

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



TÍTULO:

*“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO
DE SALUD DEL BARRIO LABANDA
ALTO SECTOR IV, V y VIII,
SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”*

Tesis previa a la
obtención del Título de
Licenciada en Enfermería

AUTORA:

Srta. Rosa Jackeline Pineda Paltín

DIRECTORA:

Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma

Loja - Ecuador

2013

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 LABANDA ALTO SECTOR IV, V y VIII, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**, de autoría de la egresada de la Carrera de Enfermería Rosa Jackeline Pineda Paltín, previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, ha sido desarrollado, corregido y orientado bajo mi estricta dirección y una vez que se enmarca dentro de las exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, disertación y defensa.

Loja, Enero del 2014

Atentamente.



Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma

Directora de tesis



AUTORÍA

Yo, Rosa Jackeline Pineda Paltín, 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: Rosa Jackeline Pineda Paltín

Firma: -----

Cédula: 1105338014

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, Rosa Jackeline Pineda Paltín, declaro ser autora, de la tesis titulada; **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII, 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:

Autora: Rosa Jackeline Pineda Paltin

Cedula: 1105338014

Dirección: Saucos norte

Correo Electrónico: rosi_2928@yahoo.es

Celular: 0997014164

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

Dedico este trabajo de tesis de manera especial a Dios que me ha guiado en mis momentos más difíciles llevándome hacia la culminación de mi carrera, a mis padres por todo el apoyo, paciencia, amor, comprensión esfuerzo, estímulo y confianza para alcanzar nuestra meta, a mis hermanos, esposo y futuro hijo, por su amor, apoyo y comprensión, a mis amigos y amiga por su apoyo moral e incondicional.

Con mucho cariño.

Rosa Jackeline Pineda Paltín



AGRADECIMIENTO

A Dios Nuestro Padre celestial por todo el inmenso amor, fortaleza y perseverancia que siempre me ha dado.

De forma explícita deseo manifestar mi profunda gratitud a la Universidad Nacional de Loja en especial a la Carrera de Enfermería, a las docentes que a lo largo de mi trayectoria como estudiante universitaria he sabido inculcar el deseo de superación. En lo personal a la Lic. Mg. Sonia Caraguay y Lic. Mg. Patricia Chávez, por su ejemplo, estímulo constante y por haber tenido el privilegio de tenerlas como Asesora y coordinadora en el proceso de elaboración de este trabajo de tesis.

Así también nuestro más profundo agradecimiento a los moradores del Barrio Labanda Alto, a sus directivos, que voluntariamente nos brindaron su colaboración para el llenado de la Ficha Familiar.

A mis compañeros (as), amigos (as), y a todos ellos, a quienes involuntariamente hemos omitido, les doy gracias por lo que cada uno ha aportado para que esta investigación llegase a su final.

Rosa Jackeline Pineda Paltín

1. TÍTULO

“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO

LABANDA ALTO SECTOR IV, V y VIII,

SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 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 -E AIS (Equipos de Atención Integral de Salud) formular propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad de **Labanda Alto Sector IV, V y VIII**.

El universo estuvo constituido por 79 familias y 355 habitantes, la presente investigación es de tipo descriptivo, en el cual se detallan hechos y características relacionadas con la población y su entorno, el instrumento para la recolección de información fue la ficha familiar elaborada por el MSP y un anexo a esta ficha, el formulario de entrevista permitió completar la información, además se analizó los datos, obteniendo resultados que servirán como línea de base.

Entre los datos más relevantes destacamos; que el sexo más prevalente es el femenino, el nivel de educación más sobresaliente es el Básico, se encontró 1 Analfabeto el cual es jefe de familia, se identificó 2 niños con esquema de inmunización incompleto y algunos con problemas de nutrición, en cuanto escolares y adolescentes gran parte de ellos esta con buen estado nutricional y la mayoría estudia, en lo que respecta a mujeres con vida sexual activa, el método del ritmo es el más utilizado para la planificación familiar.

En cuanto al perfil epidemiológico 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 cuello uterino, y lo que respecta a discapacidades la más sobresaliente es la discapacidad intelectual. Se respalda la investigación con bibliografía y anexos que contempla el desarrollo de la misma.

Palabras Claves: Diagnóstico Comunitario de Salud del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII 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 the community of **Labanda Alto Sector IV, V y VIII.**

The universe was constituted by 79 families and 355 inhabitants, the present investigation is of descriptive type, in which facts and characteristic related with the population and its environment are detailed, the instrument for the gathering of information was the family record elaborated by MSP and an annex to this record, the interview form allowed to complete the information, it was also analyzed the data, obtaining results that they will serve as base line.

Among the most outstanding data we highlight; that the sex more prevalente is the feminine one, the level of more excellent education it is the Basic one, 1 Illiterate was which is head of household, it was identified 2 children with incomplete immunization outline and some with nutrition problems, as soon as school and adolescents great part of them this with nutritional good state and most studies, in what concerns women with sexual active life, the method of the rhythm is the more used for the family planning.

As for the epidemic profile we highlight that the Hypertension is the chronic pathology that more prevails affecting to ages understood between the 20 and 64 years, among the degenerative illnesses we find the cancer of uterine neck, and what concerns to discapacidades the most excellent is the intellectual discapacidad. The investigation is supported with bibliography and annexes that it contemplates the development of the same one.

Key Words: Community Diagnosis of Health of the Neighborhood Labanda Alto Sector IV, V y VIII and their 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 presente trabajo investigativo denominado: “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 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.

Como personal de salud, 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 **Labanda Alto, Sector IV, V y VIII.**

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)

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

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

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

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

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

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

Diarreicas Agudas con 516,567 casos; así mismo se encuentran las Enfermedades Crónicas Transmisibles como la Tuberculosis Pulmonar BK- con 480 casos, referente a las enfermedades prevenibles por vacunación tenemos la Hepatitis B con 236 casos, Tosferina con 125 casos y Tétanos 13 casos; siendo estas las principales causas de consulta externa en las unidades operativas del **MSP**.

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

Así mismo la Hipertensión 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

4.3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

En la actualidad, nuestro país tiene un territorio de 283 560 km², cuenta con 14.306.876 habitantes que se hallan distribuidos en las distintas provincias.⁴

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

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

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

⁵Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC; Disponible en: <http://www.inec.gob.ec>; Consultado: 28/11/2013; Hora: 15h00

⁶Ecuador Distribución por edad - Población - Mundi; Disponible en: http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html Consultado: 9/12/2013; Hora: 19h00

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.

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

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

Entre los principales problemas que tiene la educación pública se encuentran los siguientes indicadores: persistencia del analfabetismo, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, mala calidad de la educación, poca preparación de los docentes, salarios bajos de los profesores y deficiente infraestructura educativa y material didáctico. Los esfuerzos que se realicen para revertir

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

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 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

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

⁹ Alfabetización en el Ecuador, Quito Ecuador, Septiembre 2009; Disponible en:
<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdf> Consultado: 27-11-2013; Hora: 20h00

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.

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

¹⁰La **deserción**; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf>; Consultado: 09/12/2013

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

4.5. OCUPACIÓN

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

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

“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

¹²Resultados 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

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

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 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 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

¹⁴Disponible en: <http://solnaciencenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html> 10/12/13, 10:15

¹⁵Disponible en: <http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevaqustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html> 10/12/13 9:

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 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.

¹⁶ Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Agua_potable_y_saneamiento_en_Ecuador 10/12/13, 8:11

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.

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

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

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

- 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 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.

¹⁹ Disponible <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-68-4.html> 10/12/13, 9:45

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

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,

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

²¹ Disponible en: https://www.google.com.ec/?qws_rd=cr&ei=vjynUpOAI8efkQepzoCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador 10/12/2013.

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.

“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

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)

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.

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.

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

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

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

²⁴ Ecuador y las enfermedades no Transmisibles. 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

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.

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

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

- **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.

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.

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

- **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:

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.

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

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.

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

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

³¹Depresión, Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html , Citado: 06/12/2013

³²PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en:

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 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.

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.

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

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

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.³⁶

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

³⁶ Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1YIYuZ>

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 bebés reciben lactancia materna exclusiva durante sus 6 primeros meses.³⁷

La **OMS** recomienda que a los seis meses (180 días) se empiece a dar a los lactantes alimentos complementarios, además de leche materna: 2-3 veces al día entre los 6 y 8 meses de edad y 3 veces al día más un

³⁷ 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>

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.³⁸

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.

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

³⁸ Hasta que edad es importante alimentar al bebe solo con leche materna disponible en <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>

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.³⁹

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.

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”.

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

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.⁴⁰

Para el Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador (**MIES**), en Loja “El 26,6 % de niños y niñas presentan desnutrición global, cifra mucho más acentuada en el sector rural”.⁴¹ El mismo considera que los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

⁴⁰ 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

⁴¹ Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC <http://www.alimentateecuador.gob.ec>

4.17.2. VACUNACIÓN DT (Difteria y Tétanos)

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

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

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 conforme bajamos la mirada; cuanto más abajo logre ver nítido el paciente mayor agudeza visual tendrá.⁴²

⁴² 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

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.⁴³

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 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.⁴⁴

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

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

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

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.⁴⁵

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

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

alumnos; en este ambiente podemos citar la administración de la institución educativa (sus políticas, estrategias, etc.) y el profesor (capacitación, compromiso, etc.).

- Ⓜ **Factores familiares:** el rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante porque es importante la percepción que tengan acerca de la valoración positiva o negativa de su familia hacia ellos, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.
- Ⓜ **Factores personales:** se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recurriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales.⁴⁶
- Ⓜ **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”.

⁴⁶Torres L. Rodríguez N. Rendimiento académico y contexto familiar. Disponible en : <http://www.orienta.org.mx/docencia/Docs/Sesion-7-8/Torres.pdf>

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.

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.⁴⁷

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.

⁴⁷ 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

- ✓ Es tímido y reservado cuando esta con otras personas.
- ✓ No sabe aceptar cumplidos.
- ✓ Se agota y no tiene mucha energía.
- ✓ Su actitud acaba irritando a los demás.
- ✓ Se reconoce por su típico lenguaje corporal y verbal.

Ⓢ **Conducta Asertiva:** es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y profundamente respetuosa. Su meta es: lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo 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.⁴⁸

⁴⁸Problemas típicos de adolescentes, consejos para padres, e intercambio de casos e ideas disponible en: <http://adolescentes.euroresidentes.com/2012/07/adolescentes-agresivos.html>

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 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.⁴⁹

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.⁵⁰ 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.

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

⁴⁹Dra. MARTÍNEZ. A. <http://ginecologaobstetareynosa.blogspot.com/2011/05embarazoz.html>

⁵⁰CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.

existen en nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tetánico”.⁵¹

“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”.⁵²

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

Éstas son:

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

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

⁵¹Incidencia 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>

⁵²Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza; disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/>

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.⁵³ 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.⁵⁴

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.⁵⁵

4.19.2.1. Clasificación de los métodos anticonceptivos: en general los métodos anticonceptivos se clasifican en definitivos y

⁵³ Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. Fecha: 05/12/2013.

⁵⁴ Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959> Fecha: 05/12/2013.

⁵⁵ Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013.

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

a) Métodos Naturales

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

b) Métodos de Barrera

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

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:⁵⁶

- Ⓢ 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

⁵⁶Disponible en: <http://tvncanal.com/index.php> Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45min.

ello la paciente no debe haber realizado el coito en las últimas 48 horas ni haber recibido irrigaciones vaginales.

“Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad”.⁵⁷

⁵⁷RIVOIRE 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 realizó 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 **Labanda Alto Sector IV, V y VIII**, 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 **Labanda Alto Sector IV, V y VIII**.

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 **Labanda Alto Sector IV, V y VIII.**

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.

Datos históricos y aportaciones relevantes propias de la comunidad:

Labanda Alto se encuentra ubicado a 7 km suroccidente del Hospital Universitario de Motupe, a 17 minutos de la ciudad de Loja, limita al Norte con Quebrada Seca, al Sur con Consacola, al Este con la Ciudadela del Chofer “La Banda”, y Oeste con La Florida.

Para una mejor organización se han dividido en 3 sectores identificados como Labanda Alto I, Labanda Alto II y la Ciudadela Jaime Roldos. Teniendo cada uno de estos su propia organización barrial los mismos que trabajan en beneficio de la comunidad.

Labanda Alto I: Conocida como Agua Hedionda o Sulfurosa, fue creada aproximadamente hace 20 años, siendo propiedad de la Sra. Victoria Quinche que después de su fallecimiento, heredo su esposo Sr. Juan Pullaguari e hijos quienes han ido urbanizando sus terrenos y vendiéndolos.



Organización barrial:

- ✓ Presidente: Sr. Víctor Chachaguilca.
- ✓ Vicepresidente. Sr. Benigno Guamán.
- ✓ Secretaria: Sra. Verónica Quiñonez.

Las fiestas religiosas que se celebran en este sector:

- ✓ 3 de Mayo la fiesta de la Santa Cruz.
- ✓ 24 de Septiembre en honor a la Virgen de la Merced.

Labanda Alto II: Anteriormente eran haciendas que pertenecía a los señores Chamba y Benítez, las haciendas de los señores Chamba fueron compradas por el Dr. Iván Roldan en el año de 1992 para su posterior urbanización, según criterios de los moradores en este sector se encontraba una quebrada llamada el salado, la cual fue rellenada para realizar la lotización. Y la hacienda de los Benítez fue comprada por la Dra. Mariana Barrera en el año de 1997 para su urbanización.

Hace aproximadamente dos años en el mes de Noviembre, las lluvias provocaron un desastre, este desplazamiento de tierra abarco 1,7 hectáreas, comprometiendo a 30 viviendas la cuales 12 fueron afectadas directamente. Durante esta tragedia los moradores se encontraban indignados porque pensaban que este era provocado por el incorrecto manejo de las aguas hervidas, las autoridades acuden al lugar las cuales informan que es una zona de alto riesgo geológico, además ofrecen ayuda a los damnificados llevándolos a los albergues y ofreciéndoles una reubicación; y en la actualidad estos terrenos se encuentran en abandono.

Organización barrial:

- ✓ Presidente: Lic. Daniel Guzmán.
- ✓ Vicepresidente: Sr. Manuel Granda.
- ✓ Secretaria: Licda. Luz Chachaguilca.

Fiestas religiosas que se celebran en este sector:

- ✓ 19 y 20 de Octubre se celebran fiestas en honor a la Virgen del Cisne, patrona del lugar teniendo una urna con la imagen a la cual veneran-
- ✓ 24 de Diciembre en honor al Divino Niño Jesús

Estas fiestas se celebran con una misa, juegos recreativos, baile popular en las canchas del sector.

Ciudadela Jaime Roldos: Fue creada aproximadamente hace 25 años por el Sr. Segundo Ludeña quien hizo la urbanización, esta se encuentra ubicada al noreste con Labanda Alto, sur con Consacola y al oeste con La Florida.



La organización barrial:

- ✓ Presidente: Cristobal Maza
- ✓ Vicepresidente: Luis Gonzaga
- ✓ Secretaria: Enrique Villamagua

En cuanto a los servicios básicos con los que cuenta fueron incrementados en el año del 2005, alcantarillado, agua potable, luz eléctrica y el transporte urbano en Labanda Alto II, este brindando servicios en turnos durante la mañana de 6:20, 7:30; tarde de 13:30, 14:30 y 18:00. Y en este año servicio telefónico, recolección de basura inorgánica llevándose a cabo los días jueves y martes y la orgánica la población la utiliza para sus cultivos.

Los habitantes de este barrio se dedican al comercio de frutas, verduras en las ferias libres, además a la agricultura y crianza de animales domésticos y algunos a la albañilería quienes de esta manera sustentan a sus hogares.

En cuanto a la medicina tradicional algunos moradores relatan sobre la utilización de las hojas de míspero y de aguacate para controlar la presión arterial. Además preparan la horchata con plantas propias del lugar. Utilizan el tilo y violeta para la gripe, la menta y manzanilla para el dolor de estómago, matico y geranio para la curación de heridas.

En lo referente a la accesibilidad a los servicios de salud una gran parte de la población acude al HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE. Y a otras casas de salud como el ÁREA # 3, HOSPITAL ISIDRO AYORA, SUBCENTRO DE CONSACOLA Y CARIGAN debido a que se encuentran más cercanos al lugar y según opiniones la atención es más eficiente.

Servicios básicos con los que cuentan son:

- Luz eléctrica
- Alumbrado público en algunas partes
- Agua potable
- Alcantarillado en algunas partes
- Telefonía celular y convencional

Límites de la comunidad

Norte: Quebrada seca

Sur: Consacola

Este: Ciudadela el Chofer Labanda

Oeste: Florida

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: **79**
- ✓ Número total de habitantes: **355**

Total de habitantes por sexo:

- 👤 Masculino: **163**
- 👩 Femenino: **192**

- ♣️ Casas Fallidas: **3**
- ♣️ Familias que no colaboran: **5**
- ♣️ Casas no habitadas: **8**

6.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO
LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	3	0,85	5	1,41	8	2,25
Niños 1-4 años	16	4,51	19	5,35	35	9,86
Niños 5-9 años	16	4,51	25	7,04	41	11,55
Adolescentes 10-19 años	29	8,17	44	12,39	73	20,56
Adultos 20-64 años	93	26,20	91	25,63	184	51,83
Adultos mayores 65 años y más	6	1,69	8	2,25	14	3,94
TOTAL	163	45,92	192	54,08	355	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: las edades corresponden según la tabla de edades del Ministerio de Salud

ANÁLISIS

De acuerdo a los datos obtenidos según sexo el que predomina es el femenino en un **54,08%**, mientras que el masculino con el **45,92%**.

Según los rangos de edad el de mayor porcentaje es el masculino en entre las edades de 20 a 64 años con el **26,20%**, seguida de la población femenina de 10 a 19 años con el **12,39%**.

Según el INEC la población ecuatoriana es muy joven. El 35% de la población tiene menos de 15 años, el 61% entre 15 y 64 años.⁵⁸

En cuanto a la estructura poblacional de Loja, el 50,8% son mujeres y el 49,2% son hombres, es decir que por cada 101 mujeres hay 100 varones. Estos datos son similares a los encontrados en el Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII, en lo referente al sexo de la población.

⁵⁸Instituto nacional de estadísticas y censos disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO LABANDA ALTO
SECTOR IV, V Y VIII, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	f	%
Analfabetos	1	0,28
Sin Escolaridad	30	8,45
Pre básica	13	3,66
Básica	158	44,51
Bachillerato	116	32,68
Superior	21	5,92
Especialidad	16	4,51
TOTAL	355	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

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

ANÁLISIS

En la presente tabla se puede identificar que el nivel de educación básica alcanza el **44,51%**, bachillerato con el **32,68%**, cabe mencionar que muchos de ellos ingresan pero no culminan sus estudios, existe también el analfabetismo en un **0,28%**.

Según el INEC, los años de escolaridad promedio de la población ecuatoriana se han incrementado, en el 2001 el nivel de escolaridad era de 8,18%, para el 2010 es de 9,59%. En cuanto a la tasa de analfabetismo hace relevancia que el total nacional se reduce del 11,7% en el 2001 a 6,75% al 2010.⁵⁹

⁵⁹ País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador . 2010, disponible en: http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf

TABLA Nº 3
RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO LABANDA
ALTO SECTOR IV, V Y VIII

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Personas con mala nutrición	11	3,10	344	96,90	355	100
Personas Con Discapacidad	11	3,10	344	96,90	355	100
Personas Con Vacunación Incompleta	2	4,65	41	95,35	43	100
Personas Con Problemas Mentales	1	0,28	354	99,72	355	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se eliminó la categoría personas con enfermedades de impacto y embarazadas con problemas debido a la falta de datos.

ANÁLISIS

Según los datos encontrados en el Barrio Labanda Alto Sector IV, V Y VIII, entre los riesgos biológicos que afectan a la población, sobresale el **3,10%** en las personas con mala nutrición, al igual que las personas discapacitadas y en un **0,28%** de personas con problemas mentales.

El estado nutricional en condiciones normales es la resultante del balance entre lo consumido y lo requerido, lo cual está determinado por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización completa en el organismo.

Según las estadísticas, en el país el 12,14% de la población total tiene discapacidad en Ecuador, cuyos datos evidencian que 184.336 hogares tienen al menos un familiar con algún problema físico o mental.

TABLA Nº 4
RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO LABANDA ALTO
SECTOR IV, V Y VIII

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Mala eliminación de basura y excretas	71	89,87	8	10,13	79	100
Mala eliminación de desechos líquidos	57	72,15	22	27,85	79	100
Animales intradomiciliarios	41	51,90	38	48,10	79	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se eliminó la categoría de consumo de agua insegura e impacto ecológico por industrias debido a la falta de datos.

ANÁLISIS

De acuerdo con los datos encontrados la mala eliminación de basuras y excretas corresponden al **89,87%** esto se debe a que el servicio de recolección de basura pasa por el sector una sola vez por semana, seguida del **72,15%** en la mala eliminación de desechos líquidos y en menor en proporción animales intradomiciliarios con el **51,90%**.

Según INEC en el 2010 en Loja el 12,5% de hogares viven en condiciones físicas inadecuadas, indicador que ha disminuido en relación al 2001 (15,8%). El abastecimiento de servicio de agua potable es del 72,0%, la disponibilidad de servicio eléctrico es del 93,2% de viviendas, el 53,6% cuentan con alcantarillado y el 77,0% eliminan la basura mediante el carro recolector. Sin embargo un importante número de barrios muestran déficit de servicios básicos.⁶⁰

⁶⁰ País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador . 2010, disponible en: http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf

TABLA Nº 5
RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO
LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII

RIESGOS SOCIOECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Desempleo o empleo Informal del jefe de familia	62	78,48	17	21,52	79	100
Pobreza	52	65,82	27	34,18	79	100
Malas Condiciones de la Vivienda	41	51,90	38	48,10	79	100
Hacinamiento	24	30,38	55	69,62	79	100
Desestructuración Familiar	18	22,78	61	77,22	79	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	5	6,33	74	93,67	79	100
Analfabetismo del Padre o Madre	1	1,28	78	98,73	79	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS

Según los resultados obtenidos en este estudio se encuentra el empleo informal de los jefes de familia con el **78,48%**, es decir que no cuentan con un trabajo estable, el **65,82%** sufren pobreza y en menor proporción el analfabetismo del padre o la madre con el **1,28%**.

Según el INEC las cifras oficiales la tasa de desempleo en Ecuador se ubicó en 4,61% a finales de marzo, cifra ligeramente inferior a la registrada en marzo de 2012, que fue del 4,91%. Los Niveles de cifra de subempleo, que subió el mes de marzo de 2013 a niveles de 44,78%. En marzo del año pasado la cifra de subempleo era de 43,55%.⁶¹

⁶¹INEC, institutodeestadísticasycensosdisponibleen
http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf

TABLA Nº 6
TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
DEL BARRIO LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII

TAMIZAJE	f	%
SI	14	32,52
NO	29	67,44
TOTAL	43	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.
ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS

De acuerdo a los datos obtenidos el **32,52%** de los niños menores de 5 años, se han realizado el tamizaje neonatal y el **67,44%** corresponde a los niños que no se han realizado la prueba, esto se debe a que el tamizaje neonatal se inició en diciembre del 2011.

Según datos del Ministerio de Salud (**MSP**) indican que este proyecto despuntó las metas propuestas: en el 2011 el plan superó en un 38% el objetivo de tamizaje para ese año, mientras que en 2012, el 51,35% de niños nacidos en el país se realizó el examen. En 2012, el examen registró 60 casos positivos, mientras que en el primer semestre del 2013 se registraron 73 casos positivos.

TABLA Nº 7
ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL
BARRIO LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII

ESQUEMA DE VACUNAS	f	%
ESQUEMA COMPLETO	41	95,35
ESQUEMA INCOMPLETO	2	4,65
TOTAL DE NIÑOS	43	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio la Banda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANALISIS

Según los datos obtenidos el **95,35%** se encuentran con el esquema de vacunación completo para su edad mientras que el **4,65%** no tienen un esquema completo, a un niño le falta la tercera dosis de las dosis de OPV-DPT- HB y al otro niño los refuerzos de OPV y DPT, donde se demuestra una despreocupación por parte las madres o familiares a cargo de los niños.

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud, las vacunas evitan entre dos a tres millones de muertes al año al proveer protección contra enfermedades como la difteria, sarampión, neumonía, rotavirus, rubeola, tétanos y poliomielitis.⁶²

Las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio ha producido y sigue produciendo a la humanidad, previenen enfermedades que antes causaban grandes epidemias, muertes y secuelas.

⁶²EFE. SALUD <http://www.efesalud.com/noticias/la-importancia-de-las-vacunas/>

TABLA Nº 8
ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO
LABANDA ALTO SECTOR IV, V y VIII, DE ACUERDO AL TIPO DE
BIOLÓGICO

VACUNAS	ESQUEMA		TOTAL	
			f	%
OPV- DPT-HB	1	EC	0	0
	2	EC	0	0
	3	EC	0	0
	3	EI	1	2,33
OPV- DPT REFUERZOS	1	EC	0	0
		EI	1	2,33
POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS			43	

FUENTE: fichas familiares del Barrio la Banda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS

En la siguiente tabla se evidencia que hay dos niños que no cuentan con su esquema completo de inmunizaciones que nos da el **2,33%**, a un niño le falta la tercera dosis de OPV- DPT-HB y al otro niño los refuerzos de OPV y DPT.

La **OMS** indica que 83% de la población infantil mundial abarca a cuatro de cada cinco niños, pero 22 millones siguen sin ser vacunados. La vacunación benefician tanto a las personas vacunadas como a las personas no vacunadas y susceptibles que viven en su entorno además es importante ya que previenen enfermedades que pueden llegar a ser peligrosas.

TABLA N° 9
OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO LABANDA ALTO
SECTOR IV, V Y VIII

OCUPACIÓN	f	%
Estudiante	108	30.42
Haceres domésticos	75	21.13
Sin ocupación	43	12.11
Albañil	36	10.14
Comerciante	23	6.48
Artesano	14	3.94
Chofer	14	3.94
E. Privado	13	3.66
Agricultor	13	3.66
E. Público	11	3.10
Desempleado	3	0.85
Jubilado	1	0.28
Mecánico	1	0.28
TOTAL	355	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

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

ANÁLISIS

Según los datos obtenidos, el **10,14%** de los habitantes se dedican a la albañilería, seguido de comerciantes con el **6,48%** y en menor proporción están los jubilados y mecánicos con el **0,28%**. Los datos relevantes se tomaron de acuerdo a la población económicamente activa.

La ocupación mostró la cifra más importante de crecimiento y mantiene su tendencia a subir. Entre marzo de 2012 y marzo de 2013 pasó del 48,6% a 50,2% en el último reporte, difundido en el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC).⁶³

⁶³INEC, institutoecuatoriano de estadística y censos disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/economia/ocupacion-plena-aumento-16-primer-trimestre-2013.html>

TABLA N° 10
LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DE
LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
Hospital de Motupe	137	38,59
Centro N° 3	48	13,52
Hospital Isidro Ayora	42	11,83
IESS	31	8,73
Otros	97	27,32
TOTAL	355	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: la categoría otras abarca ISSFA, ISPOOL, médicos privados y policlínicos.

ANÁLISIS.

De acuerdo a los datos obtenidos el **38,59%** de la población en estudio tiene como lugar de atención al Hospital Universitario de Motupe debido a que tienen más accesibilidad, mientras en un **27,32%** acuden a clínicas, policlínicos e ISSFA y el **13,52%** concurren al Centro N° 3.

En el transcurso de los últimos años se observa un mejoramiento de las condiciones de salud de la población ecuatoriana, sin embargo, se registran todavía tasas elevadas de mortalidad neonatal, infantil, niñez, materna y general, así como, deficiencias en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y limitaciones presupuestarias.

TABLA N° 11
ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO
LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII

ESTADO NUTRICIONAL	f	%
Normal (12.9 A 18.5 Kg)	41	95,35
Desnutrición leve(10A 12.8 Kg)	2	4,65
TOTAL	43	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se eliminó las categorías desnutrición moderada, grave, obesidad y sobrepeso por falta de datos

ANÁLISIS

En la siguiente tabla se puede observar que el **95,35%** de los niños menores de 5 años se encuentran dentro del rango normal de nutrición; sin embargo el **4,65%** se encuentran en desnutrición leve.

En el Ecuador la tasa de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años disminuyó en un 18%, en los últimos 20 años. Datos informativos del Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA) indican que en la década de los ochenta la desnutrición registró un 41% del total de la población infantil, mientras que en el 2011 disminuyó al 23% y en 2012 al 22%.

TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

El **100%** de los niños menores de 5 años han sido alimentados con leche materna durante su primer año de vida y algunos niños reciben lactancia hasta los dos años de edad.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables, su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años.

TABLA N° 12
CONTROLES MÉDICOS EN MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO
LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII

NÚMERO DE CONTROLES	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Primer	43	100	0	0	43	100
Segundo	40	93,02	3	6,98	43	100
Tercero	31	72,09	12	27,91	43	100
Cuarto	13	30,23	30	69,77	43	100
Quinto	2	4,65	41	95,35	43	100
Sexto	2	4,65	41	95,35	43	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto sector IV, V y VIII.
ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS

En cuanto a los datos obtenidos el **100%** de los niños menores de 5 años han tenido el primer control preventivo. El control periódico durante los 2 primeros años de vida es muy importante, ya que comprueba que el crecimiento y desarrollo del niño, evalúa la adquisición de nuevas conductas o detecta rápidamente problemas o enfermedades que el niño tenga.

Una de las acciones fundamentales relacionadas con el control del niño sano es la inmunización del primer año sobre las principales vacunas que evitan la contaminación por enfermedades infectocontagiosas y de forma descendente son los controles después del primer año de vida.⁶⁴

⁶⁴ Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR). Ecuador: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Informe final ENDEMAIN . Quito: [CEPARhttp://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/SIDEMAIN/ficsid_B10.htm](http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/SIDEMAIN/ficsid_B10.htm)

TABLA N° 13
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL
BARRIO LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII, EVALUADO MEDIANTE
ÍNDICE DE MASA CORPORAL

IMC	f	%
Normal (18.5 a 24.99 Kg)	104	91,23
Des. Leve(17.00 a 18.49 Kg)	5	4,39
Des. Moderada(16.00 a 16.99 Kg)	1	0,88
Sobrepeso(25.00 a 29.99 Kg)	4	3,51
TOTAL	114	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina las categorías desnutrición grave, y obesidad debido a la falta de datos

ANÁLISIS

Según datos obtenidos el **91,23%** de los escolares y adolescentes se encuentran con un índice de masa corporal normal, además se encontró alteraciones como la desnutrición leve en un **4,39%**, sobrepeso con el **3,51%** y moderada en un **0,88%**.

En el Ecuador el 14% de la población infantil es obesa, según el " Estudio nacional para determinar la incidencia del sobrepeso infantil", que se publicó hace dos meses en la revista científica Desafío. Mientras que el análisis "Equidad desde el principio (situación nutricional de los niños ecuatorianos), que se realizó hace dos años, habla de que el 15,6% sufre desnutrición.

Entre 2000 y 2002, se hizo el seguimiento a 1.800 niños de varias escuelas particulares, fiscales, mixtas, matutinas y vespertinas.

Los resultados sorprenden: en la costa, el 16% de los menores tiene tendencia a la obesidad; en la sierra, el 11%. En las ciudades principales, la prevalencia es del 16% (Guayaquil) y del 9,6% (Quito). Las niñas registran los índices más altos con el 15%, frente a los niños que llegan al 12%.⁶⁵

⁶⁵ Instituto Nacional de Estadística y Censos, www.inec.gob.ec, E: inec@inec.gob.ec, <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf>

ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII

El **100%** de los escolares y adolescentes, se encuentran con su esquema completo de la vacuna de Difteria y Tétanos.

La vacunación es una técnica de medicina preventiva que constituye una de las medidas sanitarias que mayor beneficio,⁶⁶ en los últimos años el gobierno incrementó el presupuesto para vacunación lo que permitió inmunizar a gran parte de la población en la prevención de enfermedades.

⁶⁶Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos Vacunas DPTa Último acceso 1 de diciembre de 2008.

TABLA N° 14
AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO
LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII

AGUDEZA VISUAL	f	%
NORMAL	108	94,74
CON PROBLEMA	6	5,26
TOTAL	114	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio la Banda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS

En cuanto a los datos obtenidos en escolares y adolescentes el **94,74%** su agudeza visual normal; el **5,26%** presentan problemas visuales, muchos de los niños encontrados en el Barrio Labanda Alto sector IV, V y VIII no tienen las condiciones necesarias para obtener lentes, lo que se relaciona así problemas con el rendimiento académico.

Se estima que el número de personas en el mundo que presentan algún tipo de problemas visuales oscila entre 800 y 2300 millones.⁶⁷

La aplicación de la prueba con la cartilla de Snellen calibrada determina el déficit de la agudeza visual, instrumento que se utilizó en la valoración visual

⁶⁷DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL, Dirección Provincial de Educación del Guayas
 Luisa A. Valdez V, Difusión- Educación- Solidaridad <http://www.educar.ec/noticias/visual.pdf>

TABLA N° 15
ACCESO O NO AL ESTUDIO ACADÉMICO EN LA POBLACIÓN ESCOLAR
Y ADOLESCENTES DEL BARRIO LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII

ESTUDIA	f	%
SI	98	85,96
NO	16	14,04
Total	114	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.
ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS

Según el INEC, el 9% de la población de más de 15 años que asiste regularmente a un centro de estudios aún no ha terminado la educación básica.⁶⁸

Según datos obtenidos en el Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII con el **85,96%** se encuentran en establecimientos educativos; el **14,04%** no se encuentran estudiando, por no contar con los recursos económicos necesarios, lo que no permitió inscribirse a escuelas o colegios y culminar con sus años de estudio, algunos de ellos se encuentran trabajando para ayudar a sus padres a sustentar el hogar.

⁶⁸Instituto Nacional de Estadística y Censos, www.inec.gob.ec, E: inec@inec.gob.ec, <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf>

TABLA N° 16
RENDIMIENTO ACADÈMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL
BARRIO LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII SEGÚN FAMILIAR
INFORMANTE

RENDIMIENTO ESCOLAR	f	%
BUENO	95	83,33
MALO	19	16,67
TOTAL	114	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS

Según los datos encontrados en escolares y adolescentes el **83,33%** tienen un rendimiento escolar bueno, mientras que el **16,67%** su rendimiento escolar es malo.

El rendimiento académico hace referencia a la evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar y bachillerato, el rendimiento escolar es la medida de las capacidades del alumno, que expresa lo que éste ha aprendido a lo largo del proceso formativo

El promedio de escolarización baja considerablemente en relación a la población de 6 a 15 años, del 92,6% al 42,3%, es decir más de la mitad de la población en la provincia de Loja que debería estudiar en la secundaria no lo hace debido a condiciones desfavorable de economía en el hogar, lo que conlleva a que los adolescentes no sigan con sus estudios más bien se dediquen a otras actividades.⁶⁹

⁶⁹Planporlanieñez http://www.plan.org.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=56&Itemid=9

TABLA N° 17
PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL
BARRIO LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII, SEGÚN FAMILIAR
INFORMANTE

PROBLEMAS DE CONDUCTA	f	%
SI	7	6,14
NO	107	93,86
TOTAL	114	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.
ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS

De acuerdo con los datos encontrados el **93,86%** no tienen problemas de conducta; mientras que el **6,14%** presentan problemas de conducta, de los cuales supieron manifestar la desobediencia, las rabietas y el negativismo los cuales supieron manifestar la desobediencia, las rabietas y el negativismo los mismos que constituyen parte de los trastornos de conducta más habituales durante la infancia. Estos problemas pueden resultar muy perturbadores para los padres dado que suelen suponer un desafío a su autoridad y control, llegándose a establecer un vínculo relacional coercitivo con los hijos.⁷⁰

⁷⁰ Problemas-de-desarrollo-en-la-infancia/problemas-de-conducta <http://consumidores.msd.com.ec/manual-merck/023-problemas-salud-infancia/257-.aspx>

TABLA N° 18
ATENCIÓN MÉDICA Y VACUNACIÓN DE DIFTERIA Y TÉTANOS EN
GESTANTES DEL BARRIO LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII

EMBARAZADAS CON:	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
VACUNACIÓN CON dT	1	50	1	50	2	100
CONTROLES	2	100	0	0	2	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.
ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS

En los datos obtenidos podemos deducir que el **100%** de las mujeres embarazadas se realizan los controles médicos, además cabe recalcar que el **50%** que corresponde a una gestante que no se administra la vacuna antitetánica debido a que se encuentra en tan solo 8 semanas de gestación, actualmente la vacuna se administra a las 24 semanas la cual previene el tétanos neonatal.

De acuerdo al INEC el 7,7% de las mujeres en edad fértil (12-49 años) están embarazadas o en periodo de lactancia. El 49,3% de las mujeres tiene su primer hijo entre los 20 a 29 años, mientras el 39,1% entre 16 y 19 años.⁷¹

Con relación a los controles médicos prenatales la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera saludable un embarazo si pasó por cinco controles. Debe comenzar lo más precozmente posible luego de confirmar el embarazo. A partir de allí se le realizaran, análisis de sangre y orina y otros estudios complementarios.⁷²

⁷¹Más de 750.000 mujeres son jefas de hogar. Disponible en:
http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=1:mas-de-750000-mujeres-son-jefas-de-hogar&catid=63:noticias-general&Itemid=14&lang=es

⁷²Dra. Alma Martínez . Controles medicos durante el embarazo Disponible en:
<http://ginecologoaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05/embarazos.html>

TABLA N° 19
MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES CON
VIDA SEXUAL ACTIVA

MÉTODOS	f	%
INYECTABLE	7	10,77
ORALES	3	4,62
IMPLANTES	6	9,23
T DE COBRE	6	9,23
ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA	9	13,85
MÉTODO DEL RITMO	34	52,31
TOTAL	65	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.
ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: se elimina la categoría "método de barrera" por no existir casos.

ANÁLISIS

En cuanto a los datos obtenidos un **52,31%** de mujeres en vida sexual activa utilizan el método de ritmo; el **13,85%** esterilización tubárica, seguido de los inyectables con el **10,77%** y el **9,23%** utilizan la T de cobre e implantes, quedando en último lugar con un **4,62%** los anticonceptivos orales.

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. Según datos encontrados en el país por cada 100 nacimientos, 37 fueron no planificados. Además la planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.⁷³

⁷³ MSP > Programas / Servicios > Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos .
<http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>

TABLA N° 20
DOSIS DE VACUNACIÓN CON LA DIFTERIA Y TÉTANOS EN MUJERES DE
EDAD FÉRTIL DEL BARRIO LABANDA ALTO

NÚMERO DE DOSIS RECIBIDAS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Primera	116	100	0	0	116	100
Segunda	87	75	29	25	116	100
Tercera	44	37,93	72	62,07	116	100
Cuarta	26	22,41	90	77,59	116	100
Quinta	10	8,62	106	91,38	116	100
REFUERZOS	2	1,72	114	98,28	116	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.
ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS

De acuerdo a los datos obtenidos la vacunación con Difteria y Tétanos en mujeres con edad fértil el **100%** de ellas se han administrado la primera dosis, la segunda dosis el **75%**. La OMS determina administrar dos dosis adecuadamente espaciadas del toxoide tetánico en mujeres en edad fértil para garantizar la inmunidad adecuada contra el tétanos en la madre y prevenir el tétanos neonatal.⁷⁴

⁷⁴La Vacunación de Mujeres Embarazadas, geosalud. <http://geosalud.com/vacunas/vacunacion-de-mujeres-embarazadas.html>

TABLA N° 21
REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN LAS MUJERES CON VIDA
SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII

PAPANICOLAOU	f	%
SI	18	27,69
NO	47	72,30
TOTAL	65	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS

El **27,69%** de las mujeres con vida sexual activa de esta comunidad se han realizado el examen Papanicolaou, el **72,30%** no se han realizado este examen lo cual determina un alto riesgo.

Durante la investigación se detectó un caso de una paciente con cáncer cérvico uterino, la cual está recibiendo el tratamiento. Según el Registro Nacional de Tumores y la Sociedad Ecuatoriana de Patologías del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, en 2010 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.

En Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvico uterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres.⁷⁵

⁷⁵Los andes- <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-20-cada-100000-mujeres-padecen-cancer-uterino.html>

TABLA N° 22
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS-
 DEGENERATIVAS, DE IMPACTO Y DISCAPACIDADES DEL BARRIO
 LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII**

ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES	f	%
ENFERMEDADES CRÓNICAS	36	10,14
ENFERMEDADES DEGENERATIVAS	1	0,28
DISCAPACIDADES	11	3,10
NINGUNA	307	83,66
TOTAL	355	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: la categoría de enfermedades de impacto e eliminó por falta de datos

ANÁLISIS

En el Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII el **10,14%** de la población presentan enfermedades crónicas como: Diabetes, Hipertensión Arterial, Hipotiroidismo, Asma, se consideró también incluir el Alcoholismo y Drogadicción. Así mismo el **3,10%** se encontró personas con alguna discapacidad intelectual y física algunos de ellos poseen carné pero la mayoría no recibe ayuda y con el **0,28%** se encontró las enfermedades degenerativas como Cáncer Cérvico Uterino.

Según la misión “Manuela Espejo”, que estudió la situación de los discapacitados en Ecuador, registró más de 294.000 personas con discapacidad con una prevalencia del problema de 2,43 %. Los discapacitados se ubican especialmente en la provincia costera de Guayas (74.800 casos) y en la andina de Pichincha (45.000 casos), las más pobladas del país.⁷⁶

⁷⁶Ecuamundo <http://www.ecuamundo1.com/lex-dura-lex/c%C3%B3digo-civil-ecuatoriano/>

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

TABLA Nº 23
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL BARRIO LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII

PATOLOGÍAS	Menor de 1 año		1-4 años		5-9años		10-19 años		20-64 años		65 y más		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hipertensión Arterial	0	0	0	0	0	0	0	0	10	2,82	2	0,56	12	3,38
Diabetes	0	0	0	0	0	0	1	0,28	6	1,69	2	0,56	9	2,53
Hipotiroidismo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,28	0	0	1	0,28
Hipertiroidismo	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,56	1	0,28	3	0,85
Alcoholismo	0	0	0	0	0	0	2	0,56	2	0,56	0	0	4	1,12
Depresión	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,28	0	0	1	0,28
Epilepsia	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,56	0	0	2	0,56
Drogadicción	0	0	0	0	0	0	1	0,28	0	0	0	0	1	0,28
Psoriasis	0	0	0	0	1	0,28	0	0	1	0,28	0	0	2	0,56
Fiebre Reumática	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,28	0	0	1	0,28
Ninguna	8	2,25	35	9,86	40	11,27	70	19,72	160	45,07	9	2,54	37	90,70
Total	8	2,25	35	9,86	41	11,55	73	19,72	184	51,83	14	3,94	355	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.

ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANALISIS

Las enfermedades crónicas son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Según los datos encontrados sobresalen la Hipertensión Arterial con el **3,38%** seguido de la Diabetes con el **2,53%** y Alcoholismo en un **1,12%**, cabe recalcar que en el grupo de 20 a 64 años, se encuentran mayor cantidad de patologías; siendo este el grupo económicamente activo. Encontramos también un caso de Drogadicción y Diabetes en el población de 10 a 19 años.

TABLA N° 24
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS
DEL BARRIO LABANDA ALTO SECTOR IV, V Y VIII

PATOLOGÍAS	Menor de 1 año		1-4 años		5-9años		10-19 años		20-64 años		65 y más		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ca. de cuello uterino	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,28	0	0	1	0,28
Ninguna	8	2,25	35	9,86	41	11,55	73	20,56	183	51,55	14	3,94	354	99,72
TOTAL	8	2,25	35	9,86	41	11,55	73	20,56	184	51,83	14	3,94	355	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.
 ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS

Las enfermedades degenerativas se originan por la alteración anatómica y funcional de los tejidos de cualquier órgano, aparato o sistema del organismo. Según los datos obtenidos del Barrio Labanda Alto se encontró un caso de Cáncer de cuello uterino que corresponde al **0,28%** de la población de 20 a 64 años.

El cáncer del cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer, y prácticamente todos los casos están relacionados con la infección genital por papilomavirus humanos (PVH).

TABLA Nº 25
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE DISCAPACIDADES DEL BARRIO LABANDA
ALTO SECTOR IV, V Y VIII

DISCAPACIDADES	Menor de 1 año		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-64 años		65 y más		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
INTELLECTUAL	0	0	0	0	0	0	2	0,56	6	1,69	0	0	8	2,25
FÍSICA	0	0	0	0	0	0	1	0,28	2	0,56	0	0	3	0,85
NINGUNA	8	2,25	35	9,86	41	11,55	70	19,72	176	49,58	14	3,94	344	96,90
TOTAL	8	2,25	35	9,86	41	11,55	73	20,56	184	51,83	14	3,94	355	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector IV, V y VIII.
 ELABORADO POR: Rosa Pineda, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS

La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente con igualdad en la sociedad. Según los resultados encontrados sobresale la discapacidad intelectual con el **2,25%** seguida de la discapacidad física con el **0,85%** en mayor cantidad en el grupo de 20 a 64 años,

7. DISCUSIÓN

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

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 **Labanda Alto Sector IV, V y VIII**, y por lo tanto describiremos datos concretos y reales obtenidos mediante el diagnóstico 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 comunidad tenga sus particularidades bien definidas ya que se trata de una comunidad urbana ubicada al Suroccidente a 7Km del Hospital Universitario de Motupe, en cuanto a los resultados encontrados tenemos:

- ② En relación a la población cuenta con una población de 355 habitantes, con un número de 163 hombres y 192 mujeres, con predominio del sexo femenino.
- ② En el nivel de escolaridad predomina el nivel básico con un 44,51%, seguido de bachillerato con un 32,68 %.
- ② Los riesgos biológicos encontrados son 3,10% de personas con malnutrición y 3,10 % de personas con discapacidad.
- ② Los riesgos sanitarios encontrados, mala eliminación de basuras y excretas con un 89,87%, mala eliminación de desechos líquidos que afectan en un 72,15% a los habitantes del sector y un 51,90% de personas que tienen animales dentro del domicilio.
- ② Riesgos socioeconómicos con sus indicadores de:
 - ✓ Pobreza de 65,82%
 - ✓ Desempleo o empleo informal del jefe de familia en un 78,48%.
 - ✓ Desestructuración familiar con un 22,78%.
 - ✓ Violencia alcoholismo y drogadicción de 6,33 %.
 - ✓ Malas condiciones de la vivienda en un 51,90%.
 - ✓ Hacinamiento en un 30,38%.
 - ✓ Analfabetismo del Padre o Madre en un 1,28%
- ② Acceso a tamizaje metabólico neonatal en los niños con cobertura 32,52%, y no se les realizó al 67,44%.
- ② Esquemas completos de vacunación en niños menores de 5 años en un 95,35% y con esquema incompleto el 4,65%.

- ② Ocupación de los habitantes con predominio de la albañilería con el 10,14%.
- ② Acceso a la unidad de salud del sector (Hospital de Motupe) con un porcentaje de 38,59%.
- ② Estado nutricional de niños menores de 5 años con un porcentaje de 95,35% estado óptimo nutricional.
- ② Lactancia materna en niños menores de 5 años con una cobertura de 100 %.
- ② Accesibilidad cultural a controles médicos de los niños con un 100 % de participación al primero y segundo control el 93,02%.
- ② Estado nutricional normal de los adolescentes y escolares en un 91,23%.
- ② Porcentaje de vacunación con DT en escolares y adolescentes en un 100%.
- ② Porcentaje de personas con agudeza visual normal 94,74%.
- ② Acceso a educación en escolares y adolescentes en un 85,96 %.
- ② Buen rendimiento académico en escolares y adolescentes en un 83,33%.
- ② La población de mujeres en edad fértil (MEF) es de 116, de ellas 65 tienen vida sexual activa y usan métodos de planificación familiar que corresponde al 56,03%.
- ② Cobertura de dT en mujeres en edad fértil en un 100 %.
- ② 27,69% de aceptación a la prueba de Papanicolaou.
- ② 10,14% 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 95,35 % 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:

- ✓ Se estableció que el sexo predominante es el femenino con 54,08% y el masculino con el 45,92%.
- ✓ El nivel de escolaridad con el que cuenta la población es educación básica, y se encontró el 44,51%, y de 0,28% de analfabetos los mismos que corresponden a la tercera edad, y personas discapacitadas.
- ✓ De los riesgos que se encuentran afectando a los pobladores y a las familias de este barrio están los biológicos como la discapacidad y la mala nutrición en 3,10%, los riesgos sanitarios como la mala eliminación de basura y excretas con el 89,87% y mala eliminación de desechos líquidos con el 72,15% además se encuentran los riesgos socio-económicos como el desempleo informal del jefe de familia con el 78,48% y la pobreza en un 65,82%.
- ✓ El esquema de vacunación de los niños menores de 5 años se encuentra completo de acuerdo a la edad, el 2,33% de ellos están incompletos dentro de este se encuentra, los refuerzos de OPV y DPT, además tenemos un esquema incompleto de 1 a 4 años que falta la tercera dosis de OPV, DPT y HB, donde se demuestra una despreocupación por parte de sus progenitores.
- ✓ La mayoría de los habitantes del barrio Labanda Alto acuden al Hospital Universitario de Motupe para el control de sus enfermedades crónico - degenerativas, control del niño sano, atención materna, y planificación

familiar. Además los moradores acuden a otros lugares como clínicas, policlínicos y el ISSFA, Centro N° 3, Subcentro de Consacola y Carigan debido a que estos se encuentran más cercanos a este barrio.

- ✓ Los controles médicos en los niños menores de 5 años se dan por control del niño sano para la vacunación y por enfermedades respiratorias, ya que estos son de suma importancia para detectar problemas de salud como los nutricionales.
- ✓ En forma general se observa que el 4,39%, de escolares y adolescentes tienen problemas nutricionales como desnutrición leve, moderada con el 0,88% y sobrepeso con el 3,51%.
- ✓ En relación a los problemas visuales la misma que puede ser un factor para el mal rendimiento escolar donde encontramos el 16,67% y el 14,04% de aquellos que no estudian, ya sea por la falta de apoyo por parte de los padres o familiares que se encuentran a su cuidado, o por la falta de recursos económicos.
- ✓ Los problemas de conducta corresponden al 6,14% entre los que se destacan la falta de respeto a sus semejantes, con el 6,32% y se puede recalcar que el 100% de ellos se encuentran con su esquema completo de vacunación con Difteria y Tétanos.
- ✓ Que la atención materna en las mujeres embarazadas se han realizado en un 100% los controles médicos prenatales como también se han administrado la vacuna antitetánica para prevenir el Tétanos Neonatal.

- ✓ Las mujeres en vida sexualmente activa el 52,31% utilizan el método del ritmo, aun sabiendo que no es un método 100% confiable, además utilizan otros métodos como la esterilización tubárica, inyectables, implante y T de cobre. En cuanto al examen de Papanicolaou encontramos que el 72,30% no se realizan su control periódico, además se detectó un caso de cáncer cérvico uterino, la cual está recibiendo el tratamiento. El 100% de las mujeres en edad fértil (10 a 49 años) cuentan con su primera dosis Difteria y Tétanos.

- ✓ Que las de enfermedades crónico-degenerativas presentes en la población son: Hipertensión con el 2,82%, seguido de Diabetes en un 1,69% y cáncer de cuello uterino con el 0,28%, las mismas afectando a la población de 20 a 64 años. Así mismo se encontró el 3,10% de discapacitados que va desde discapacidad física e intelectual y auditiva.

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 investigación, así como también para la toma de decisiones de trabajo en salud en esta comunidad y me permite sugerir:

- ② Las autoridades locales conjuntamente con el Ministerio de Educación brinde educación básica a los analfabetos de este barrio en especial aquellos que están en edades que puedan aprender.
- ② En cuanto a los riesgos se recomienda actuar mediante charlas sobre nutrición, saneamiento ambiental, estilos de vida saludable, y además que valoren a los discapacitados, algunos de ellos no se encuentran con carné de discapacidad ni reciben apoyo.
- ② A los familiares a cargo de estos niños se comprometan en hacerles vacunar y al personal de salud del Hospital Universitario de Motupe que realice un seguimiento a estos niños con el fin de que terminen el esquema de vacunación, y brinden educación a las madres y a las personas a cargo del cuidados de ellos sobre la importancia de la vacunación a sus hijos.
- ② Al personal que labora en el Hospital Universitario de Motupe que continúen brindando atención de calidad y calidez para satisfacer las necesidades de salud de la población y de esta manera aumentar la cobertura de atención.
- ② A los padres y madres de familia del barrio para que tomen conciencia de la importancia que tienen los controles médicos en la

infancia para que puedan determinar precozmente los problemas de salud de sus hijos.

- ② Reforzar las estrategias de promoción de salud en cuanto a la atención del escolares y adolescentes donde incluya aspectos nutricionales y visuales, además incentivar sobre los deberes, derechos y deseos de superación para contribuyan al desarrollo de la comunidad y de sus familias.
- ② Promocionar la atención materna gratuita, con la finalidad disminuir los factores de riesgo que pueda causar la morbi-mortalidad materna.
- ② Continúen con acciones de promoción en cuanto al Papanicolaou con el fin de la detección oportuna del cáncer de cuello uterino.
- ② Dar el seguimiento y atención oportuna a las personas con enfermedades crónico-degenerativas, y discapacitados, ya que la gran mayoría no recibe atención medica domiciliaria.

10. BIBLIOGRAFIA


- Aramburú, Carlos Eduardo (2001). «Métodos y técnicas de investigación social». Gerencia social. Diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales. Lima-Perú: Universidad del Pacífico.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (1997). Evaluación: Una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos. New York, USA: BID.
- 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.
- Disponible en:
 - http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_degenerativa
- Disponible en :
 - http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos Vacunas DPTa Último acceso 1 de diciembre de 2008.
 - <http://andes.info.ec/2009-2011.php/?p=136983>
- Coordinación nacional de nutrición
 - http://www.unicef.org/ecuador/media_17790.htm
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR). Ecuador: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Informe final ENDEMAIN Quito:

- [CEPARhttp://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/SIDEMAIN/ficsid_B10.htm](http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/SIDEMAIN/ficsid_B10.htm)
- Dra. Alma Martínez. Controles medicos durante el embarazo Disponible en:
<http://ginecologaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05/embarazos.html>
- DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL, Dirección Provincial de Educación del Guayas
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, www.inec.gob.ec,E:
 - inec@inec.gob.ec,<http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf>
- La Vacunación de Mujeres Embarazadas, geosalud.
<http://geosalud.com/vacunas/vacunacion-de-mujeres-embarazadas.html>
- Luisa A. Valdez V, Difusión- Educación- Solidaridad
 - <http://www.educar.ec/noticias/visual.pdf>
- Más de 750.000 mujeres son jefas de hogar. Disponible en:
 - http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=1:mas-de-750000-mujeres-son-jefas-de-hogar&catid=63:noticias-general&Itemid=14&lang=es
- MIES. Agenda para la igualdad de niños(as) y adolescentes, 2012-2013, disponible en:
 - <http://www.inclusion.gob.ec/wp->
- Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud (2002): Marco de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador.
 - http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_el_Ecuador

- MSP > Programas / Servicios > Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos.
 - <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>
- OMS. Vacunas, disponible en:
 - <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>
- OMS. Datos sobre lactancia materna, disponible en:
 - <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/es/>
- País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. 2010, disponible en:
 - http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf
- Problemas-de-desarrollo-en-la-infancia/problemas-de-conducta
 - <http://consumidores.msd.com.ec/manual-merck/023-problemas-salud-infancia/257-.aspx>
- Tamizaje neonatal, disponible en:
 - <http://www.colsanitas.com/portal/web/laboratorio-clinico/tamizaje-neonatal>

11. ANEXOS

CERTIFICADO DEL PRESIDENTE


1899


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


Loja 06 de Octubre del 2013

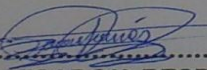
Sr. Lic. Jaime Lora.....
Presidente del Barrio Lavanda Alto

CERTIFICO:

Habernos reunido con los/as egresadas de la Carrera de Enfermería y haber acordado brindar el apoyo para el trabajo que van a realizar en la comunidad Lavanda Alto perteneciente a la parroquia El Valle de la ciudad de Loja.


.....
PRESIDENTE DEL BARRIO Tef: 541-098
Ci:.....1100736476.....


.....
EGRESADA RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD
Ci:.....1105332014.....


.....
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD
Ci:.....105133290.....

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 REFERENCIADA

LACTIVO	QUANTIFICADO	ACTIVIDAD
---------	--------------	-----------

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CÓDIGO UO	ÁREA Nº	CÓDIGO LOCALIZACIÓN	# DE FICHA FAMILIAR
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	LACTIVO	PROVINCIA	
	SECTOR	MANEJADA	# DE FAMILIA	DIRECCIÓN HABITUAL DE LA FAMILIA (CALLE Y REFERENCIA)	
	COMUNIDAD	GRUPO CULTURAL	NOMBRE/APELLIDO DE PADRE	# DE TRÍPODO	# DE CUARTO

RECORDAR CADA VEZ AL REVISAR LA ACTUALIZACIÓN

2. MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

ACTUALIZAR LOS DATOS, CADA 12 MESES EN UNA NUEVA CARPETA

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	PARQUETISCO	FECHA DE NACIMIENTO	SECCIÓN	SEXO	ESCOLARIDAD	PERSONA COMPLETA DE MADRE	VALOR BUCAL	RECEPCIÓN ENTRENAMIENTO O DIFERENCIACIÓN	Nº DE HISTORIA CLÍNICA	Nº DE CÉDULA DE CIUDADANÍA
0-1 años											
1-4 años											
5-9 años											
10-14 años											
15-19 años											
20-24 años											
25-29 años											
30-34 años											
35-39 años											
40-44 años											
45-49 años											
50-54 años											
55-59 años											
60-64 años											
65-69 años											
70-74 años											
75-79 años											
80-84 años											
85-89 años											
90-94 años											
95 años y más											
TOTALES											

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA ÚLTIMA MONITOREACIÓN	FECHA PRÓXIMA MONITOREACIÓN	SEMANAS DE SEGUIMIENTO	SEÑALES DE ALARMA	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES PEDIÁTRICOS
EMBAZAZADA							

3. MONITOREO FAMILIAR

NOMBRE	PREVALENCIA	EDAD AL INICIO	CAUSA

RECORDAR SALVAR LOS FALLECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

SNS-MEP / HCU - Anexo 1 / 2008 (hoja 1)

5 CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR		FECHAS DE CALIFICACIÓN			
GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES					
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 SOCIO-ECONÓMICOS				
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				
12	POBREZA				
13	DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA				
14	ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE				
15	DESTRUCCIÓN FAMILIAR				
16	VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN				
17	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA				
18	HACINAMIENTO				
		TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
NIVEL DE RIESGO TOTAL		0-10	11-20	21-30	31-40
CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0 = SIN RIESGO 1 = RIESGO BAJO 2 = RIESGO MODERADO 3 = RIESGO ALTO					
RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN					

988-MSP / PCU - anexo 1 (2006) (página 2)

FICHA FAMILIAR - RIESGOS

ANEXO DE LA FICHA FAMILIAR

ANEXO A LA FICHA FAMILIAR

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	MENOR < 1 AÑO										12 A 23 MESES						1 A 4 AÑOS								
			TAMIZAJE NEONATAL		ROTAVIRUS	OP.V. Y PENTAVALENTE			NEUMOCOCCO CONJUGADA		SR	SRP	NEUMOCOCCO CONJUGADA		VARICELA	FA	OP.V.		D.P.T.	OP.V. Y PENTAVALENTE				H.B.			
			S.C.G.	H.B.		1	2	1	2	3			1	2			1	2		1	2	1	2	1	2	1	2

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

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

PROTECCION DE LA MUJER														
1. ATENCIÓN MATERNA														
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	FUM	FPP	ANTEC. PATOL. OBST.	VACUNA		CONTROLES					PARTO	PUERPERIO	
					DT	NO	1°	2°	3°	4°	5°		1°	2°

2. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRIL																	
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	MÉTODOS DE REGULACION DE FECUNDIDAD						VACUNACION				PAPANICOLAU					
		INYECCION	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°	

🌀 EVIDENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACERCAMIENTO AL BARIO POR MEDIO DEL PRESIDENTE



ELABORACIÓN DEL MAPA



RECONOCIMIENTO DEL BARRIO



**VISITA DOMICILIARIA PARA LA APLICACIÓN DE LA FICHA FAMILIAR Y
ANEXO**

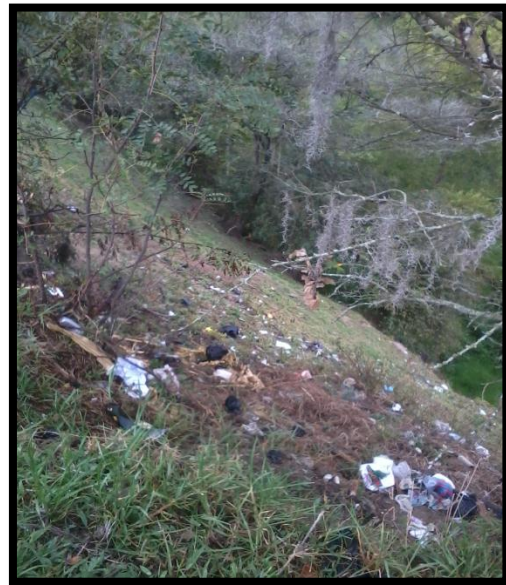


RIESGOS

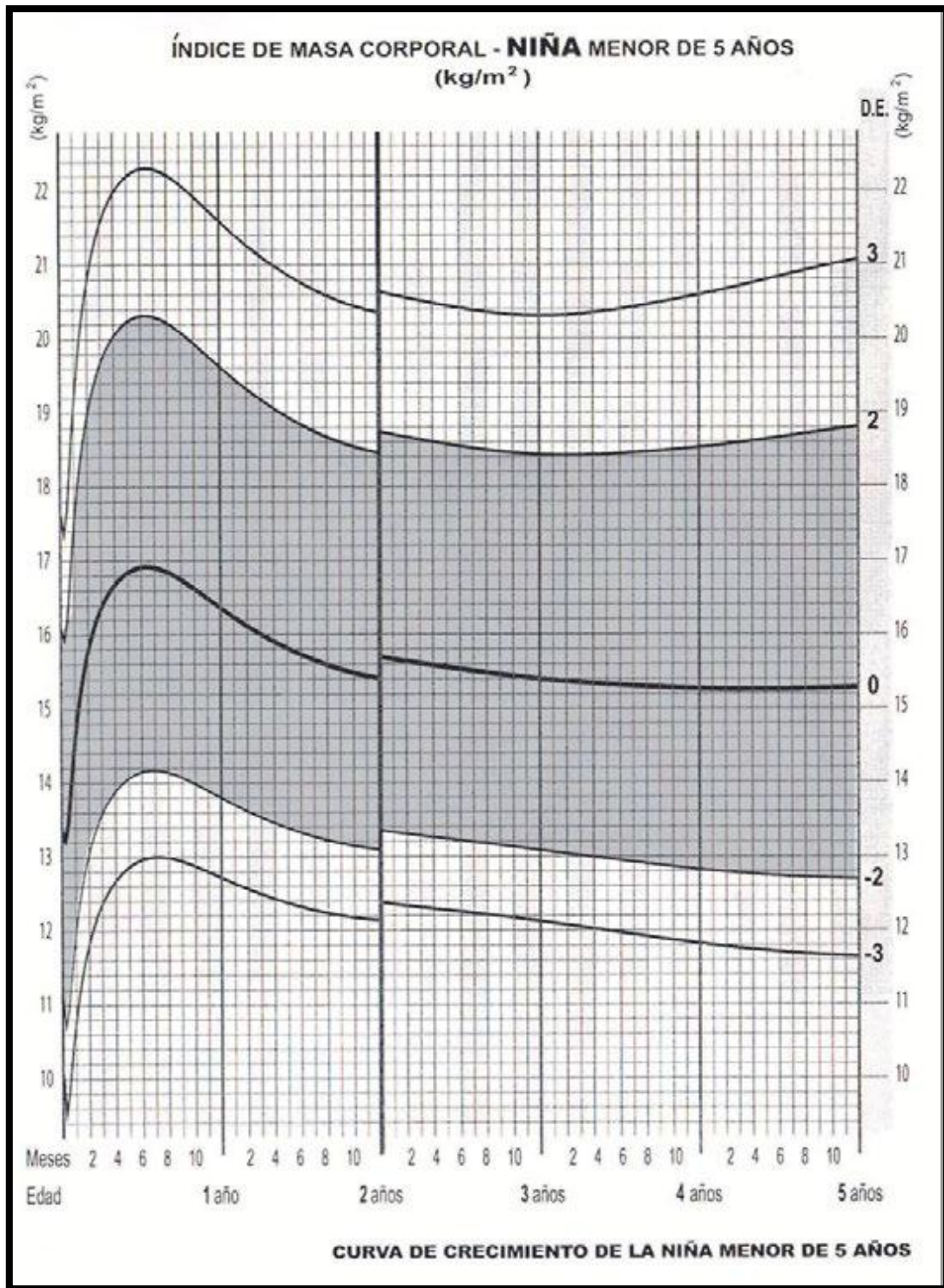
Falla geológica



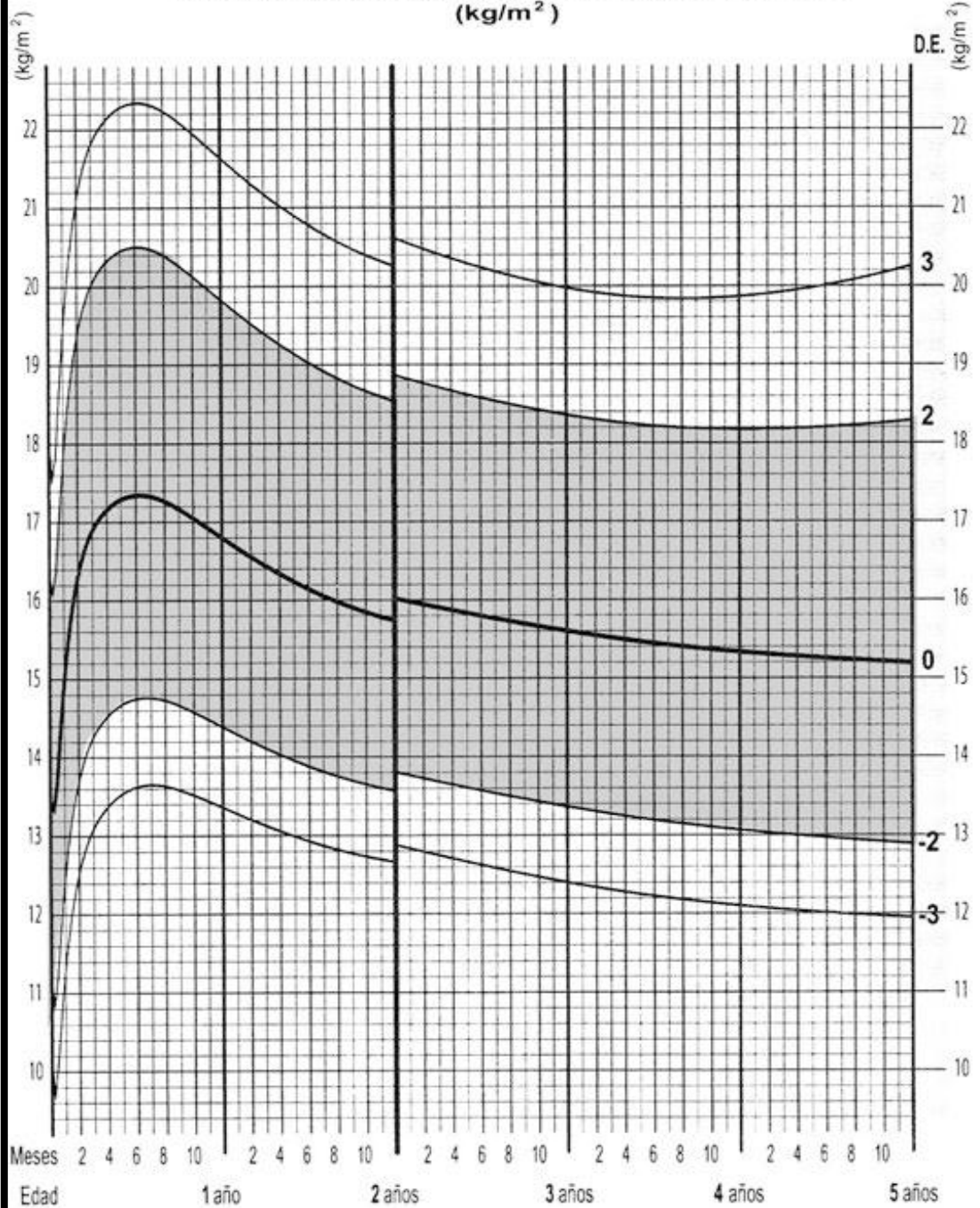
Botaderos de basura



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

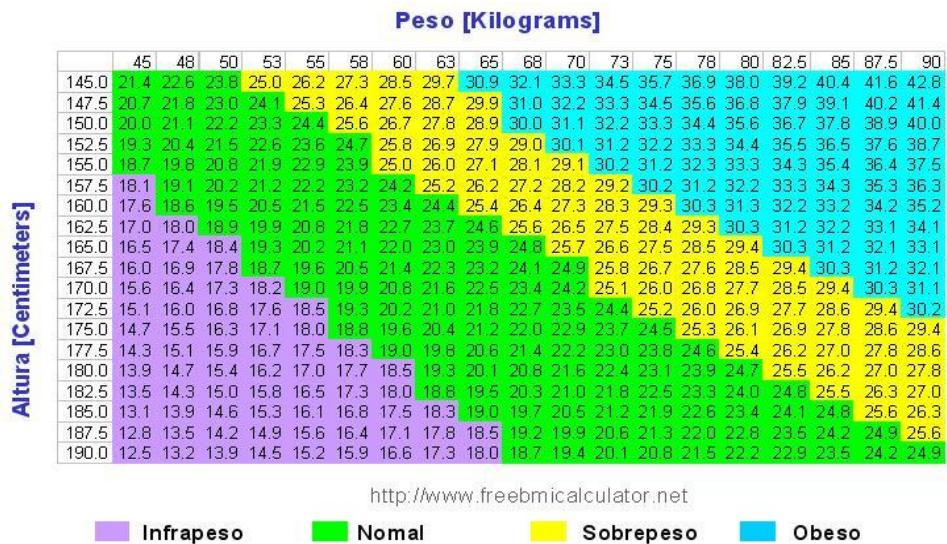


ÍNDICE DE MASA CORPORAL - **NIÑO** MENOR DE 5 AÑOS
(kg/m²)



CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

👁️ INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES



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

© TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLEN)

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

🕒 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

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	PATOLOGÍA	EDAD	SECTOR	Nº CASA	DIRECCIÓN
1	Cuenca Puga María Fernanda	DM	11 Años	IV	06A	Beatriz Cueva de Ayora, alado de la cancha
2	Puga Pullaguari Rosa Isabel	DM	47 Años			
3	Cuenca Quinde Miguel Ángel	DM	50 Años			
4	Cuenca Quinde Rosa Amada	DM	58 Años	IV	08	Beatriz Cueva de Ayora, alado de la cancha (Tienda)
5	Quiñones María Magdalena	HTA	52 Años	IV	15 ^a	Beatriz Cueva de Ayora cerca de la Y
6	Cuenca Carrión Homero de la Cruz	HTA	61 Años			
7	González Iñiguez Melva Angélica	HTA	66 Años	IV	18	Beatriz Cueva de Ayora cerca de la Y
8	Pullaguari Granda Iuz María	DM	77 años	IV	22	Beatriz Cueva de Ayora cerca a la cancha
9	Alulima Cesar Agusto	DM	42 Años	IV	25	Beatriz Cueva de Ayora
10	González Espinoza Gloria Albita	HTA	58 Años	V	01B	Ciudadela Jaime Roldos
11	Chacón Cabrera Alex Paul	Psoriasis	9 Años			
12	Cabrera Japón Víctor	Hipertiroidismo, DM	68 Años			
13	Loaiza Toro Emma Amada	Hipertiroidismo	62 Años	V	04	Ciudadela Jaime Roldos
14	Gonzaga Granda Luis Enrique	HTA, DM	69 Años			
15	Vargas Azuero Irla Bremilda	HTA	60 Años	V	06	Ciudadela Jaime Roldos
16	Herrera Moreno María Natalia	Hipotiroidismo	45 Años	V	12	Ciudadela Jaime Roldos
17	Gutiérrez Hernández Jaime Eusebio	Depresión	49 Años			
18	Pasaca Guartan Miguel Ángel	HTA	54 Años	V	15	Ciudadela Jaime Roldos
19	Torres Cabrera Gloria Celina	HTA	52 Años	V	16	Ciudadela Jaime Roldos

20	Mendoza Sánchez Gladys Soledad	DM	33 Años	V	25	Ciudadela Jaime Roldos
21	Fernández Armijos Freddy Fabricio	Hipertiroidismo	33 Años			
22	Uchuari Ramírez Dayana Guísela	Fiebre Reumática	12 Años	V	26	Ciudadela Jaime Roldos
23	Ordoñez Guayllias Jhime Stalin	Drogadicción	19 Años	V	31	Ciudadela Jaime Roldos
24	Sarango Guayllias ángel Bolívar	Alcoholismo	22 Años	VIII	3	Vía a la Florida, alado de falla geológica
25	Guamán Rodríguez Nancy María	Epilepsia	32 Años	VIII	4	Vía a la Florida, alado de falla geológica
26	Sánchez Gómez Ángel Rolando	Epilepsia	31 Años			
27	Poma Guamán Paul Israel	Asma	14 Años	VIII	5	Vía a la Florida, pasando la falla geológica
28	Alulima Vuele José Rodrigo	Psoriasis	46 Años	VIII	6	Vía a la Florida, pasando la falla geológica
29	Barrazueta Celi Rosa Josefina	HTA	63 Años	VIII	9	Vía a la Florida, pasando la falla geológica
30	Correa Japón José Miguel	Alcoholismo	19 Años	VIII	10	Vía a la Florida, pasando la falla geológica
31	Sarango Celinda	DM	71 Años			
32	Olmedo Morocho Blonder Cristóbal	Alcoholismo	17 Años	VIII	15	Vía a la Florida, pasando la falla geológica
33	Morocho Zhingre Luz Delicia	DM	51 Años			
34	Tamay Sinchire José Wilson	Alcoholismo	34 Años	VIII	17	Alado del límite con Turupamba
35	Lavanda Maldonado Luz Victoria	HTA	58 Años	VIII	22B	Vía a la Florida
36	Lojan Sinchire María del Cisne	HTA	51 Años	VIII	23	Vía a la Florida

🕒 LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	PATOLOGÍA	EDAD	SECTOR	Nº CASA	DIRECCIÓN
1	Callagua Chanta Orfa Beatriz	CA de cuello uterino	29 Años	IV	20	Beatriz Cueva de Ayora cerca de la Y

🕒 LISTA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	DISCAPACIDAD	SECTOR	Nº DE FICHA	DIRECCIÓN
1	Servio Chamba Chamba	Discapacidad intelectual 85 %	IV	0001	Beatriz Cueva de Ayora
2	Maria Lucrecia Chamba Chamba	Discapacidad intelectual 85 %	IV	0001	Beatriz Cueva de Ayora
3	María Ismenia Vargas Vargas	Discapacidad intelectual 76 %	V	0006	Ciudadela Jaime Roldos
4	Mireya Irenia Vargas Vargas	Discapacidad intelectual 80 %	V	0006	Ciudadela Jaime Roldos
5	Rosales Jaramillo Selena Talia	Discapacidad infantil 90 %	V	0007	Ciudadela Jaime Roldos
6	Carlos Arturo Torres Cabrera	Discapacidad física 100 %	V	0016	Ciudadela Jaime Roldos
7	Florinda Victoria Morocho Fernandez	Discapacidad física (sin ayuda)	V	0021	Ciudadela Jaime Roldos
8	Correa Lapo Katty	Discapacidad intelectual 62 %	VIII	0010	Vía a la Florida pasando la falla geológica
9	Correa Moncada María José	Discapacidad intelectual	VIII	0010	Vía a la Florida pasando la falla geológica
10	Tamay Sinchire Angel Rodrigo	Discapacidad intelectual	VIII	0017	Vía a la Florida pasando la falla geológica
11	Cango Edith Esperanza	Discapacidad intelectual	VIII	002	Vía a la Florida pasando la falla geológica

**📍 LISTA DE EMBARAZADAS DEL BARRIO LABANDA ALTO
SECTOR IV, V Y VIII**

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	Edad	SEMANAS DE GESTACIÓN	SECTOR	Nº DE FICHA	DIRECCIÓN
1	López Vivanco Angélica Beatriz	16 años	40semanas	V	0008	Ciudadela Jaime Roldos
2	Quinche Puga María Juana	27 años	8 semanas	IV	0003	Beatriz Cueva de Ayora

**📍 LISTA DE ANALFABETOS DEL BARRIO LABANDA ALTO SECTOR
IV, V Y VIII**

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SECTOR	Nº CASA	DIRECCIÓN
1	Sinchire Chamba Luz María	73 Años	VIII	17	Vía a la florida

**📍 LISTA DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DEL BARRIO LABANDA
ALTO SECTOR IV, V Y VIII**

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	VACUNAS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SECTOR	Nº DE FICHA	DIRECCIÓN
1	Betancurt Betancurt Daniel Alexandre	Completo	06/01/2013	9m	V	0011	Ciudadela Jaime Roldos
2	Cevallos Bermeo RN	Completo	26/09/2013	1m	V	0017	Ciudadela Jaime Roldos
3	Álvarez Bermeo Carlos Felipe	Completo	19/07/2013	3m	V	0017	Ciudadela Jaime Roldos
4	Sinche Puga Alison Samanta	Completo	08/12/2012	11m	V	0023	Ciudadela Jaime Roldos
5	Quinche Gonzalez Alis Angicela	Completo	06/03/2013	7m	IV	0004	Beatriz Cueva de Ayora
6	Gonzalez Cuenca Jordan José	Completo	08/03/2013	7m	IV	0006"B "	Beatriz Cueva de Ayora
7	Quinche González alis Angicela	Completo	11/03/2013	7 m	IV	0004	Beatriz Cueva de Ayora
8	Guerrero Cuenca Jordan José	Completo	08/03/2013	7 m	IV	0006B"	Beatriz Cueva de Ayora

**🌐 LISTA DE NIÑOS DE 12 A 23 MESES DEL BARRIO LABANDA ALTO,
SECTOR IV, V Y VIII.**

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	VACUNAS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SECTOR	Nº DE FICHA	DIRECCIÓN
1	Gutiérrez Alulima Josselin Alejandra	Completo	16/01/2012	1 a 9m	IV	0023	Av. Beatriz Cueva de Ayora
2	Chiliquina Quinche Britany Aracely	Completo	01/09/2012	1 a 1m	IV	0024	Av. Beatriz Cueva de Ayora
3	Cabrera Loja Diana de Carolina	Completo	28/02/2012	1 a 8m	V	0001"A"	Cd. Jaime Roldos
4	Garrochamba Jarramillo Michelle del Carmen	Completo	07/12/2011	1 a 11m	V	00014	Cd. Jaime Roldos
5	Pasaca Guerrero Luis Mateo	Completo	19/06/2012	1 a 4m	V	0015"B"	Cd. Jaime Roldos
6	Cartuche León José Fernando	Completo	01/05/2012	1 a 5m	V	0027	Cd. Jaime Roldos
7	Macas Gualán Kevin Alexander	Incompleto	20/05/2012	1 a 5m	VIII	0013	Vía a la florida pasando la Falla Geológica
8	Campos Uchuari Matias Antonio	Completo	31/01/2012	1 a 9m	VII	0037"A"	Vía a la florida
9	Ortega Arrobo Joselyn Magabi	Completo	30/11/2011	1 a 11m	VIII	0022"C"	Vía a la florida pasando la Falla Geológica
10	Lojan Chimbo Antony Leo	Completo	16/12/2011	1 a 11m	VIII	0025	Vía a la florida pasando la Falla Geológica
11	Medina Suquilanda Genesis Fernanda	Completo	17/07/2012	1 a 3m	VIII	0028"B"	Vía a la florida pasando la Falla Geológica

**🌐 LISTA DE NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS DEL BARRIO LABANDA ALTO,
SECTOR IV, V Y VIII.**

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	VACUNAS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SECTOR	Nº DE FICHA	DIRECCIÓN
1	Quinche Gonzalez Asley Vanesa	Completo	09/04/2009	4 a 6m	IV	0004	Av. Beatriz Cueva de Ayora
2	Chiliquinga Puga Dayana Estefania	Completo	11/06/2011	2 a 4m	IV	0005	Av. Beatriz Cueva de Ayora
3	Chiliquinga Puga Tatiana Nicole	Completo	30/05/2009	4 a 5m	IV	0009	Av. Beatriz Cueva de Ayora
4	Cuenca Cuenca Nicolas Miguel	Completo	02/06/2011	2 a 4m	IV	0015"B "	Av. Beatriz Cueva de Ayora
5	Sarango Castillo Gina Anahi	Completo	18/10/2010	2 a 4m	IV	0015"B "	Av. Beatriz Cueva de Ayora
6	Sarango Castillo Helen Anyeleth	Completo	18/10/2010	2 a 4m	IV	0015"B "	Av. Beatriz Cueva de Ayora
7	Ramos Guaman Angelica Domari	Completo	30/09/2009	4 a 1m	IV	0018	Av. Beatriz Cueva de Ayora
8	Gutierrez Pullaguari Jean Carlos	Completo	26/02/2010	3 a 8m	IV	0021	Av. Beatriz Cueva de Ayora
9	Alulima Paccha Eidan Alejandro	Completo	14/04/2010	3 a 6m	IV	0025	Av. Beatriz Cueva de Ayora
10	Cabrera Loja Sergio Alejandro	Completo	11/09/2009	4 a 1m	V	0001"A "	Cd. Jaime Roldos
11	Garrochamba Jarramillo Jony Francisco	Completo	19/11/2009	3 a 11m	V	00014	Cd. Jaime Roldos
12	Cevallos Bermeo Junior David	Completo	19/03/2010	3 a7m	V	0017	Cd. Jaime Roldos
13	Tamay Vicente Adriana Guinela	Completo	04/01/2011	2 a 9m	V	0022	Cd. Jaime Roldos
14	Fernandez Mendoza María Valentina	Completo	01/02/2011	2 a 8m	V	0025	Cd. Jaime Roldos

15	Cartuche León Anderson Fabricio	Completo	02/12/2010	2a 11 m	V	0027	Cd. Jaime Roldos
16	Alvarado Ponce Kevin Gabriel	Completo	11/08/2009	4 a 2m	V	0030”B ”	Cd. Jaime Roldos
17	Chávez Pullaguari Miley Cristina	Completo	20/05/2011	2 a 5m	VIII	0010	Vía a la florida pasando la Falla Geológica
18	Macas Gualán Angel Joel	Incompleto	25/10/2010	3 a	VIII	0013	Vía a la florida pasando la Falla Geológica
19	Alejandro Guachichulca Laura Janeth	Completo	07/08/2009	4 a 2m	VIII	0014”A ”	Vía a la florida pasando la Falla Geológica
20	Ortega León Ana Paula	Completo	01/06/2011	2 a 4m	VIII	0022”A ”	Vía a la florida pasando la Falla Geológica
21	Ortega Arrobo Kerly Janina	Completo	23/06/2009	4 a 4m	VII	0022”C ”	Vía a la florida pasando la Falla Geológica
22	Encarnación Correa Junior Alejandro	Completo	26/06/2011	2 a 4m	VIII	0026”A ”	Vía a la florida pasando la Falla Geológica
23	Encarnación Correa Johana Fernanda	Completo	04/11/2008	4 a 1m	VIII	0026”A ”	Vía a la florida pasando la Falla Geológica
24	Ponce Gualán Daniel Alexander	Completo	19/09/2011	2 a 1m	VIII	0028”C ”	Vía a la florida pasando la Falla Geológica

12. ÍNDICE

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

PRELIMINAR	PÁGINAS
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN. ABSTRACT	2
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	6
5. MATERIALES Y MÉTODOS	53
6. RESULTADOS	55
7. DISCUSIÓN	88
8. CONCLUSIONES	93
9. RECOMENDACIONES	96
10. BIBLIOGRAFÍA	98
11. ANEXOS	101
12. ÍNDICE	126

