

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



TÍTULO:

*“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE
SALUD DE LA CIUDADELA DEL
CHOFER LA BANDA SECTOR III,
SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”*

Tesis previa a la obtención
del Título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

Srta. Andrea Verónica Díaz Chamba

DIRECTORA:

Líc. 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 DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**, de autoría de la egresada de la Carrera de Enfermería Andrea Verónica Díaz Chamba, 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 la exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Loja, Enero del 2014

Atentamente



Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma

Directora de Tesis



AUTORÍA

Yo, Andrea Verónica Díaz Chamba, 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 accidentes legales por el contenido de la misma.

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

Autora: Andrea Verónica Díaz Chamba

Firma: 

Cédula: 2100813696

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, Andrea Verónica Díaz Chamba, declaro ser autora, de la tesis titulada: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DE LA CIUADAELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**. Como requisito para optar al grado de Licenciada de Enfermería; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

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

Firma: 

Autora: Andrea Verónica Díaz Chamba.

Cédula: 2100813696

Dirección: Nicolás García y Miguel Riofrío

Correo Electrónico: vero1990_@hotmail.com

Teléfono: 2577-813

Celular: 0967281149

DEDICATORIA

El presente trabajo, va dedicado principalmente a Dios por ser la base de mí existir, darme fortaleza, salud, paz, en fin, ser mi guía espiritual gracias a lo cual he podido llegar a la culminación de esta etapa académica.

A mis padres, por inspirarme y apoyar cada una de mis decisiones, por sus consejos y valores inculcados, permitiéndome obtener uno de mis grandes anhelos.

A mis hermanos y aquellas personas que han estado presentes, así como a quienes a la distancia, han estado conmigo en todo momento y que por ende de una u otra forma colaboraron en mi formación tanto en el ámbito académico como personal.

Andrea Verónica Díaz Chamba



AGRADECIMIENTO

Al culminar el presente trabajo, es grato exaltar el ahínco realizado para su finalización, así mismo agradecer a aquellas personas e instituciones que han propiciado y facilitado la ejecución y consumación satisfactoria del mismo.

A Dios, ser sublime, por ser la voz interior que me anima a continuar en la consecución de mis objetivos, brindándome en cada momento fortaleza y sabiduría.

A mis padres y hermanos por su comprensión y apoyo incondicional, mis más sincera gratitud hacia ustedes.

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, por abrirme sus puertas, ofrecerme los conocimientos pertinentes y contribuir a la consecución de la culminación de mi etapa educativa para empezar a formar parte del ámbito laboral.

A la Lic. Mgs. Patricia Chávez, directora de tesis, por su paciencia y guiar este trabajo.

A los moradores de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, por la apertura dada para realizar el trabajo de campo, en sí a todas aquellas personas, que de una u otra forma contribuyeron a la realización y culminación de este trabajo.

Andrea Verónica Díaz Chamba

1. TÍTULO

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DE LA CIUDADELA
DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III,
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 – EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud) formular propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la **Ciudadela del Chofer La Banda Sector III**.

El universo estuvo constituido por 184 familias y 680 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 estudio superior y bachillerato además se encontró 3 analfabetos de los cuales ninguno es jefe de familia, se identificó 4 niños con desnutrición leve, en cuanto a escolares y adolescentes gran parte de ellos está 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 tiroideo y lo que respecta a discapacidades la más sobresaliente es la discapacidad física. Se respalda la investigación con bibliografía y anexos que contempla el desarrollo de la misma.

Palabras Clave: Diagnóstico comunitario, Modelo de Atención Integral de Salud.

ABSTRACT

The present investigation has as main objective to Contribute the invigoration of the MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL in the Hospital Universitario de Motupe, contributing with statistical and data that will allow to the Basic Teams of Health - EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud) to formulate local proposals of health, spread to improve the quality of life of the Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.

The universe was constituted by 184 families and 680 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 relevant data include the most prevalent is the female sex, educational level outstanding is the top study and high school, also we found 3 illiterates, of which none is head of household, was identified 4 children with mild malnutrition, regarding school children and adolescents much of have good nutritional status and studies in regard to women with sexually active, the rhythm method is most often used for family planning.

As for the epidemiological 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 thyroid cancer, and what concerns to disabilities the most protruding is the physical disability. The investigation is supported with bibliography and annexes that it contemplates the development of the same one

Keywords: Community diagnosis, Model of Integrated Health Care.

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, en la actualidad las ciencias médicas 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 DE LA CIUADAELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III, 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 aporfo 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 los habitantes de la **Ciudadela del Chofer La Banda Sector III**.

El estudio que se aplicó en este trabajo es descriptivo, 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 positiva 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

¹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Modelo de Atención Integral Del Sistema Nacional De Salud Familiar Comunitario e Intercultural MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 56-57.

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

Se basa en:

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

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

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

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 y compromisos para la resolución de los problemas y necesidades.

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

- Ⓢ Conformación y/o fortalecimiento de la organización comunitaria de salud – comité local de salud
- Ⓢ Diagnóstico Situacional
- Ⓢ Diagnóstico dinámico
- Ⓢ Mapa Parlante
- Ⓢ Sala Situacional

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

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

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

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

4.1.5.1.1. Proceso para la sectorización urbana y rural:

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

- ✓ Si la unidad se encuentra ubicada en el centro de la zona de cobertura la numeración es en sentido centrifugo (de adentro hacia afuera) y siguiendo la dirección de la manecillas del reloj, se utilizará los números arábigos 1, 2, 3,4.

- ✓ Si la unidad se encuentra en la periferia la numeración es centrípeta es decir de fuera hacia adentro siguiendo las manecillas de reloj.

- ◆ **Numeración por sectores:** La zona de cobertura se subdivide en cuatro sectores, apoyándose en los accidentes naturales (calles, avenidas, quebradas, ríos, etc.) que pudieran existir; cada uno de ellos se identificaran con números romanos y de manera secuencial siguiendo las manecillas del reloj. Esta subdivisión es facultativa pues a nivel de zonas rurales de población dispersa, suele resultar muy difícil esta subdivisión. Cuando sea posible sobre todo en zonas urbanas, hay que tratar de que cada sector tenga un número similar de manzanas.

- ◆ **Numeración de viviendas:** Las viviendas se numeraran secuencialmente en cada una de las manzanas, partiendo con la vivienda No. 1 del extremo superior izquierdo de la primera manzana, continuando la numeración ascendente siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, sin romper la secuencia en la manzana No. 2 y subsiguientes. Los lotes baldíos y las casas en construcción no recibirán numeración.

- ◆ **Identificación de familias:** A cada familia se le asignará un orden numérico (números y letras mayúsculas); el número será el mismo asignado a la vivienda, acompañado de la letra A. Cuando exista dos o más familias habitando en la vivienda, se mantendrá el mismo número y se añadirá la letra que corresponda, en orden alfabético.

- ◆ **Sectorización en áreas dispersas:** Generalmente no existen manzanas y es difícil o imposible conformar sectores, en estos casos para la identificación y numeración de las viviendas pueden servir los referentes

locales como accidentes geográficos, vías de comunicación etc. o cualquier otra que se adecue más a la realidad local. Lo importante es que exista la máxima claridad en el diseño del mapa del territorio que debe cubrir el equipo de salud.

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

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

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

A cada uno de los criterios se le dará una valoración de manera semi-cuantitativa utilizando la escala de Liker: 1 (bajo), 2 (medio), 3 (alto) con votación individual de los integrantes del grupo, luego se sumarán horizontalmente y el resultado se lo ubicará en la columna total. El sector de mayor puntuación será entonces la base de trabajo del equipo y la comunidad.²

² Ibíd. pp. 188 – 190

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.³

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 la comunidad.

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

En Ecuador en el año 2010 según los indicadores de salud, las enfermedades más comunes y que ocupan una de las primeras causas de morbilidad son las Infecciones Respiratorias Agudas con 1.703,083 casos y en segundo lugar las Enfermedades diarreicas agudas con 516,567 casos; así mismo se encuentran las Enfermedades Crónicas transmisibles como la

³ *Ibíd.* pp.60-63.

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 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (**INEC**) 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.

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

⁴ Carcavallo 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.

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.⁵

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

Es un país multiétnico destacando las siguientes:

- ◆ 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-2012**) es 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).⁷

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.

⁵ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, e-análisis. 4^a Edición, Septiembre 2012

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

⁷ Ecuador. Distribución por edad - Población - Mundi. Fecha de consulta: 09/12/2013; Hora: 19h00 Disponible en: http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html

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%.⁸

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, deficiente infraestructura educativa y material didáctico. Los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone la actual sociedad.⁹

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

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

⁹ Situación de la Educación En El Ecuador - Eumed.net. Fecha de consulta: 09/12/2013; Hora: 22h30Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>

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 el 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.

El Gobierno Ecuatoriano ha creado campañas de alfabetización, las más reciente, a partir del año 2007, arrojan resultados positivos, pero "mientras más pequeña es la tasa de analfabetismo es más difícil seguirla reduciendo" (**UNESCO**, 2009).¹⁰

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 ésta se juntan la migración y la

¹⁰ Alfabetización en el Ecuador, Quito Ecuador, Septiembre 2009. Fecha de consulta: 27-11-2013; Hora: 20h00. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdf>

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 ésta 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.¹¹

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.¹²

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 y servicios, ingresos y por supuesto impulsa el consumo para satisfacer sus necesidades.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**), realizado en el 2010, señala que los empleados públicos se ubican en el primer lugar a

¹¹ La deserción. Fecha de consulta: 09/12/2013; Hora: 22h00. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf>

¹² Educación en la Provincia de Loja. Fecha de consulta: 28/11/2013; Hora: 10h00. Disponible en: <http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109>

nivel nacional con el 33%, después están los comerciantes representando el 28,5% y después están los agricultores o jornaleros con el 13%.¹³

“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 y transporte y comunicaciones”.¹⁴

4.6. FACTORES DE RIESGO

Son 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 que son los siguientes:

4.6.1. Riesgos Biológicos

4.6.1.1. Personas con vacunación incompleta: a nivel mundial los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con múltiples factores, entre los reportados en la literatura se encuentran: pobreza, costo a las familias, costo a los proveedores, inicio tardío de la vacunación, información deficiente del estado de vacunación, 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 del 4 a 9% inferior a la reportada en niños que no cuentan con este agravante.

¹³ Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Fecha de consulta: 09-12-2013. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf

¹⁴ Loja (Ecuador). Fecha de consulta: 09-12-2013. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja

4.6.1.2. Personas con problemas de nutrición (sobrepeso o desnutrición): el término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de proteínas y/u 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 el 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 de 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, para lo cual el personal médico llegó hasta los lugares más recónditos. Así mismo se evidenció que las disfunciones físicas y motoras son

mayores (36,76%), seguidas por las intelectuales (24,6%) y las múltiples (12,92%).¹⁵

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 el Ecuador un estudio realizado por los médicos Santiago Luna, Flor María Bazurto e 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.¹⁶

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 a agua por red pública y más del 22% no lo tiene a saneamiento adecuado (alcantarillado o pozo séptico). Más de cuatro millones de personas se proveen de agua a través de pozos, ríos, vertientes, carros repartidores y agua lluvia.¹⁷

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

¹⁵ En Ecuador existen casi 300.000 personas con discapacidad, dice el Gobierno. [Base en línea]. Fecha de consulta: 10/12/13. Hora: 10h15. Disponible en: <http://solnaciencenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html>

¹⁶ Discapacidad mental.[Base en línea]. Ecuador. Fecha de consulta: 10/12/13 9:20. Disponible en:

<http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevaagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html>

¹⁷ Wikipedia. Importancia del Agua Potable. Fecha de consulta: 10/12/13, 8:11. Disponible en:http://es.wikipedia.org/wiki/Agua_potable_y_saneamiento_en_Ecuador

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, la vida animal, pescado de la región, los residuos de aceite, la contaminación de producción y los derrames causan estragos 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 debe informar a la familia que tenga en su domicilio mascotas, las posibles enfermedades que pueden provocar, así como la prevención contra las zoonosis y detención oportuna tanto de parasitosis como patologías asociadas a mascotas.

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 disminuyó un 4,23%.

En Junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registró 44,96% según la última Encuesta Nacional

de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**).¹⁸

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 presencia de ambos padres.

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

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.¹⁹

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**) para llegar al 4%.²⁰

4.6.3.4. Desestructuración familiar: las causales principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o

¹⁸ ANDES. Ecuador Disminuyó la pobreza. Fecha de consulta: 10/12/13. Hora: 9h25. Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-ano-anterior.html>

¹⁹ INEC. Desempleo urbano en Ecuador. Fecha de consulta: 10/12/13. Hora: 8h45. Desempleo en el Ecuador. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3Adesempleo-urbano-en-ecuador-se-ubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es

²⁰ Fecha de consulta: 10/12/13. Hora: 9h45. El analfabetismo en el Ecuador. Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-68-4.html>

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 duda que el alcoholismo constituye el problema de drogas más importante; es responsable principal de violencia en todas partes, donde ocasionan desintegración familiar y deterioro social, caracterizado por desajustes de la personalidad, degradación, así como conductas delictivas y antisociales. Alrededor de la mitad de los homicidios y violaciones se produce bajo efectos del alcohol. El 70% y 80% de la población joven consumen alcohol: 15% de la población ingiere alcohol en forma anormal; 5% presenta síndrome de dependencia alcohólica y 10% son bebedores excesivos. Alrededor del 20% y el 25% de los jóvenes son abstemios, es decir beben muy ocasionalmente y sin embriagarse.

4.6.3.6. Malas condiciones de la vivienda: el problema de la vivienda constituye en el 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.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, 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 y autoinmunidad que pueden agravar la condición.

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos:²²

- Ⓢ Accidentes Cerebrovasculares
- Ⓢ Enfermedades Respiratorias Crónicas
- Ⓢ Obesidad
- Ⓢ Diabetes
- Ⓢ Trastornos Neuro psiquiátricos
- Ⓢ Afecciones Digestivas
- Ⓢ Discapacidad Visual y Auditiva
- Ⓢ Enfermedades Osteo articulares
- Ⓢ Afecciones Bucodentales
- Ⓢ Enfermedad Renal

²¹ Hacinamiento, definición Fecha de consulta: 10/12/2013, 8:20. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx>

²² Centro de nutrición molecular y enfermedades crónicas. Facultad de medicina. Universidad católica de Chile. Fecha de consulta: 09/12/13. Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas.php

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, enfermedades Hipertensivas, enfermedades Cerebro-Vasculares, Influenza y Neumonía, responsables de 25% de las muertes totales. En el caso de los hombres las principales causas de muerte fueron los accidentes de transporte terrestre y las agresiones, responsables de 12% de las muertes totales. A estas causas le siguieron las enfermedades Isquémicas del Corazón, los padecimientos Cerebro-Vasculares, la Influenza y Neumonía, las enfermedades Hipertensivas y la Diabetes Mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales”.²³

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

Las 35 millones de muertes que provocan anualmente las enfermedades Crónicas equivalen al 60% del número total de defunciones en el mundo, porcentaje que podría escalar a más de un 75% para el 2030. Según la Encuesta Nacional de Salud 2008, más de la mitad de la población de nuestro país presenta factores de riesgo Cardiovascular alto o muy alto como Hipertensión, Sobrepeso u Obesidad, considerando que 1 de cada 3 muertes obedecen, precisamente a cardiopatías.

Las Enfermedades Crónicas aquejan casi en igual proporción a hombres y mujeres, si bien se las suele asociar principalmente a

²³Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4. Disponible en versión electrónica en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013

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 inusitado 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.

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).

²⁴ Ecuador y las enfermedades no Transmisibles. Fecha de consulta: 09/12/13. Disponible en <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html>

Ⓢ **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 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 el **SIDA**, tuberculosis, malaria, enfermedades diarreicas e 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 Transmisión 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

²⁵Enfermedades crónicas. Fecha de consulta: 09/12/2013. Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php

²⁶Wilson, R. Enfermedades infecciosas. Fecha de consulta: 5/12/13. Disponible en:

<http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/Potenciaci3nDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx>

²⁷Control 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/>

capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otros tipos de infecciones.

- Ⓢ **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 Vulvo Vaginal es una infección común que ocurre cuando hay un crecimiento acelerado del hongo llamado *Candida albicans*. La *Candida* siempre está presente en el organismo en pequeñas cantidades.
- Ⓢ **Sífilis:** es una **ITS** causada por una bacteria, infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a hombres como mujeres.
- Ⓢ **Chancro Blando:** 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:** 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 éstas 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

Es 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 el 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 el 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 de 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 afectadas 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 en el aprendizaje.

²⁸Espanish.news.cn. Estudio identifica a 294.000 discapacitados en Ecuador. (Actualizado: 04/10/2010). Fecha de consulta: 10/12/2013, Hora: 10h25am. Disponible en: http://spanish.news.cn/salud/2010-12/04/c_13634838.htm

Ⓢ **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, seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.²⁹

4.11. TRANSTORNOS 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 son parte de la vida; puede sentirse ansioso antes de presentar una prueba o al caminar por una calle oscura. Este tipo de ansiedad es útil puede permitirle estar más alerta o ser más cuidadoso.

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

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

4.11.3. Estrés Postraumático: es un trastorno psiquiátrico que aparece en personas que han vivido un episodio dramático en su vida (guerra, secuestro, muerte violenta de un familiar). En las personas que lo

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

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. 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

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

³⁰MEDILINEPLUS. Fobias. Fecha de consulta: 06/12/2013. Hora: 11h30. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/phobias.html>

³¹OMS. Depresión. Fecha de consulta: 06/12/2013, Hora: 11h30. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html

³²Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Fecha de consulta: 09-12-2013 Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf

³³ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2009). Ecuador. Programa Ampliado de Inmunizaciones, Coberturas de vacunación año 2009. Fecha de consulta: 09-12-2013. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>

4.13. TAMIZAJE NEONATAL

“Con pie derecho, la huella del futuro” es un examen que consiste en la toma de 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 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.

³⁴ Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Fecha de consulta: 09-12-2013. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec>

³⁵ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Ecuador. Día internacional de las personas con discapacidad se conmemoró con primer año de ejecución del Programa de Tamizaje Neonatal. Fecha de consulta: 27-11-2013. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/dia-internacional-de-las-personas-con-discapacidad-se-conmemoro-con-primer-ano-de-ejecucion-del-programa-de-tamizaje-neonatal/>

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

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

- Ⓢ **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** se da cuando los recién nacidos carecen de una enzima para producir cortisol y aldosterona. Esto produce más andrógenos, lo que ocasiona la masculinización de fetos femeninos y una potencial pérdida salina en ambos sexos.³⁶ La prueba previene la muerte antes del primer mes de vida y de alteraciones del sexo.

- Ⓢ **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.

³⁶ Tamizaje, pinchazo vital contra la discapacidad. Fecha de consulta: 27-11-2013. Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contra-la-discapacidad/>

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 y viceversa, principalmente se presenta en la infancia.

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

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

La medición de este evento se centra en la antropometría nutricional, apoyado en las técnicas antropométricas usuales. Además se ha comprobado en varios 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

³⁷ Guerra Mejía J. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Medicina. (2010). Barranquilla-Colombia. Evaluación del estado nutricional de los niños en la Escuela de Arte y Cultura Alejandro Obregón. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#ixzz2ly1YIYuZ>

de alimentos (población con máxima vulnerabilidad) y por lo tanto alteraciones del crecimiento.

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

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

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

4.15. LACTANCIA MATERNA

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



La **OMS** destaca que el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo)³⁸ y la lactancia materna es la mejor fuente de nutrición para el recién nacido ya que es una de las maneras más eficaces para garantizar la salud y la supervivencia infantil, por lo cual se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida.

A nivel mundial, se estima que solo el 38% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva durante sus 6 primeros meses.³⁹

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

Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica para evitar al máximo el riesgo de contaminación. Alimentar a un niño pequeño requiere una atención activa y estimulación para animarlo a comer.⁴⁰

³⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (s.f). Temas de Salud. Lactancia materna. [en línea]. Disponible en:

<http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

³⁹ La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS. Fecha de consulta: acceso: 01/08/2013. Disponible: <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivencia-infante-segun>

⁴⁰ Hasta que edad es importante alimentar al bebé solo con leche materna. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>

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 para la edad, talla para la edad, peso para la talla y perímetro cefálico. Estas medidas son importantes para determinar si el crecimiento del individuo es armónico o no. Por ejemplo: si el perímetro cefálico está creciendo a un ritmo menor que el de su talla, puede indicarnos la probabilidad de que el cerebro no se está desarrollando adecuadamente o de que las suturas de la cabeza del niño se han cerrado en forma prematura y cada una de estas posibilidades implica un abordaje y tratamiento muy diferentes, también se detecta si el paciente tiene algún grado de desnutrición o si por el contrario, está cursando con sobrepeso y obesidad para tomar las medidas necesarias para mantenerlo en un rango ideal de peso de acuerdo a su edad, talla y sexo. Ya analizado el crecimiento y desarrollo del niño pasamos al aspecto de las inmunizaciones (vacunas). Por ello los padres deben recibir la información actual acerca de todas las enfermedades que se previenen con el esquema básico que nos ofrece el Sector Salud.⁴¹

⁴¹ Pediatría control del niño sano. Disponible en: <http://pediatria.org/?p=214>

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.

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 nutricional en adolescentes, por su buena correlación con la masa grasa en sus percentiles más altos y por ser sensible a los cambios en composición corporal con la edad. Existen por tanto distintas curvas de IMC para población de 0 a 18 años.

4.17.1.3. Datos estadísticos

En el Ecuador es evidente la emergencia del sobrepeso y la obesidad: el exceso de peso se caracteriza por bajas tasas durante los primeros años de vida, 6,5% en la edad infantil; aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar, 14% de sobrepeso/obesidad en escolares ecuatorianos de ocho años de edad que habitan en el área urbana incremento sostenido durante la adolescencia en un 22% a nivel nacional.⁴²

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”.⁴³ El mismo considera que, los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

4.17.2. Vacunación con difteria y tétanos (dT)

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

⁴² MSP. Normas de Nutrición para la prevención secundaria de sobrepeso y la obesidad en niños y niña adolescentes. Disponible en: http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDARIA.pdf

⁴³ Novillo Granda, A. UTPL. (2012). Influencia de la colación escolar en la nutrición y rendimiento escolar, de los niños y niñas de las escuelas fiscales de San Cayetano, de la Ciudad de Loja, durante el período académico 2010 – 2011.

p.p 11. Disponible en: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3031/1/TESIS%20ALBA%20NOVILLO.pdf>

los neurotransmisores inhibidores del sistema nervioso central y provoca la rigidez muscular y espasmos característicos del tétanos generalizado. La enfermedad puede afectar a cualquier grupo de edad.

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

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 "tests" en los que tendrá que superar distintas pruebas visuales, es más usado es:

- **Test de Snellen:** son los más populares. Están formados por filas de letras que van de tamaño más grande a más pequeño conforme bajamos la mirada. Cuanto más abajo logre ver nítido el paciente, mayor agudeza visual tendrá.⁴⁴

⁴⁴ Agudeza Visual. Fecha de consulta: 10/12/2013. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/>

4.17.3.1. Principales problemas visuales

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

Los principales problemas de refracción visual son:⁴⁵

- ◆ **Miopía:** se presenta cuando los rayos de luz se enfocan delante de la retina y no directamente sobre ella, haciendo que los objetos cercanos se vean fácilmente, pero los lejanos sean difíciles de distinguir.
- ◆ **Hipermetropía:** cuando los rayos de luz proyectan la imagen en un punto detrás de la retina, haciendo que los objetos cercanos se vean borrosos.
- ◆ **Astigmatismo:** ocurre cuando hay una deformación en varias partes de la córnea, la membrana transparente que cubre al ojo, ocasionando que no se forme un foco sobre la retina, sino una imagen confusa generalmente incompleta o distorsionada.
- ◆ **Daltonismo o ceguera a los colores:** es un padecimiento que impide a los conos de la retina distinguir todos los colores o ciertos tonos de color. La mayoría no distinguen entre el rojo y el verde y otras no pueden hacerlo entre tonos de azul y amarillo.
- ◆ **Estrabismo:** mejor conocido como “ojos bizcos”. Este padecimiento se caracteriza por la pérdida del paralelismo de los ojos, es decir que mientras uno de los ojos mira un objeto, el otro se desvía en otra dirección ocasionando en muchos casos un defecto estético llamativo.

⁴⁵ ESMAS. Salud-Enfermedades, Principales problemas visuales. Fecha de consulta:02-02-2014. Disponible en: <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/notransmisibles/368755.html>

- ◆ **Ambliopía:** también conocida como “síndrome del ojo perezoso u ojo vago”, es la pérdida parcial de la visión de un ojo. En raras ocasiones este problema se puede presentar en los dos ojos, con signos muy claros de temblor o movimientos oculares involuntarios.

Proyecto de Detección Temprana e Intervención de Discapacidad Visual – Ecuador

El Proyecto de Detección Temprana e Intervención de Discapacidad Visual a través del mismo busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población pre-escolar y escolar la discapacidad visual y finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual.⁴⁶

El Programa de entrega de lentes gratuitos se inició en el 2008, beneficiando a 800 ciudadanos por año, la labor continúa este año con una segunda entrega a realizarse en el mes de septiembre. El costo de los lentes oscila entre los 20 y 50 dólares, montos que son asumidos por el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud.

Con la campaña se pretende reducir el número de población que tiene problemas visuales y que en los niños se puede detectar a los 8 años cuando presenta dificultad para mirar, leer lo cual incide en su rendimiento académico.⁴⁷

4.17.4. Estudio en escolares y adolescentes

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

⁴⁶ Proyecto de detección temprana e intervención de Discapacidad Visual en el Ecuador. Estudio de OACDH sobre el derecho de los niños y niñas a la Salud, defensoría del pueblo ecuatoriano. 7 Septiembre de 2012.

⁴⁷ ELNORTE. Lentes gratuitos fueron entregados a los adultos. Fecha de consulta: 10 de Febrero de 2014. Disponible en: <http://www.elnorte.ec/carchi/actualidad/38496-lentes-gratuitos-fueron-entregados-a-los-adulto.html?hitcount=0>

4.17.4.1. Educación Básica

En el 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 problemas, tomar decisiones e integrar el arte y la comunicación a sus procesos formativos.⁴⁸

4.17.4.2. Datos estadísticos

Existen altas coberturas de la educación básica, es decir el 95% de los niños y niñas de 5 a 14 años está en el sistema escolar y el 92% asisten a la educación básica en el curso que corresponde para su edad, sin diferencias de género.

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

⁴⁸ UNICEF. La Educación. Fecha de consulta: 10 de Diciembre de 2013. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf

educación secundaria. Sin embargo dicha expansión marcó aún más las diferencias y la inequidad entre los y las adolescentes. Los adolescentes pobres acceden pero sobre todo permanecen menos tiempo en la educación media que los jóvenes de sectores no pobres. A esto se añade que los pobres aprenden menos que los no pobres debido a factores escolares y extra escolares que se combinan y potencializan. Por ejemplo, los más pobres acceden a escuelas más precarias en cuanto a: infraestructura, acceso a bibliotecas e Internet así como a docentes altamente calificados.

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

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

Esto se debe a que constituye el espacio de aprendizaje de conocimientos socialmente significativos, que habilitan el acceso a los niveles técnicos, universitarios y superiores 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.⁴⁹

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 lo que propician también el éxito escolar, en los cuales tenemos:

- ④ **Factores sociales y culturales:** la clase social (determinada por el ingreso familiar, la escolaridad de la madre y del padre, el tipo y ubicación de la vivienda) ha sido reportada como una variable relacionada con el hecho de que los alumnos sufran fracasos escolares.
- ④ **Factores escolares:** el ambiente escolar también ha sido señalado como un factor que afecta el desempeño escolar de los alumnos; en este ambiente podemos citar la administración de la institución educativa (sus políticas, estrategias, etc.) y el profesor (capacitación, compromiso, etc.).
- ④ **Factores familiares:** el rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante, porque es importante la percepción que tengan acerca de la valoración positiva o negativa de su familia hacia ellos, su percepción del apoyo que aquella les presta, el contexto

⁴⁹ *Ibíd.*

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.⁵⁰
- Ⓢ **Pereza:** las transformaciones físicas (como aumento de estatura, aparición de caracteres sexuales secundarios, etc.) junto con la inestabilidad de emociones y sentimientos, explican por qué con frecuencia el adolescente se siente fatigado y le es más difícil concentrarse.
- Ⓢ **Conflictos propios de la adolescencia:** el adolescente entra en conflicto con los valores de su infancia, cuestiona normas y orientaciones que recibió durante sus años anteriores.
- Ⓢ **Mala alimentación:** los adolescentes en esta etapa de su vida requieren una mayor cantidad de nutrientes ya que las consecuencias de una mala nutrición ocasiona bajo rendimiento escolar, falta de atención, concentración, entre otros problemas que impiden gravemente que desarrollen adecuadamente las habilidades previstas por el sistema educativo.

4.17.6. Problemas de conducta en escolares

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

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

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

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

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

El trastorno de conducta ha sido asociado con:

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

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

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

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

aprender comportamientos de adaptación y evitar complicaciones potenciales.

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

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.⁵¹

Entre los problemas de conducta tenemos:

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

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

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

⁵¹ Taller para adolescentes "Aprendiendo a comunicarnos, resolver conflictos y tomar decisiones disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado6_2.pdf.

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

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

- Ⓢ **Conducta pro-social:** comienza a aparecer durante la etapa pre-escolar y puede observarse en el niño desde los dos años de edad. Sin embargo la capacidad para compartir y cooperar es limitada; la conducta pro-social sigue desarrollándose ya entrada la adolescencia y de manera posterior.⁵²

4.18. ATENCIÓN MATERNA

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio, los Derechos Sexuales y Reproductivos, el Plan de Reducción acelerada de muerte Materna y Neonatal, implementa desde hace tres años un proceso colaborativo de mejora en la calidad de la atención obstétrica 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

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

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 y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los riesgos y complicaciones del embarazo, que amenazan la vida de la madre y el feto, comprende el control de salud tanto de la madre como del niño antes del parto, para prevenir los riesgos que se pueden presentar en esta etapa.⁵³

Los objetivos de los controles médicos son:

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

Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), se considera saludable un embarazo si tiene cinco o más controles prenatales.⁵⁴ El control del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que, existe mayor receptividad materna para las actividades de educación de la salud.

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

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

4.18.2. Vacunación en mujeres embarazadas

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

En el Ecuador, el Tétanos Neonatal (**TNN**) ha sido eliminado como problema de salud pública nacional y provincial (**OPS**, 2008). El impacto a la fecha, se demuestra con la disminución de la tasa de **TNN** a 0.02 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. A pesar de ser la vacunación un método sencillo y económico para prevenir el Tétanos Neonatal, aún existen en nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tétánico.⁵⁵

“Es más probable que las mujeres embarazadas se enfermen gravemente de influenza que aquellas que no están embarazadas. Los cambios que ocurren durante el embarazo en el sistema inmunitario, el corazón y los pulmones hacen que las mujeres embarazadas sean más propensas a enfermarse gravemente de influenza, lo cual puede llevar a una hospitalización e incluso a la muerte. Una mujer embarazada y que tiene influenza también tiene una probabilidad más alta de que su futuro bebé presente problemas graves, incluido un aborto espontáneo o un parto prematuro. La vacuna contra la influenza puede proteger a las mujeres embarazadas y a sus futuros bebés, antes y después del parto”.⁵⁶

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

⁵⁵Incidencia y Factores de Riesgo asociados al Tétanos Neonatal en el Ecuador: Principales determinantes que influyen en las bajas coberturas de vacunación con DT en las mujeres en edad fértil en el año 2009-2010, disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1030/1/98048.pdf>

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

Éstas son:

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

4.18.3. Problemas relacionados con el embarazo

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

Otras complicaciones del embarazo:

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

reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina. El resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia).

- ⓐ **Embarazo ectópico:** sucede cuando 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, comienza después de las 20 semanas, ocasiona hipertensión arterial 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.⁵⁷ El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos. Es muy frecuente en países de bajos ingresos y se produce por la protección insuficiente que pasa de la madre al feto junto con infección que entra en el recién nacido a través del cordón umbilical. La revisión de estudios que evalúan la vacunación de mujeres en edad fértil mostró menos casos de Tétanos Neonatal al aplicarse dos o tres dosis.⁵⁸

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, de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción. Por lo tanto se adoptan métodos que se engloban en programas como: la planificación familiar la cual es la utilización de objetos, sustancias y procedimientos naturales o artificiales, que se utilizan de manera voluntaria, tanto temporales como definitivos, para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja, para impedir la fecundación, y evitar un embarazo no planificado.⁵⁹

⁵⁷ Parte II – Vacunas. [en línea]. [Fecha de consulta: 05 de Diciembre de 2013; Hora: 17h45]. Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH04.HTM#MUJERES%20EN%20EDAD%20F&EACUTE;RTIL%20%2815%20A%2049%20A&NTILDE;OS%29

⁵⁸ Demicheli, V. Barale A, y Rivetti A. LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS. (2013). Número 12. Fecha de consulta: 05/12/2013. Hora: 17h45min. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959>

⁵⁹ OMS. Fertilidad. Fecha de consulta: 05/12/2013. Hora: 17h45min. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>

4.19.2.1. Clasificación de los métodos anticonceptivos

En general, los métodos anticonceptivos se clasifican en Definitivos y Temporales; como su nombre indica, los definitivos son, 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 ITS.

a) Métodos Naturales

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

b) Métodos de Barrera

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

c) Métodos Hormonales

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

Entre ellos se encuentran:⁶⁰

- Ⓢ La Píldora
- Ⓢ Inyectables
- Ⓢ Implante

⁶⁰TUVIDA. *Tu anticoncepción.* [en línea]. [Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45min]. Disponible en: http://www.tuvidatudecision.com/es/home/conoce_tus_opciones/tu_anticoncepcion/index.php?method=IUD

4.19.3. Papanicolaou

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

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

La toma para el estudio orgánico o la pesquisa del cáncer cérvico-uterino se debe hacer directamente del exocérvix en la zona escamocolumnar mediante raspado superficial, con la espátula de Ayre o un depresor. Luego se tomará otra muestra del fondo del saco posterior.⁶¹

“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 cérvico-uterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer”.⁶²

⁶¹ Rigol. GINECOLOGIA. CAP. 5 Pág. 41-42. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h15min.

⁶²Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia "Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador". Disponible en: www.colposcopiaquayas.com/.../Consenso%20Ecuatorian%20V1.ppt

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

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

5.1. Tipo del estudio

El estudio que se aplicó en esta investigación fue de tipo descriptivo, que tuvo como principal objetivo el detallar sistemáticamente hechos y características relacionadas con la población y su entorno, información que sirvió para elaborar el diagnóstico de la **Ciudadela del Chofer La Banda Sector III**, conjuntamente con la línea de base y perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas, de impacto y degenerativas de la comunidad.

5.2. Universo

El universo estuvo conformado por todas las familias de la **Ciudadela del Chofer La Banda Sector III**.

5.3. Análisis de la información

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

Los resultados obtenidos fueron analizados e interpretados en tablas para lo cual se utilizó una hoja de cálculo Excel de Microsoft Office 2010.

Se realizó el levantamiento definitivo del mapa parlante utilizando el programa AUTOCAD, el cual fue apoyado por el mapa físico elaborado durante toda la jornada laborada en la **Ciudadela del Chofer La Banda Sector III**.

5.4. Materiales.

5.4.1 Recursos materiales

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

6. RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD



La Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, se encuentra ubicada al Noroeste a 5km del Hospital Universitario de Motupe, se inicia aproximadamente en el año 1985 como una ciudadela privada, que pertenecía al Sindicato de Choferes, inicialmente estaba formada por diez socios, los mismos que forman la primera directiva, constituida por los señores: Maximiliano Hurtado, Eduardo Arévalo, Adrián Valarezo y Maximiliano Avendaño.

Inicialmente debido a la carencia de servicios básicos, los moradores decidieron crear un fondo común, obteniéndolo mediante rifas, bingos y aportaciones de todos los habitantes de la Ciudadela, inician con ello la creación de la casa comunal, colocación de la red de tuberías, alcantarillado y otros servicios básicos como: agua, luz, teléfono y alumbrado público.

Actualmente la Ciudadela forma parte del municipio; luego de obtener todos los servicios básicos los moradores muestran desinterés por las necesidades y problemas del sector, todo esto repercute en la

organización del comité directivo, en la actualidad ya no existe tal organización como anteriormente, a la gente se le agilita hacer los pagos directamente al municipio y que ellos tomen las soluciones a las necesidades de la Ciudadela; en cuanto a la casa comunal ésta ya no funciona, además algunos habitantes manifiestan que cuando la Ciudadela era privada las inquietudes se las hacía conocer al comité directivo, quienes se encargaban de la gestión oportuna a las necesidades, hoy en día el municipio muestra poco interés, las gestiones tardan más y la solución a las necesidades es inadecuada.

Además de ello, hace más de diez años con fondos de la Ciudadela, la directiva hizo gestiones para la creación de la Unidad de Policía Municipal (**UPC**), posteriormente tras la creación del mini-cuartel en La Banda, éste dejó de funcionar, ya que el personal fue trasladado; al momento no se ha conocido casos de inseguridad.⁶³

Los habitantes de este barrio son gente de recursos económicos medios, en su mayoría trabajan en el centro de la ciudad y cuentan con negocios propios.

Organización

En la Ciudadela del Chofer La Banda, la directiva está constituida de la siguiente manera:

- 🕒 **Presidente:** Dr. Luis Lapo
- 🕒 **Secretaria:** Teresa Conde
- 🕒 **Tesorera:** Carmita Ruiz

⁶³ Relato de la Sra. Carmita Ruiz (Moradora de la Ciudadela del Chofer La Banda)

“En la Ciudadela no se identifica ningún curandero ni comadronas ya que los moradores manifiestan hacerse atender exclusivamente en servicios de salud ya sean públicos o privados”

Vías de comunicación



Av. Chuquiribamba



Av. 8 de Diciembre

La principal vía de acceso es pavimentada correspondiendo a la Avenida 8 de Diciembre y lastrada la Avenida Chuquiribamba.

Transporte

El transporte a la Ciudadela es muy accesible debido a que los habitantes cuentan con el servicio de buses de transporte urbano con destino a: Saucos Norte – Argelia cada 3 minutos y Motupe Capilla – Las Peñas cada 7 minutos desde el centro de la ciudad, como medios de transporte alternativos, disponen de: taxis, camionetas y sus propios vehículos.

Servicios básicos con que cuenta

- Ⓢ Luz
- Ⓢ Alumbrado Público
- Ⓢ Agua Potable
- Ⓢ Alcantarillado.
- Ⓢ Teléfono fijo y celular.
- Ⓢ Internet.
- Ⓢ Tv Cable

Límites de la comunidad

- ⊙ **Al Norte:** La Banda Bajo
- ⊙ **Al Sur:** Esmeralda Norte
- ⊙ **Al Este:** Avenida 8 de Diciembre
- ⊙ **Al Oeste:** Avenida Chuquiribamba

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 de la Ciudadela Sector III: **184**
- ⊙ Número total de habitantes Sector III: **680**

Total de habitantes por sexo Sector III:

- ◆ Masculino: **312**
- ◆ Femenino: **368**

- ⊙ Casas Fallidas: **2**
- ⊙ Familias que no colaboran: **6**
- ⊙ Casas no habitadas: **1**

6.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Niños menores de 1 año	5	0,74	9	1,32	14	2,06
Niños de 1 – 4 años	18	2,65	33	4,85	51	7,50
Niños de 5 – 9 años	32	4,71	25	3,68	57	8,38
Adolescentes de 0 – 19 años	65	9,56	66	9,71	131	19,26
Adultos 20 – 64 años	180	26,47	216	31,76	396	58,24
Adultos mayores 65 años y más	12	1,76	19	2,79	31	4,56
TOTAL	312	45,88%	368	54,12%	680	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.
ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: grupos etarios según el MSP.

ANÁLISIS.

En la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, el **54,12%** de la población corresponde al sexo femenino y el **45,88%** al sexo masculino, predominando por tanto el sexo femenino, de acuerdo a los rangos de edad, el mayor porcentaje se encuentra la de adultos de 20 – 64 años con el **58,24%**, que corresponde a la población económicamente activa.

Los datos obtenidos son similares a la dinámica de la población del país donde según el último Censo de Población y Vivienda del 2010, el sexo masculino representa el 49,6% y las mujeres el 50,4% de la población.⁶⁴

En la provincia de Loja la realidad es similar ya que un 49,2% corresponde a los hombres y 50,8% a mujeres.⁶⁵

⁶⁴ INEC. Resultados del Censo 2010 de Población y vivienda en el Ecuador. Fascículo Nacional. Estructura de la población. Nacional. Fecha de consulta: 23 de noviembre de 2013. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf

⁶⁵ INEC. Resultados del Censo 2010 de Población y vivienda en el Ecuador. Fascículo Provincial Loja. Estructura de la población. Nacional. Fecha de consulta: 23 de noviembre de 2013. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculos_provinciales/loja.pdf

TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	f	%
Sin escolaridad	44	6,47
Analfabetos	3	0,44
Pre-Básica	21	3,09
Básica	172	25,29
Bachillerato	203	29,85
Superior	234	34,41
Especialidad	3	0,44
TOTAL	680	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.

ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

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

ANÁLISIS.

El nivel de escolaridad de los moradores de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, en orden de frecuencia se encuentra el superior con el **34,41%**, seguido del bachillerato con un **29,85%**, así también se tiene el **6,47%** de sin escolaridad correspondiendo a los niños menores de 3 años, que por encontrarse en este grupo etario no asisten a instituciones educativas,⁶⁶ según estos datos, se evidencia que el grado de escolaridad de los habitantes corresponde al estatus socio-económico de los mismos. No obstante, se encontró analfabetos con el **0,44%** predominando el sexo femenino, la realidad encontrada no es distante a la realidad educacional del país ya que “de acuerdo al Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2010, el Ecuador posee una tasa de analfabetismo de 5,8% para hombres y 7,7% en mujeres”,⁶⁷ además de acuerdo al grupo etario afectado, se relaciona con las estadísticas nacionales donde el grado de escolaridad de la población de 24 años y más disminuye a medida que la edad aumenta.

⁶⁶ Eldiario.ec, educación inicial no es obligatoria. Fecha de consulta: 15 de Diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/273995-educacion-inicial-no-es-obligatoria/>

⁶⁷ inec.gob.ec, revistas, e-análisis del analfabetismo en el Ecuador. Fecha de consulta: 15 de Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf>

TABLA N° 3

**RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDADELA DEL
CHOFER LA BANDA SECTOR III**

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Personas con mala nutrición	15	2,21	665	97,79	680	100
Embarazadas con problemas	1	25	3	75	4	100
Personas con discapacidad	8	1,18%	672	98,82%	680	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.

ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: se elimina la categoría "personas con vacunación incompleta, personas con enfermedad de impacto y personas con enfermedades mentales" por no existir casos.

ANÁLISIS.

En lo que respecta a los riesgos biológicos encontramos personas con mala nutrición: desnutrición leve y sobrepeso ubicándolos como riesgo bajo y moderado en los que se hallan adultos, niños y adolescentes con el **2,21%**.

“Los estados de deficiencia o exceso nutricional ocurren cuando el consumo de nutrimentos no se equilibra con los requerimientos de los mismos para una salud óptima, el deterioro nutricional inicia con el consumo de las reservas musculares y grasas con lo que disminuye la velocidad de crecimiento comprometiendo la inmunidad del individuo”.⁶⁸

De las 4 mujeres embarazadas el **25%** se encuentra en riesgo, debido a antecedentes de pre-eclampsia e hipertensión arterial actual, sin embargo la paciente se realiza controles médicos periódicos, con lo cual disminuye la probabilidad de producirse morbi-mortalidad fetal y materna.

Entre los riesgos biológicos, se encontró que el **1,18%** de personas tiene discapacidad, ya sea física, auditiva, intelectual o psicomotriz (VER ANEXO 13).

⁶⁸ utpl.edu.ec, Estudio del estado nutricional e identificación de factores de riesgo de la población escolar del Cantón Gonzanama, de la Provincia de Loja en el año 2010, [sede Web]. Loja: dspace.utpl.edu.ec; 2010, [Publicación: marzo de 2010. Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2013. Disponible en: <http://dspace.utpl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4951/1/tesis%20puyango%202012.pdf>

TABLA N° 4

**RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DE LA CIUDADELA DEL
CHOFER LA BANDA SECTOR III**

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Mala eliminación de basura y excretas	1	0,54	183	99,46	184	100
Impacto ecológico por industrias	1	0,54	183	99,46	184	100
Animales intradomiciliarios	30	16,30%	154	83,70%	184	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.

ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: se elimina la categoría "consumo de agua insegura, mala eliminación de desechos líquidos" por no existir casos.

ANÁLISIS.

En la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, los riesgos sanitarios como: la mala eliminación de basura y excretas alcanza el **0,54%**, correspondiendo a una familia que se encuentra cercana a un lote baldío y por tanto, arroja y quema la basura, lo mismo repercute en el estado de salud de todos los habitantes del sector.

En lo que respecta al impacto ecológico debido a contaminación ambiental, el **0,54%** de la población es afectada por la presencia de polvo proveniente de la carretera en malas condiciones y presencia de mecánicas.

El riesgo por presencia de animales intradomiciliarios corresponde al **16,30%** se lo considera como tal, debido a que las familias no cuentan con el espacio suficiente para la estancia de los mismos en el domicilio, ya que en su mayoría poseen un promedio de dos perros y/o gatos a la vez.

TABLA N° 5

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III

RIESGOS SOCIO ECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Pobreza	15	8,15	169	91,85	184	100%
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	26	14,13	158	85,87	184	100%
Desestructuración familiar	33	17,93	151	82,07	184	100%
Violencia/alcoholismo/drogadicción	9	4,89	175	95,11	184	100%
Malas condiciones de la vivienda	5	2,72	179	97,28	184	100%
Hacinamiento	8	4,35	176	95,65	184	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.

ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: se elimina la categoría "analfabetismo del padre o madre" por no existir casos.

La categoría desestructuración familiar corresponde a divorcios y separación de los conyugues.

ANÁLISIS.

De los datos obtenidos, el riesgo socio – económico que prevalece es la desestructuración familiar con el **17,93%**, la misma que se debe a divorcios y migración de los padres, situación que merece especial atención ya que los divorcios “causan afectaciones psicológicas y emocionales en los niños y repercute en su comportamiento y rendimiento, tanto en las escuelas como en el hogar”.⁶⁹ En nuestro país el porcentaje de divorcios “aumentaron en un 69% en la última década”.⁷⁰

El desempleo o empleo informal del jefe de familia corresponde al **14,13%**, el mismo que se relaciona directamente con el porcentaje de familias en condiciones de pobreza que corresponde al **8,15%**.

⁶⁹ elcomercio.ec, Sociedad/Divorcio. Fecha de consulta: 14 de noviembre de 2013. Disponible en: http://www.elcomercio.ec/sociedad/Divorcio-ninos-psicologo_0_694730617.html

⁷⁰ hoy.com.ec, Divorcios en el Ecuador aumentan. Fecha de consulta: 14 de noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/divorcios-en-el-ecuador-aumentaron-un-69-479697.html>

TABLA N° 6

**TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III**

TAMIZAJE	f	%
SI	14	21,54
NO	51	78,46
TOTAL	65	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.
ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

“El Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal, con Pie Derecho la Huella del Futuro, es un proyecto con el objetivo de prevenir la discapacidad congénita en los todos los niños del Ecuador, este proceso implica la toma de muestra de gotas de sangre del talón del recién nacido, a partir del cuarto día de nacido”.⁷¹ Este proyecto es impulsado por el Ministerio de Salud Pública y la Vicepresidencia de la República del Ecuador, se inició en Diciembre de 2011, permite detectar cuatro enfermedades: Hipotiroidismo Congénito, Galactosemia, Hiperplasia Suprarrenal Congénita y Fenilcetonuria, que pueden ser tratadas oportunamente, de los niños de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, el **21,54%** de los niños menores de 5 años, se les ha realizado este procedimiento por estar dentro de los 28 días de nacidos.

⁷¹ Manual Tamizaje. Fecha de consulta: 14 de noviembre de 2013. Disponible en: <http://201.219.3.112/tamizaje/manuales/Cosulta%20Ciudadano.pdf>

ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III

Revisados los carnets de vacunación de los niños menores de 5 años en la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, encontramos que de acuerdo a su edad, el **100%** de los niños tienen esquemas completos de vacunación, deduciendo la importancia de la vacunación para los pobladores, por tanto se elimina esta tabla por no existir datos de mayor relevancia para realizar el análisis.

TABLA N° 7

OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III

OCUPACIÓN	TOTAL	
	f	%
Estudiante	234	34,41
Haceres domésticos	103	15,15
Empleado privado	89	13,09
Sin ocupación	65	9,56
Empleado público	50	7,35
Comerciante	49	7,21
Chofer	46	6,76
Jubilado	18	2,65
Albañil	10	1,47
Artesanos	6	0,88
Desempleado	5	0,74
Mecánico	3	0,44
Agricultor	2	0,29
TOTAL	680	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.

ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: la categoría "Sin ocupación" corresponde a niños menores de 5 años.

ANÁLISIS.

En cuanto a la ocupación, se determina que la que genera ingresos económicos a nivel familiar son en primer lugar los empleados privados con el **13,09%**, seguido de los empleados públicos con el **7,35%** en tercer lugar tenemos los comerciantes con el **7,21%** y en cuarto lugar los choferes con **6,76%**.

En su mayoría las familias son de condición económica media, por tanto sus ingresos económicos se relacionan con el costo de la canasta básica familiar y el número de integrantes del núcleo familiar siendo este en promedio de 4 miembros por familia además, el empleo informal o desempleo del jefe de familia, es causante de un indicador de riesgo socio-económico bajo.

TABLA N° 8

LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III

LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA	f	%
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	201	29,56
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE	182	26,76
HOSPITAL ISIDRO AYORA	33	4,85
CENTRO N° 3	19	2,79
OTROS	245	36,03
TOTAL	680	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.

ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: la categoría otros abarca clínicas, policlínicos, ISSFA, ISPOL y médicos particulares.

ANÁLISIS.

En relación al lugar de atención médica de los moradores de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, el **29,56%** acude al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, mismos que corresponden a personas con seguro general y jubilados, el **26,76%** de la población refiere atenderse en el Hospital Universitario de Motupe y el **36,03%** de la población lo hace en clínicas, policlínicos, ISSFA u otros servicios de salud.

TABLA N° 9

**ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA CIUDADELA
DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III**

ESTADO NUTRICIONAL	f	%
Normal (12,9 – 18,5)	61	93,85
Desnutrición leve (10 – 12,8)	4	6,15
TOTAL	65	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.

ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: se eliminan las categorías "Desnutrición moderada, desnutrición grave, sobrepeso y obesidad" por no existir casos.

ANÁLISIS.

El Estado Nutricional se obtuvo en base al Índice de Masa Corporal tomado de los niños y niñas de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, evidenciándose que el **93,85%** tiene un estado nutricional dentro de los percentiles de peso y talla para la edad clasificado como normal, mientras que el **6,15%** de los niños/as se encuentra en desnutrición leve convirtiéndose en un riesgo para su salud ya que "si las necesidades nutricionales presentes en este grupo de edad no son satisfechas, el organismo sufre alteraciones bioquímicas y fisiológicas a las que se les agrega retardo en el crecimiento, alteraciones cognoscitivas y una menor capacidad física e intelectual".⁷²

⁷² utpl.edu.ec, Estudio del estado nutricional e identificación de factores de riesgo de la población escolar del Cantón Gonzanama, de la Provincia de Loja en el año 2010, [sede Web]. Loja: dspace.utpl.edu.ec; 2010, [Publicación: marzo de 2010. Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2013. Disponible en: <http://dspace.utpl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4951/1/tesis%20puyango%202012.pdf>

TABLA N° 10

LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

LACTANCIA MATERNA	f	%
SI	64	98,46
NO	1	1,54
TOTAL	65	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.

ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

De los datos obtenidos, se establece que el **98,46%** de los niños menores de cinco años han sido alimentados con leche materna, sin embargo el **1,54%** no recibió lactancia materna por presentar discapacidad psicomotriz misma que corresponde a una niña de 4 meses.

La OMS y el UNICEF recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, para consecutivamente empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más. “La leche materna estimula el desarrollo sensorial, cognitivo, protege al niño de las enfermedades infecciosas y crónicas, reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, como la diarrea o la neumonía”.⁷³

⁷³ Organización Mundial de la Salud, Lactancia Materna Exclusiva. Fecha de consulta: 07 de Noviembre de 2013. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

TABLA N° 11

**CONTROLES MÉDICOS EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA CIUDADELA
DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III**

NÚMERO DE CONTROLES MÉDICOS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
PRIMERO	65	100	0	0	65	100%
SEGUNDO	63	96,92	2	3,08	65	100%
TERCERO	59	90,77	6	9,23	65	100%
CUARTO	51	78,46	14	21,54	65	100%
QUINTO	33	50,77	32	49,23	65	100%
SEXTO	29	44,62	36	55,38	65	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III
ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS

Esta tabla evidencia que el **100%** de los niños menores de 5 años, se han realizado el primer control médico, el cual disminuye gradualmente a partir del segundo control; éstos son importantes ya que permiten realizar un “seguimiento del desarrollo psicomotriz del niño, su desarrollo pondero-estatural, conseguir la inmunización de la población y la promoción de hábitos saludables, así como para la detección precoz de problemas de salud”,⁷⁴ favoreciendo un óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

⁷⁴ Adaptado de: Urgencias pediatría, Los controles de Salud. Fecha de consulta: 08 de Diciembre de 2013. Disponible en: http://urgenciaspediatria.hospitalcruces.com/doc/generales/padres/2_4_controles_salud.pdf

TABLA N° 12

ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III EVALUADO MEDIANTE ÍNDICE DE MASA CORPORAL

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	f	%
Normal (18,5 – 24,99)	179	95,21%
Desnutrición leve (17,00 – 18,49)	5	2,66%
Sobrepeso (> de 25,00 – 29,99)	4	2,13%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III

ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

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

ANÁLISIS.

En la presente tabla se aprecia que el **95,21%** de escolares y adolescentes poseen un estado nutricional dentro de parámetros normales, seguido del **2,66%** correspondiente a desnutrición leve y el **2,13%** a sobrepeso, cuando se presenta desnutrición leve “el dato principal que se observa, es el estacionamiento en el peso que persiste a través de las semanas; el niño avanza en edad y el peso aumenta penosamente o se mantiene estacionado”,⁷⁵ mientras que en el sobrepeso “la causa fundamental es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías, atribuidos a muchos factores principalmente el sedentarismo e ingesta de alimentos hipercalóricos, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes”.⁷⁶

⁷⁵ utpl.edu.ec, Estudio del estado nutricional e identificación de factores de riesgo de la población escolar del Cantón Gonzanama, de la Provincia de Loja en el año 2010, [sede Web]. Loja: dspace.utpl.edu.ec; 2010, Publicación: marzo de 2010. Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2013. Disponible en: <http://dspace.utpl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4951/1/tesis%20puyango%202012.pdf>

⁷⁶ Ídem

ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III

No se realiza análisis de ésta tabla, ya que no hay datos relevantes, debido a que de las madres y padres entrevistados el **100%** refiere que su hijo/a en edad escolar y adolescentes, ha completado el esquema de vacunación, éstos son grupos vulnerables ya que si bien “la adolescencia es el periodo más sano de la vida desde el punto de vista orgánico, es una época de muchos riesgos debido a su inmadurez, a la influencia de los pares y a sus comportamientos arriesgados, es por ello que la vacunación debe continuar desde la infancia a la adolescencia y edad adulta, para que su acción preventiva sea eficaz y no reaparezcan enfermedades ya erradicadas”.⁷⁷

⁷⁷ adolescenciasema.org, Vacunación durante la adolescencia, capítulo 26. Fecha de consulta: 08 de Diciembre de 2013. Disponible en: http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/5_-vacunacion_y_adolescentes.pdf

TABLA N° 13

**AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE LA
CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III**

AGUDEZA VISUAL	f	%
NORMAL	181	96,28
CON PROBLEMAS	7	3,72
TOTAL	188	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda, Sector III.
ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

De los escolares y adolescentes de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, el **96,28%** tienen la agudeza visual normal y el **3,72%** déficit visual, de acuerdo a la medición mediante el uso del Test de Snellen.

La agudeza visual, es la capacidad para diferenciar detalles finos de un objeto en el campo visual, evalúa la función macular e informa de: La precisión del enfoque retiniano, integridad de los elementos neurológicos del ojo y capacidad interpretativa del cerebro.⁷⁸

“La prueba consiste en identificar correctamente las letras en la gráfica, se utilizan nueve letras (**C, D, E, F, L, O, P, T** y la **Z**, en ocasiones hay variaciones del test). Las letras tienen un tamaño decreciente dependiendo del nivel en que se encuentran. La identificación de un nivel inferior a 20/10 significa ceguera, y un nivel 20/20 es la visión normal, también denominada como “1” o 6/6. Uno quiere decir que se puede ver a una distancia de 6 metros”.⁷⁹

⁷⁸ Estudiandooptica.com, Tema 3 – Agudeza Visual. Fecha de consulta: 08 de Diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.estudiandooptica.com/optometria/tema03.pdf>

⁷⁹ Veoqueves.com, El Test de Snellen, [Publicación: 21 de Septiembre de 2012. Fecha de consulta: 08 de Diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.veoqueves.com/2012/09/21/el-test-de-snellen/>

ACCESO O NO AL ESTUDIO ACADÉMICO EN LA POBLACIÓN ESCOLAR Y ADOLESCENTE DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III

En relación al acceso al estudio, el **100%** de los escolares y adolescentes tienen acceso al mismo, esto debido a las condiciones socio-económicas inherentes a la población, es por ello que no se realiza análisis de esta tabla.

TABLA N° 14

RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III SEGÚN INFORMANTE

RENDIMIENTO ESCOLAR	f	%
BUENO	187	99,47
MALO	1	0,53
TOTAL	188	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.

ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

El rendimiento académico en relación a los escolares y adolescentes corresponde a bueno el **99,47%** y el **0,53%** malo.

Se atribuye estos resultados a factores tales como la situación socio-económica de las familias enmarcada como de nivel medio, por cuanto existe mayor disponibilidad y accesibilidad a instituciones educativas tanto privadas como públicas.

TABLA N° 15

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III SEGÚN FAMILIAR INFORMANTE

PROBLEMAS DE CONDUCTA	f	%
SI	2	1,06
NO	186	98,94
TOTAL	188	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.
ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

Los "desórdenes de la conducta" en los jóvenes constituyen un grupo complicado de problemas emocionales y del comportamiento. Los niños y adolescentes que sufren estos desórdenes tienen mucha dificultad en seguir las reglas y en comportarse de manera socialmente aceptable. Muchos factores pueden contribuir a ello, incluyendo un daño al cerebro, el haber sufrido abuso, vulnerabilidad genética, el fracaso escolar y las experiencias traumáticas de la vida",⁸⁰ relacionado a ello, en la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, el **98,94%** de los escolares y adolescentes no tiene problemas de conducta, por su parte el **1,06%** si los tiene, no obstante éstas conductas no representan conductas antisociales, más bien provienen de fracaso escolar y experiencias traumáticas de la vida (separación de los padres, divorcio) como cita el texto anterior.

⁸⁰ American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Facts for Families – Spanish, Desórdenes de la conducta. N° 33, (Revisado 7/2004). Fecha de consulta: 08 de Diciembre de 2013. Disponible en: http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/Desordenes_de_la_Conducta_33.aspx

ATENCIÓN MÉDICA Y VACUNACIÓN DE DIFTERIA Y TÉTANOS EN GESTANTES DE LA CIUADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III

Las mujeres embarazadas son un grupo de alto riesgo y por ello su detección y atención es prioritaria, ya que el **100%** de embarazadas de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, se ha colocado la vacuna dT y se ha realizado los controles médicos no se realiza análisis de esta tabla.

TABLA N° 16

MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA

MÉTODOS	f	%
Método del ritmo	78	61,90
Esterilización tubárica	17	13,49
Implantes	10	7,94
T de cobre	7	5,56
Orales	7	5,56
Inyectable	5	3,97
Método de barrera	2	1,59
TOTAL	126	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.

ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

“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”.⁸¹

Entre los resultados obtenidos se tiene que el método del ritmo es el más usado con el **61,90%**, seguido de la Esterilización Tubárica, como método definitivo, con el **13,49%**, como alternativa a éstos, en orden de demanda las mujeres utilizan: implantes el **7,94%**, T de cobre y orales con **5,56%** cada una, inyectables el **3,97%**, finalmente siendo el único que protege contra las infecciones de transmisión sexual el método de barrera presenta el **1,59%**.

De acuerdo a la OMS: “El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, en ésta última pasó de 64% a 67%”.⁸²

⁸¹ who.int, Centro de Prensa, Planificación Familiar. Nota Descriptiva N°351. Mayo de 2013. Fecha de consulta: 8 de Diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

⁸² ídem.

TABLA N° 17

DOSIS DE VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DE LA CIUDADELA DEL CHOFRER LA BANDA SECTOR III

NÚMERO DE DOSIS RECIBIDA	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
PRIMERA	221	100	0	0	221	100%
SEGUNDA	128	57,92	93	42,08	221	100%
TERCERA	119	53,85	102	46,15	221	100%
CUARTA	59	26,70	162	73,30	221	100%
QUINTA	18	8,14	203	91,86	221	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III
ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: se elimina la categoría "Refuerzos" por no existir datos.

ANÁLISIS.

En relación a la inmunización con dT en las mujeres de edad fértil el **100%** de ellas se han administrado la primera dosis, el **57,92%** la segunda dosis, progresivamente desde la tercera hasta la quinta dosis el porcentaje de inmunizadas disminuye, por ello es importante recalcar que "la protección contra el tétanos es dependiente de anticuerpos y sólo puede lograrse mediante la inmunización activa (vacuna antitetánica) o pasiva (inmunoglobulina antitetánica específica). Si bien la protección es incompleta tras la primera dosis de la vacuna, tras la segunda dosis se alcanzan concentraciones protectoras de antitoxina en la mayoría de los vacunados, y una tercera dosis induce la inmunidad en casi el 100% de los vacunados. No obstante, para conseguir una inmunidad duradera es necesario administrar dosis de refuerzo".⁸³

⁸³ who.int, Inmunizaciones. Vacuna Antitetánica. Fecha de consulta: 8 de diciembre de 2013. Disponible en: http://www.who.int/immunization/Tetanus_vaccine_SP.pdf

TABLA N° 18

REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III

PAPANICOLAOU	TOTAL	
	f	%
SI	105	83,33
NO	21	16,67
TOTAL	126	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III
ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

ANALISIS.

De los datos obtenidos, el **83,33%** de las mujeres con vida sexual activa se han realizado el examen de Papanicolaou mientras que el **16,67%** no lo ha hecho, situándolas con un alto riesgo de padecer cáncer.

El examen de Papanicolaou es de vital importancia, ya que permite “obtener células de la vagina, de sus fondos, del exocérvix y endocérvix, para posteriormente observar si éstas son de forma normal o han sufrido algún cambio, estos cambios pueden ser de tipo fisiológico (debidos a la edad de la paciente y paridad), infeccioso (infecciones crónicas y/o muy severas) o Neoplásicos”,⁸⁴ mediante lo cual se puede tratar oportunamente o paliar la situación de la paciente.

⁸⁴ Imigio.org, importancia de la realización constante del Papanicolaou (citología cervico-vaginal) para la detección temprana del cáncer (virus del papiloma humano-hpv-, displasias. inmunoterapia). Publicada 09 de Julio del 2008. Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2013. Disponible en: http://www.imigio.org/index.php?option=com_content&view=article&id=93:papanicolaou&catid=37:articulosdeinteres&Itemid=105

TABLA N° 19

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, DEGENERATIVAS, DE IMPACTO Y DISCAPACIDADES DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III

ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES	f	%
ENFERMEDADES CRÓNICAS	74	10,88
ENFERMEDADES DEGENERATIVAS	1	0,15
DISCAPACIDADES	8	1,18
NINGUNA	597	87,79
TOTAL	680	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III

ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: se elimina la categoría "Enfermedades de Impacto" por no existir casos.

ANÁLISIS.

Las Enfermedades Crónicas en la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, afectan al **10,88%** de la población, entre ellas están: Diabetes, Hipertensión Arterial, Hipotiroidismo, Asma, Osteoporosis, Gastritis, Lupus; las degenerativas el **0,15%** y las discapacidades afectan al **1,18%** de la población, padecimientos que disminuyen la productividad y por ende la situación económica de la población que la padece.

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

TABLA N°20

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III

PATOLOGÍA	Menor de 1 año		1 - 4 años		5-9 años		10-19 años		20-64 años		65 años y más		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hipertensión Arterial	0	0	0	0	0	0	0	0	16	2,35	13	1,91	29	4,26
Diabetes	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1,02	4	0,60	11	1,62
Asma	0	0	1	0,15	3	0,44	1	0,15	5	0,74	0	0	10	1,48
Gastritis	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0,60	0	0	4	0,60
Rinitis Alérgica	0	0	0	0	1	0,15	1	0,15	2	0,30	0	0	4	0,60
Hipotiroidismo	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0,60	0	0	4	0,60
Artritis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,15	1	0,15	2	0,30
Hipertensión Arterial Diabetes	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,15	1	0,15	2	0,30
Osteoporosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,30	2	0,30
Diabetes+ Hipotiroidismo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,15	0	0	1	0,15
Lupus	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,15	0	0	1	0,15
Obesidad Hipertensión Arterial Artrosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,15	1	0,15
Migraña	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,15	0	0	1	0,15
Diabetes Hipertensión Arterial Hipotiroidismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,15	1	0,15
Enfermedad Cardíaca	0	0	0	0	0	0	1	0,15	0	0	0	0	1	0,15
Ninguno	14	2,06	50	7,35	53	7,79	128	18,82	353	51,87	8	1,15	606	89,04
TOTAL	14	2,06	51	7,50	57	8,38	131	19,26	396	58,24	31	4,56	680	100

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III

ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

“Las Enfermedades Crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta; las Enfermedades Cardíacas, Infartos, Cáncer, Enfermedades Respiratorias y la Diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes”.⁸⁵

⁸⁵ Who.int. Temas de Salud. Enfermedades Crónicas. Fecha de consulta: 8 de diciembre de 2013. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

En el Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Crónicas, las patologías que prevalecen en la población de 20 a 64 años son la Hipertensión con el **4,26%**, seguido de la Diabetes con el **1,62%** y en tercer lugar se ubica el Asma con un **1,48%**, siendo este grupo el económicamente activo implica una disminución en la productividad y aumento de los costes en salud del mismo.

Estos datos se relacionan con las estadísticas de la OMS que refiere: “En 2008 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad”.⁸⁶

⁸⁶ Ídem.

TABLA N°21

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS
DE LA CIUDADELA DEL CHOFER LA BANDA SECTOR III**

PATOLOGIA	Menor de 1 año		1 - 4 años		5-9 años		10-19 años		20-64 años		65 años y más		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cáncer Tiroideo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,15	0	0	1	0,15
Ninguna	14	2,06	51	7,50	57	8,38	131	19,26	395	58,09	31	4,56	679	99,85
TOTAL	14	2,06	51	7,50	57	8,38	131	19,26	396	58,24	31	4,56	680	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.
ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

“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, se originan por la alteración anatómica y funcional de los tejidos de cualquier órgano, aparato o sistema del organismo”.⁸⁷

En el Perfil Epidemiológico elaborado de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, el **0,15%** de enfermedad degenerativa corresponde a Cáncer Tiroideo encontrado en el grupo etario de 20 a 64 años.

⁸⁷ Wikipedia. Enfermedad degenerativa. Fecha de consulta: 9 de diciembre de 2013. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_degenerativa

TABLA N° 22

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE DISCAPACIDADES DE LA CIUDADELA DEL
CHOFER LA BANDA SECTOR III**

DISCAPACIDAD	Menor de 1 año		1 - 4 años		5-9 años		10-19 años		20-64 años		65 años y más		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Física	0	0	0	0	1	0,15	0	0	2	0,30	0	0	3	0,45
Intelectual	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,30	0	0	2	0,30
Auditiva	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,30	0	0	2	0,30
Retraso psicomotriz	1	0,15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,15
Ninguna	13	1,91	51	7,50	56	8,23	131	19,26	390	57,34	31	4,56	672	98,80
TOTAL	14	2,06	51	7,50	57	8,38	131	19,26	396	58,24	31	4,56	680	100%

FUENTE: fichas familiares de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III
ELABORADO POR: Andrea Díaz, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

“Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales, consecuentemente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”.⁸⁸

En la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, el **0,44%** de las discapacidades corresponde a la física, seguido del **0,30%** tanto para la discapacidad auditiva e intelectual, siendo el grupo etario de 20 a 64 años donde éstas predominan. De acuerdo al tipo de discapacidad, se definen de la siguiente manera:

“Discapacidad física: Esta es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico) y amputaciones.

⁸⁸ Who.int. Discapacidades. [Publicación: 9 Junio Abril del 2011]. Fecha de consulta: 15 de diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/es/>

Discapacidad sensorial: Comprende 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 una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades y trastornos, dentro de los cuales se encuentra el retraso mental, el síndrome Down y la parálisis cerebral.

Discapacidad psíquica: Las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales”.⁸⁹

⁸⁹ nl.gob.mx, Qué es la discapacidad. Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2013. Disponible en: http://www.nl.gob.mx/?P=info_discapacidad

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 de la **Ciudadela del Chofer La Banda Sector III.**

En esta investigación se consideró, que un diagnóstico comunitario es un proceso de recolección, ordenamiento, estudio y análisis de datos e información que nos permitió conocer mejor la realidad de la ciudadela 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 e 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.

Un estudio realizado en el año 2005 en Asentamiento Lagos de Occidente, Popayán – Colombia,⁹⁰ se encontró que el 53% de los habitantes corresponden al género femenino y el 47% al género masculino. En relación a la edad, la población se halla concentrada entre los 5 y 44 años, lo que indica que es una población joven y económicamente productiva, sin embargo su bajo nivel educativo (analfabetismo y primaria en un 44% de la población) les impide acceder a otras fuentes de trabajo. Respecto a la población infantil de 5 a 14 años se detectó que el 25% presenta agresividad, retraimiento, baja autoestima y manifestaciones de violencia doméstica. La identificación de las condiciones de salud de la población por

⁹⁰ Alarcón, A., Miranda, G., Palacios, N. (2005). Diagnóstico comunitario en salud. Popayán. Fecha de consulta: 30-01-2013. Disponible en PDF: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/DIAGNOSTICO%20COMUNITARIO%20EN%20SALUD.pdf>

grupos etarios, facilitó la verificación de cobertura en inmunizaciones en el 80% de la población menor de cinco años, que presentó el respectivo carné de vacunación. En la población menor de 10 años, se detectó que el 66% no asiste a control de crecimiento y desarrollo por falta de información y motivación en las madres, lo que dificulta el seguimiento en el normal desarrollo de los niños y en la prevención y/o control de enfermedades. La identificación de algunos comportamientos que representan riesgos para la salud permitió establecer que el 38% de la población en edad reproductiva (10 a 52 años), utiliza métodos de planificación familiar. El método más frecuente es el quirúrgico 44%, el Dispositivo Intrauterino (DIU) en un 31%, el condón 10%, los hormonales en un 10% y los naturales (coito interruptus) 4%. En el grupo de mujeres de 10 a 59 años, se detectó que el 57% no se realiza la citología cérvico-vaginal, 20% del 84% de las mujeres que presentaron su carné de vacunación, tienen el esquema completo de Toxoide Tetánico. En cuanto a la presencia de mujeres en embarazo, solo una de las dos gestantes identificadas, asiste a control prenatal lo que favorece su salud materno-fetal. La morbilidad detectada en el Asentamiento se relaciona con la presencia de alteraciones visuales (miopía, disminución de agudeza visual, pterigios, opacidad del cristalino) en un 16% de la población, alteraciones nutricionales (tanto por defecto como por exceso) en un 11%. El 3% de la población mayor de 15 años presenta aumento en las cifras de tensión arterial, condición que puede contribuir al riesgo de enfermedad crónica y enfermedad cerebro-vascular-trombo-embolica, así como a las complicaciones derivadas de la arteriosclerosis, lo cual afecta el corazón, riñón y otros órganos.

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 Ciudadela del Chofer La Banda Sector III 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 ésta tenga sus particularidades bien definidas ya que se trata de una comunidad urbana, ubicada en el sector norte a 5Km del Hospital Universitario de Motupe.

En cuanto a los resultados encontrados tenemos:

- En relación a la población, cuenta con 680 habitantes con un número de 312 hombres y 368 mujeres, con predominio del sexo femenino.
- En el nivel de escolaridad predomina el superior con un 34,41%, seguido del bachillerato con un 29,85%.
- Los riesgos biológicos encontrados son: 2,21 % de personas con malnutrición, 1,18 % de personas con discapacidad y 25% de embarazadas que corresponde a una, presenta riesgo por antecedentes de preclamsia.
- Los riesgos sanitarios encontrados son: mala eliminación de basura y excretas e impacto ecológico por industrias (contaminación ambiental) con el 0,54% cada una, así como animales intradomiciliarios con el 16,30%.
- Riesgos socioeconómicos con sus indicadores de:
 - Ⓞ Pobreza el 8,15%.
 - Ⓞ Desempleo o empleo informal del jefe de familia en un 14,13%.
 - Ⓞ Desestructuración familiar con un 17,93%.
 - Ⓞ Violencia, alcoholismo y drogadicción con el 4,89%.
 - Ⓞ Malas condiciones de la vivienda en un 2,72%.
 - Ⓞ Hacinamiento en un 4,35%.
- Acceso a tamizaje metabólico neonatal en los niños menores de 5 años con cobertura del 21,54%; no se les realizó al 78,46% por haberse implementado en diciembre del año 2011 este programa.

- Esquemas completos de vacunación en niños menores de 5 años en un 100% según biológico y grupo etario.
- En la ocupación de los habitantes es predominante el empleo privado con el 13,09%.
- El acceso a la Unidad de Salud del sector (Hospital Universitario de Motupe) es del 26,76%.
- El estado nutricional de niños menores de 5 años tiene un 6,15% para desnutrición leve.
- La Lactancia Materna en niños menores de 5 años se encuentra con una cobertura del 98,46%.
- La accesibilidad a controles médicos de los niños es del 100% en el primero, descendiendo paulatinamente hasta el quinto control con el 50,77%.
- El estado nutricional en escala normal de los adolescentes y escolares corresponde al 95, 21%.
- El Porcentaje de escolares y adolescentes con agudeza visual normal es de 96,28%.
- El acceso a educación en Escolares y Adolescentes es del 100%, de los cuales tienen buen rendimiento el 99,47%, en tanto que el 1,06% presenta problemas de conducta.
- La cobertura de vacunación en gestantes es del 100%.

- La población de Mujeres en Edad Fértil (MEF) es de 221, de ellas 126 tienen vida sexual activa y usan métodos de planificación familiar que corresponde al 57,01%.
- La cobertura de dT en mujeres en edad fértil es del 100% para la primera dosis.
- De las mujeres con vida sexual activa el 83,33% se ha realizado la prueba de Papanicolaou.
- El 10,88% de la población tiene enfermedades crónicas.

Los indicadores antes mencionados hacen relación a las características de la comunidad, su realidad socio-económica, ambiental y de salud.

En escolaridad la población tiene un grado de preparación aceptable, propia de la población que vive en sectores urbanos, 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 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 es por ello 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 realizó aporte estadístico sobre la realidad en salud de los moradores de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III, los mismos que coadyuvan al fortalecimiento del modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, comunitario e Intercultural.
- Ⓢ Se ha realizado el mapeo de actores, la elaboración del Diagnóstico Comunitario y Perfil Epidemiológico de las enfermedades: Crónicas, degenerativas y discapacidades.
- Ⓢ Se actualiza el mapa parlante y la línea de base de la Ciudadela de Chofer La Banda Sector III.
- Ⓢ La Ciudadela antes mencionada, inicialmente fue muy organizada, actualmente los moradores muestran cierto desinterés en la organización según supo manifestar el presidente y demás moradores.
- Ⓢ Las necesidades nutricionales en escolares y adolescentes es mayor, debido al mayor gasto energético, por lo cual es necesario el aporte adecuado de los nutrimentos en las comida, cuando esto es inadecuado se dan los estados carenciales y de exceso como lo reflejan los datos, donde el 2,66% de los escolares y adolescentes presentan desnutrición leve y el 2,13% sobrepeso.
- Ⓢ El Perfil Epidemiológico de las enfermedades de los moradores de este Sector, se sitúa de la siguiente manera, crónicas: Hipertensión Arterial, Diabetes, Asma, Gastritis, Hipotiroidismo, Rinitis Alérgica, Artritis, Migraña, Osteoporosis, Enfermedad Cardíaca y Lupus; en las degenerativas existe un caso de Cáncer Tiroideo.

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

- Ⓢ Al director y demás profesionales del Hospital Universitario de Motupe seguir dando apertura a los estudiantes para la realización de este tipo de estudios, ya que además de fortalecer los conocimientos científico-técnicos, permite conocer la situación real de salud que tiene la comunidad.
- Ⓢ Los datos obtenidos se encuentren al alcance de la población para que conozcan la realidad de su sector, así como sus riesgos.
- Ⓢ Es necesario la re-organización del barrio para que se difunda sobre los servicios que presta el Hospital Universitario de Motupe a la colectividad y dar continuidad al buen ornato de la Ciudadela.
- Ⓢ Realizar conferencias y talleres enfocados a los resultados obtenido del presente trabajo, entre los cuales están: nutrición para niños, jóvenes y adultos, con la finalidad de prevenir problemas nutricionales.
- Ⓢ Informar a los moradores de la ciudadela los riesgos que conlleva la convivencia con animales intradomiciliarios en espacios reducidos.
- Ⓢ Difundir los beneficios de la Lactancia Materna, para mantener el porcentaje de madres que dan de amamantar hasta el año de edad, y alcanzar en lo posible la lactancia hasta los dos años de edad.

Al Hospital Universitario de Motupe que:

- Ⓢ Divulgue la importancia de la realización del Papanicolaou así como de la Planificación Familiar y los métodos anticonceptivos con los que dispone la institución, haciendo participe al hombre en la mayoría de los casos sobre esta decisión, que incumbe a la pareja y no exclusivamente a la mujer.
- Ⓢ Conjuntamente con el aporte que deja la carrera de enfermería, mediante este trabajo de investigación, realice seguimiento de los casos detectados de personas con enfermedades crónicas, degenerativas y con discapacidades, para que se realicen los controles médicos oportunos y planificar visitas domiciliarias.

10. BIBLIOGRAFÍA

- ◆ ADAPTADO DE URGENCIAS PEDIATRÍA. *Los controles de Salud*. [Fecha de consulta: 08 de Diciembre de 2013]. Disponible en: http://urgenciaspediatria.hospitalcruces.com/doc/generales/padres/2_4_controles_salud.pdf
- ◆ ADOLESCENTES. (25/Julio/2012). *Adolescentes agresivos*. [en línea]. Disponible en: <http://adolescentes.euroresidentes.com/2012/07/adolescentes-agresivos.html>
- ◆ AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. (Revisado 7/2004). Facts for Families – Spanish, *Desordenes de la Conducta*. N° 33. [en línea]. [Fecha de consulta: 08 de diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/acts_for_Families/Pages/Spanish/Desordenes_de_la_Conducta_33.aspx
- ◆ ANDES. (04/Marzo/2013). *En Ecuador 6 de cada 10 muertes corresponden a enfermedades transmisibles*. [en línea]. [Fecha de consulta: 10/12/13, 9h00]. Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html>
- ◆ ANDES. (15/Julio/2013). *En 2013, Ecuador disminuyó la pobreza rural en 4,23 puntos en relación al año anterior*. [en línea]. [Fecha de consulta: 10/12/13, 9h25]. Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-ano-anterior.html>
- ◆ ANDES. (08/Agosto/2013). *Ecuador trabaja para reducir la tasa de analfabetismo del 6,8% al 4%*. [en línea]. [Fecha de consulta: 10/12/13, 9:45]. Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-68-4.html>

- ◆ Alarcón, A., Miranda, G. y Palacios, N. (2005). *Diagnóstico comunitario en salud*. [en línea]. Popayán. [Fecha de consulta: 30 de Enero de 2013]. Disponible en:
<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/DIAGNOSTICO%20COMUNITARIO%20EN%20SALUD.pdf>

- ◆ Bastidas, C. (22/03/2007). *Agudeza Visual*. [en línea]. Pontificia Universidad Javeriana. [Fecha de consulta: 10 de Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/>

- ◆ Campoverde J. (marzo de 2010). Loja. Universidad Técnica Particular de Loja. *Estudio del estado nutricional e identificación de factores de riesgo de la población escolar del Cantón Gonzanama, de la Provincia de Loja en el año 2010*. [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2013]. Disponible en:
<http://dspace.utpl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4951/1/tesis%20puyango%202012.pdf>

- ◆ Carcavallo R, Martínez A (1985). *Biología, ecología, distribución geográfica de los triatomíneos 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.

- ◆ Casini y col. (2012). Guía de Control Prenatal. *Embarazo normal*. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá.

- ◆ CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. (26 de Noviembre de 2012). *Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza*. [en línea]. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/>

- ◆ CENTRO DE NUTRICIÓN MOLECULAR Y ENFERMEDADES CRÓNICAS. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. *¿Qué son las enfermedades crónicas?* [en línea]. [Fecha de consulta: 09 de Diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas.php
- ◆ CENTRO DE NUTRICIÓN MOLECULAR Y ENFERMEDADES CRÓNICAS. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. *Enfermedades crónicas.* [en línea]. [Fecha de consulta: 28/11/2013; Hora: 10h45]. Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php
- ◆ Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. *Programa Nacional de Tamizaje Neonatal* [en línea]. [Fecha de consulta: 09 de Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec>
- ◆ CORPOALEGRIA (2010), *Tipos de discapacidad.* [en línea]. [Fecha de consulta: 09 de Diciembre de 2013; Hora 18h30]. Disponible en: <http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/>
- ◆ Demicheli, V. Barale A, y Rivetti A. LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS. (2013). Número 12. *Vacunas en mujeres para la prevención del tétanos neonatal* [en línea]. [Fecha de consulta: 05 de Diciembre de 2013; Hora: 17h45min.]. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959>
- ◆ DEFINICIONABC. *Hacinamiento.* [en línea]. [Fecha de consulta: 10/12/2013, 8:20]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx>
- ◆ DIARIOCRITICO. (08/febrero/2014). *59% de las ecuatorianas tienen discapacidad en el Ecuador.* [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de Diciembre de 2013; Hora 9h20]. Disponible en: <http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html>

- ◆ ECUADOR EN CIFRAS. (s.f). *Por primera vez en 32 años el Ingreso familiar supera el costo de la canasta básica*. [en línea]. [Fecha de consulta: 05 de Noviembre de 2013; Hora: 19h00]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wpcontent/descargas/Manulateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>
- ◆ EDUCACIÓN SIN FRONTERAS. (s.f). *Educación en la Provincia de Loja*. [en línea]. [Fecha de consulta: 28/11/2013; Hora: 10h00]. Disponible en: <http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109>
- ◆ ESMAS. (s.f). Salud-Enfermedades, *Principales problemas visuales* [en línea]. [Fecha de consulta: 02 Febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/notransmisibles/368755.html>
- ◆ Espinosa, A. ELCOMERCIO. (06/Mayo/2012). *Sociedad/Niñez/Divorcio: más niños al psicólogo*. [en línea]. [Fecha de consulta: 14 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.elcomercio.ec/sociedad/Divorcio-ninos-psicologo_0_694730617.html
- ◆ ELCOMERCIO. (22/Noviembre/2013). *Sociedad/Divorcios en Ecuador: Los divorcios en Ecuador aumentan*. [en línea]. [Fecha de consulta: 14 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.elcomercio.ec/sociedad/divorcios_en_Ecuador-INEC_0_815318598.html
- ◆ ELDIARIO. (14 Julio 2013) *Educación inicial no es obligatoria*. [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/273995-educacion-inicial-no-es-obligatoria/>
- ◆ EL DIARIO. (23 Enero de 2012). Salud. *Tamizaje, pinchazo vital contra la discapacidad*. [en línea]. [Fecha de consulta: 27 de Noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contra-la-discapacidad/>

- ◆ ELUNIVERSO. (01/Agosto/2013). *La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS*. [en línea]. Disponible en: <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivencia-infante-segun>

- ◆ SPANISH.NEWS.CN. (Actualizado: 04/10/2010). *Estudio identifica a 294.000 discapacitados en Ecuador*. [en línea]. [Fecha de consulta: 10/12/2013, Hora: 10h25]. Disponible en: http://spanish.news.cn/salud/2010-12/04/c_13634838.htm

- ◆ ESTUDIANDOOPTICA. *Tema 3 – Agudeza Visual*. [en línea]. [Fecha de consulta: 08 de Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.estudiandooptica.com/optometria/tema03.pdf>.

- ◆ Guerra Mejía J. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Medicina. (2010). Barranquilla-Colombia. *Evaluación del estado nutricional de los niños en la Escuela de Arte y Cultura Alejandro Obregón*. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2p024FIZv>

- ◆ Hidalgo, M.I y Montón, J.L. *Vacunación durante la adolescencia, capítulo 26*. [en línea]. [Fecha de consulta: 08 de Diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/5_vacunacion_y_adolescentes.pdf

- ◆ HOY. (08/Junio/2011). *Divorcios en el Ecuador aumentaron un 69%*. [en línea]. [Fecha de consulta: 14 de Noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/divorcios-en-el-ecuador-aumentaron-un-69-479697.html>

- ◆ IMIGIO. (09/Julio/2008). *Importancia de la realización constante del Papanicolaou (citología cérvico-vaginal) para la detección temprana del cáncer (virus del papiloma humano-hpv-, displasias. inmunoterapia)*. [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.imigio.org/index.php?option=com_content&view=article&id=93:papanicolaou&catid=37:articulosdeinteres&Itemid=105
- ◆ INDEXMUNDI. (09/Enero/2012). *Ecuador Distribución por edad – Países- Ecuador –Población*. [en línea]. [Fecha de consulta: 09 de Diciembre de 2013; Hora 19h00]. Disponible en: http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html
- ◆ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS /INEC. *Densidad Demográfica*. [en línea]. [Fecha de consulta: 28 de Noviembre de 2013; Hora 15h00]. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec>
- ◆ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. (s.f). *Desempleo urbano en Ecuador se ubica en 4,6% en marzo de 2013*. [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de Diciembre de 2013; Hora: 8:45]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3Adesempleo-urbano-en-ecuador-se-ubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es
- ◆ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. *Resultados del Censo 2010 de Población y vivienda en el Ecuador. Fascículo Nacional. Estructura de la población. Nacional*. [en línea]. [Fecha de consulta: 09 de Diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf
- ◆ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. *Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo Nacional*. [en línea]. [Fecha de consulta: 09 de diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf

- ◆ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. *Resultados del Censo 2010 de Población y vivienda en el Ecuador. Fascículo Provincial Loja*. Estructura de la población. Nacional. [en línea]. [Fecha de consulta: 09 de Diciembre de 2013]. Disponible en:
http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculos_provinciales/loja.pdf
- ◆ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. (Septiembre 2012). *Revistas, e-análisis del analfabetismo en el Ecuador*. Cuarta Edición. [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de Noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf>
- ◆ Lucio R., *Sistema de salud de Ecuador*, vol.53, México, pág. 4. Disponible en versión electrónica en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013.
- ◆ Martínez. A. (2011). *Control médico durante el embarazo*. Disponible en:
<http://ginecologaobstetareynosa.blogspot.com/2011/05/embarazos.html>
- ◆ MEDILINEPLUS. *Fobias*. [en línea]. [Fecha de consulta: 06 de Diciembre de 2013; Hora: 11h30]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/phobias.html#3216>
- ◆ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (2013). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural MSP/ MAIS-FCI ECUADOR*. Cap. IV. pp. 56-57; 60-63; 188-190.
- ◆ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2011). *Normas de Nutrición para la prevención secundaria de sobrepeso y la obesidad en niños y niña adolescentes*. [en línea]. Disponible en:
http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OOBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDARIA.pdf

- ◆ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2009). Ecuador. *Programa Ampliado de Inmunizaciones, Coberturas de vacunación año 2009*. [en línea] [Fecha de consulta: 09 de Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>

- ◆ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Ecuador. *Día internacional de las personas con discapacidad se conmemoró con primer año de ejecución del Programa de Tamizaje Neonatal*. [en línea] [Fecha de consulta: 27 de Noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/dia-internacional-de-las-personas-con-discapacidad-se-conmemoro-con-primer-ano-de-ejecucion-del-programa-de-tamizaje-neonatal/>

- ◆ MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (s.f). España. 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

- ◆ NUEVO LEON UNIDO. (s.f). *Qué es la discapacidad*. [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.nl.gob.mx/?P=info_discapacidad

- ◆ Novillo Granda, Alba. (2012). Loja. Universidad Técnica Particular de Loja. *Influencia de la colación escolar en la nutrición y rendimiento escolar, de los niños y niñas de las escuelas fiscales de San Cayetano, de la Ciudad de Loja, durante el período académico 2010 – 2011*. [en línea]. [Fecha de consulta: 05 de Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3031/1/TESIS%20ALBA%20NOVILLO.pdf>

- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (s.f). Programas y Proyectos. Nutrición. *Lactancia Materna Exclusiva*. [en línea]. [Fecha de consulta: 07 de Noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (Mayo de 2013). Centro de Prensa, *Planificación Familiar, Nota Descriptiva N°351*. [en línea]. [Fecha de consulta: 8 de Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Salud Mental. Depresión*. [en línea]. [Fecha de consulta: 06 de Diciembre de 2013; Hora 11h30]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html

- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (9 Junio Abril del 2011). *Discapacidades* [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/es/>

- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (Julio 2013). *Hasta que edad es importante alimentar al bebe solo con leche materna*. [en línea]. Disponible en <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>

- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (s.f). Adaptación: *Inmunizaciones. Vacuna Antitetánica*. [en línea]. [Fecha de consulta: 8 de Diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/immunization/Tetanus_vaccine_SP.pdf

- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (s.f). Temas de Salud. *Lactancia materna*. [en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (s.f). Temas de Salud. *Enfermedades Crónicas*. [en línea]. [Fecha de consulta: 8 de diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

- ◆ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2012). Ecuador. *Programa Ampliado de Inmunizaciones*. [en línea]. [Fecha de consulta: 09 de Diciembre de 2013]. Disponible en:
http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf

- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Fertilidad*. [en línea]. [Fecha de consulta: 05/12/2013. Hora: 17h45min]. Disponible en:
<http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>.

- ◆ Pacho, F. y Chiqui, D. Universidad de Cuenca, Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. (2011). Cuenca-Ecuador. *Estudio de las causas de deserción escolar*. [en línea]. [Fecha de consulta: 09/12/2013; Hora: 22h00]. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf>

- ◆ *Parte II – Vacunas*. [en línea]. [Fecha de consulta: 05 de Diciembre de 2013; Hora: 17h45]. Disponible en:
http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH04.HTM#MUJERES%20EN%20EDAD%20F&EACUTE;RTIL%20%2815%20A%2049%20A&NTILDE;OS%29

- ◆ Paredes, K. Universidad San Francisco de Quito. Facultad de Medicina. (2010). *Incidencia y Factores de Riesgo asociados al Tétanos Neonatal en el Ecuador: Principales determinantes que influyen en las bajas coberturas de vacunación con DT* [Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2013]. [Fecha de consulta: 15 de Noviembre de 2013]. Disponible en:
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1030/1/98048.pdf>

- ◆ Palma Navarrete, E. (03/Diciembre/2010). En Ecuador existen casi 300.000 personas con discapacidad, dice el Gobierno. [en línea]. [Fecha de consulta: 09 de diciembre del 2013; Hora 10h15]. Disponible en:
<http://solnacimiento.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html> 10/12/13

- ◆ Ponce, J. y Onofa, M. UNESCO. *Alfabetización en el Ecuador* (Septiembre 2009). [en línea]. Quito – Ecuador, [Fecha de consulta: 27 de Noviembre de 2013; Hora 20h00]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdf>
- ◆ 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.
- ◆ Rigol. GINECOLOGIA. Cap. 5. pp. 41-42. [Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h15].
- ◆ SOCIEDAD DE PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR Y COLPOSCOPIA. (Enero 2013). “*Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador*” [en línea]. Disponible en: www.colposcopiaguayas.com/.../Consenso%20Ecuadorian%20V1.ppt
- ◆ SPHEREHANDBOOK. *Control de enfermedades transmisibles*. [en línea]. Disponible en: <http://www.spherehandbook.org/es/servicios-de-salud-esenciales-norma-2-sobre-control-de-enfermedades-transmisibles-diagnostico-y-tratamiento-de-casos/>
- ◆ Torres L. y Rodríguez N. (2006). *Rendimiento académico y contexto familiar en estudiantes universitarios*. [en línea]. Disponible en: <http://www.orienta.org.mx/docencia/Docs/Sesion-7-8/Torres.pdf>
- ◆ TUVIDA. (s.f). *Tu anticoncepción*. [en línea]. [Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45]. Disponible en: http://www.tuvidatudecision.com/es/home/conoce_tus_opciones/tu_anticoncepcion/index.php?method=IUD

- ◆ UNICEF. (s.f). *La Educación*. [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de Diciembre de 2013]. Disponible en:
http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf

- ◆ VEOQUEVES. (21 de Septiembre de 2012). *El Test de Snellen*. [en línea]. [Fecha de consulta: 08 de Diciembre de 2013]. Disponible en:
<http://www.veoveoqueves.com/2012/09/21/el-test-de-snellen/>

- ◆ Viteri Díaz, G. (2006). Observatorio de la Economía Latinoamericana. Número 70. "*Situación de la Educación en el Ecuador*". [en línea]. [Fecha de consulta: 09 de Diciembre de 2013; Hora: 22h30]. Disponible en:
<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>

- ◆ WIKIPEDIA. *Saneamiento ambiental en el Ecuador*. [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de Diciembre de 2013. Hora 8h11]. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Agua_potable_y_saneamiento_en_Ecuador

- ◆ WIKIPEDIA. *Datos estadísticos de la provincia de Loja (Ecuador)*. [en línea]. [Fecha de consulta: 09 de Diciembre de 2013; Hora 18h30]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja

- ◆ WIKIPEDIA. (s.f). *Enfermedad degenerativa*. [en línea]. [Fecha de consulta: 09 de Diciembre de 2013]. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_degenerativa.

- ◆ Wilson. R. Population Reference Bureau. EE.UU. *Potenciación de las comunidades para reducir el impacto de las enfermedades infecciosas*. [en línea]. [Fecha de consulta: 05 de Diciembre de 2013]. Disponible en:
<http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx>

- ◆ Zarzuela, R. (2/Diciembre/2007). *Pediátrica*. *Control del niño sano*. [en línea]. Disponible en: <http://pediatria.org/?p=214>

11. ANEXOS

ANEXO N°1: CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE



MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja...07...octubre...2013.....

Sr...Dr. Luis...Alejandro...Lapa...Saraguro.....

Presidente del Barrio...Ciudadela...del chofer...La Banda.....

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.....

.....
PRESIDENTE DEL BARRIO
ci. 1101898599.....

Telf: 0991590795 - 2541289

.....
Andrea...Díaz...Chambo.....

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD
ci. 2100813696.....

.....
Gonzalo...Palacio...Pérez...Granda.....

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD
ci. 1105048134.....

ANEXO N° 2: FICHA FAMILIAR



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD N° 3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

FICHA FAMILIAR DE SALUD N°

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA _____

1 INFORMACIÓN GEO REPERTECIONADA

LUGAR	ACTIVO
-------	--------

2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

ACTUALIZAR CADA 15 MESES DE UNA VISITA UNIVERSITARIA

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	SEXO	ESCALARINADO										N° DE CONSULTA DE CONSULTA										
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11	12								
001 - 1					M																					
002 - 1					F																					
003 - 1					M																					
004 - 1					F																					
005 - 1					M																					
006 - 1					F																					
007 - 1					M																					
008 - 1					F																					
009 - 1					M																					
010 - 1					F																					
011 - 1					M																					
012 - 1					F																					
013 - 1					M																					
014 - 1					F																					
015 - 1					M																					
016 - 1					F																					
017 - 1					M																					
018 - 1					F																					
019 - 1					M																					
020 - 1					F																					
021 - 1					M																					
022 - 1					F																					
023 - 1					M																					
024 - 1					F																					
025 - 1					M																					
026 - 1					F																					
027 - 1					M																					
028 - 1					F																					
029 - 1					M																					
030 - 1					F																					
031 - 1					M																					
032 - 1					F																					
033 - 1					M																					
034 - 1					F																					
035 - 1					M																					
036 - 1					F																					
037 - 1					M																					
038 - 1					F																					
039 - 1					M																					
040 - 1					F																					
041 - 1					M																					
042 - 1					F																					
043 - 1					M																					
044 - 1					F																					
045 - 1					M																					
046 - 1					F																					
047 - 1					M																					
048 - 1					F																					
049 - 1					M																					
050 - 1					F																					

3 IDENTIFICACIÓN DEL SISTEMA

UNIDAD OPERATIVA	CÓDIGO DE	ÁREA N°	CÓDIGO LOCALIZACIÓN	ÁREA FAMILIAR

4 RESPONSABLE DEL LUGAR

NOMBRE	DEPARTAMENTO	TELÉFONO

5 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

6 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

7 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

8 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

9 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

10 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

11 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

12 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

13 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

14 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

15 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

16 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

17 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

18 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

19 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

20 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

21 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

22 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

23 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

24 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

25 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

26 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

27 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

28 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

29 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

30 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

31 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

32 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

33 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

34 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

35 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

36 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

37 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

38 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

39 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

40 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

41 REVISIÓN DEL SISTEMA

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA FAMILIAR	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN

42 REVISIÓN DEL SISTEMA

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											
		TOTAL			TOTAL			TOTAL			TOTAL		
		BAJO	ALTO	TOTAL	BAJO	ALTO	TOTAL	BAJO	ALTO	TOTAL	BAJO	ALTO	TOTAL
A	PERSONAS CON VACUNACIÓN INCOMPLETA												
1	PERSONAS CON MALA NUTRICIÓN <small>(CARENCIA O DESNUTRICIÓN)</small>												
2	PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO												
3	EMBARAZADAS CON PROBLEMAS												
4	PERSONAS CON DISCAPACIDAD												
5	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES												
6	CONSUMO DE AGUA INSEGURA												
B	RIESGOS BIOLÓGICOS												
7	MALA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS												
8	MALA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS LÍQUIDOS												
9	IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS												
10	ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS												
11	POBREZA												
C	RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS												
12	DESEMPEÑO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA												
13	ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE												
14	DESESTRUCTURACIÓN FAMILIAR												
15	VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN												
16	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA												
17	Hacinamiento												
18													
NIVEL DE RIESGO TOTAL		TOTAL			TOTAL			TOTAL			TOTAL		
CALIFICACIÓN GLOBAL DEL RIESGO DE LOS COMPONENTES EN LA ESCALA DE "SIN" Y "MUY BAJO" Y EN LA ESCALA CORRESPONDIENTE (BAJO, MODERADO, ALTO)		BAJO	ALTO	TOTAL	BAJO	ALTO	TOTAL	BAJO	ALTO	TOTAL	BAJO	ALTO	TOTAL
CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0 = SIN RIESGO 1 = 1 a RIESGO BAJO 11 = 14 a RIESGO MODERADO 26 = 72 a RIESGO ALTO													
RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN													
FICHA FAMILIAR - RIESGOS													

ANEXO N°4: MAPA PARLANTE



ANEXO N°5: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Fotos de la Ciudadela del Chofer La Banda Sector III



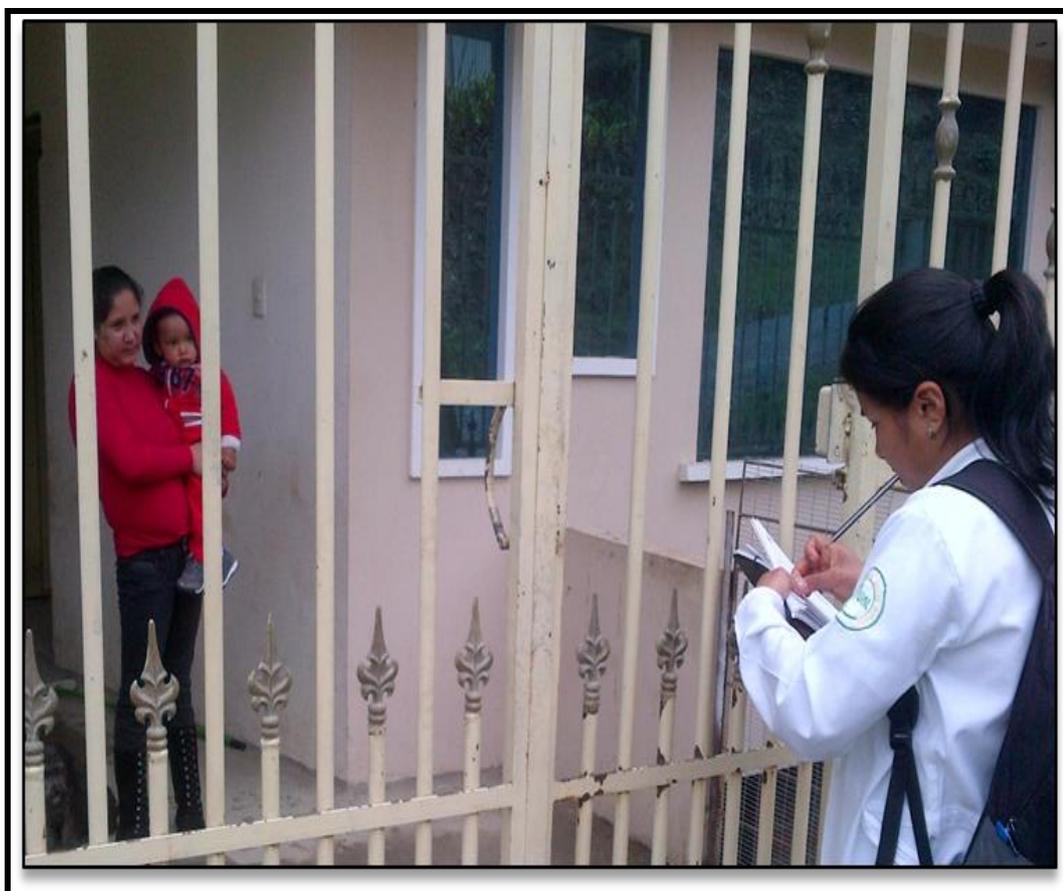
Servicios de transporte urbano Las Peñas-Motupe Capilla en la Av. Chuquiribamba



Servicios de transporte urbano Sauces Norte-Argelia en la Av. 8 de Diciembre



Recolección de información



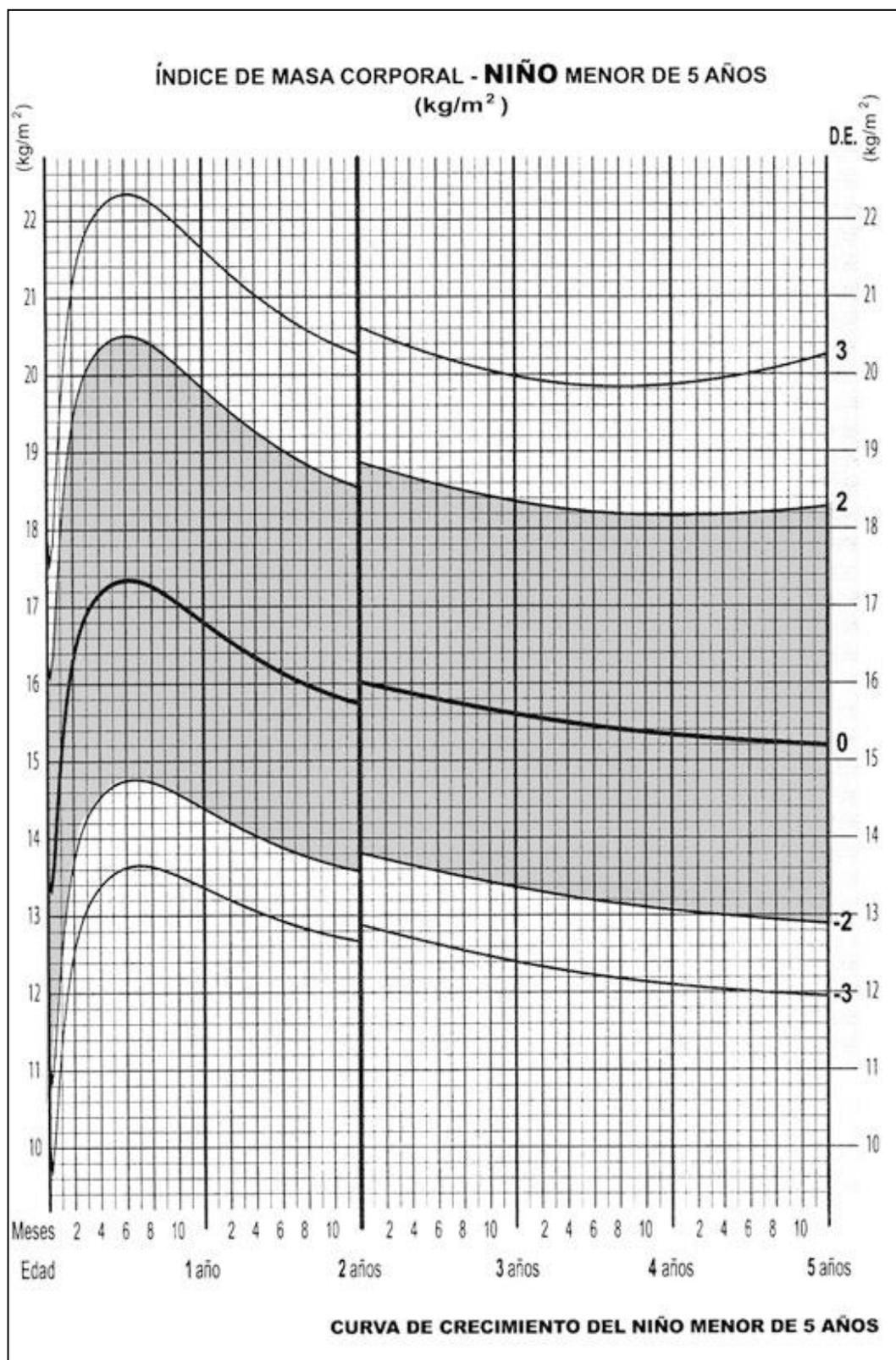
Toma de medidas antropométricas: talla

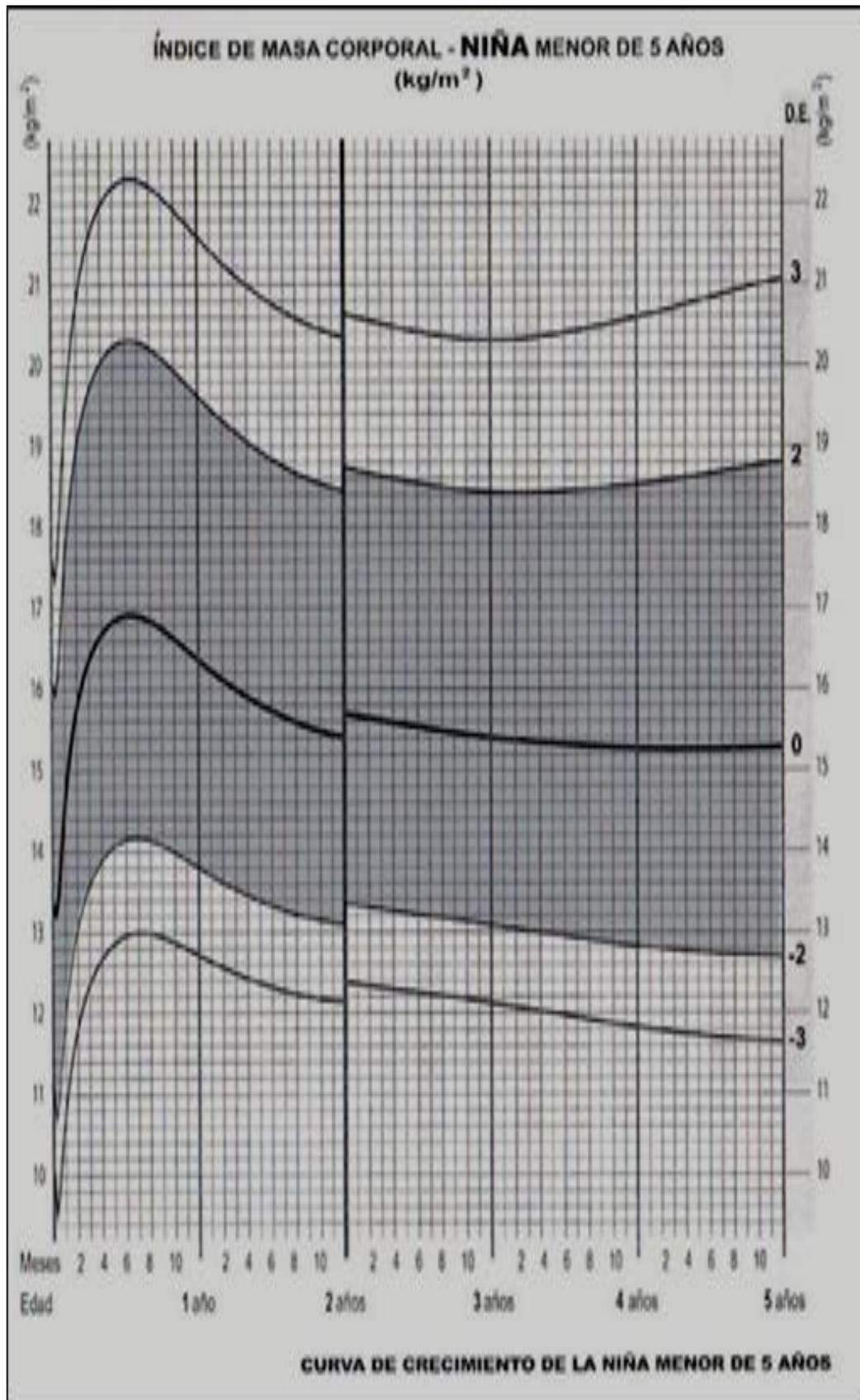


Ubicación de las familias con riesgo en el mapa parlante



ANEXO N°6: INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS





ANEXO N°7: INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

<http://www.freebmiccalculator.net>

Infrapeso
 Normal
 Sobrepeso
 Obeso

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

ANEXO N°8: 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	

ANEXO N°9: TABLA DE TAMIZAJE VISUAL SNELLEN (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)



ANEXO N°10: 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															

ANEXO N°11: LISTA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

N°	NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN	PATOLOGÍA
MANZANA 1				
1	Rina del Cisne Narváez Espinoza	62 años	Ficha N° 1	Hipertensión Arterial
2	Margoth Guevara Abarca	40 años	Ficha N° 8	Hipertensión Arterial
MANZANA 2				
3	Grace Andrea Silva Armijos	39 años	Ficha N° 2	Asma Crónica
4	Edilia Carmita Aguilar Peñaloza	65 años	Ficha N° 07	Hipertensión Arterial
5	Segundo Abraham Valarezo Correa	73 años	Ficha N° 07	Hipertensión Arterial
6	Teotista Jaramillo Tacuri	85 años	Ficha N° 08	Osteoporosis
7	Brenda Tatiana Bordes Medina	30 años	Ficha N° 11A	Asma Crónica
8	Luis Arsenio Merizalde Espinoza	34 años	Ficha N° 11A	Asma Crónica
9	Martha Eufrasia Celi	78 años	Ficha N° 12A	Hipertensión Arterial
MANZANA 3				
10	Jaime Enrique Coronel	52 años	Ficha N° 2B	Hipertensión Arterial
11	Flavio Enrique Salazar Erraez	47 años	Ficha N° 5B	Gastritis Crónica
12	Franco Marín Tacuri Quezada	57 años	Ficha N° 06	Hipertensión Arterial
13	Emiliana Yolanda Zúñiga Masache	52 años	Ficha N° 07	Diabetes
14	Máximo Abdan Abendaño Cabrera	66 años	Ficha N° 07	Hipertensión Arterial
15	María del Jesús Pinza	61 años	Ficha N° 08	Hipertensión Arterial
16	Ronaldo Guevara Varas	63 años	Ficha N° 08	Diabetes
17	Kléver Gustavo Iñiguez Iñiguez	58 años	Ficha N° 9 A	Diabetes
18	Luz Mery Cabrera Cabrera	54 años	Ficha N° 9A	Hipertensión Arterial
19	Alexandra del Rocío Pineda	39 años	Ficha N° 13	Hipertensión Arterial

MANZANA 4				
20	Betty Alicia Sotomayor Armijos	65 años	Ficha N° 1	Hipertensión Arterial
21	Olga Piedad Méndez Maita	53 años	Ficha N° 3A	Diabetes
22	German Bolívar Quisphe Cabrera	58 años	Ficha N° 12	Hipertensión Arterial
23	Jordán Alexis Lara LLantop	9 años	Ficha N° 14B	Asma Crónica
24	Judith Beatriz Llantop Gonzales	32 años	Ficha N° 14B	Asma Crónica
MANZANA 5				
25	Rosa Elvira Maita Chimbo	72 años	Ficha N° 1A	Diabetes
26	Ángel Eduardo Ordoñez Jaramillo	55 años	Ficha N° 1B	Diabetes
27	Isabel Encalada Carrión	54 años	Ficha N° 9A	Diabetes Hipotiroidismo
28	Nidia Bertila Agila Caraguay	47 años	Ficha N° 11A	Hipotiroidismo
29	Mercy Vásquez Trujillo	42 años	Ficha N° 12	Asma Crónica
30	María Trujillo	64 años	Ficha N° 12	Diabetes Hipertensión Arterial
31	Carmen Ofelia Merino Flores	75 años	Ficha N° 15	Hipertensión Arterial
32	Carmen Reinalda Veintimilla Zúñiga	75 años	Ficha N° 17 ^a	Artritis
MANZANA 6				
33	Silvana Andrea Fierro Ramos	25 años	Ficha N° 01	Hipertensión Arterial
34	Narcisa Aidé Castro	52 años	Ficha N° 02	Hipertensión Arterial
35	Rosa Lozano Morocho	52 años	Ficha N° 04	Diabetes
36	Bernardita Ofelia Ordoñez Japa	65 años	Ficha N° 09	Hipertensión Arterial
37	Rosa María Japa Cajamarca	98 años	Ficha N° 09	Hipertensión Arterial
38	Yolanda del Pilar Ordoñez Arias	42 años	Ficha N° 10	Hipotiroidismo
39	Daniela Vallejo Vélez	14 años	Ficha N° 11B	Asma
40	Jorge Vallejo Vélez	32 años	Ficha N° 11B	Gastritis
41	Fanny del Cisne Rodríguez Montoya	32 años	Ficha N° 11B	Artritis

MANZANA 7						
42	Dino Lautaro Naranjo Jaramillo	58 años	Ficha N° 1B	Hipertensión Arterial		
43	Lilian Esperanza Fierro Cabrera	54 años	Ficha N° 1C	Hipotiroidismo		
44	Evangelina Ponce Montaña	70 años	Ficha N° 02	Diabetes		
45	Janeth María Aguilar Ordoñez	33 años	Ficha N° 05	Hipotiroidismo		
46	Josefa Aguilar Granda	74 años	Ficha N° 06A	Osteoporosis		
47	Efrén Tadeo Ortega Espinoza	63 años	Ficha N° 09A	Hipertensión Arterial		
48	Alba Beatriz Pesantez González	55 años	Ficha N° 11	Diabetes		
49	José David Ayala Valdivieso	9 años	Ficha N° 13	Asma Crónica		
MANZANA 8						
50	Ella Vicenta Cuenca Cueva	54 años	Ficha N° 01	Rinitis Alérgica		
51	Elizabeth Lourdes Pérez Cuenca	22 años	Ficha N° 01	Rinitis Alérgica		
52	María Reinelda Saritama Robles	46 años	Ficha N° 01	Migraña		
53	Micaela Cango Soto	76 años	Ficha N° 09	Obesidad Hipertensión Arterial Artrosis		
54	Ángela Gabriela Maza Barboto	3 años	Ficha N° 10 C	Asma		
55	Mariana de Jesús Macas González	65 años	Ficha N° 13 A	Hipertensión Arterial		
56	María Zulema Díaz Alvarado	72 años	Ficha N° 15	Diabetes Hipertensión Arterial Hipotiroidismo		
MANZANA 9						
57	Chuncho Chamba Daniela Elizabeth	7 años	Ficha N° 03	Asma		
58	Lucía Enriqueta Gonzales González	72 años	Ficha N° 12	Hipertensión Arterial Diabetes		
59	José Antonio Ramírez González	18 años	Ficha N° 13	Arritmias Cardiacas		
60	Lidia Esperanza Cabrera González	48 años	Ficha N° 13	Lupus		

61	Luis Ángel Sotomayor Castillo	8 años	Ficha N° 18 A	Rinitis Alérgica
62	Lenin Styveen Sotomayor Castillo	11 años	Ficha N° 18 A	Rinitis Alérgica
MANZANA 10				
63	Javier Herrera Francisco	63 años	Ficha N° 02	Hipertensión Arterial
64	Carmen Vázquez Morocho	73 años	Ficha N° 02	Hipertensión Arterial
65	María Astenia Morocho Songor	93 años	Ficha N° 02	Hipertensión Arterial
66	Rivadeneira Saavedra Cornelio Agustín	66 años	Ficha N° 05A	Diabetes
67	Ortega Rojas Luz América	65 años	Ficha N° 05A	Hipertensión Arterial
68	Cuzme Delgado Narciza de Jesús	40 años	Ficha N° 08A	Hipertensión Arterial
69	Placencia Saritama Narcisca de Jesús	52 años	Ficha N° 08C	Hipertensión Arterial
70	Peña Vega María Petronila	78 años	Ficha N° 12	Diabetes
71	Macas Chanco Enrique Bolívar	47 años	Ficha N° 14A	Hipertensión Arterial
MANZANA 11				
72	Pineda Romero Carlos Emilio	67 años	Ficha N° 07A	Hipertensión Arterial
73	Carrión Valdez Rosario Argentina	59 años	Ficha N° 10	Gastritis Crónica
74	Baraja José Homero	63 años	Ficha N° 10	Gastritis Crónica

ANEXO N°12: LISTA PERSONAS CON ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

N°	NOMBRE	EDAD	UBICACIÓN	PATOLOGÍA
1	Celia Rosa Rodríguez Mendoza	39 años	Ficha N° 17B	Cáncer de Tiroides

ANEXO N°13: LISTA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

N°	NOMBRE	EDAD	UBICACIÓN	TIPO DE DISCAPACIDAD
1	Kristel Valentina Castro Maygua	4 meses 20 días	Manzana II. Ficha familiar N° 1B	Retraso Psicomotriz
2	Liliana Alexandra Calle Zaruma	38 años	Manzana IV Ficha familiar N° 11	Discapacidad Intelectual
3	Vargas Vargas Melva	48 años	Manzana VII Ficha familiar N° 07A	Discapacidad Intelectual
4	Sosoranga Medina María Olga	47 años	Manzana VIII Ficha familiar N° 10 A	Discapacidad Física 35%
5	Chuncho Gonzalo	55 años	Manzana IX Ficha familiar N° 03	Discapacidad Física
6	Vaca Deisy Johana	31 años	Manzana IX Ficha familiar N° 10 B	Discapacidad Auditiva 70%
7	Torres Gaona Antony David	8 años	Manzana X Ficha familiar N° 03	Discapacidad Física 45%
8	González Placencia Byron Eduardo	28 años	Manzana X Ficha familiar N° 08 C	Discapacidad Auditiva

ANEXO N°14: LISTA DE EMBARAZADAS

N°	NOMBRE	TIEMPO DE GESTACIÓN	UBICACIÓN
1	Luz Isabel Suing Ruiz	35 semanas	Manzana IV, ficha familiar N° 5
2	Anita Belén Ortega González	8 semanas	Manzana VII, ficha familiar N° 8A
3	Sayra Alexandra Poma Vara	2 semanas	Manzana VII, ficha familiar N° 8C
4	Ordoñez Carmen Dolores Viñamagua	21 semanas	Manzana X, ficha familiar N° 5B

ANEXO N°15: LISTA DE ANALFABETAS

N°	NOMBRE	EDAD	UBICACIÓN
1	Liliana Alexandra Calle Zaruma	38 años	Manzana IV. Ficha familiar N° 11
2	Melva Vargas Vargas	48 años	Manzana VII. Ficha familiar N° 07A
3	Mercedes Medina González	83 años	Manzana VIII. Ficha familiar N° 10A

ANEXO N°16: LISTA DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO

N°	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DOMICILIARIA
1	Daniela Candy Ortega Mendoza	1 mes	19/09/2013	Manzana 1. Familia 5. Calle Manuela Sáenz y Taquil
2	Megan Cabrera Naranjo	7 meses	16/03/2013	Manzana 1. Familia 6, Taquil entre Belisario Moreno y Manuela Sáenz
3	Rita Martina Macas Torres	1 mes	10/09/2013	Manzana 1. Familia 7B; Belisario Moreno y Taquil
4	Romina Doménica Maygua Sáenz	4 meses	11/06/2013	Manzana 2. Familia 1A; Belisario Moreno entre Taquil y Malacatos.
5	Valentina Castro Maygua	4 meses	24/03/2013	Manzana 2. Familia 1B; Belisario Moreno y Taquil esquina.
6	Santiago Israel Luna Pinza	11 meses	25/11/2012	Manzana 4. Familia 2; Vilcabamba entre Manuela Sáenz y Belisario Moreno
7	Estefany Andrea Pineda Silva	10 meses	07/12/2012	Manzana 7. Familia N° 6B. Taxiche y Belisario Moreno
8	Santiago Paúl Sucunuta Calva	10 meses	3/12/2012	Manzana 8. Familia N° 2 Belisario Moreno y Yangana
9	Mateo Jesús Espinoza Espinoza	2 meses	25/08/2013	Manzana 9. Familia N°6. Vilcabamba, entre Belisario Moreno y Luis Vargas
10	Thiago Paúl Iñiguez Ocaña	4 meses	13/06/2013	Manzana 9. Familia N° 7B. Vilcabamba, entre Luis Vargas y Belisario Moreno

11	Fernanda Valentina Chiribiga Ortega	6 meses	19/04/2013	Manzana 9. Familia N°15. Vilcabamba y Luis Vargas
12	Emilia Marcela Barragán Alejandro	15 días	22/09/2013	Manzana 11. Familia 1. Av. Chuquiribamba y José Vargas Esquina
13	Valeria Crisley Cruz Gaona	6 meses	No proporciona	Manzana 11. Familia 4. Luis Vargas y Av. Chuquiribamba

ANEXO N°17: LISTA DE NIÑOS DE 12 A 23 MESES

N°	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DOMICILIARIA
1	Fiorella Viviana Sanmartín Reinaldo	1 año 2 meses	09/08/2012	Manzana 1. Familia N° 1. Av. Chuquiribamba
2	Alejandra Teresa Maldonado Narváez	1 año 11 meses	03/11/2011	Manzana 2. Familia 12B; Malacatos y Manuela Sáenz.
3	María Emilia Coronel Solórzano	1 año 8 días	02/10/2012	Manzana 3. Familia 2C; Belisario Moreno y Malacatos.
4	Valentino Alexander Calderón Benítez	1 año 3 meses	18/07/2012	Manzana 4. Familia 4A; Vilcabamba entre Belisario Moreno y Manuela Sáenz.
5	Fernanda Salome Armijos Benítez	1 año 3 meses	20/07/2012	Manzana 4. Familia 4B; Vilcabamba entre Belisario Moreno y Manuela Sáenz
6	Nuria Campoverde Celi	1 año 2 meses	16/08/2012	Manzana 5. Familia 1A; Belisario Moreno y Yangana
7	Mariangel Monserrat Córdova Aguilar	1 año 8 meses	16/02/2012	Manzana 7. Familia 5 Av. 8 de diciembre entre y Luis Vargas
8	Sofía Merly Chicaiza Jumbo	1 año 5 meses	05/05/2012	Manzana 8. Familia 7 Belisario Moreno 3894 y Taxiche.
9	Bruno Fernando Picoita Montaña	1 año 1 mes	19/09/2012	Manzana 10. Familia 1. Luis Vargas y Vilcabamba
10	Luciana Sofía Mejía Romero	1 año	07/09/2012	Manzana 10. Familia 10B Vilcabamba entre Belisario Moreno y Luis Vargas

11	Pablo enrique Macas Ordoñez	1 años 11 meses	27/11/2011	Manzana 10. Familia 14A Vilcabamba entre Luis Vargas y Belisario Moreno
12	Alid País Pastas Parra	1 año 2 meses	12/08/2011	Manzana 10. Familia 14B Vilcabamba entre Luis Vargas y Belisario Moreno

ANEXO N°18: LISTA DE NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS

N°	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DOMICILIARIA
1	Romina Cabrera Naranjo	4 años	24/11/2009	Manzana 1. Familia 6, Taquil entre Belisario Moreno y Manuela Sáenz
2	Omar Morales Guevara	3 años	02/12/2009	Manzana 1. Familia 8; Belisario Moreno y Taquil.
3	Miguel Ángel Aguirre Ochoa	4 años	23/06/2009	Manzana 2. Familia 9B; Malacatos y Manuela Sáenz.
4	Joe Dilan Álvarez Pazmiño	4 años	04/08/2009	Manzana 3. Familia 5A; Malacatos y Belisario Moreno.
5	Camila Lima Iñiguez	2 años	17/12/2011	Manzana 3. Familia 2C; Vilcabamba y Belisario Moreno.
6	Britany Yarelis Granda Santin	4 años 6 meses	06/01/2009	Manzana 3. Familia 11; Belisario Moreno.
7	Christopher Granda Santin	2 años	10/12/2011	Manzana 3. Familia 11; Vilcabamba y Belisario Moreno
8	Carolina Alexandra Dávila Pineda	2 años	24/09/2011	Manzana 3. Familia 13; Vilcabamba y Belisario Moreno
9	Gabriel Sebastián Luna Pinza	3 años	12/07/2010	Manzana 4. Familia 2; Vilcabamba entre Manuela Sáenz y Belisario Moreno.
10	Doménica Esperanza Calderón Benítez	3 años 4 meses	07/06/2010	Manzana 4. Familia 4A; Vilcabamba entre Belisario Moreno y Manuela Sáenz.
11	Cristel Yamileth Jadan Granda	3 años	08/07/2010	Manzana 4. Familia 14A; Yangana y Belisario Moreno
12	Dulce María Ramírez Bravo	2 años	14/10/2011	Manzana 5. Familia 7; Yangana entre Belisario Moreno y Manuela Sáenz.

13	Joel José Yunga Pérez	4 años 4 meses	28/06/2009	Manzana 5. Familia 9C; Manuela Sáenz y Yangana (3967)
14	Aidé Dayana Medina Tenezaca	3 años	27/11/2010	Manzana 5. Familia 10A; Manuela Sáenz y Taxiche.
15	Maikel Andrés Vallejo Chamba	3 años	09/07/2010	Manzana 5. Familia 14; Manuela Sáenz y Taxiche (3940)
16	Joseph Sanadil Sanmartín Reinaldo	2 años 11 meses	20/10/2010	Manzana 1, Familia 1 Av. Chuquiribamba.
17	Elvis Mateo Montaño Cuzme	3 años 1mes	20/09/10	Manzana 6, Familia 5 Taxiche y Belisario Moreno
18	Natalisse Valentina Cuenca Gonzales	3 años 4 meses	01/11/2009	Manzana 6, Familia 13B. Av 8 de diciembre, Belisario Moreno y Manuela Sáenz.
19	Aileen Ginelle Camacho Minoche	2 años	15/11/2010	Manzana 7, Familia 3A Av. 8 de Diciembre y Belisario Moreno.
20	Ámbar Samira Mendoza Vélez	2 años 11 meses	15/11/2010	Manzana 7, Familia 3A Av. 8 de Diciembre y Belisario Moreno.
21	Adrián Andrés Vélez Astudillo	2 años 4 meses	20/12/2009	Manzana 7, Familia 3C Av. 8 de diciembre entre Luis Vargas y Belisario Moreno.
22	Jimmy Alexander Vélez Maza	3 años 10 meses	16/02/2012	Manzana 7, Familia 5 Av. 8 de diciembre entre y Luis Vargas.
23	Marco Antonio Pineda Silva	2 años 7 meses	14/02/2011	Manzana 7, Familia 6B Taxiche y Belisario Moreno.
24	Melissa Anahí Macas Pomas	2 años 7 meses	28/03/2011	Manzana 7, Familia 8C Taxiche entre Belisario Moreno y Luis Vargas.
25	Evelyn Dennys Astudillo Herrera	4 años	20/06/2009	Manzana 7, Familia 9B Taxiche entre Belisario Moreno y Luis Vargas.

26	Rafaela Simone Ayala Valdivieso	2 años 9 meses	14/01/2011	Manzana 7. Familia 13. Taxiche entre Belisario Moreno y Luis Vargas.
27	Ángela Gabriela Maza Barboto	3 años 11 meses	4/11/2009	Manzana 8. Familia 10C. Taxiche entre Belisario Moreno y Luis Vargas.
28	Andy Joel Maza Barboto	2 años	14/10/2011	Manzana 8. Familia 10C. Taxiche entre Belisario Moreno y Luis Vargas.
29	María José Chuncho Chamba	2 años	28/09/2011	Manzana 9, Familia 3. Vilcabamba y Luis Vargas.
30	María del Cisne Chuncho Chamba	4 años	11/08/2009	Manzana 9, Familia 3. Vilcabamba y Luis Vargas
31	Isis Amelia Marín Poma	2 años 2 meses	01/08/2011	Manzana 9. Familia 4 Vilcabamba, entre Belisario Moreno y Luis Vargas
32	Joaquín Andrés Picoita Montaña	4 años 1 mes	04/09/2009	Manzana 10. Familia 1 Luis Vargas y Vilcabamba
33	Judith Noelia Maurad Gonzaga	4 años	18/09/2009	Manzana 10. Familia 7 Belisario Moreno y Vilcabamba
34	Evelyn Estefanía Pineda León	2 años	23/02/2011	Manzana 11. Familia 6 Malacatos y Luis Vargas.
35	Anne Lisee Pineda Conza	4 años	24/04/2009	Manzana 11. Familia 7B Malacatos entre Chuquiribamba y Belisario Moreno.
36	Joel Alexander Prieto Aguilar	3 años 3 meses	14/07/2010	Manzana 11, Familia 8 Luis Vergara y Malacatos
37	Anaía Rebeca Prieto Aguilar	4 años 10 meses	24/12/20008	Manzana 11, Familia 8 Luis Vergara y Malacatos.
38	Mikel Elías Camacho Minuche	2 años 6 meses	18/04/2011	Manzana 11, Familia 9 Malacatos y Belisario Moreno

12. ÍNDICE

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

APARTADO	PÁGINAS
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN ABSTRACT	2
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	6
5. MATERIALES Y MÉTODOS	58
6. RESULTADOS	60
7. DISCUSIÓN	92
8. CONCLUSIONES	98
9. RECOMENDACIONES	99
10. BIBLIOGRAFÍA	101
11. ANEXOS	113
12. ÍNDICE	143