiratorias Crónicas
- Obesidad
- Diabetes
- Trastornos Neuropsiquiátricos
- Afecciones Digestivas
- Discapacidad Visual y Auditivas
- Enfermedades Osteoarticulares
- Afecciones Bucodental
- Enfermedad Renal

4.7.1. Impacto de las Enfermedades Crónicas

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

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

“En el caso del sexo femenino las principales causas de mortalidad eran la Diabetes Mellitus, las Enfermedades Hipertensivas, Cerebro-Vasculares, a Influenza y Neumonía, son responsables del 25% de las muertes totales. A estas causas le siguieron las Enfermedades Isquémicas del corazón, los padecimientos Cerebro-Vasculares, la Influenza y Neumonía, las Enfermedades Hipertensivas y la Diabetes Mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales”.[23]

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

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

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

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

[23] Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4

4.8. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

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

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) afirman que en el 2030 a escala mundial aumentarán las defunciones ocasionadas por enfermedades no transmisibles (**ENT**). Las Enfermedades Cardiovasculares aumentarán de 17 millones a 25 millones, mientras que las muertes ocasionadas por el cáncer aumentarán de 7,6 millones a 13 millones.[24]

Los tipos de enfermedades degenerativas son:

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

- **Alzheimer:** se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian.

- **Cáncer:** producción excesiva de células malignas, con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento descontrolado (crecimiento y división más allá de los límites normales, invasión del tejido circundante y a veces metástasis).
- **Tumores Benignos y Malignos:** es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen del órgano afectado independientemente de que sean de carácter benigno o maligno. Generalmente pueden retirarse o extirparse y en la mayoría de los casos no reaparecen".[25]

[24] Ecuador y las enfermedades no Trasmisibles. Disponible en http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html consultado el 09/12/13
[25] Enfermedades crónicas: Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php consultado a las 10:45

4.9. ENFERMEDADES DE IMPACTO

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

Las muertes por **SIDA**, Tuberculosis, Malaria, Enfermedades Diarreicas y las Infecciones Respiratorias representan una gran parte de la carga de las Enfermedades Infecciosas.[26]

Entre ellas tenemos:

4.9.1. Enfermedades de Transmisión Sexual: según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), unos 685 mil hombres y mujeres de todo el mundo y aproximadamente unos 40-50 millones en América contraen **ITS** (Infecciones de Trasmisión Sexual) cada día. Más de 340 millones de **ITS** curables y muchas más enfermedades incurables ocurren cada año.[27]

Entre las ITS más comunes encontramos:

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

[26] Enfermedades infecciosas disponibles en: http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx consultado 5/12/13

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

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

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

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

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

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

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

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

Entre ellas destacan:

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

- **Enfermedad Diarreica Aguda:** es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y auto limitada, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas.

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

4.10. DISCAPACIDAD

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

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

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

"Muchas discapacidades se desarrollan por hipoxia, asociada a partos no tradicionales, además producto traumatismos, prematuridad, y eventos postnatales asociados", explicó Gamez al tiempo que destacó el aporte del estudio de 651 muestras en el Centro Nacional de Genética de Cuba.[28]

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

4.10.1. Personas con Discapacidad Carnetizadas.

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

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

4.10.2. Tipos de discapacidad

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

- **Discapacidad Cognitiva:** presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y el aprendizaje.
- **Discapacidad Sensorial:** corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

- **Discapacidad Intelectual:** se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.[29]

4.11. TRASTORNOS MENTALES

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

Entre estos problemas tenemos:

[29] CORPOALEGRIA, Tipos de discapacidad, Disponible en: http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/ Citado: 09/12/13, Hora: 18h30pm.

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

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

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

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

4.11.4. Fobias: es un temor fuerte e irracional de algo que representa poco o ningún peligro real, existen muchas fobias específicas: entre ellas la acrofobia es el temor a las alturas, la agorafobia es el temor a los lugares públicos y la claustrofobia es el temor a los espacios cerrados.[30]

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

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

4.11.6. Depresión: se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.[31]

4.12. ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

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

Las coberturas del Programa de Inmunizaciones en el año 2009, superan las alcanzadas en el 2008 en todos los biológicos. La vacuna contra Rotavirus en el año 2009 alcanza el 97% de cobertura, SRP el 15%, el menor incremento reportado es en BCG 2%.[33]

4.13. TAMIZAJE NEONATAL

"Con pie derecho, la huella del futuro" es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.[34]

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

[31] Depresión, Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html , Citado: 06/12/2013
[32] PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. Consultado: 09-12-2013
[33] Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/. Consultado: 09-12-2013
[34] Con Pie Derecho "La Huella del Futuro". Disponible en: http://www.conpiederecho.com.ec Consultado: 09-12-2013.

detección oportuna y tratamiento temprano, para la consecución del buen vivir de la población.

Estadísticas revelan que hasta el año 2012. "Se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos",[35] lo que se puede destacar que la prueba del talón ha sido oportuna en cuanto a la detección temprana de las discapacidades en las que se puede corregir a tiempo estos errores genéticos.

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

- **Hipotiroidismo Congénito:** es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un **RN** (Recién Nacido), es la causa más común de retardo mental prevenible.

- **Fenilcetonuria:** es un desorden del metabolismo debido a que el cuerpo no sintetiza adecuadamente la fenilalanina, por la deficiencia o ausencia de una enzima llamada fenilalanina hidroxilasa. Como consecuencia se acumula y resulta tóxica para el sistema nervioso central, ocasionando daño cerebral. Es una enfermedad autosómica recesiva ambos padres son portadores y el riesgo de recurrencia de la enfermedad es de un 25%.

- **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** se da cuando los recién nacidos carecen de una enzima para producir cortisol y aldosterona, esto produce más andrógenos lo que ocasiona la masculinización de fetos femeninos y una potencial pérdida salina en ambos sexos.[36]

- **Galactosemia:** se produce cuando el organismo no puede metabolizar la galactosa, un azúcar simple de la lactosa presente en

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

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

la leche animal y humana. Es una enfermedad hereditaria causada por una deficiencia enzimática y se manifiesta con incapacidad para metabolizar la galactosa en glucosa lo cual provoca una acumulación dentro del organismo produciendo lesiones en el hígado, sistema nervioso central, cerebro, riñones y ojos.

4.14. ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

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

La valoración del estado nutricional, se relaciona con la medición del crecimiento, el cual está determinado genéticamente para el incremento de masa corporal libre de grasa. Si el niño permanece sano y asegura una fuente adecuada de nutrimentos durante sus etapas críticas de crecimiento físico, lograría cumplir todo su potencial genético.[37]

La lactancia materna corta o inferior a los 6 meses, determina una desnutrición precoz, de carácter grave y de mayores consecuencias futuras. Ante la disminución de la ingesta de alimentos se ponen en funcionamiento mecanismos compensadores que tienden a restaurar el balance, desencadenando cambios metabólicos, alteración en algunas funciones biológicas y finalmente modificación del tamaño y composición corporal, que en forma muy tardía se manifiesta por una disminución en el peso o en la talla. La medición de este evento se centra en la antropometría nutricional, apoyado en las técnicas antropométricas usuales. Además se ha comprobado en varios

[37] Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38.Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2Iy1YlYuZ

estudios, que la probabilidad de tener problemas relacionados con nutrición como es el caso de los déficit de micronutrientes, es mayor en la población que tiene déficit del consumo de alimentos (población con máxima vulnerabilidad) y por lo tanto alteraciones del crecimiento.

Es así que el menor tamaño corporal y la disminución de las necesidades nutricionales de niños sometidos a la pobreza urbana no puede considerarse una adaptación saludable, sino la consecuencia epidemiológica de fenómenos sociales complejos como pobreza, marginalidad, mala alimentación temprana, infecciones frecuentes o una combinación de todas ellas.
Una alimentación saludable requiere en muchos casos de una educación nutricional que debe promoverse desde la infancia y en el núcleo familiar ya que los hábitos adquiridos en esa etapa son fundamentales para una correcta alimentación en la adolescencia y prevención de las enfermedades vinculadas a los trastornos alimenticios.

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

4.15. LACTANCIA MATERNA

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

La **OMS** destaca que el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) y la lactancia materna es la mejor fuente de nutrición para el recién nacido ya que es una de las maneras más

eficaces para garantizar la salud y la supervivencia infantil, por lo cual se recomienda exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida.

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

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

Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica para evitar al máximo el riesgo de contaminación. Alimentar a un niño pequeño requiere una atención activa y estimulación para animarlo a comer.[39]

4.16. CONTROL DEL NIÑO SANO

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

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

[39] Hasta que edad es importante alimentar al bebe solo con leche materna disponible en http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html

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

Ya analizado el crecimiento y desarrollo del niño pasamos al aspecto de las inmunizaciones (vacunas). Por ello los padres deben recibir la información actual acerca de todas las enfermedades que se previenen con el esquema básico que nos ofrece el Sector Salud.[40]

4.17. ESCOLARES Y ADOLESCENTES

4.17.1. Estado Nutricional de los Escolares y Adolescentes

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

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

[40] Pediatría control del niño sano disponible en: http://pediatrica.org/?p= consultado el 12/12/ 2013

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

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

4.17.1.2. Valoración del Estado Nutricional

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

4.17.1.3. Datos Estadísticos

En el Ecuador el exceso de peso se caracteriza por bajas tasas durante los primeros años de vida 6,5% en la edad infantil; aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar 14% de sobrepeso/obesidad en escolares ecuatorianos de ocho años de edad que habitan en el área urbana incremento sostenido durante la adolescencia en un 22% a nivel nacional.[41]

Para el Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador (**MIES**), en Loja "El 26,6 % de niños y niñas presentan desnutrición

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

global, cifra mucho más acentuada en el sector rural".[42] El mismo considera que los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

4.17.2. VACUNACIÓN DT (Difteria y Tétanos)

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

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

4.17.3. AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

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

- **Test de Snellen:** son los más populares y están formados por filas de letras que van de tamaño más grande a más pequeño

[42] Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC http://www.alimentateecuador.gob.ec

conforme bajamos la mirada; cuanto más abajo logre ver nítido el paciente mayor agudeza visual tendrá. [43]

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

El Proyecto busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población pre-escolar y escolar la discapacidad visual, finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual.[44]

4.17.4. ESTUDIO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

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

Los conocimientos que deben ser logrados por los niños y niñas entre 5 y 14 años en la educación básica tendrán que estar asociados con la modernización productiva, la tecnología de la información y el desempeño de una nueva ciudadanía. Todo ello bajo el desarrollo de capacidades que los lleven a resolver

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

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

problemas, tomar decisiones e integrar el arte y la comunicación a sus procesos formativos.[45]

4.17.4.2. Datos estadísticos: el 95% de los niños y niñas de 5 a 14 años está en el sistema escolar, mientras que el 92% asisten a la educación básica en el curso que corresponde para su edad, sin diferencias de género en el acceso a la educación básica.

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

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

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

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

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

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

4.17.4.4. Datos estadísticos: no hay diferencias significativas entre adolescentes hombres y mujeres en el acceso a la educación media. Seis de cada diez mujeres e igual número de hombres asisten al bachillerato. Las proporciones entre los que están en el sistema escolar sin importar el nivel básico y secundario tampoco arroja diferencias de género.[46]

4.17.5. RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

4.17.5.1. Factores que influyen en el rendimiento académico.

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

- **Factores sociales y culturales**: la clase social (determinada por el ingreso familiar, la escolaridad de la madre, del padre, el tipo y ubicación de la vivienda) ha sido reprobada como una variable relacionada con el hecho de que los alumnos sufran fracasos escolares.

- **Factores escolares:** el ambiente escolar también ha sido señalado como un factor que afecta el desempeño escolar de los alumnos; en este ambiente podemos citar la administración de la institución educativa (sus políticas, estrategias, etc.) y el profesor (capacitación, compromiso, etc.).

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

- **Factores familiares:** el rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante porque es importante la percepción que tengan acerca de la valoración positiva o negativa de su familia hacia ellos, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.

- **Factores personales:** se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recurriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales.[47]

- **Pereza:** las transformaciones físicas (como aumento de estatura, aparición de caracteres sexuales secundarios, etc.) junto con la inestabilidad de emociones y sentimientos, explican por qué con frecuencia el adolescente se siente fatigado y le es más difícil concentrarse.

- **Conflictos propios de la adolescencia**: el adolescente entra en conflicto con los valores de su infancia, cuestiona normas y orientaciones que recibió durante sus años anteriores.

- **Mala alimentación**: los adolescentes en esta etapa de su vida requieren una mayor cantidad de nutrientes ya que las consecuencias de una mala nutrición ocasiona bajo rendimiento escolar, falta de atención, concentración, entre otros problemas que impiden gravemente que desarrollen adecuadamente las habilidades previstas por el sistema educativo".

4.17.6. PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES

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

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

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

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

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

El trastorno de conducta ha sido asociado con:

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

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

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

La depresión y el trastorno bipolar se pueden desarrollar en los años de la adolescencia y a comienzos de la adultez. El suicidio y la violencia hacia los demás también son posibles complicaciones de este trastorno.

Cuanto más temprano se inicie el tratamiento para el trastorno de conducta mayores probabilidades tendrá el niño de aprender comportamientos de adaptación y evitar complicaciones potenciales.

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

4.17.7. PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL ADOLESCENTE

Los problemas de conducta en adolescentes hacen referencia a conductas rebeldes, conflictivas y mal vistas por la sociedad que al igual que en los niños son observables, medibles y modificables.[48]

Entre problemas de conducta tenemos:

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

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

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

  - ✓ Está enfadado consigo mismo porque sabe que los demás se aprovechan de él.
  - ✓ Es un experto en ocultar sus sentimientos.
  - ✓ Es tímido y reservado cuando esta con otras personas.
  - ✓ No sabe aceptar cumplidos.
  - ✓ Se agota y no tiene mucha energía.
  - ✓ Su actitud acaba irritando a los demás.
  - ✓ Se reconoce por su típico lenguaje corporal y verbal.

- **Conducta Asertiva**: es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y profundamente

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

respetuosa. Su meta es: lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo amerite.

- **Conducta Antisocial:** se refiere de forma general a cualquier conducta que refleje el incumplimiento de reglas normas sociales y la materialización de una acción contra los demás.

- **Conducta Pro-social**: la conducta pro-social comienza a aparecer durante la etapa pre-escolar y puede observarse en el niño desde los dos años de edad. Sin embargo la capacidad para compartir y cooperar es limitada; la conducta pro-social sigue desarrollándose ya entrada la adolescencia y de manera posterior.[49]

4.18. ATENCIÓN MATERNA

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

La misma que comprende:

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

- **Infantil:** el Plan Materno Infantil prevé la realización obligatoria de estudios para detección de la fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística del recién nacido. Además ofrece cobertura de consultas, seguimiento, control, inmunización y

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

medicación requerida para los primeros 12 meses de vida, según el listado de medicamentos esenciales.

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

4.18.1. CONTROLES MÉDICOS EN EL EMBARAZO

El control prenatal es un conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los riesgos y complicaciones del embarazo que amenazan la vida de la madre y el feto, comprende el control de salud tanto de la madre como del niño antes del parto, para prevenir los riesgos que se pueden presentar en esta etapa.[50]

Los objetivos de los controles médicos son:

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

Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), se considera saludable un embarazo si tiene cinco o más controles prenatales.[51] El control del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que existe mayor receptividad materna para las actividades de educación de la salud.

[50]Dra. MARTÍNEZ. A. http://ginecologaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05embarazoz.html
[51]CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.

4.18.2. VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS

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

En el Ecuador el Tétanos Neonatal ha sido eliminado como problema de Salud Pública Nacional y Provincial (**OPS** 2008). El impacto a la fecha, se demuestra con la disminución de la tasa de TNN a 0.02 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. A pesar de ser la vacunación un método sencillo y económico para prevenir el tétanos neonatal, aún existen en nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tetánico".[52]

"Es más probable que las mujeres embarazadas se enfermen gravemente de influenza que aquellas que no están embarazadas. Los cambios que ocurren durante el embarazo en el sistema inmunitario, el corazón y los pulmones hacen que las mujeres embarazadas sean más propensas a enfermarse gravemente de influenza, lo cual puede llevar a una hospitalización e incluso a la muerte. Una mujer embarazada y que tiene influenza también tiene una probabilidad más alta de que su futuro bebé presente problemas graves, incluido un aborto espontáneo o un parto prematuro. La vacuna contra la influenza puede proteger a las mujeres embarazadas y a sus futuros bebés, antes y después del parto".[53]

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

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

[53]Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza; disponible en: **http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/**

Éstas son:

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

4.18.3. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

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

Otras complicaciones del embarazo:

- **Aborto espontáneo:** es la pérdida del embarazo por causas naturales antes de las 20 semanas. Hasta un 20% de los embarazos terminan en aborto espontáneo.

- **Anemia:** es considerada la enfermedad más frecuente del estado grávido puerperal, pues ocurren cambios fisiológicos en la volemia y aumenta el consumo de hierro elemental por las necesidades del feto en desarrollo y la placenta, siendo la más frecuente la anemia por déficit de hierro.

- **Depresión:** la depresión durante el embarazo es una enfermedad mental grave que afecta todo el cuerpo, el humor y el proceso de pensamiento. Aqueja entre el 10 y el 20% de las mujeres embarazadas.

- **Diabetes gestacional:** es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo, no se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a

la acción de la insulina, el resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia).

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

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

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

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

4.19. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

4.19.1. Vacunación en las Mujeres de Edad Fértil: la inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dT), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.[54] El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos.

Es muy frecuente en países de bajos ingresos y se produce por la protección insuficiente que pasa de la madre al feto junto con infección que entra en el recién nacido a través del cordón umbilical. La revisión de estudios que evalúan la vacunación de mujeres en edad fértil mostró menos casos de tétanos neonatal al aplicarse dos o tres dosis.[55]

4.19.2. Regulación de la fecundidad: actualmente en el contexto de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad humana con las necesidades de bienestar y salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción. Por lo tanto se adoptan métodos que se engloban en programas como: la planificación familiar la cual es la utilización de objetos, sustancias y procedimientos naturales o artificiales, que se utilizan de manera voluntaria, tanto temporales como definitivos, para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja, para impedir la fecundación y evitar un embarazo no planificado.[56]

4.19.2.1. Clasificación de los métodos anticonceptivos: en general los métodos anticonceptivos se clasifican en definitivos y temporales; como su nombre indica los definitivos son

[54]Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. Fecha: 05/12/2013.
[55]Disponible en: http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959 Fecha: 05/12/2013.
[56]Disponible en: http://apps.who.int/rhl/fertility/es/ Fecha: 05/12/2013.

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

a) Métodos Naturales

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

b) Métodos de Barrera

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

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

Entre ellos se encuentran:[57]

- La Píldora
- Inyectables
- Implante

4.19.3. PAPANICOLAOU

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

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

[57]Disponible en: http://tvncanal.com/index.php Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45min.

“Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad”.[58]

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

5. MATERIALES Y MÉTODOS

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

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

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

5.1. Tipo de estudio.

El estudio que se aplicó en este trabajo es el descriptivo, que tiene como principal objetivo el detallar sistemáticamente hechos y características relacionadas con la población y su entorno, información que sirvió para elaborar el diagnóstico del Barrio **Colinas Norte Sector I y III,** conjuntamente con la línea de base y perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas, de impacto y degenerativas de la comunidad.

5.2. Universo.

El universo estuvo conformado por las familias del Barrio **Colinas Norte Sector I y III.**

5.3. Análisis de la Información

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

Los resultados obtenidos fueron analizados e interpretados en tablas.

Se realizó el levantamiento definitivo del mapa parlante, utilizando el programa de AUTOCAD el cual fue apoyado por el mapa físico que fue elaborado durante toda la jornada laborada en el Barrio **Colinas Norte Sector I y III.**

5.4. Materiales.

5.4.1. Recursos materiales

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

6. RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD

La urbanización **COLINAS NORTE** es uno de los primeros barrios creados en la ciudad de Loja por el programa Habitacional de la Mutualista Pichicha Barrio llamado **PROVIVIENDA** en el año 2001, consta de 115 viviendas propias. Estas viviendas fueron adquiridas mediante el programa de compra y venta, de acuerdo con sus respectivos compradores. Esta urbanización fue creada con un pequeño parque recreacional mediante la gestión de la directiva y los moradores de este sector por el Ilustre Municipio de Loja.

Organización

El primer presidente del barrio fue representado por el Lic. Jaime Luna, el cuál promovió para que se mejore las vías de accesibilidad y se implemente el acceso del transporte urbano a este barrio. Mediante gestiones dirigidas al Alcalde de ese entonces el Dr. José Bolívar Castillo, teniendo una buena acogida del mismo y dando como resultado que se implemente el recorrido del transporte desde la Cdla Sauces Norte, pasando por el Barrio Colinas del Norte, hasta la Cdla. La Argelia, este recorrido se llevaba a cabo por la Avenida 24 de Mayo, lo que ocasionaba molestias en los usuarios los cuáles dejaron de hacer uso de este servicio de transporte urbano el cuál se fue perdiendo con el transcurso del tiempo hasta la actualidad.

En la actualidad la Urbanización Colinas del Norte, es representada por su respectiva directiva:

Presidente: Sr. Manuel Chase.

Vicepresidente: Lic. Jaime Luna.

Fiestas Religiosas y Cívicas

Mediante una junta de la Directiva se toma la resolución el 9 de Noviembre del año 2001 realizar una fiesta de integración barrial la cual
constaba de múltiples actividades como:

- El pase del niño en Navidad.
- Fiestas de creación del Barrio.
- El día del Niño (1 de Junio).

En la actualidad ya no se lleva a cabo estas fiestas religiosas y cívicas debido a la poca colaboración barrial.

En la actualidad los moradores del barrio acuden a las fiestas que se realizan en la Capilla de la Cdla del Chofer la Banda, las cuáles se

- 2 de Mayo, (la fiesta de la Santa Cruz).
- 24 de Septiembre la Fiesta de la Virgen de la Merced patrona del sector.

Hoy en día se está realizando gestiones para la construcción de la Capilla Barrial, la cual está aprobada en la Curia de la Diócesis de Loja para que sea reconocida como parroquia eclesiástica.

El 9 de Noviembre del año 2013, se llevara a cabo la Inauguración del Parque del sector con la posta de la Confraternidad, realizada por el

Ilustre Municipio de Loja, dirigida por el Alcalde de Loja el Ing. Jorge Bailón Abad.

Vías de comunicación y Transporte

La principal vía de acceso es la calle Chuquiribamba por la que transitan los buses de la cooperativa 24 de Mayo que cubren la ruta Motupe-Capilla-Reina del Cisne, Otra vía de acceso es la Avenida 8 de Diciembre por donde transita el bus que se dirige a Sauces Norte.

Servicios básicos

Cuenta con los todos los servicios de:

- Agua potable
- Telefonía fija y celular.
- Luz eléctrica
- Alcantarillado
- TV Cable, Internet
- Servicio recolector de basura
- Transporte

El Hospital Universitario de Motupe se encuentra a 7km de esta comunidad, sin embargo muchas de las familias acuden a otros servicios de salud porque desconocen los servicios que esta unidad operativa presta y que ellos son beneficiarios de esta atención.

Se realizó hace 4 años las Jornada Médicas del Hospital de Motupe para difundir sus servicios a los moradores del sector, las cuales fueron dirigidas por el Dr. Wilson Nagua y con el equipo de salud correspondiente.

El Hospital Universitario de Motupe presta los servicios de atención ambulatoria de lunes a viernes en horario de 08:00 a 16:30 brindando

atención en Medicina General, Pediatría, Medicina Interna, Ginecología, Psicología, Odontología, Odontopediatría y Vacunas.

Límites de la comunidad

La comunidad de Colinas del Norte limita:

- **Norte:** La Banda Alto
- **Sur:** Cdla. del Chofer la Banda
- **Este:** Cdla. del Chofer la Banda
- **Oeste:** La Banda Alto

6.2. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

6.2.1. Datos referenciales generales de población

- Número de familias del Barrio Colinas Norte Sector I y III: **47**
- Número total de habitantes: **186**

Total de habitantes por sexo:

- Masculino: **85**
- Femenino: **101**

- Casas Fallidas: **3**
- Familias que no colaboran: **3**
- Casas no habitadas: **14**

6.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

TABLA Nº 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	0	0	2	1,08	2	**1,08**
Niños 1-4 años	4	2,15	6	3,23	10	**5,38**
Niños 5-9 años	7	3,76	7	3,76	14	**7,53**
Adolescentes 10-19 años	26	13,98	22	11,83	48	**25,81**
Adultos 20-64 años	48	25,81	62	33,33	47	**59,14**
Adultos mayores 65 años y más	0	0	2	1,08	2	**1,08**
TOTAL	**85**	**45,70**	**101**	**54,30**	186	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL
NOTA: grupos etarios según el MSP

ANÁLISIS.

La presente tabla expuesta muestra que el **45,70%** corresponden al sexo masculino, el **54,30%** al sexo femenino, al analizar la tabla la población de 20-64 años de edad es el grupo que predomina con un valor del **59,14%** el cuál es el económicamente activo, teniendo relación con estadísticas nacionales.

Según el último Censo de Población y Vivienda del 2010 se encontró que los hombres ocupan un 49,2% y las mujeres el 50,8%,[59] señalando de esta manera que hay una mínina diferencia con lo referente al sexo en cuanto a la realidad de la provincia

[59] Resultados provinciales, Loja: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf,

TABLA Nº 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	F	%
Sin escolaridad	9	4,84
Prebásica	3	1,61
Básica	30	16,13
Bachillerato	72	38,71
Superior	35	18,82
Especialidad	37	19,89
TOTAL	**186**	**100**

FUENTE: fichas Familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL
NOTA: la población de la categoría "sin escolaridad" corresponde a niños menores de 3 años.

ANÁLISIS.

La presente tabla refleja que en el Barrio Colinas Norte Sector I y III siendo un área urbana de la Ciudad de Loja le permite que la población tenga mayor accesibilidad a los servicios educativos, lo cual se evidencia en los siguientes resultados: el **38,71%** tienen bachillerato, **el 19,89%** corresponde a la población que tienen diferentes especialidades universitarias como: abogados, ingenieros, gerentes en empresas privadas, etc., un **18,82%** han cursado por una educación superior, la educación básica con un **16,13%.**

El presente barrio en estudio es un área urbana y demuestra que son familias que pueden solventar la demanda de la canasta básica familiar.

El nivel de escolaridad en las zonas urbanas es más accesible porque tienen mayor oportunidad que en las zonas rurales, análisis basado en datos del año 2010".[60]

[60] INEC (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS), ESTRUCTURA DE POBLACIÓN DE LOJA; disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf.

TABLA Nº 3
RIESGOS BIOLÒGICOS DE LA POBLACIÓN COLINAS NORTE SECTOR I Y III

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	**%**
Personas con Discapacidad	1	0,54	185	99,46	186	**100**
Personas con mala Nutrición	6	3,23	180	96,77	186	**100**

FUENTE: fichas Familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III.
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL
NOTA: se eliminan las categorías "Personas con vacunación incompleta, Personas con enfermedades de impacto, Embarazadas con problemas y Personas con problemas mentales" por no existir datos.

ANÁLISIS.

En cuanto a los riegos biológicos, los habitantes de este barrio presentan una mala Nutrición representado con un valor del **3,23%.** De los habitantes en estudio un **0,54%** que representa a una persona posee discapacidad (Síndrome de Down), lo que coincide con los resultados expuestos por la Misión Solidaria "Manuela Espejo".

Se debe considerar que a consecuencia del alza de los precios de los alimentos y el descenso de la productividad agrícola, la seguridad alimentaria en el mundo está cada vez más amenazada, lo que podría llevar a un aumento de la desnutrición, la OMS define; "Toda persona con una mala nutrición pueden reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad".[61]

Entre 2009 y 2010 la Misión Solidaria Manuela Espejo refleja que la tasa nacional de personas con discapacidades es de 2,43% por 100 habitantes. Según datos del censo 2010, un 42% de las discapacidades son físicas, 22% visuales, 14% mentales y 7,3% auditivas, Loja se convierte en la segunda provincia donde se registra el 3 y 4% de prevalencia de discapacidad.[62]

[61] NUTRICIÓN Datos y cifras OMS (Organización Mundial de la Salud), disponible en: http://www.who.int/topics/nutrition/es/
[62] PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO, PROCESO DE NORMATIZACIÓN Y DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA (INEC.MSP)2011: Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas.

TABLA Nº 4
RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Animales intradomiciliarios	1	2,13	46	97,87	47	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UN
NOTA: se eliminan las categorías de "Consumo de agua insegura, Impacto ecológico por industrias, Mala eliminación de basura y excretas y Mala eliminación de desechos líquidos" por no existir datos.

ANÁLISIS.

La presencia de animales dentro del domicilio entre los que están perros y gatos desencadena riesgos relacionados con enfermedades de estas mascotas como la rabia o toxoplasmosis.

En lo que se refiere a los riesgos sanitarios, en este barrio la presencia de animales intradomiciliarios es del **2,13%,** lo que demuestra que las campañas educacionales brindadas por los programas de MSP motivan a que las familias especialmente de los sectores urbanos ya no tengan animales en sus domicilios.

TABLA Nº 5
RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO COLINAS NORTE, SECTOR I Y III

RIESGOS SOCIO ECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Desestructuración familiar	10	21,28	37	78,72	47	**100**
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	3	6,38	44	93,62	47	**100**
Pobreza	2	4,26	45	95,74	47	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL
NOTA: se eliminan las categorías de Analfabetismo del Padre y de la Madre, Violencia/Alcoholismo/Drogadicción, Malas condiciones de la vivienda y hacinamiento, por no existir datos.

ANÁLISIS.

La presente tabla expone que un **21,28%** tienen problemas de desestructuración familiar ya sea porque ha existido problemas que aquejan a la familia o a su entorno entre los más destacados podemos señalar: la ancianidad de los progenitores, migración y divorcio entre otros. Pocas son las familias en donde existe desempleo informal del jefe de familia **6,38%** y pobreza **4,26%.**

Los riegos Socio-Económicos son una de las determinantes que ocasiona distintos problemas de salud, es por esto que dentro de los objetivos del milenio una de las metas a alcanzar es mejorar el hábitat, la vivienda, la composición familiar, el empleo y los servicios públicos que permitan mejorar las condiciones de vida de la población.[63]

[63] OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD); disponible en http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/

TABLA N° 6
TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

TAMIZAJE	f	%
SI	3	25
NO	9	75
TOTAL	**12**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS.

La presente tabla muestra que el **75%** de los niños menores de 5 años del barrio Colinas Norte Sector I y III no se realizaron el Tamizaje Neonatal debido a que este Programa Nacional se insertó actualmente en el Ecuador en diciembre del 2011, lo que justifica de esta manera que el **25%** de los niños de este barrio se les realizo el respectivo examen, debido a que ya entran en la fecha indicada para su realización.

El programa del Tamizaje Neonatal inició el 2 de diciembre del 2011, bajo la supervisión de la Vicepresidencia de la República, el objetivo del proyecto es prevenir el retardo mental y otras discapacidades provocadas por enfermedades metabólicas hereditarias y trastornos relacionados, las enfermedades detectadas mediante esta prueba son: Hipotiroidismo Congénito, Fenilcetonuria, Hiperplasia Suprarrenal Congénita y Galactosemia, a través de la detección oportuna y tratamiento temprano, para la consecución del buen vivir de la población.[64]

[64] PROGRAMA DE TAMIZAJE NEONATAL: proyecto coordinado por el MSP y la Vicepresidencia de la República, disponible en: http://www.elciudadano.gob.ec/

ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

En 1974 fue creado el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) por acuerdo de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una estrategia esencial para lograr el objetivo de Salud Para Todos en el Año 2000. La inmunización o vacunación es la práctica más usada para el control de las enfermedades infecciosas en los niño/as y es la más efectiva, por lo que algunas pueden administrarse desde el momento de nacer y se deben reforzarse antes de los 6 años. Aunque las vacunas no están exentas de algunos riesgos, constituyen las intervenciones más seguras y eficaces en salud pública y constituyen el arquetipo del modelo preventivo de salud.[65]

El **100%** de los niños del barrio tienen el esquema completo de vacunas de acuerdo a la edad y las respectivas incorporadas actualmente por el MSP.

[65] EQUIPO NACIONAL y provincial del PAI y COLABORADORES , MANUAL DE NORMAS TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS, MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS DE VACUNACIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOÓICA DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI), Edición: Equipo PAI del MSP y consultor de Inmunizaciones OPS/OMS: QUITO-ECUADOR 2005

TABLA Nº 7
OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

OCUPACIÓN	f	%
Estudiante	84	45,16
Empleado publico	29	15,59
Haceres Domésticos	21	11,29
Comerciante	12	6,45
Empleado Privado	11	5,91
Jubilado	6	3,23
Chofer	5	2,69
Albañil	2	1,08
Artesanos	2	1,08
Desempleado	2	1,08
Sin ocupación	12	6,45
TOTAL	**186**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas del Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la carrera de Enfermería, UNL
NOTA: la categoría "sin ocupación" corresponde a niños menores de 5 años.

ANÁLISIS.

La presente tabla expone que la población en estudio está representada con un **15,59%** que representa a los empleados públicos, el **6,45%** comerciantes, un **5,91%** empleados privados, el **2,69%** choferes, en un mínimo porcentaje con un valor de un **1,08%** tenemos las ocupaciones de albañil y artesanos. Siendo esta la población activa con diferentes ocupaciones.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos a nivel nacional en el año 2013 indica que el 30% tuvieron ocupación estable, ocho de cada diez empleos en el área urbana son generados por el sector público. En la Provincia de Loja el 19,9% son empleados privados, el 16% corresponde a los empleados públicos, el 2,6% representa a las empleadas domésticas y el 2,1%, a los empleados no remunerados.[66]

[66] ESTRUCTURA DE POBLACIÓN, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/.pdf.

TABLA Nº 8
LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

LUGAR DE ATENCIÒN	F	%
IESS	46	24,73
HOSP. De Motupe	39	20,97
Centro de Salud N" 3	7	3,76
HOSP. Isidro Ayora	26	13,98
Otros	68	36,56
TOTAL	**186**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL
NOTA: la categoría "otros" abarca clínica, policlínicos, ISSFA, ISSPOL y médicos privados.

ANÁLISIS.

La presente tabla que hace referencia al lugar de atención médica donde acuden los habitantes de este barrio, exponiendo los siguientes resultados un **36,56%** acuden a otras Instituciones como clínicas, policlínicos, ISSFA y médicos privados, el **24,73%** acuden al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social esto se debe a que muchos de los habitantes son asegurados o aportan al IESS, el **20,97%** corresponde a la población que acuden al Hospital Universitario de Motupe ya que algunos habitantes desconocen los servicios que presta el Hospital Universitario de Motupe.

ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

El **100%** de los niños menores de 5 años del Barrio Colinas del Norte Sector I y III, se encuentran en un estado nutricional normal (12,9-18,5).para la edad, deduciendo de esta manera que los padres de familia proporcionan una buena ingesta de alimentos que requieren de acuerdo a la edad.

A partir del 2006 se establecen los nuevos estándares de la Organización Mundial de la salud (OMS), con un replanteamiento de las políticas de salud pública y normas del control del crecimiento, del niño/a en los primeros años de vida hacia un modelo que incluye:

- ✓ Promoción de la Lactancia Materna.
- ✓ Introducción oportuna de alimentos complementarios luego del sexto mes de vida.
- ✓ Consejería nutricional
- ✓ Detección temprana y manejo oportuno de la desnutrición, sobrepeso y obesidad.
- ✓ Monitoreo de la efectividad de las intervenciones sanitarias destinada a prevenir y tratar los problemas de crecimiento y desarrollo.
- ✓ Manejo apropiado de las infecciones. [67]

[67] ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑASMENORES DE CINCO AÑOS, UNICEF, disponible en: http://www.unicef.org/panama/spanish/Encuesta_Niveles_de_Vida_WEB.pdf.

TABLA Nº 9
LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

LACTANCIA MATERNA	f	%
SI	11	91,67
NO	1	8,33
TOTAL	**12**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS.

Lo/as niño/as menores de 5 años del Barrio Colinas Norte Sector I y III en un **91,67%** han recibido lactancia materna, deduciendo que la mayoría de madres tuvieron conocimientos sobre los beneficios e importancia de la lactancia materna, mientras que el **8,33%** no la recibieron porque nos supieron manifestar que la madre trabaja brindando poco tiempo para alimentar con el seno materno a su hijo y por ende hacen uso de la leche en formula.

Cada año, la 1ra semana de agosto, UNICEF y sus aliados celebran la Semana Mundial de la Lactancia Materna en más de 170 países con el propósito de fomentar la Lactancia Materna y mejorar la salud de los bebés de todo el mundo, la encuesta demográfica y de Salud Materna e Infantil realizada en el 2012 indica que en el Ecuador el 43.8% de niños menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva y la meta para el 2017 es llegar al 67%.

La OMS recomienda a todas las madres la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, con el fin de ofrecer a sus hijos un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Posteriormente, hasta los 2 años o más, los lactantes deben seguir con la lactancia materna, complementada con otros alimentos nutritivos, que contiene anticuerpos que ayudan a proteger a los lactantes de enfermedades frecuentes de la infancia (diarrea, neumonía) que son las dos causas principales de mortalidad en la niñez en todo el mundo, y de esta manera previniendo la malnutrición.[68]

[68] LACTANCIA MATERNA Organización mundial de Salud, Disponible en

TABLA Nº 10
CONTROLES MÉDICOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

NÚMERO DE CONTROLES	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
PRIMERO	12	100	0	0	12	**100**
SEGUNDO	12	100	0	0	12	**100**
TERCERO	12	100	0	0	12	**100**
CUARTO	12	100	0	0	12	**100**
QUINTO	7	58,33	5	41,67	12	**100**
SEXTO	4	33,33	8	66,67	12	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS.

De acuerdo a los datos obtenidos en la presente tabla, se puede señalar que lo/as niño(a)s tiene su respectivo control médico, demostrando que tanto padre como madre se preocupan por la salud y bienestar de los mismos en cuanto a la examinación médica, es así que el primer control hasta el cuarto control están representados con un valor del **100%**, el quinto y sexto control disminuye proporcionalmente de acuerdo a la escala de crecimiento.

El lineamiento técnico de salud para la atención Integral a la primera infancia en el marco de la Estrategia De cero a siempre, promociona la garantía de vivir y disfrutar del nivel más alto posible de salud, presentándose los conceptos para realizar el monitoreo y seguimiento del derecho a la salud de los niño/as asegurando una atención integral y oportuna en la primera infancia.[69]

http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/.
[69] LINEAMIENTO TÉCNICO DE SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA/ DE CERO A 5IEMPRE/Disponible en http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/.De-Salud-en-la-Primera-Infancia.pdf

TABLA Nº 11
ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III EVALUADO MEDIANTE EL ÌNDICE DE MASA CORPORAL

IMC	f	%
Normal (18,5-24,99)	57	91,94
Des. Leve (17,00-18,49)	3	4,84
Sobrepeso (25,00-29,99)	2	3,23
TOTAL	**62**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas del Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la carrera de Enfermería, UNL
NOTA: se elimina la categoría "Desnutrición moderada, grave, obesidad" por no existir datos.

ANÁLISIS.

En la presente tabla observamos que el **91,94%** de escolares y adolescentes tienen un Índice de Masa Corporal normal, seguido de un porcentaje de **4,84%** desnutrición leve, un **3,23%** que corresponde a sobrepeso, deduciendo de esta manera que tienen una buena ingesta de alimentos.

El MSP junto con la OMS refieren que vivimos actualmente la emergencia de problemas que son propios del desarrollo: de manera lenta, la desnutrición infantil tiene un paulatino descenso; la obesidad, por el contrario, aumenta cada día, en el Ecuador es evidente el sobrepeso y la obesidad: que se caracteriza durante los primeros años de vida y aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar, el Plan Nacional para el Buen Vivir en sus objetivos, referente a mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía, indica entre sus lineamientos:

- Asegurar una alimentación sana, nutritiva, natural y con productos del medio para disminuir drásticamente las deficiencias nutricionales.
- Promover el deporte y las actividades físicas. Además señala, como metas: Reducir en un 45% la desnutrición crónica al 2013.[70]

[70] NORMAS DE NUTRICIÓN PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, Ministerio de salud pública del ecuador coordinación nacional. Disponible en http://www.opsecu.org. Pdf.

ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

Los resultados obtenidos en lo referente a la Inmunización con Difteria y Tétanos en escolares y adolescentes del barrio el **100%** se encuentran inmunizados con esta vacuna.

Datos que concuerdan con la propuesta establecida por el MSP (Ecuador), en donde da cumplimiento a uno de los objetivos en administrar en las escuelas y colegios fiscales y particulares la Vacuna DT optimizando el esquema completo de vacunación.[71]

[71] VACUNACIÓN EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES: Disponible en www.slidesshare. Salud escolar.net.

TABLA Nº 12
AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

AGUDEZA VISUAL	f	%
NORMAL	57	91,94
CON PROBLEMAS	5	8,06
TOTAL	**62**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS.

En la presente tabla podemos constatar en cuanto a la evaluación realizada a los escolares y adolescentes de agudeza visual mediante la utilización de la Cartilla de Snelle, se encuentran normales con un **91,94%** y un **8,06%** presentan problemas.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define que las principales causas de discapacidad visual son: errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos: 43%; cataratas no operadas: 33%, glaucoma: 2%, se estima que el número de niños con discapacidad visual asciende a 19 millones, de los cuales 12 millones la padecen debido a errores de refracción, fácilmente diagnosticables y corregibles. En los últimos años el 80% de los casos de discapacidad visual son prevenibles o curables, alcanzado mejoras resultados con la implantación, por los gobiernos, de programas y normas para la prevención y el control de la discapacidad visual;

- Incorporación paulatina de los servicios de Oftalmología en los sistemas de atención primaria y secundaria, con énfasis en la prestación de servicios accesibles, asequibles y de alta calidad.
- Organización de campañas de sensibilización, por ejemplo en el marco de la educación escolar.[72]

[72] CEGUERA Y DISCAPACIDAD VISUAL, OMS disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/

ACCESO O NO AL ESTUDIO ACADÉMICO DE LA POBLACIÓN ESCOLAR Y ADOLESCENTES DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

En lo referente a los escolares y adolescentes que tienen acceso o no al estudio representan el **100%** de la población, deduciendo de esta manera que cuentan con el apoyo económico que necesitan por parte de los padres o familia para solventar gastos estudiantiles y en gran parte se benefician de la educación gratuita.

RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III SEGÙN INFORMANTE

El rendimiento académico de los escolares y adolescentes del barrio es bueno en un **100%** según informante.

Deduciendo de esta manera que la enseñanza que reciben en diferentes instituciones educativas es satisfactoria para responder a diferentes respuestas de capacidad, de la misma manera los docentes utilizan diferentes métodos de aprendizaje para conseguir buenos resultados en los mismos.

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III SEGÚN FAMILIAR INFORMANTE

Los escolares y adolescentes del Barrio Colinas del Norte, en un **100%** no presentan ningún tipo de problemas de conducta según familiar informante.

El mantener un vínculo afectivo con los padres, dedicar tiempo, prestar atención a sus actuaciones y ejercer control sobre ellos, favorece a mantener una buena comunicación con los hijos, para de esta manera conocer problemas que atraviesan.

TABLA Nº 13
MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA

MÉTODOS	f	%
Método del Ritmo	21	60
Esterilización Tubárica	11	31,43
Implantes	2	5,71
Orales	1	2,86
TOTAL	**35**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL
NOTA: se elimina la categoría Inyectables, T de Cobre, Métodos de Barrera, por no existir casos.

ANÁLISIS.

De acuerdo a los resultados conseguidos en la siguiente tabla se puede evidenciar que el método de regulación de la fecundidad que se destaca es el método del ritmo con un **60%,** la esterilización tubárica con un **31,43%;** implantes con un **5,71%** y en menor valor el método oral con un **2,86**%, manifestando de esta manera que la mayoría de las mujeres tiene un conocimiento acerca del método del ritmo, el restante de mujeres utilizan diferentes métodos anticonceptivos, que para su uso acuden o acudieron aún profesional de la salud.

La OMS calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación utilizando o no, algún método anticonceptivo.[73]

[73] PLANIFICACIÓN FAMILIAR OMS, Disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/

TABLA Nº 14
DOSIS DE VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

NÚMERO DE DOSIS RECIBIDAS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Primero	73	100	0	0,00	73	**100**
Segunda	64	87,67	9	12,33	73	**100**
Tercera	48	65,75	25	34,25	73	**100**
Cuarta	31	42,47	42	57,53	73	**100**
Quinta	14	19,18	59	80,82	73	**100**
Refuerzos	7	100	0	0,00	7	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente tabla, nos muestra que el total de Mujeres en edad Fértil (MEF) han recibido la primera dosis de la vacuna Difteria y Tétanos, con un valor del **100%**, con un **87,7%** la segunda dosis, un **65,75%** la tercera dosis, cuarta dosis con un **42,47%,** la quinta y refuerzos respectivos se reducen puesto que no se encuentran dentro de las edades apropiadas para su administración de acuerdo al esquema de aplicación (10-49 años).

En nuestro estudio el total de la población son 73 mujeres en edad fértil las mismas que tienen el esquema de vacunación con dT completo de acuerdo a la edad, siendo importante que toda mujer en edad fértil deba estar inmunizada contra las enfermedades más comunes.

TABLA Nº 15
REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

PAPANICOLAOU	f	%
SI	33	94,28
NO	2	5,71
TOTAL	**33**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas del Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS.

En la presente tabla se evidencia que la mayoría de las mujeres con vida sexual activa se realizan el Examen del Papanicolaou, con un porcentaje del **94,28%,** y con un **5,71%** de las mujeres no se realizan el Papanicolaou, deduciendo de esta manera que la mayoría de mujeres si han tenido la oportunidad de realizarse dicho examen, el restante no se ha realizado ya sea por desconocimiento o simplemente temor.

La OMS involucra el Papanicolaou dentro de las acciones de atención de Cáncer Cérvico Uterino, define al mismo como el segundo cáncer que causa muerte en la población femenina, el personal de salud de primer nivel ofrece esta toma a mujeres entre 25 a 54 años de edad y a toda mujer que haya iniciado vida sexual, en especial a aquellas con factores de riesgo, a quien la solicite independientemente de su edad.[74]

[74] Organización Mundial de la Salud. Control Integral del Cáncer Cérvico Uterino, Guía de prácticas esenciales 2007. Disponible en: http:// www.who.int/reproductive- Elath /Publications /es /cervical_ cancer_gep/ index.html. Consultado 4 de septiembre de 2007.

TABLA Nº 16
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, DEGENERATIVAS, DE IMPACTO Y DISCAPACIDADES DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES	f	%
Enfermedades Crónicas	9	4,84
Enfermedades Degenerativas	2	1,08
Discapacidades	1	0,54
Ninguna	174	93,55
TOTAL	**186**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL
NOTA: se elimina la Categoría De Enfermedades de Impacto por no existir.

ANÁLISIS.

Según los datos obtenidos en la presenta tabla se puede evidenciar que el 4,84% corresponda a la población con enfermedades crónicas, con un 1,08% a las enfermedades degenerativas y el 0,54% a discapacidades, que la mayor parte de la población poseen un buen estado de salud.

Respecto de las enfermedades crónicas degenerativas consideradas como un conjunto de condiciones crónicas (Diabetes Mellitus, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, tumores malignos) que aparecen como problemas emergentes desde hace dos décadas y que en la actualidad se han convertido en las principales causas de muerte y discapacidad, este grupo de enfermedades está relacionado con un conjunto de factores de riesgo, comunes a la mayoría de ellos, tales como la obesidad, sobrepeso, inactividad física y consumo de tabaco y alcohol.[75]

[75] OPS/OMS, Situación de salud en Ecuador, 2006, pág.; 24 - 25

6.4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, DEGENERATIVAS, Y DISCAPACIDADES

TABLA Nº 17

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

PATOLOGÍAS	menores de 1 año		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-64 años		65 años y más		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Asma	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,54	0	0,00	0	0,00	1	0,54
Hipertensión Arterial	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	2,15	1	0,54	5	2,69
Diabetes Mellitus	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,08	1	0,54	3	1,61
Ninguna	2	1,08	10	5,38	14	7,53	47	25,27	104	55,91	0	0,00	177	95,16
TOTAL	**2**	**1,08**	**10**	**5,38**	**14**	**7,53**	**48**	**25,81**	**110**	**59,14**	**2**	**1,08**	**186**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS.

De acuerdo al perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas del Barrio Colinas Norte Sector I y III, la población que presenta Hipertensión Arterial está representado con un valor del 2,69%, un 1,61% con Diabetes Mellitus y un 0,54% con Asma que corresponde las edades de 10-19 años de edad, prevaleciendo el grupo etario de 20-64 años de edad siendo este el económicamente activo.

En febrero del 2008 se celebró en Ginebra una Consulta Mixta OMS/FAO de Expertos en Régimen Alimentario, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas, dicha Consulta reconoció que la epidemia creciente de

enfermedades crónicas que aqueja tanto a los países desarrollados como a los países en desarrollo está relacionada con los cambios de los hábitos alimentarios y del modo de vida, y emprendió la tarea de examinar los considerables progresos científicos sobre la determinación de la existencia de diversos mecanismos que conducen a las enfermedades crónicas están más claros.

Se han encontrado diferentes causas para su aparición, los estilos y modos de vida como:

- ✓ Alimentación deficiente: alta en grasas saturadas, sal, carbohidratos refinados y azúcares simples.
- ✓ Consumo de tabaco, alcohol o el uso y abuso de sustancias.
- ✓ La ansiedad, depresión y stress, el sedentarismo, la escasa actividad física.
- ✓ El bajo consumo de frutas y verduras. [76]

[76] ENFERMEDADES CRÓNICAS - DEGENERATIVAS Y SALUD MENTAL: Disponible en: http://www.unl.edu.ec/salud/wp-content/uploads/2010/02/MODULO-VI1.pdf

TABLA Nº 18
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

PATOLOGÍAS	Menores de 1 año		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-64 años		65 años y más		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cáncer de Cerebro	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,54	0	0,00	1	0,54
Tumor cerebral	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,54	0	0,00	1	0,54
Ninguna	2	1,08	10	5,38	14	7,53	48	25,81	108	58,06	0	0,00	184	98,92
TOTAL	**2**	**1,08**	**10**	**5,38**	**14**	**7,53**	**48**	**25,81**	**110**	**59,14**	**2**	**1,08**	**186**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS.

En el Barrio Colinas Norte Sector I y III, encontramos entre la población una persona con Cáncer de Cerebro que representa un 0,54% al igual que un 0,54% con Tumor Cerebral, los cuales se encuentra en el grupo etario de 20-64 años de edad.

Hoy en día el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo, aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a factores de riesgo conductuales y dietéticos: IMC elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumos de tabaco, alcohol. Se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en 2030. El envejecimiento es otro factor fundamental en la aparición del Ca, muy probablemente porque se va acumulando factores de riesgo que se combinan con la tendencia a los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad.[77]

[77] ENFERMEDADES CRÓNICAS-DEGENERATIVAS Y SALUD MENTAL, disponible en http/ww.unl.edu.ec/salud/pdf.

TABLA Nº 19
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE DISCAPACIDADES DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III

DISCAPACIDAD	Menores de 1 año		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-64 años		65 años y más		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
Síndrome de Down	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,54	0	0,00	0	0,00	1	0,54
Ninguna	2	1,08	10	5,38	14	7,53	47	25,27	110	59,14	2	1,08	185	99,46
TOTAL	**2**	**1,08**	**10**	**5,38**	**14**	**7,53**	**48**	**25,81**	**110**	**59,14**	**2**	**1,08**	**186**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Colinas Norte Sector I y III
ELABORADO POR: Lida Sánchez, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS.

En lo que respecta a las discapacidades encontramos dentro de la población en estudio una persona con Síndrome de Down con un valor del 0,54% correspondiente al grupo etario de 10-19 años.

La Misión Solidaria Manuela Espejo es una cruzada sin precedentes en la historia del Ecuador, para lograr la inclusión de las personas con discapacidad del país. Entre 2009 y 2010 refleja que la tasa nacional de personas con discapacidades de 2,43 por 100 habitantes. Según datos del censo 2010, un 42% de las discapacidades son físicas, 22% visuales, 14% mentales y 7,3% auditivas.[78]

[78] PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES, Instituto Nacional de Estadística y Censos; Ministerio de Salud Pública, Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php.

7. DISCUSIÓN.

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

El desarrollo del trabajo con miras a la elaboración del diagnóstico comunitario, tuvo como punto de partida el acercamiento con los líderes comunitarios del sector, para conjuntamente con la comunidad establecer el diagnóstico participativo tendiente a determinar las características de la comunidad, sus fortalezas, necesidades y oportunidades que como producto final permitieron establecer una línea de base, perfil epidemiológico y el diagnóstico comunitario de salud del **Barrio Colinas Norte Sector I y III.**

En esta investigación se consideró, que un diagnóstico comunitario es un proceso de recolección, ordenamiento, estudio y análisis de datos e información que nos permitió conocer mejor la realidad de la comunidad para dar en un futuro respuestas a los problemas de la misma.

A través de esta investigación se tomó como base el Nuevo Modelo de Atención de Salud del Ecuador, el cual ha sido adoptado en varios países entre los que tenemos Cuba, Israel y en Sudamérica, a esta guía se adhirió el Perú con un Modelo de Atención de Salud con características similares a las de nuestro país, esto es considerado como proceso creativo de construcción de Modelos Sanitarios que contribuyen a mejorar las prestaciones de salud en zonas rurales contribuyendo así a mejorar el estado de Salud y la calidad de vida de la población, priorizando a las más deprimidas y de mayor riesgo.

El Modelo de Atención de Salud parte de una línea de base y de indicadores socioeconómicos de cada país, en donde mediante el manejo de variables como son: nivel de escolaridad, empleo, acceso a los servicios de salud, vivienda, infraestructura sanitaria, etc., indicadores que analizados y cruzados con las variables respectivas van a dar resultados que permitirán determinar la calidad de vida que están teniendo los pueblos y comunidades en relación a sus condiciones de salud.

A nivel de país se tiene indicadores relacionados a salud del año 2010, que se los relaciona con la atención de salud a nivel primaria y son:

- Tasa de fecundidad 2,6
- Coberturas de vacunación:
  - BCG 118,02%
  - Pentavalente 99,32%
  - OPV 98,1%
  - SRP 96,56%

También el país cuenta con perfil epidemiológico de morbilidad y mortalidad basada en el número de egresos hospitalarios en una forma global, que no hace referencia a zonas y menos aún a parroquias y localidades.

Con estos antecedentes ponemos a discusión los indicadores y características particulares encontradas en esta investigación mediante las cuales damos a conocer la realidad de la comunidad de **Colinas Norte Sector I y III** y por lo tanto describiremos datos concretos y reales obtenidos mediante el diagnostico comunitario de salud realizado en este sector.

Las características de la comunidad en lo referente a su ubicación geográfica, contexto histórico, creencias, costumbres, accesibilidad y medios de comunicación con que cuenta la comunidad, hacen que esta tenga sus particularidades bien definidas ya que se trata de una

comunidad urbana ubicada en el sector norte a 2,5km del Hospital Universitario de Motupe, en cuanto a los resultados encontrados tenemos:

- En relación a la población cuenta con una población de 186 habitantes, con un número de 85 hombres y 101 mujeres, con predominio del sexo femenino.
- En el nivel de escolaridad predomina el bachillerato con un 38,71%, seguido de las especialidades con un 19,89%.
- Los riesgos biológicos encontrados son 3,23% de personas con mala nutrición y 0,54% de personas con discapacidad.
- Los riesgos sanitarios encontrados son; animales intradomiciliarios con un 2,13%.
- Riesgos socioeconómicos con sus indicadores de:
  - Pobreza de 4,26%.
  - Desempleo o empleo informal del jefe de familia en un 6,38%.
  - Desestructuración familiar con un 21,28%.
- Acceso a tamizaje metabólico neonatal en los niños con cobertura del 25%, y no se les realizo al 75%.
- Esquemas completos de vacunación en niños menores de 5 años en un 100%.
- Ocupación de los habitantes con predominio de los Empleados Públicos con el 15,59%
- Acceso a la Unidad de Salud del sector (Hospital de Motupe) con el 20,97%.
- Estado nutricional de niños menores de 5 años con el 100% estado óptimo nutricional.
- Lactancia materna en niños menores de 5 años con una cobertura de 91,67%.
- Accesibilidad cultural a controles médicos de los niños con un 100% de participación al primero control preventivo y el segundo control.

- Estado nutricional normal de los adolescentes y escolares en un 91,94%.
- Vacunación con DT en escolares y adolescentes en un 100%.
- Personas con agudeza visual normal 91,94%.
- Acceso a educación en escolares y adolescentes en un 100%.
- Buen rendimiento académico en escolares y adolescentes en un 100%.
- Problemas de conducta en escolares y adolescentes el 100% si problemas.
- La población de mujeres en edad fértil (MEF) es de 73, de ellas 35 tienen vida sexual activa y usan métodos de planificación familiar que corresponde al 47,9%.
- Cobertura de dT en mujeres en edad fértil en un 100%.
- 94,28% de aceptación a la prueba de Papanicolaou.
- 4,84% de personas con enfermedades crónicas.

Los indicadores antes mencionados hacen relación a las características de la comunidad, su realidad económico - social, ambiental y de salud, indicadores en muchos de los casos positivos que están en concordancia con los indicadores a nivel nacional, como es el caso de las coberturas de vacunación que superan en los niños el 95 % que es la cobertura ideal planificada por el MSP.

En escolaridad la población tiene un grado de preparación aceptable propio de la población que vive en sectores cercanos a las ciudades que son los que tienen mejores oportunidades de acceso a la educación.

En relación al perfil epidemiológico estos problemas coinciden en gran medida con el mosaico epidemiológico del país, por lo tanto esto amerita una intervención integral y oportuna por parte de las autoridades que propicien intervenciones intersectoriales para así lograr un importante impacto en la disminución de muertes y complicaciones evitables.

Los resultados obtenidos tienen una connotación trascendental, por lo tanto su relación y discusión es amplia por lo que dejo a consideración de los

próximos investigadores estos aportes para que con su experiencia y dedicación puedan intervenir en la problemática encontrada. Con estas experiencias reales y concretas de la comunidad planteen propuestas efectivas que mejoren el estado de salud y la calidad de vida de esta comunidad.

8. ***CONCLUSIONES***

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

- La población en estudio correspondiente al sexo, predomina el femenino y de acuerdo a los rangos con mayor porcentaje es la de adultos de 20–64.

- El nivel de escolaridad de los habitantes del Barrio Colinas Norte sector I y III de acuerdo al nivel de instrucción se destaca la educación secundaria, determinando que este barrio tiene un buen estatus económico lo que permite que accedan a los servicios educativos.

- En cuanto a los riesgos de las familias del Barrio Colinas Norte sector I y III, se destacan los riesgos Socioeconómicos: que corresponde a la destrucción familiar, el desempleo o empleo informal del jefe de familia en menor predominio la pobreza.

- Dentro de los riesgos Biológicos se muestra que en la población del barrio existe una persona con discapacidad, algunas personas con mala nutrición.

- En lo referente a los riesgos Sanitarios posee animales intradomiciliarios.

- Con respecto a la ocupación de los habitantes de este barrio, se ubica a la comunidad estudiantil como primer lugar, seguidamente por los diferentes empleos lo que equivale a la población económicamente activa y ocupaciones sin remuneración.

- El lugar de mayor recurrencia para la atención médica se destaca otras instituciones como clínicas, policlínicos, ISFFA, médicos privados.

- Con respecto a los métodos de regulación de fecundidad adoptados por las mujeres del Barrio Colinas Norte Sector I y III, en su mayor parte se destaca el método del ritmo en un menor valor los métodos orales de esta manera la mayoría de las mujeres tienen conocimientos acerca de los métodos de fecundidad.

- La mayor parte de las mujeres con vida sexual activa de este barrio se realizan el Examen del Papanicolaou.

- Con Respecto a las Enfermedades Crónico, Degenerativas de los habitantes del Barrio Colinas Norte Sector I y III, se destacan el asma, la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus siendo representadas con un valor del 5,38% , seguidos de personas que posee algún tipo de discapacidad, con un valor de 0,54%, la población restante posee un buen estado de salud.

- El mapa parlante del Barrio Colinas Norte Sector I y III se actualizó, durante la elaboración del trabajo Investigativo, obteniendo los resultados siguientes: número de familias encuestadas 47; casas que no colaboran 3; casas fallidas 3; casas no habitadas 14; Número total de habitantes 186; Masculino 85, Femenino 101.

9. RECOMENDACIONES

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

- Es necesario que se establezcan convenios interinstitucionales con las organizaciones religiosas, parroquiales y barriales para que se difunda sobre los beneficios que presta el Hospital Universitario de Motupe.
- Que la organización barrial fomente actividades que enriquezcan la unión y cooperación en beneficio del mismo.
- Proporcionar información sobre los programas de inmunización que lleva a cabo el MSP de acuerdo a los grupos de riesgo, con la finalidad de aportar aun óptimo estado de salud de los habitantes de este sector.
- Que el equipo de salud del Hospital Universitario de Motupe, realice controles médicos frecuentes a este sector con la finalidad de diagnosticar y dar un oportuno tratamiento a los problemas de salud que se puedan presentar en el mismo.
- Que el Hospital Universitario de Motupe continúe con la culminación de este valioso trabajo investigativo, el mismo que será la base fundamental para el mejoramiento del mismo y a su vez brindar una mejor atención al usuario.

10. BIBLIOGRAFIA

- Bobadilla Díaz, P., Del Águila Rodríguez, L. y Morgan, M. de la L. (1998). *Diseño y evaluación de proyectos de desarrollo*. Lima-Perú: Pact-USAID.
- ✓ Vásquez, E.; Aramburú, C. E.; Figueroa, C. y Parodi, C. (2001). *Gerencia social. Diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales*. Lima-Perú: Universidad del Pacífico.
- ✓ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Subsecretaria Nacional de Gobernanzas en Salud Publica, Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, Edición 2013. Quito – Ecuador.
- ✓ Aramburú, Carlos Eduardo (2001). «Métodos y técnicas de investigación social». *Gerencia social. Diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales*. Lima-Perú: Universidad del Pacífico.
- ✓ Carcavallo RU, Martínez A (1985). Biología, ecología, distribución geográfica de los triatominos americanos, pp. 149-157 en (Carcavallo RU, Rabinovich JE, Tonn RJ eds.) Factores biológicos y ecológicos en enfermedades Prevalentes, Vol. II. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud OPS/OMS – Ministerio de Salud y Acción Social, Ecuador.
- ✓ MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 48-53
- ✓ MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 60-63
- ✓ Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4ta Edición, Septiembre 2012
- ✓ CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.
- ✓ Proyecto de detección temprana e intervención de Discapacidad Visual en el Ecuador. Disponible: Estudio de OACDH sobre el derecho de los

niños y niñas a la Salud, Defensoría del pueblo ecuatoriano. 7 Septiembre de 2012.

- ✓ Disponible en: GINECOLOGIA DE RIGOL. CAP. 5 Pág. 41-42. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h15min.
- ✓ RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia "Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador"
- ✓ Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38.Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001.
- ✓ Manual de Lactancia Materna, PDF, Universidad Nacional de Chile 2010, consultado el 01/12/2013, 21h00.
- ✓ Ecuador: estimaciones y proyecciones de población INEC, CEPAL; Quito, Octubre 2012; Disponible en;
    - http//estimaciones y proyecciones de población INEC.com

- ✓ Resultados provinciales, Loja Disponible en;
    - http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/manu-lateral/resultados-provinciales/loja.pdf

- ✓ Situación de la educación en el ecuador, Disponible en ;
    - http//www.eumed.net/cursecon/2006/gvd.htm

- ✓ INEC (instituto nacional de estadísticas y censos), estructura de población de Loja; Disponible en;
    - http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/manu-lateral/resultados-provinciales/loja.pdf

- ✓ Nutrición datos y cifras OMS (Organización Mundial de la Salud), Disponible en;
    - http://www.who.int/topics/nutrition/es/

- ✓ Plan estratégico nacional para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, proceso de normalización y de control y mejoramiento de la salud pública (inec.msp) 2011: Disponible en;
    - http://www.paho.org/saludenlasamericas

- ✓ OMS (organización mundial de la salud); Disponible en;
    - http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/

- ✓ Programa de tamizaje neonatal: proyecto coordinado por el msp y la vicepresidencia de la república, Disponible en;
    - http://www.elciudadano.gob.ec/

- ✓ Equipo nacional y provincial del PAI y colaboradores, Manual de normas Técnico-Administrativas, métodos y procedimientos de vacunación y vigilancia epidemiológica del programa ampliado de inmunizaciones (PAI), edición: equipo PAI del MSP y consultor de inmunizaciones OPS/OMS: quito-ecuador 2005.
- ✓ Estructura de población, instituto nacional de estadísticas y censos INEC, Disponible en;
    - http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/.pdf

- ✓ Lactancia materna organización mundial de salud, Disponible en;
    - http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/

- ✓ Lineamiento técnico de salud en la primera infancia/ de cero a 5iempre/ Disponible en;
    - http://www.deceroasiempre.gov.co/quienessomos/documents/.de-salud-en-la-primera-infancia.pdf

- ✓ Normas de nutrición para la prevención secundaria del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes, ministerio de salud pública del ecuador coordinación nacional. Disponible en;
  - http://www.opsecu.org. pdf

- ✓ Vacunación en escolares y adolescentes: Disponible en;
  - www.slidesshare. salud escolar.net

- ✓ Ceguera y discapacidad visual, OMS Disponible en;
  - http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/

- ✓ Planificación familiar OMS, Disponible en;
  - http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/

- ✓ Organización mundial de la salud. control integral del cáncer cérvico uterino, guía de prácticas esenciales 2007. Disponible en;
  - http:// www.who.int/reproductive- elath /publications /es /cervical_ cancer_gep/ index.html. consultado 4 de septiembre de 2007.

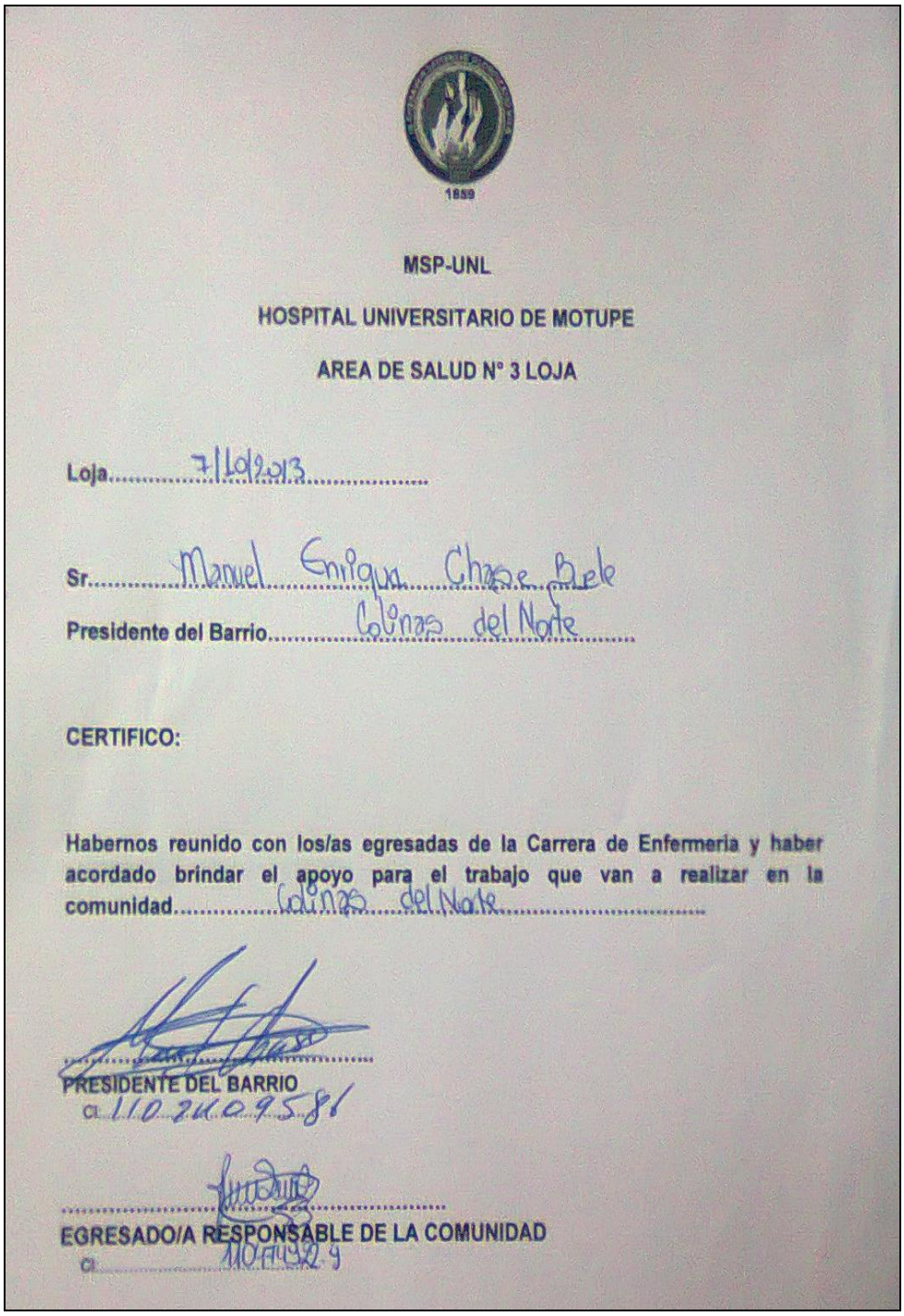
- ✓ OPS/OMS, situación de salud en ecuador, 2006, pág.; 24 – 25.
- ✓ Enfermedades crónicas - degenerativas y salud mental: Disponible en;
  - http://www.unl.edu.ec/salud/wp-content/uploads/2010/02/modulo-vi1.pdf

- ✓ Enfermedades crónicas-degenerativas y salud mental, Disponible en;
  - http/ww.unl.edu.ec/salud/pdf.

- ✓ Plan estratégico nacional para la prevención y control de enfermedades, instituto nacional de estadística y censos; ministerio de salud pública, Disponible en;
  - http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php

6. ANEXOS

CERTIFICADO DEL PRESIDENTE



1859

MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja 7/10/2013

Sr. Manuel Enrique Chase Bele

Presidente del Barrio Colinas del Norte

CERTIFICO:

Habernos reunido con los/as egresadas de la Carrera de Enfermeria y haber acordado brindar el apoyo para el trabajo que van a realizar en la comunidad Colinas del Norte

PRESIDENTE DEL BARRIO

CI 1102409581

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

CI 1104142429

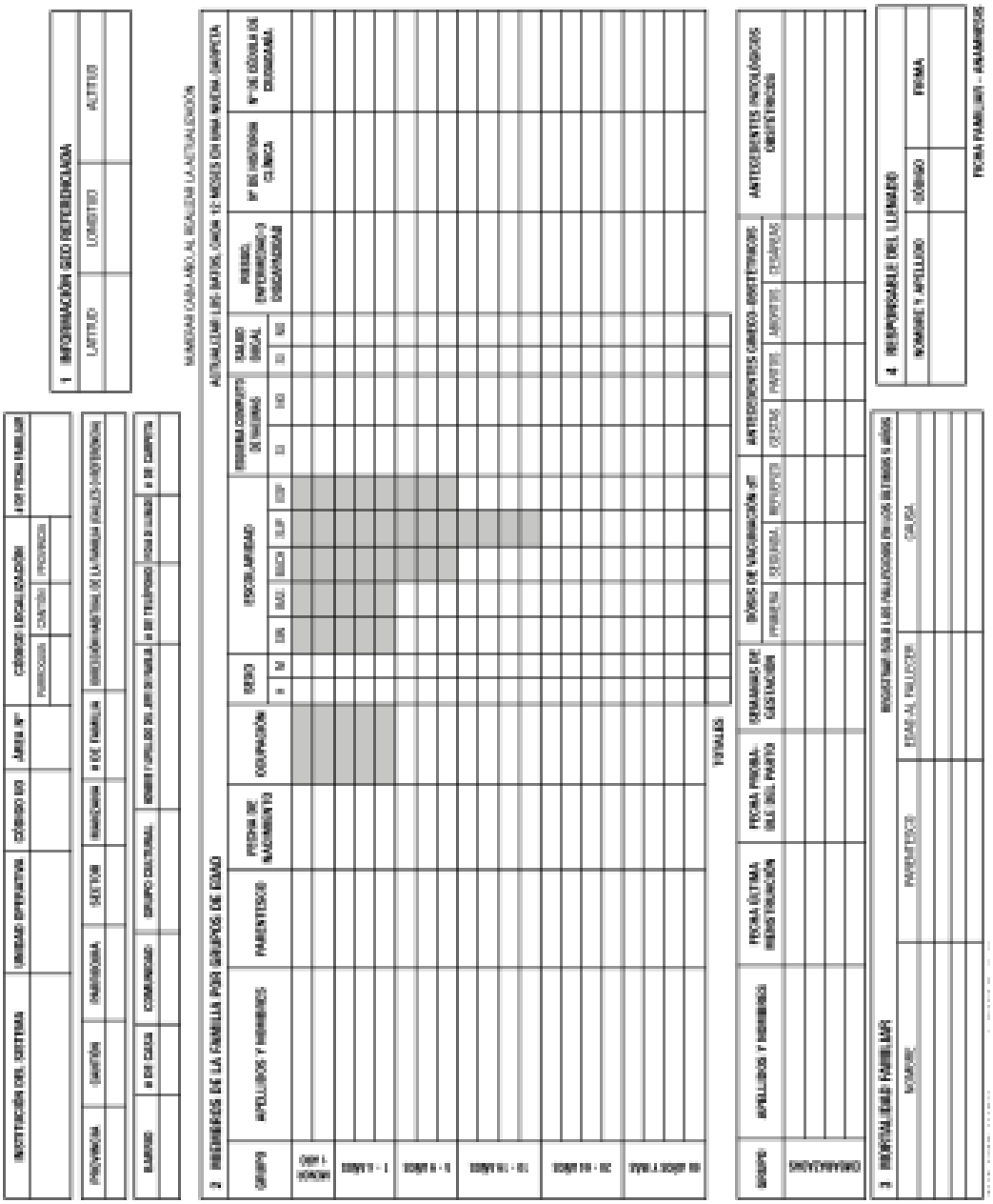
FICHA FAMILIAR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD Nº 3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

FICHA FAMILIAR DE SALUD Nº ☐☐☐☐

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA _____



1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIAL		
LATITUD	LONGITUD	ALTITUD

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CÓDIGO UO	ÁREA Nº	CÓDIGO UBICACIÓN			Nº DE FICHA FAMILIAR
				PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	SECTOR	MANZANA	Nº DE FAMILIA	DIRECCIÓN EXACTA DE LA FAMILIA (CALLES Y NÚMERO)

BARRIO	Nº DE CASA	COMUNIDAD	GRUPO CULTURAL	NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE DE FAMILIA	Nº DE TELÉFONO	FECHA DE ENCUESTA	Nº DE CARPETA

2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

MARQUE CADA AÑO AL REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN

ACTUALIZAR LOS DATOS, CADA 12 MESES DE ENERO - DIAPOSITA

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	SEXO			ESCOLARIDAD				ESCUELA CONCURSO DE HISTORIAS			SALUD BUCAL			PESO, ENFERMEDAD Y DISCAPACIDAD	Nº DE HISTORIA CLÍNICA	Nº DE CÉDULA DE CIUDADANÍA
					F	M	DIS	SUC	SUP	CUP		I	II	III	D	I	II	III		
Niños 1 año																				
1 - 4 años																				
5 - 9 años																				
10 - 19 años																				
20 - 64 años																				
65 años y más																				
TOTALES																				

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA ÚLTIMA INSCRIPCIÓN	FECHA PROBABLE DEL PARTO	REMARCAR DE GESTACIÓN	BÓRAS DE VACUNACIÓN Nº		ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS			ANTECEDENTES PATOLÓGICOS GENÉTICOS
					PRIMERA	SEGUNDA	G	P	A	C
GRUPO FAMILIAR										

3 INFORMACIÓN FAMILIAR

REGISTRAR SOLO A LOS FALLECIDOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD FALLECIDO	CAUSA

4 RESPONSABLE DEL LLENADO

NOMBRES Y APELLIDOS	CÓDIGO	FIRMA

FICHA FAMILIAR - ENFERMERÍA

5 CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES			FECHAS DE CALIFICACIÓN			

CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE: 0 = SIN RIESGO 1 = RIESGO MUY BAJO 2 = RIESGO BAJO 3 = RIESGO MODERADO 4 = RIESGO ALTO

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

CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0 =SIN RIESGO 1 - 14=RIESGO BAJO 15 - 34=RIESGO MEDIO 35 - 72=RIESGO ALTO

RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN				

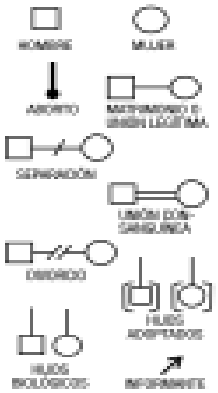
6. EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

RIESGO		ACTIVIDADES PROGRAMADAS		EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS					
FECHA DE ANÁLISIS	NÚMERO	COMPROMISO DE LA FAMILIA	COMPROMISO DEL EQUIPO DE SALUD	FECHA DE EVALUACIÓN	SI CUMPLE	NO CUMPLE	PARCIAL	CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES	RESPON-SABLE

7. FAMILIOGRAMA

SEÑALAR EL SÍMBOLO O LA ABREVIATURA CORRESPONDIENTE A LA SITUACIÓN FAMILIAR Y PERSONAL
CORTAR EL SIMBOLO Y LA ABREVIATURA NECESARIA, PEGAR EN EL ESPACIO DE LA GENERACIÓN CORRESPONDIENTE Y ADAPTAR EL FORMATO

SIMBOLOGÍA	ABREVIATURAS		
		ABUELOS	
		PADRES	
		HIJOS	



IN	INFARTO
HT	HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DI	DIABETES
CA	CÁNCER
EP	EPILEPSIA
TB	TUBERCULOSIS
AS	ASMA
TA	TABAQUISMO
AL	ALCOHOLISMO
DR	DROGA DEPENDENCIA
DC	DISCAPACIDAD
MI	MIGRAÑA
EM	EMBARAZO
X	FALLECIDO

8. UBICACIÓN DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN

NORTE

9. CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

FECHA INFORME	TIPO DE CONTAMINANTE Y DESCRIPCIÓN	CAUSANTE DE LA CONTAMINACIÓN

10. LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO

SNS-INSP / HCU – anexo 1 /2006 (hoja 4)

FICHA FAMILIAR – FAMILIOGRAMA Y CONTAMINACIÓN

ANEXO DE LA FICHA FAMILIAR

ANEXO A LA FICHA FAMILAR

BARRIO: ..... N° DE FICHA FAMILIAR.....

APELLIDO PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA.....

PROTECCION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

1. VACUNACION

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

2. CONTROL DEL NIÑO SANO

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

ATENCION INTEGRAL DEL ESCOLAR Y ADOLESCENTE

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

PROTECCION DE LA MUJER

1. ATENCIÓN MATERNA

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

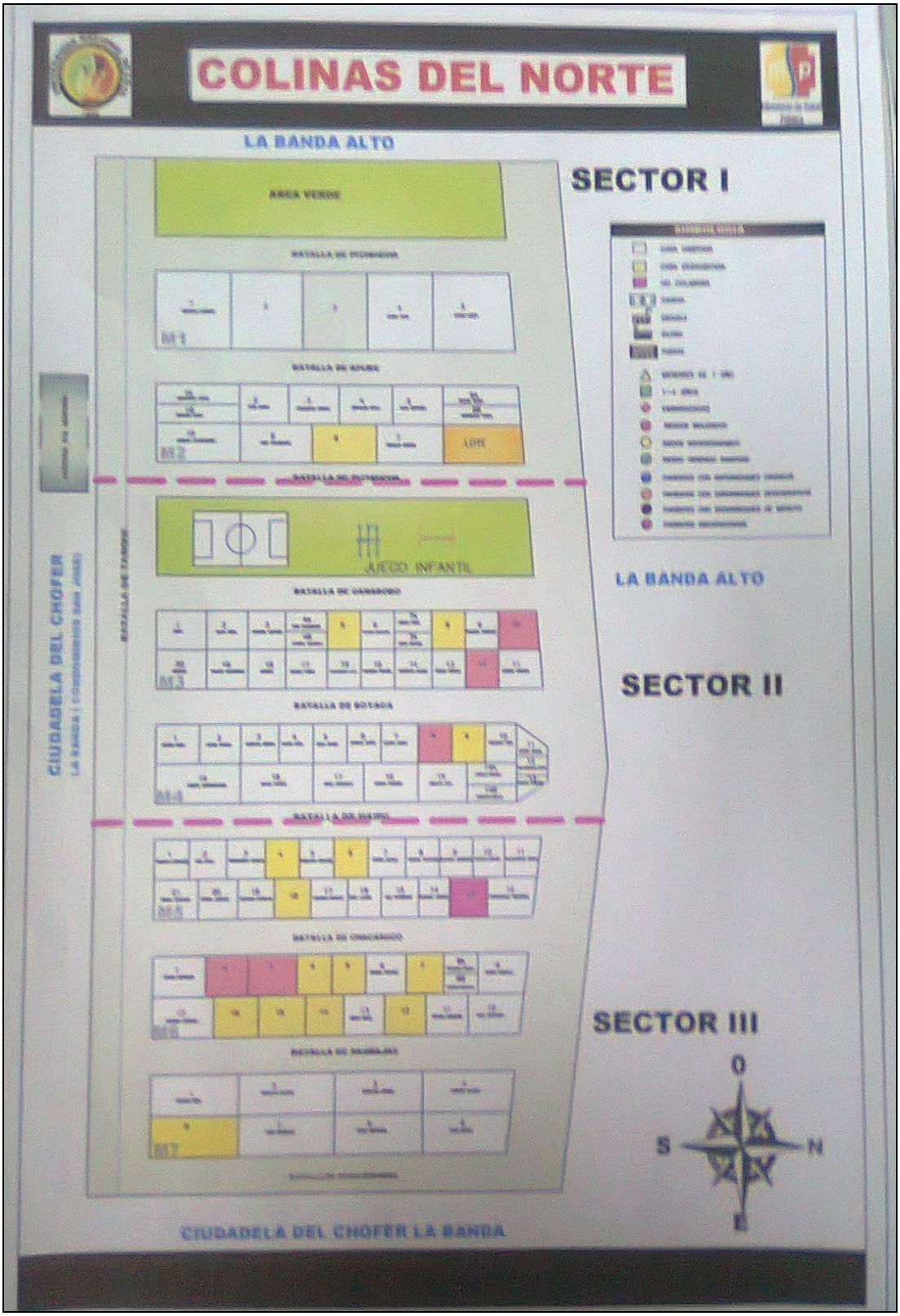
2. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

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

PROBLEMAS DE SALUD CRONICOS

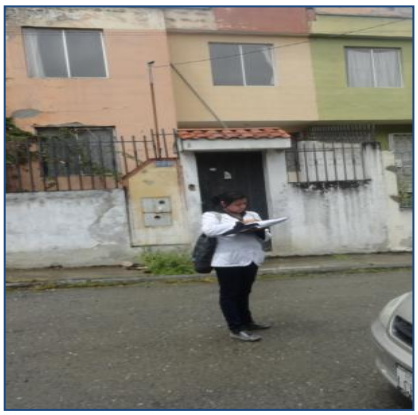
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ENFERMEDAD CRONICA	CONTROLES				
			1°	2°	3°	4°	5°

- **MAPA PARLANTE**

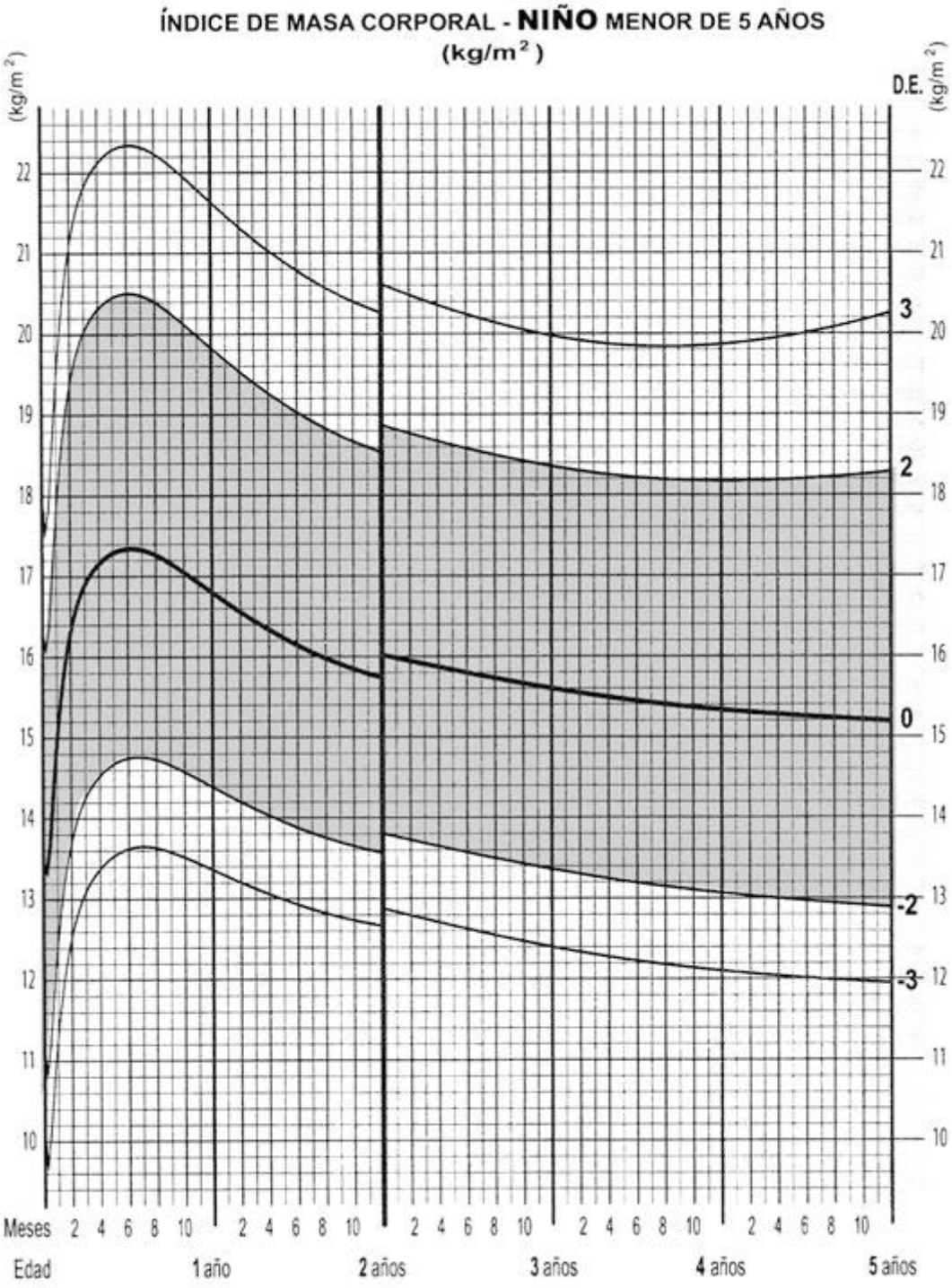


EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

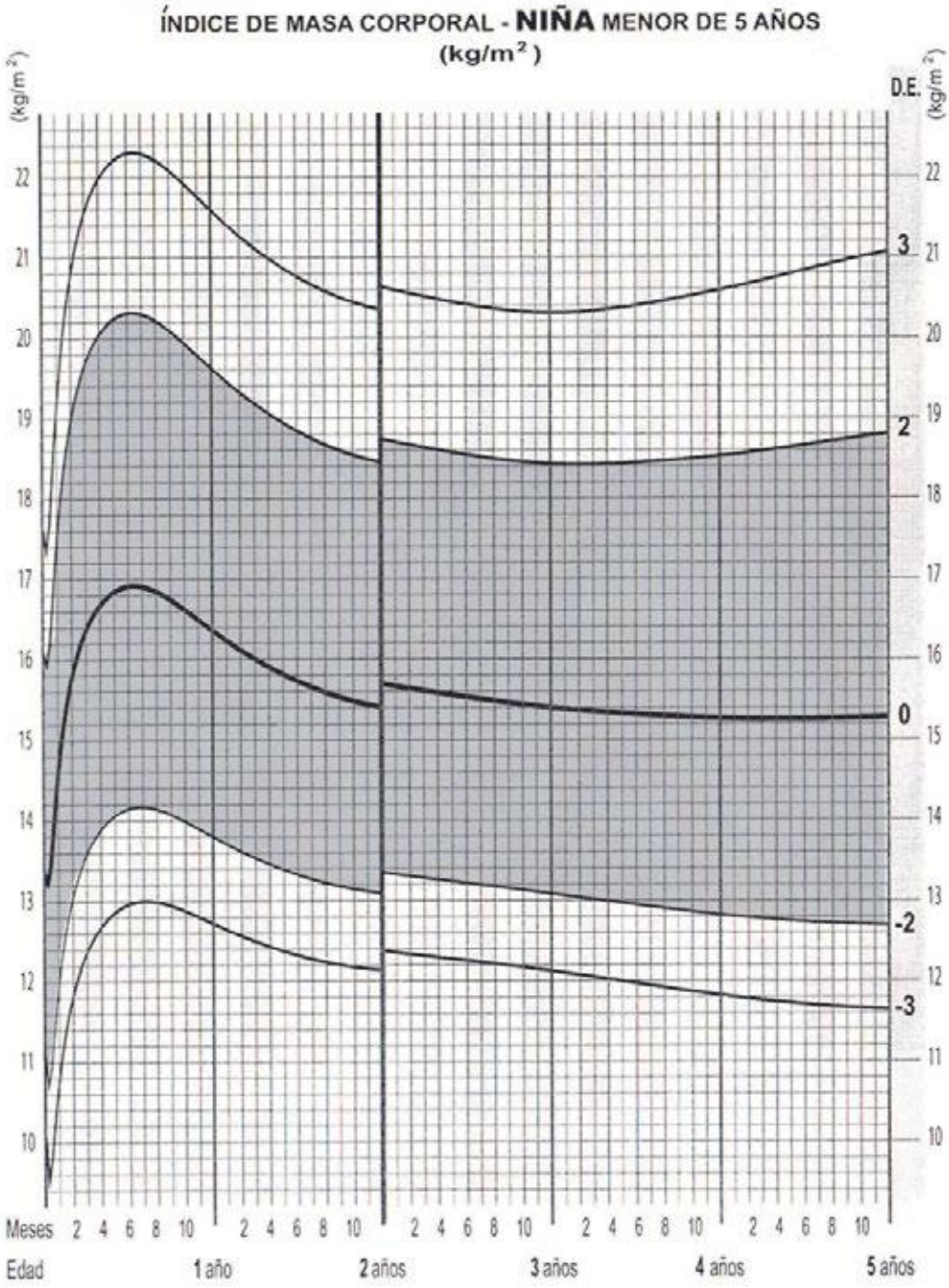
Recolección de la información



INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS



CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS



CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Peso [Kilograms]

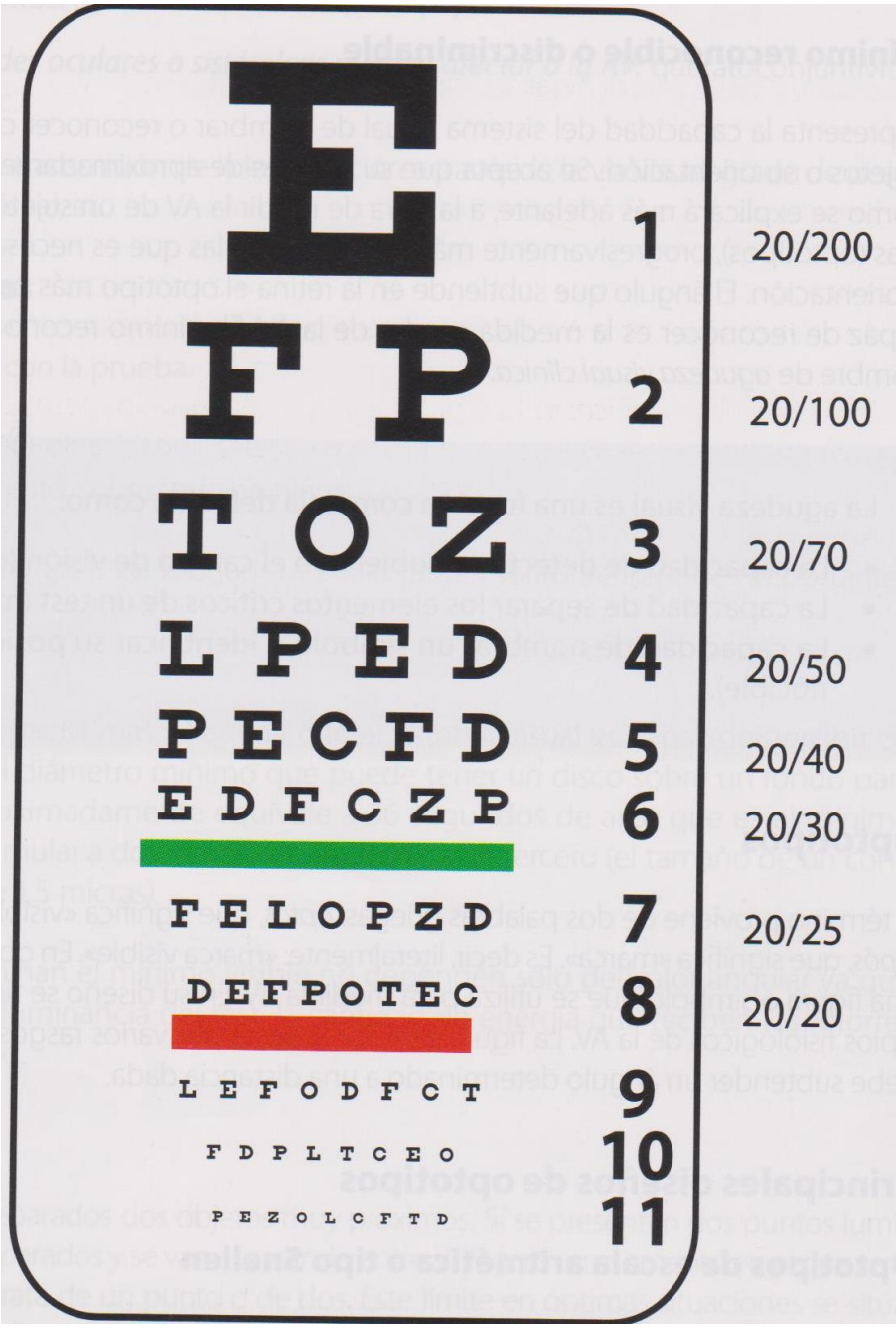
Altura [Centimeters]	45	48	50	53	55	58	60	63	65	68	70	73	75	78	80	82.5	85	87.5	90
145.0	21.4	22.6	23.8	25.0	26.2	27.3	28.5	29.7	30.9	32.1	33.3	34.5	35.7	36.9	38.0	39.2	40.4	41.6	42.8
147.5	20.7	21.8	23.0	24.1	25.3	26.4	27.6	28.7	29.9	31.0	32.2	33.3	34.5	35.6	36.8	37.9	39.1	40.2	41.4
150.0	20.0	21.1	22.2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

http://www.freebmicalculator.net

Infrapeso | Nomal | Sobrepeso | Obeso

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

TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLEN)



- **TABLA DE TAMIZAJE VISUAL SNELLEN (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)**

TABLA DE FECHA PROBABLE DE PARTO

ENERO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7
OCTUBRE																													NOVIEMBRE	

FEBRERO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5
NOVIEMBRE																											DICIEMBRE

MARZO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5
DICIEMBRE																													ENERO	

ABRIL

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4
ENERO																													FEBRERO

MAYO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	1	2	3	4	5	6	7
FEBRERO																													MARZO	

JUNIO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6
MARZO																													ABRIL

JULIO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7
ABRIL																													MAYO	

AGOSTO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7
MAYO																													JUNIO	

SEPTIEMBRE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7
JUNIO																													JULIO

OCTUBRE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7
JULIO																													AGOSTO	

NOVIEMBRE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6
AGOSTO																													SEPTIEMBRE

DICIEMBRE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7
SEPTIEMBRE																													OCTUBRE	

LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

NOMBRE	ENFERMEDAD	Edad	Sector	Manzana	Familia
GALARZA BATUTE DAYSI JANETH	HTA	39 años	I	I	001
LUNA CASTRO JAIME ANIBAL	DMT2	65	I	2	005
YUNGA ALBA LUCIA	DMT2	50	I	2	06ª
ANCHUVI ROSA YOLANDA	HTA	63	III	5	001
TENE RICHARD	ASMA	17	III	5	003
GUAMÁN MARTINEZ JUDITH	HTA	48	III	5	009
SARANGO ROSA	HTA	57	III	5	010
CELI DÁVILA JAIME VINICIO	DMT2	52	III	5	015
VEGA LLANES ISABEL	HTA	82	III	5	016

LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

NOMBRE	ENFERMEDAD	Edad	Sector	Manzana	Familia
OCHOA SARANGO MANUEL	Ca de cerebro	50	III	5	021
ESPINOZA VITERI CLARA ALEJANDRINA	Tumor cerebral	40	Iii	6	001

LISTA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE	Discapacidad	Edad	Sector	Manzana	Familia
AMAY MALDONADO JOSÉ ANDRÉS	SINDROME DE DOWN	23/12/1998	I	2	009

- **LISTA DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y III**

NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Edad	Sector	Manzana	Familia
ANGMARCA SINCHE DOMENICA MONSERRAT	16/02/2013	10 m	I	2	003
GUAMAN SUQUILANDA SOFIA VALENTINA	28/12/12	11m	III	5	012

- **LISTA DE NIÑOS DE 12 A 23 MESES DEL BARRIO COLINAS NORTE SECTOR I Y IIII**

NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Edad	Sector	Manzana	Familia
PARDO MAZA CHARLES DARWIN	24/12/2011	1ª11m	I	I	004
PEÑA CUEVA MAYLI ISABELA	30/06/2012	1ª2m	I	2	002
URGILES ORDÓÑEZ RAÚL	14/11/2011	1ª7m	III	5	010
BENAVIDES GONZALES LUIS ANDRÉS	27/07/2011	1ª7m	III	5	017

LISTA DE NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS DEL BARRIO COLINAS NORTE, SECTOR I Y III

NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Edad	Sector	Manzana	Familia
ROSADO OCHOA BENJAMIN	14/11/2011	2 años	I	I	005
CEVALLOS RODRIGUEZ REBECA CAROLINA	24/08/2010	3ª1m	I	2	06B
CEVALLOS RODRIGUEZ SCART DOMÉNICA	08/04/2009	4ª	I	2	06B
PONCE AREVALO ALISON GABRIELA	13/01/2011	2ª8m	III	6	009
TROYA VELEZ YAJAIRA ELIZABETH	24/06/2009	4ª2m	III	6	013
CARRION HERREA SARA ELIZABETH	02/07/2011	2ª1m	III	6	017

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

PRELIMINAR	PÁGINAS
1. TITULO	1
2. RESUMEN	2
ABSTRACT	
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISION DE LITERATURA	6
5. MATERIALES Y MÉTODOS	52
6. RESULTADOS	54
7. DISCUSIÓN	84
8. CONCLUSIONES	89
9. RECOMENDACIONES	91
10. BIBLIOGRAFÍA	92
11. ANEXOS	96
12. ÍNDICE	115