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

TÍTULO:

"DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013"

Tesis previa a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería

AUTORA:

Srta. Rut Graciela Estrada Ontaneda

DIRECTORA:

Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma

Loja – Ecuador

2013

CERTIFICACIÓN

Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma.

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

DIRECTORA DE TESIS:

CERTIFICO

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de tesis titulada: **"DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013",** de autoría de la egresada Rut Graciela Estrada Ontaneda, previó la obtención del título de Licenciada en Enfermería, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, 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, Rut Graciela Estrada Ontaneda, 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 y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de este trabajo en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Autora: Rut Graciela Estrada Ontaneda.

Firma: .....

Cédula: 1104936578

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, Rut Graciela Estrada Ontaneda, declaro ser autora de la tesis titulada: **"DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II, 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: Rut Graciela Estrada Ontaneda.
Cédula: 1104936578
Dirección: Cdla. Celi Román
Correo Electrónico: ciela.gracy@gmail.com
Teléfono: 0997434707

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Lic. Mgs. Patricia Chávez.

TRIBUNAL DE GRADO: Lic. Mgs. María del Cisne Agurto.
Lic. Mgs. Wilma Montaño Bravo.
Dra. Carmelina Severino.

DEDICATORIA

A mi Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este tiempo.

A mis padres, por darme la vida, por quererme mucho, creer en mí y porque siempre me brindaron su apoyo incondicional, gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto se los debo a ustedes.

A mis hermanos/as, que con su ejemplo y motivación me han enseñado a salir adelante, gracias por su paciencia y por preocuparse por mí.

A mis amigas: Alicia, Paty, Andrea, Magaly, Johana, Hilda por compartir sus vidas conmigo, pero sobre todo, por estar en todos los momentos importantes de mi vida.

Rut Graciela Estrada Ontaneda

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, Padre Celestial, quien me dio vida, sabiduría, fuerza y coraje para hacer este sueño realidad, por estar en cada momento de mi vida, porque me ha guiado durante todo este tiempo para salir adelante en los momentos más difíciles.

A mis Padres y seres queridos, quienes me llevaron por el camino correcto, por su paciencia y apoyo incondicional, sus consejos, amor, comprensión, preocupación y ayudarme a alcanzar esta meta.

Pongo en consideración mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por haber brindado la oportunidad de formar profesionales para así contribuir con la sociedad, a mi Directora de Tesis Lic. Mgs. Patricia Chávez quien con sus sabios conocimientos, apoyo con tiempo y dedicación contribuyendo para culminar este proyecto. Sin dejar pasar por alto también hago un claro agradecimiento a la Comunidad de Masaca Alto y Bajo Sector II, quienes aportaron para la realización del presente trabajo.

Gracias…!!

Rut Graciela Estrada Ontaneda.

1. TÍTULO

"DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II, 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 del **Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II**.

El universo estuvo constituido por 30 familias y 112 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 prevalente es el femenino con el 51,79%, el nivel de educación que sobresale es el básico con el 74.11%, se encontró 3 Analfabetos siendo el jefe de familia, se identificó esquemas de inmunización completos en los niños menores de 5 años, en cuanto escolares y adolescentes gran parte de ellos 90% están con buen estado nutricional y estudian el 83.33%, 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 arterial es la patología crónica que prevalece con el 10.71%, seguida de las enfermedades degenerativas como el cáncer de mama que corresponde a un 0.89% al igual que las enfermedades de impacto como el herpes Zoster que representa un 0.89% respectivamente

afectando a edades comprendidas entre los 20 y 64 años. Se respalda la investigación con bibliografía y anexos que contempla el desarrollo de la misma.

Palabras Claves: Diagnóstico Comunitario de Salud del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.

ABSTRACT

The present investigation has as main objective to contribute the invigoration of the **PATTERN OF INTEGRAL ATTENTION OF THE COMMUNITY NATIONAL SYSTEM OF FAMILY HEALTH AND INTERCULTURAL** in the University Hospital of Motupe, contributing with statistical and data that will allow to the Basic Teams of Health - EAIS (Teams of Integral Attention of Health) to formulate local proposals of health, tendientes to improve the quality of life of the community of **Masaca Alto and Bajo Sector II**.

The universe was constituted by 30 families and 112 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 the MSP and an annex to this record, the interview form allowed to complete the information, it was also analyzed the data, obtaining results that they will serve as base line.

Among the most outstanding data we highlight; that there is equality as for the sex, the level of more excellent education is the Basic one, he/she was 3 Illiterates of which some are family bosses, it was identified some children with nutrition problems, as soon as school and adolescents great part of them this with good nutritional state and most studies, in what concerns women with active sexual life, the method of the rhythm is the more used for the family planning.

As for the epidemic profile we highlight that the Hypertension is the chronic pathology that more prevails affecting to ages understood among the 20 and 64 years and that that it concerns to discapacidad it exists so much physical as intellectual. The investigation is supported with bibliography and annexes that it contemplates the development of the same one.

Key words: Diagnostic Community of Health of the Masaca Alto and Bajo Sector II, and their results.

3. INTRODUCCIÓN

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

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

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

Como personal de salud, en calidad de egresada de la Carrera de Enfermería mi objetivo con la presente investigación es: contribuir al fortalecimiento del **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL** en el Hospital Universitario de Motupe, con la con

la participación de egresados de la Carrera de Enfermería y los Equipos Básicos de Atención de Salud, para la formulación de propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad de **Masaca Alto y Bajo Sector II.**

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

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. DIAGNÒSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

4.1.1. Definiciones

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

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

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

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

[1]MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 56

4.1.3. Mapeo de Actores

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

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

4.1.4. Mapeo del Sector

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

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

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

Estos equipos estarán constituidos por: médico/a general o especialista en medicina familiar y comunitaria; enfermero/a y

técnico/a de atención primaria de salud de acuerdo a los siguientes estándares:

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

- **A nivel rural:** 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 TAPS por cada 1500 a 2500 habitantes.

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

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

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

Este proceso debe realizarse con la participación de los actores locales para lograr mayor integralidad, objetividad 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.

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

- Mapa Parlante.
- Sala Situacional.

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

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

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

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

4.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

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

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

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

Según el **INEC** (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador) en el 2010 las Infecciones de Vías Urinarias son un problema de salud que se ubica en el octavo puesto con una tasa de 10,3% en las mujeres con relación a las diez principales causas de morbi-mortalidad.

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

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

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

4.3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

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

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

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

[3]Carcavallo RU, Martínez A (1985). Biología, ecología, distribución geográfica de los triatominos americanos, pp. 149-157 en (Carcavallo RU, Rabinovich JE, Tonn RJ eds.) Factores biológicos y ecológicos en enfermedades Prevalentes, Vol. II. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud OPS/OMS – Ministerio de Salud y Acción Social, Ecuador.
[4] Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4ta Edición, Septiembre 2012
[5]Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC; Disponible en: http://www.inec.gob.ec; Consultado: 28/11/2013; Hora: 15h00

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

4.3.1. Distribución poblacional de la Provincia de Loja

De acuerdo al Censo realizado en el año 2010 la provincia de Loja cuenta con una población de 448.966 habitantes, se caracteriza por existir un predominio de la población mestiza con 90,2% seguida de la indígena con un 3,7% la población afro ecuatoriana con el 2,41%, montubio con el 0,7% y otros con el 0,1%.[7]

4.4. NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

Entre los principales problemas que tiene la educación pública se encuentran los siguientes indicadores: persistencia del analfabetismo es del 6,8%,[8] bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, salarios bajos de los profesores y deficiente infraestructura educativa y material didáctico. Los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone la actual sociedad.[9]

---

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

[7] Resultados Provinciales, Loja; Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-Lateral/Resultados-provinciales/Loja.pdf; Consultado 5/11/2013; Hora: 19H00

[8] Analfabetismo en el ecuador. Disponible en: http://noticiasenlinea.com.ec/actualidad/18895_ecuador-registra-una-tasa-de-analfabetismo-de-68-segun-el-inec.html

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

4.4.1. ANALFABETISMO

En el Ecuador, la noción de analfabetismo se vincula a personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir. Las nociones de analfabetismo y alfabetización siguen apegadas a la definición acuñada por el **UNESCO** (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura),"Una persona analfabeta no puede leer entendiendo lo que lee ni escribir una descripción sencilla y breve de su vida cotidiana" (**UNESCO** 1958). "Una persona es funcionalmente analfabeta cuando no puede dedicarse a las actividades en las que hace falta saber leer y escribir para el funcionamiento efectivo del grupo o la comunidad a la que pertenezca la persona, para su desarrollo propio y de la comunidad" (**UNESCO** 1978**).**

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

Una de las principales causas del analfabetismo es la pobreza, debido a que las condiciones de vida en las que se encuentran las familias ecuatorianas ocasionan que no todos los niños y adolescentes tengan la posibilidad de acceder a una educación. Primero se busca satisfacer las necesidades básicas de un hogar, antes que un miembro de la familia asista a una escuela. Los hogares tienen como objetivo generar dinero por medio del trabajo, incluso infantil, apartándolos del acceso a la educación.[10]

El Gobierno Ecuatoriano ha creado campañas de alfabetización, las más recientes, a partir del año 2007, arrojan resultados positivos, pero

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

“mientras más pequeña es la tasa de analfabetismo es más difícil seguirla reduciendo” (**UNESCO**, 2009).

4.4.2. DESERCIÓN ESCOLAR

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

A su vez, la afectividad juega un papel importante en el niño, ya que de esta dependen las buenas o malas relaciones que tenga en la escuela y su entorno, a más de la afectividad, en la vida de un niño, cuenta su autoestima, pues si presenta una baja autoestima dificulta sus posibilidades de aprendizaje. Otros factores escolares como la pedagogía y metodología 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]

[11] La *deserción*; Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf; Consultado: 09/12/2013
[12] Educación en la Provincia de Loja; Disponible en : http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109 .Consultado: 28/11/2013; Hora: 10h00

4.5. OCUPACIÓN

El Agricultor es el principal factor de la producción, al ser el elemento dinámico de las empresas, con su desgate físico, intelectual y espiritual, accionan los objetos e instrumentos del trabajo, de esta manera generan bienes 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 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, transporte y comunicaciones".[14]

4.6. FACTORES DE RIESGO

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

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

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

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

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, y desconocimiento por parte del personal de salud de las contraindicaciones y edades adecuadas para la aplicación de las vacunas.

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

4.6.1.2. Personas con mal nutrición (sobrepeso o desnutrición): El término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/ 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 2007 y 2010 el porcentaje de desnutrición bajó de 27% a 23.2%.

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

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

4.6.1.4. Personas con discapacidad: Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano**.**

En el ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, tras finalizar la primera evaluación de la situación en el país, para lo cual el personal médico llego hasta los lugares más recónditos. Así mismo se evidencio que las discapacidades 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 Ecuador un estudio realizado en el 2010 por los médicos Santiago Luna, Flor María Bazurto, Inés del Pino integrantes de la Misión Solidaria Manuela Espejo, reveló que la discapacidad mental por demencia en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad.

El 59% de los ecuatorianos sufren de discapacidad mental.

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

Para el estudio en el país se tomaron datos e información de las personas con discapacidades mentales por demencia además se evaluó edad, sexo, procedencia, escolarización, condiciones de vida, vivienda, relación familiar, asistencia gubernamental o médica.

De acuerdo al análisis, la demencia se presentó más en la población femenina que en la masculina, la mayor prevalencia es entre los 80 a 84 años, la provincia en la que más se presenta la enfermedad es en Guayas seguida de Pichincha. Según el informe la tasa de analfabetismo en estos pacientes incide directamente en el desarrollo de la enfermedad". [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 al líquido vital 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 ser tratados, los cuales perjudican al medio ambiente 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

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

[17] Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/AguapotableysaneamientoenEcuador 10/12/13, 8:11

graves al medio ambiente, ya sea a sabiendas o involuntariamente. La producción de petróleo y/o transporte, pueden alterar la población humana y la vida animal y pescado de la región, residuos de aceite, la contaminación de producción, y los derrames de causar 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 informa 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 es bajo 4,23%.

En junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registro 44,96% según la última Escuela Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**).[18]

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

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

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

Según la última Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (**ENEMDU**) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (**INEC).** El desempleo urbano se ubicó en 4,6% en marzo 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% el proyecto.[20]

4.6.3.4. Desestructuración familiar: Las causas principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente

[19]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 Consultado 10/12/13, 8:45
[20]Disponible http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-68-4.html 10/12/13, 9:45

desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos. En los procesos de desestructuración del núcleo familiar influyen, además, las condiciones que obligan a que ambos cónyuges trabajen fuera del hogar, pues de esta manera el sistema extra familiar puede crear o exacerbar los conflictos entre la pareja.

4.6.3.5. Violencia/Alcoholismo/Drogadicción: Actualmente no hay dudas de que el alcoholismo constituye el problema de drogas más importante; es responsable principal de violencias en todas partes donde ocasionan desintegración familiar y deterioro social, caracterizados por desajustes de la personalidad, degradación, así como conductas delictivas y antisociales. Alrededor de la mitad de los homicidios y violaciones se produce bajo el efecto del alcohol. El 70% y 80% de la población joven consumen alcohol: 15% de la población injiera alcohol en forma anormal; 5% presenta síndrome de pendencia alcohólica y 10% son bebedores excesivos. Alrededor del 20% y el 25% de los jóvenes son abstemios, es decir beben muy ocasionalmente y sin embriagarse.

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

En el Ecuador el 40% de las viviendas, las personas viven hacinadas, es decir, no tendrían habitaciones suficientes para el total de personas que residen en tales viviendas.[22]

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, idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, hábitos negativos como fumar, tomar alcohol entre otros, sin embargo hay factores de riesgo no modificables como la edad, sexo, etnia, herencia, autoinmunidad que pueden agravar la condición.

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos: [23]

- Accidentes Cerebrovasculares
- Enfermedades Respiratorias Crónicas

[21]Disponible en: http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx 10/12/2013, 8:20
[22]Disponible en: https://www.google.com.ec/?gws_rd=cr&ei=viynUpOAI8efkQepzoCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador 10/12/2013.
[23] Centro de nutrición molecular y enfermedades crónicas. Facultad de medicina. Universidad católica de chile (disponible en: http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas_.php. Consultado: 09/12/13)

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

4.7.1. Impacto de las Enfermedades Crónicas

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

"En el caso del sexo femenino las principales causas de mortalidad eran la Diabetes Mellitus, las Enfermedades Hipertensivas, las Enfermedades Cerebro-Vasculares y la Influenza y Neumonía, responsables de 25% de las muertes totales. A estas causas le siguieron las Enfermedades Isquémicas del corazón, los padecimientos Cerebro-Vasculares, la Influenza y Neumonía, las Enfermedades Hipertensivas y la Diabetes Mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales".[24]

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

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

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 y si bien se las suele asociar principalmente a personas mayores, los estudios indican que un 25% de las muertes causadas por esta epidemia corresponden a personas menores de 60 años.

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.[25]

Los tipos de enfermedades degenerativas son:

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

- **Espondilo Artrosis:** Degeneración de los cartílagos articulares. Afecta con mayor frecuencia a la columna vertebral, sobre todo a los segmentos cervicales y lumbares.
- **Alzheimer:** Se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian.

- **Cáncer:** Producción excesiva de células malignas, con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento descontrolado (crecimiento y división más allá de los límites normales, invasión del tejido circundante y a veces, metástasis).

- **Tumores Benignos y Malignos:** Es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen del órgano afectado independientemente de que sean de carácter benigno o maligno. Generalmente pueden retirarse o extirparse y en la mayoría de los casos no reaparecen".[26]

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 y acceso a agua y alimentos no contaminados.

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

Las muertes por el **SIDA** y la Tuberculosis, la Malaria, las Enfermedades Diarreicas y las Infecciones Respiratorias representan una gran parte de la carga de las Enfermedades Infecciosas. [27]
Entre ellas tenemos:

4.9.1. Enfermedades de Transmisión Sexual: Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), unos 685 mil hombres y mujeres de todo el mundo y aproximadamente unos 40-50 millones en América, contraen **ITS** (Infecciones de Trasmisión Sexual) cada día. Más de 340 millones de **ITS** curables y muchas más enfermedades incurables ocurren cada año.[28]

Entre las ITS más comunes encontramos:

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

- **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

[27] Enfermedades infecciosas disponibles en: http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx consultado 5/12/13
[28] Control de enfermedades trasmisibles. Disponible en: http://www.spherehandbook.org/es/servicios-de-salud-esenciales-norma-2-sobre-control-de-enfermedades-transmisibles-diagnostico-y-tratamiento-de-casos

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 Cándida Albicans. La Candida siempre está presente en el organismo en pequeñas cantidades.

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

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

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

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

Entre ellas destacan:

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

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

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

4.10. DISCAPACIDAD

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

En Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, unos 21.000 son críticos y se desenvuelven en un entorno de extrema

pobreza. La mayoría de los casos se concentran en las provincias de Guayas con 74.833 casos; y Pichincha, con 45.098.

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

"Muchas discapacidades se desarrollan por hipoxia, asociada a partos no tradicionales, además producto traumatismos, prematuridad, y eventos postnatales asociados", explicó Gamez al tiempo que destacó el aporte del estudio de 651 muestras en el Centro Nacional de Genética de Cuba.[29]

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

4.10.1. Personas con Discapacidad Carnetizadas.

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

4.10.2. Tipos de discapacidad

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

- **Discapacidad Cognitiva:** Presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y en el aprendizaje.

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

- **Discapacidad Sensorial:** Corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.
- **Discapacidad Intelectual:** Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.[30]

4.11. TRASTORNOS MENTALES

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

Entre estos problemas tenemos:

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

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

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

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

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

4.11.4. Fobias: Es un temor fuerte e irracional de algo que representa poco o ningún peligro real. Existen muchas fobias específicas. 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.[31]

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. A las de tristeza y desesperanza se les llama.

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.[32]

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.[33]

Las coberturas del Programa de Inmunizaciones en el año 2009, superan las alcanzadas en el 2008, en todos los biológicos. La vacuna

[31]MEDICINE PLUS, Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/phobias.html Citado: 06/12/2013, Hora: 11h30 am
[32]Depresión, Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html , Citado: 06/12/2013
[33]PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf . Consultado: 09-12-2013

contra Rotavirus en el año 2009 alcanza el 97% de cobertura, SRP el 15%, el menor incremento reportado es en BCG 2%.[34]

4.13. TAMIZAJE NEONATAL

"Con pie derecho, la huella del futuro" es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.[35]

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"[36] lo que se puede destacar que la prueba del talón ha sido oportuna en cuanto a la detección temprana de las discapacidades en las que se puede corregir a tiempo estos errores genéticos.

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

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

[35] Con Pie Derecho "La Huella del Futuro". Disponible en: http://www.conpiederecho.com.ec Consultado: 09-12-2013.

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

- **Hipotiroidismo Congénito:** Es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un **RN** (Recién Nacido), es la causa más común de retardo mental prevenible. Con la prueba se pretende prevenir el retraso mental.

- **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.[37] 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.

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

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

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, y que se presenta principalmente en la infancia.

La valoración del estado nutricional, se relaciona con la medición del crecimiento, el cual está determinado genéticamente para el incremento de masa corporal libre de grasa. Si el niño permanece sano y asegura una fuente adecuada de nutrimentos durante sus etapas críticas de crecimiento físico, lograría cumplir todo su potencial genético.[38]

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

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

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

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

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

4.15. LACTANCIA MATERNA

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

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

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

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

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

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

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

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]

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.

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

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

4.17.1.3. Datos Estadísticos

En el Ecuador 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 DT (Difteria y Tétanos)

El tétanos es una enfermedad bacteriana infecciosa causada por Clostridium tetani. En condiciones anaerobias favorables, como en heridas sucias y necróticas, este bacilo ubicuo puede producir tétano- espasmina, una neurotoxina extremadamente potente que bloquea los neurotransmisores inhibidores del sistema nervioso central y provoca la rigidez muscular y 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

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

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

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 un o varios ‘’tests’’ en los que tendrá que superar distintas pruebas visuales, tal como:

- **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]

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

El Proyecto busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población pre-escolar y escolar la discapacidad visual y finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual.[45]

4.17.4. ESTUDIO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

4.17.4.1. Educación Básica

En Ecuador el Ministerio de Educación determinó como misión dirigir y fortalecer la Educación Básica de 10 años, con la universalización del primero, octavo, noveno y décimos años de educación básica con equidad, calidad, calidez y cobertura, sobre

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

[45] 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.

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.[46]

4.17.4.2. Datos estadísticos

Existen altas coberturas de la educación básica. Mientras el 95% de los niños y niñas de 5 a 14 años está en el sistema escolar, 92% asisten a la educación básica en el curso que corresponde para su edad. Sin diferencias de género en el acceso a la educación básica. Uno de los logros de la equidad es lo que este indicador señala. Tanto el 95% de las niñas como de los niños ecuatorianos asisten al sistema escolar.

4.17.4.3. Educación media

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

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

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

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

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

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

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.[47]

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 embrago son esos mismos factores lo que propician también el éxito escolar, en los cuales tenemos:

- **Factores sociales y culturales**: La clase social (determinada por el ingreso familiar, la escolaridad de la madre y del padre, el tipo y ubicación de la vivienda) ha sido reprobada como una variable relacionan con el hecho de que los alumnos sufran fracasos escolares.
- **Factores escolares:** el ambiente escolar también ha sido señalado como un factor que afecta el desempeño escolar de los alumnos; en este ambiente podemos citar la administración de la institución educativa (sus políticas, estrategias, etc.) y el profesor (capacitación, compromiso, etc.).

- **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

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

apoyo que ella les presta, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.

- **Factores personales:** Se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recorriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales.[48]

- **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.

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

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

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

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

El trastorno de conducta ha sido asociado con:

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

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

Los niños con trastorno de conducta pueden llegar a desarrollar trastornos de personalidad 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.[49]

Entre problemas de conducta tenemos:

- **Conducta Agresiva**: Es la forma de expresión de los sentimientos, creencias y opiniones, sin considerar la autoestima, sensibilidad o respeto hacia los demás.
- **Conducta Pasiva**: Los demás se aprovechan de él fácilmente (además, fomenta esta actitud).
- Suele tener sentimientos de inseguridad y de inferioridad, que se esfuerzan siempre que entra en contacto con una persona agresiva.
  - ✓ Está enfadado consigo mismo porque sabe que los demás se aprovechan de él.
  - ✓ Es un experto en ocultar sus sentimientos.
  - ✓ Es tímido y reservado cuando esta con otras personas.
  - ✓ No sabe aceptar cumplidos.
  - ✓ Se agota y no tiene mucha energía.
  - ✓ Su actitud acaba irritando a los demás.
  - ✓ Se reconocer por su típico lenguaje corporal y verbal.

[49] 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**: La conducta pro-social comienza a aparecer durante la etapa pre-escolar y puede observarse en el niño desde los dos años de edad. Sin embargo la capacidad para compartir y cooperar es limitada; la conducta pro-social sigue desarrollándose ya entrada la adolescencia y de manera posterior.[50]

4.18. ATENCIÓN MATERNA

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

La misma que comprende:

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

- **Infantil:** El Plan Materno Infantil prevé la realización obligatoria de estudios para detección de la fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito

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

y enfermedad fibroquística del recién nacido. Además ofrece cobertura de consultas, seguimiento y control, inmunización y medicación requerida para los primeros 12 meses de vida, según el listado de medicamentos esenciales.

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

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.[51]

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.[52] El control del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de

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

especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que, existe mayor receptividad materna para las actividades de educación de la salud.

4.18.2. VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS.

La inmunización materna es una intervención potencial para prevenir muchas enfermedades durante el embarazo y protege a la madre como al feto. Se considera que las mujeres embarazadas son especialmente vulnerables a las infecciones. "Todas las mujeres en edad fértil deberían estar inmunizadas frente a las enfermedades más comunes que pueden suponer un riesgo durante el embarazo.

En el Ecuador, el Tétanos Neonatal ha sido eliminado como problema de salud pública nacional y provincial (**OPS**, 2008). El impacto a la fecha, se demuestra con la disminución de la tasa de TNN a 0.02 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. A pesar de ser la vacunación un método sencillo y económico para prevenir el tétanos neonatal, aún existen en nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tetánico".[53]

"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

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

vacuna contra la influenza puede proteger a las mujeres embarazadas y a sus futuros bebés, antes y después del parto".[54]

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

Éstas son:

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

4.18.3. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

Las causas pueden ser afecciones que ya tiene o cuadros que se desarrollan durante el embarazo. También incluye embarazos 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.

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

- **Depresión:** La depresión durante el embarazo es una enfermedad mental grave que afecta todo el cuerpo, el humor y el proceso de pensamiento. Afecta entre el 10 y el 20 por ciento de las mujeres embarazadas.
- **Diabetes gestacional:** Es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo. No se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina. El resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia).
- **Embarazo ectópico:** Es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente), en el ovario, en el canal cervical, en la cavidad pélvica o en la abdominal. El embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que lleva a la muerte fetal, y es la principal causa de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre con 2 o 3 semanas del embarazo.
- **Hiperémesis gravídica:** Casi todas las mujeres experimentan náuseas o vómitos durante el embarazo, particularmente durante el primer trimestre. Se cree que la causa de las náuseas y el vómito durante el embarazo es una elevación rápida de los niveles sanguíneos de la gonadotropina coriónica humana (**GCH**), la cual es secretada por la placenta.
- **Placenta previa:** Es una forma anómala de colocación de la placenta. Se habla de placenta previa cuando esta se posiciona cubriendo parcial o completamente el orificio cervical interno o cuello del útero. Esta colocación impide un parto normal y es una de las principales causas de sangrado durante el tercer trimestre del embarazo.

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

4.19. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

4.19.1. VACUNACIÓN EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL

La inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dT), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.[55] 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.[56]

4.19.2. REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD

Actualmente, en el contexto de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad humana con las necesidades de bienestar y salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción. Por lo tanto se adoptan métodos que se engloban en programas como: la planificación familiar la cual es la utilización de objetos, sustancias y procedimientos naturales o artificiales, que se utilizan de manera

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

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.[57]

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 ETS.

a) Métodos Naturales

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

b) Métodos de Barrera

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

c) Métodos Hormónales

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

Entre ellos se encuentran:[58]

- La Píldora
- Inyectables
- Implante

[57]Disponible en: http://apps.who.int/rhl/fertility/es/ Fecha: 05/12/2013.
[58]Disponible en: http://tvncanal.com/index.php Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45min.

4.19.3. PAPANICOLAOU

En nuestro medio este exámen 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 Aire o un depresor. Luego se tomará otra muestra del fondo del saco posterior.[59] "Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes, con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres".[60]

[59] Disponible en: GINECOLOGIA DE RIGOL. CAP. 5 Pág. 41-42. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h15min.
[60] RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia "Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador"

5. MATERIALES Y MÉTODOS

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

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

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

5.1. Tipo de estudio

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

5.2. Universo

El universo estuvo conformado por las familias del **Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.**

5.3. Análisis de la información

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

Los resultados obtenidos fueron analizados e interpretados en tablas. Se realizó el levantamiento definitivo del mapa parlante, utilizando el programa de AUTOCAD el cual fue apoyado por el mapa físico que fue elaborado durante toda la jornada laborada en el **Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.**

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. CARACTERISTICAS DE LA COMUNIDAD

El **Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II**, antiguamente era una hacienda la misma que pertenecía al Dr. Emiliano Mora Bermeo que luego de fallecer en el año de 1917 fue heredada por su único hijo el Dr. Eduardo Mora Moreno el mismo que dedicaba parte de su tiempo a la poesía, a redactar pequeñas revistas, ocupaba también cargos políticos en la provincia de Loja y el País. A pesar de sus diversas ocupaciones dedicaba tiempo a la agricultura y ganadería ya que tenía varias haciendas entre ellas “La Florencia”, “Masaca” y la “Hacienda Bermeo” las mismas que pasaron a ser barrios a excepción de la última que hasta la actualidad permanece como hacienda.

En Noviembre de 1931 recibió el nombramiento de Director de Estudios de la Provincia de Loja donando su casa en la hacienda "Masaca" para que funcionara provisionalmente una escuela rural.

El Dr. Eduardo Mora contrajo matrimonio por segunda ocasión luego de quedar viudo, de su segundo matrimonio tuvo cuatro hijos. En el año de 1962 viajaron a la ciudad de Quito para realizar sus estudios universitarios siendo esta la causa para que el doctor convoque a los colonos de sus haciendas para que trabajen en calidad de peones a los mismos que les entregó por escritura pública los terrenos de las haciendas entre ellas la de Masaca; desde entonces pasó a ser el “Barrio Masaca Alto y Bajo” dividido en tres sectores hasta la actualidad.

El **Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II**, se encuentra ubicado al norte a 15km de distancia del Hospital Universitario de Motupe, limita:

- **Al Norte:** Con Solamar Alto y Bajo
- **Al Sur:** Con Sevilla de Oro
- **Al Este:** Con el Cerro Zañe
- **Al Oeste:** Con Salapa Alto

Organización

El **Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II**, cuenta con una directiva eclesiástica conformada por:

- **Presidente:** Sr. Alfredo Naula.
- **Secretario:** Sra. Yolanda González.
- **Tesorero:** Sra. Rosa Armijos.

Asociación de Mujeres Luchadoras

- **Presidenta:** Sra. María Vera
- **Secretaria:** Sra. Diana Jaramillo.
- **Tesorera:** Sra. Marlene Cabrera

Centros Educativos: Este barrio cuenta con dos escuelas una llamada "Dr. Emiliano Mora" que está ubicada en Masaca Bajo y otra que se encuentra ubicada en Masaca Alto llamada Centro Educativo que aún no dispone de nombre hasta el momento ambas brindan servicios formativos a la mayoría de niños del sector desde jardín hasta el 7mo año de educación básica.

Fiestas: religiosas.

Los habitantes del sector se caracterizan por ser devotos de varios santos los cuales tienen como tradición celebrar sus fiestas en varias fechas por ejemplo: la Virgen de Fátima que se celebra en el mes de Mayo; Corpus Cristi en Mayo-Junio; Señor de la Agonía en Junio; El Divino Niño Jesús en septiembre; La Virgen del Cisne en octubre, todas estas festividades son concurridas por los moradores del sector participando en las diferentes actividades planificadas por los priostes como por ejemplo (juegos recreativos, deportes, danzas, cantos y juegos pirotécnicos) y los fondos recaudados en estas festividades son para beneficio de la iglesia.

Medicina Tradicional

Los habitantes del sector utilizan plantas medicinales para aliviar dolores abdominales y resfriados sin embargo supieron manifestar que también acuden a servicios de salud.

Salud

La mayoría de las familias son afiliadas al Seguro Campesino; el mismo que se encuentra ubicado en “Las Juntas”, la población que no cuenta con este servicio de salud, acuden a los servicios que brinda el Hospital Universitario de Motupe, a pesar que muchas de las personas que tienen el seguro también hacen uso del mismo debida a su fácil acceso.

“El Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II, no cuenta con curandera/os, parteras o comadronas ya que hace muchos años estas dejaron de existir”.

Transporte

Este barrio cuenta con transporte interparroquial Vinoyacu el mismo presta sus servicios en horarios de 5:00am, 6:30am, 8:00am,11:00am, 11:30am, 12:00pm, 13:00pm, 14:00pm, 15:00pm, 16:00pm, 17:00pm, 19:00pm.

Servicios básicos con que cuenta

Masaca Alto y Bajo Sector II, es un barrio rural que cuenta con luz eléctrica, agua entubada y pozos sépticos en la mayoría de las viviendas, carece de alcantarillado, alumbrado público, agua potable y buenas vías de acceso a las viviendas, (puentes de hormigón armado).

Fuentes de ingreso económico de la comunidad

Los habitantes de este barrio son personas de bajos recursos económicos se dedican en su mayoría a la agricultura, siendo esta actividad la más destacada en los pobladores incluidos hombres y mujeres; además tiene un clima variado el cual favorece a la producción de varios frutos propios del sector entre ellos: fréjol, arveja, a, maíz, papa, verduras y entre otros productos cultivan las flores, las mismas que son cosechadas para luego ser comercializadas y con ello obtener un sustento económico para sus hogares.

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

7.1. Datos Referenciales Generales de Población

- Número de familias del barrio: **30**
- Número total de habitantes: **112**
- Total de habitantes por sexo:

  - Masculino: **54**
  - Femenino: **58**

- Casas no habitadas: **19**

7.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

TABLA Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	1	0,89	1	0,89	2	1,79
Niños 1 - 4 años	2	1,79	5	4,46	7	6,25
Niños de 5 - 9 años	6	5,36	6	5,36	12	10,71
Adolescentes 10 - 19 años	9	8,04	9	8,04	18	16,07
Adultos 20 - 64 años	29	25,89	31	27,68	60	53,57
Adultos mayores 65 años y más	7	6,25	6	5,36	13	11,61
TOTAL POBLACIÓN	**54**	**48,21**	**58**	**51,79**	**112**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: grupos etarios según el MSP

ANÁLISIS.

En la comunidad de Masaca Alto y Bajo Sector II, se identificó que la población que predomina es el sexo femenino con el **51,79%** mientras que la del sexo masculino es **48,21%**, de igual forma los datos revelan que la mayor población corresponde al grupo etario comprendido entre los 20 a 64 años de edad con un porcentaje de **53,57%.**

TABLA Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	f	%
Analfabetos	3	2,68
Sin escolaridad	9	8,04
Básica	83	74,11
Bachillerato	16	14,29
Superior	1	0,89
TOTAL	**112**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: la población de la categoría sin escolaridad corresponde a niños menores de 3 años.

ANÁLISIS.

En lo referente a la escolaridad esta población, el grupo más representativo es el correspondiente a la educación básica con el **74,11%**, seguido del **14,29%** correspondiente al bachillerato, dado que la población mayoritaria está constituida por población joven los cuales cursan los estudios medios. Mientras que existe analfabetismo en un **2,68%** correspondiente a la población adulta mayor los mismos que no tuvieron la oportunidad de asistir a establecimientos educativos, mientras que solamente el **0,89%** de población tuvo acceso a educación superior.

TABLA Nº 3

RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Personas con mala nutrición	5	4,46	107	95,5	112	100
Personas con enfermedad de impacto	1	0,89	111	99,1	112	100
Personas con discapacidad	2	1,79	110	98,2	112	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO por: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: se eliminan las categorías "personas con vacunación incompleta, embarazadas con problemas y personas con enfermedades mentales" por no existir casos.

ANÁLISIS.

En lo referente a los riesgos biológicos de la población el **4,46%** se encuentra con Mala Nutrición, además existe un **0,89%** que poseen enfermedades de impacto o también llamadas transmisibles, y de igual manera existe un **1,79%** de personas con discapacidad.

RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

El **Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II,** es un barrio rural, que carece de servicios básicos es por ende que la calificación de los riesgos sanitarios de esta población denotan el **100%**, es decir ingiere agua insegura, presentan una mala eliminación de basura y excretas, mala eliminación de desechos líquidos, así como también mantiene "animales intradomiciliarios, "considerados también un factor de riesgo para la salud ya que muchos de estos son los causantes de enfermedades respiratorias, alérgicas entre otras".[61]

[61]Factores de Riesgo Sanitarios. Disponible en: http://www.ica.gov.co/getattachment/f1c1f3f1-d775-4216-a5d0-d9d4a67b7943/Publicacion-8.aspx Consultado el 20/12/2013

TABLA Nº 4

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

RIESGOS SOCIOECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	F	%	f	%
Pobreza	29	96,67	1	3,33	30	100
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	29	96,67	1	3,33	30	100
Analfabetismo del Padre y de la Madre	3	10	27	90	30	100
Desestructuración Familiar	8	26,67	22	73,33	30	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	10	33,33	20	66,67	30	100
Malas condiciones de la Vivienda	20	66,67	10	33,33	30	100
Hacinamiento	7	23,33	23	76,67	30	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

La presente tabla abarca la calificación de los riesgos socio-económicos de las familias dentro de estas el **96,67%** de las familias presentan pobreza, desempleo o empleo informal del jefe de familia datos que se encuentran relacionados ya que la falta de empleo influye en la economía del hogar, existe también un **10%** de personas analfabetas por parte del padre o madre de familia. El **26,67%** manifiestan destrucción familiar, en cuanto a violencia, alcoholismo o drogadicción los datos corresponden al **33,33%,** y refiriéndose a las condiciones de la vivienda el **66,67%** no poseen un lugar que reúne los requisitos básicos para desarrollarse correctamente, por tanto correlacionándose estos datos directamente a que el **23,33%** de esta población tienen hacinamiento.

TABLA N° 5

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

TAMIZAJE	f	%
SI	4	44,44
NO	5	55,56
TOTAL	**9**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS.

De los datos obtenidos en niños menores de 5 años del Barrio Masaca Alto y Bajo sector II, el **44,44%** corresponde a niños que sí se les realizó el Tamizaje Metabólico Neonatal y un **55,56%** no se les ha realizado esto se justifica con que este programa se puso en marcha en varias unidades operativas del MSP en el año 2012 por tanto no todos los niños tuvieron acceso al mismo.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

Los niños menores de 5 años del **Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II**, mantienen la cobertura total de sus inmunizaciones lo que corresponde al **100%.**

"La inmunización de los niños contra las enfermedades inmuno-prevenibles es esencial para alcanzar el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, que consistente en reducir en dos terceras partes la morbi-mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años desde 1990 a 2015".[62]

[62]Objetivos de Desarrollo del Milenio Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/immunization/es/. Consultado el 14/12/2013

TABLA Nº 6

OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

OCUPACIÓN	f	%
Agricultor	37	33,04
Haceres Domésticos	32	28,57
Estudiante	25	22,32
Sin Ocupación	9	8,04
Chofer	3	2,68
Albañil	3	2,68
Comerciante	2	1,79
Mecánicos	1	0,89
TOTAL	**112**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL
NOTA: la categoría de sin ocupación, corresponde a niños menores de 5 años.

ANÁLISIS.

De acuerdo a la descripción de la presente tabla en cuanto a ocupación de los habitantes, los datos muestran que las principales ocupaciones son la agricultura con un **33,04%,** siendo esta una actividad primaria, seguido de los haceres domésticos con un **28,57%** luego se encuentran los estudiantes con un **22,32%,** evidenciándose también que el **8,04%** no poseen ocupación ya que dentro de este rango se encuentran los niños menores de tres años y ellos aún no realizan ninguna labor, luego se encuentran las ocupaciones con menor porcentaje que son la albañilería y choferes con un **2,68%** y **0,89%** los mecánicos.

TABLA Nº 7

LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
IESS	53	47,32
HOSPITAL DE MOTUPE	52	46,43
HOSP. ISIDRO AYORA	6	5,36
OTROS	1	0,89
TOTAL	**112**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL
NOTA: la categoría "otros" abarca clínica, policlínicos, ISSFA, ISSPOL y médicos privados, se elimina la categoría "Centro Nº3" por no existir casos

ANÁLISIS.

El presente tabla nos demuestra que el lugar de concurrencia para tratamiento de las enfermedades o controles médicos de los habitantes del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II, es el IESS con el **47,32%** específicamente las personas que poseen seguro social campesino, siendo el lugar principal donde las familias reciben sus tratamientos y el **46,43%** de la población acude al Hospital Universitario de Motupe y tan solo un **0,89%** de los habitantes tienen acceso a recibir los servicios prestados por clínicas particulares.

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

El estado nutricional de los niños menores de 5 años del **Barrio Masaca Alto y Bajo sector II**, el **100%** se encuentran con un óptimo estado nutricional, al no encontrarse ningún problema de nutrición se elimina la tabla, cabe mencionar que estos datos fueron obtenidos mediante el cálculo de IMC.

TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Se eliminó la siguiente tabla ya que al analizarla podemos darnos cuenta que con respecto al tiempo de lactancia materna en niños menores de 5 años de la población estudiada, hemos corroborado que el **100%** está recibiendo y ha superado el tiempo de amamantamiento según lo recomienda la OMS, la lactancia materna exclusiva debe ser hasta los 6 meses de edad y la continuación de la misma hasta el segundo año de vida. De igual forma existen niños que están recibiendo aun leche materna a sus dos años de vida," es de importante relevancia que la lactancia es un vínculo afectivo al contacto entre la madre y el niño que se vehiculiza durante el acto de amamantar fortalece el lazo entre ambos ya que es altamente nutritiva permitiendo un desarrollo y crecimiento adecuado del niño".[63]

[63]Lactancia Materna. Disponible en: http://www.unicef.org.co/Lactancia/ventajas.htm Consultado el 18/12/2013

TABLA Nº 8

CONTRÓLES MEDICOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

NÚMERO DE CONTROLES	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
PRIMERO	9	100	0	0	9	100
SEGUNDO	9	100	0	0	9	100
TERCERO	8	88,89	1	11,11	9	100
CUARTO	5	55,56	4	44,44	9	100
QUINTO	3	33,33	6	66,67	9	100
SEXTO	2	22,22	7	77,78	9	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS.

En cuanto se refiere al acceso a controles médicos preventivos de los niños menores de 5 años, tanto el primero como el segundo control lo cumple un **100%** y la realización del tercer control el **88,89%**, y los siguientes controles se observa que el cuarto, quinto y sexto control se lo realizan en menores porcentajes debido a que no todos los niños tienen la edad para completar con el número de controles adecuado.

TABLA Nº 9

ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II EVALUADO MEDIANTE ÍNDICE DE MASA CORPORAL

ESTADO NUTRICIONAL	f	%
Normal (18,5 a 24,99)	27	90
Des. Leve (17 a18,49)	2	6,67
Sobrepeso(25 a 29,99)	1	3,33
TOTAL	**30**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL
NOTA: se elimina las categorías: "Desnutrición Grave y Obesidad" por no existir casos.

ANÁLISIS.

De acuerdo a los datos obtenidos en el barrio, evaluado mediante IMC el **90%** de la población posee un índice de masa corporal normal, un **6,67%** posee desnutrición leve, mientras que el **3,33%** se encuentra con sobrepeso.

ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

De acuerdo a la vacunación en escolares y adolescentes el **100%** de la población ha cumplido a cabalidad a la administración de la vacuna DT siendo satisfactorio el dato obtenido en la presente comunidad.

TABLA Nº 10

AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

AGUDEZA VISUAL	f	%
NORMAL	28	93,34
CON PROBLEMAS	2	6,67
TOTAL	**30**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS.

En los escolares y adolescentes del barrio estudiado se encontró que el **93,34%** tienen agudeza visual normal y el **6,67%** tienen problemas visuales los cuales fueron valorados mediante la cartilla de Snellen.

TABLA Nº 11

ACCESO O NO AL ESTUDIO ACADÉMICO DE LA POBLACIÓN ESCOLAR Y ADOLESCENTE DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

ESTUDIA	f	%
SI	25	83,33
NO	5	16,67
TOTAL	**30**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS.

El **83,33%** de los niños y adolescentes estudian y el **16,67%** no estudian ya sea por situaciones económicas o por los cambios en cuanto a la concepción de la aplicación de nuevas reformas, leyes, reglamentos o normas establecidas en las nuevas leyes de educación.

TABLA Nº 12

RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II SEGÚN INFORMANTE

RENDIMIENTO ESCOLAR	f	%
BUENO	23	76,67
MALO	7	23,33
TOTAL	**30**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS.

En la presenta tabla se puede evidenciar que el **76,67%** tienen un buen rendimiento académico considerado este como una medida de las capacidades del alumno, que expresa lo que éste ha aprendido a lo largo del proceso formativo obteniendo resultados académicos favorables. Y en un **23,33%** encontramos el rendimiento académico malo que se atribuye a causas directamente relacionadas al factor psicológico, como la poca motivación, el desinterés o las distracciones en clase, que dificultan la comprensión de los conocimientos impartidos por el docente y termina afectando al rendimiento académico.

TABLA Nº 13

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II SEGÚN FAMILIAR INFORMANTE

PROBLEMAS DE CONDUCTA	f	%
SI	3	10
NO	27	90
TOTAL	**30**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS.

La adolescencia es una etapa de múltiples cambios y definiciones de personalidad por tanto estos comportamientos se ven afectados por diferentes eventualidades que conllevan a los adolescentes a tener problemas de conducta tal es el caso del **10%** de esta población sin embargo un **90%** de ellos no tiene ningún problema.

ATENCIÓN MÉDICA Y VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN GESTANTES DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

Haciendo referencia a mujeres embarazadas en el barrio se encontró a 1 persona que equivale al **100%,** que cursaba por esta etapa, la cual se realiza los controles adecuados para la edad gestacional que tienen como objetivo encontrar factores de riesgo y antecedentes patológicos obstétricos y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo, de igual forma aquella gestante aun no adquiere la inmunización correspondiente a la gesta porque aún no se encuentra con la edad gestacional necesaria para recibirla además en el Hospital de Motupe existe la vacuna dT q se administra en las embarazadas a partir de los 7 meses.

TABLA N° 14

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

MÉTODOS	f	%
Método del Ritmo	18	66,67
Implantes	7	25,93
T de Cobre	1	3,70
Inyectable	1	3,70
TOTAL	**27**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL
NOTA: se eliminan las categorías Esterilización Tubárica, Método de Barrera, y Orales por no existir casos.

ANÁLISIS.

El **66,67%** de la población femenina utiliza el método del ritmo, el **25,93%** los implantes, y el **3,70%** utilizan T de cobre e inyecciones, siendo esta una manera de control de natalidad de acuerdo a la aspiración del número de hijos en el hogar, ya que la planificación familiar es el derecho de la mujer a decidir su calendario reproductivo y planificar de forma responsable el número de embarazos.

TABLA N° 15

DOSIS DE VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

NÚMERO DE DOSIS RECIBIDAS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%
PRIMERA	33	100	0	0	33	100
SEGUNDA	17	51,52	16	48,48	33	100
TERCERA	12	36,36	21	63,64	33	100
CUARTA	9	27,27	24	72,73	33	100
QUINTA	**8**	**24,24**	**25**	**75,76**	**33**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL
NOTA: se elimina la categoría refuerzos por no existir casos.

ANÁLISIS.

En lo concerniente a la inmunización de mujeres de edad fértil se encontró que esta población ha recibido la primera dosis de vacuna dT en un **100%**, el número de dosis van disminuyendo paulatinamente, ya que un **51,52%** tiene la segunda, el **36,36%** la tercera, el **27,27%** la cuarta y la quinta dosis que corresponde al **24,24%** de las usuarias que han recibió el esquema de inmunización con dT.

TABLA N° 16

REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

PAPANICOLAOU	f	%
SI	7	25,93
NO	20	74,07
TOTAL	**27**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS.

En el Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II, existe un alto porcentaje de mujeres con vida sexual activa que no se han realizado este examen atribuyendo esto a falta de conocimiento por la población femenina o por diferentes dictámenes a cerca del pudor, y de esta manera causando riesgo para el bienestar de estas mujeres ya que escasamente el **25,93%** se han realizado este examen como mínimo una vez en su vida.

TABLA N° 17

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, DEGENERATIVAS, DE IMPACTO Y DISCAPACIDADES DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES	f	%
ENF. CRÓNICAS	19	16,96
ENF. DEGENERATIVAS	1	0,89
ENF. DE IMPACTO	1	0,89
DISCAPACIDADES	2	1,79
NINGUNA	89	79,46
TOTAL	**112**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS.

De acuerdo a la morbilidad de la población en estudio, se corroboro que el **16,96%** de la población padece de enfermedades crónicas como (hipertensión arterial, diabetes mellitus cardiopatías y asma), además existe un porcentaje mínimo del **0,89%** de habitantes que presentan enfermedades degenerativas y de impacto. De igual forma se encontró personas que padecen discapacidades tanto física como intelectual con un **1,79%** del total de la población.

7.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, DE IMPACTO, DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDADES.

TABLA N° 18
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

PATOLOGÍAS	menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 años y mas		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
HTA	0	0	0	0	0	0	0	0	9	8,04	3	2,68	12	10,71
HTA + DIABETES	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,89	1	0,89	2	1,79
CARDIOPATIA	0	0	1	0,89	0	0	0	0	1	0,89	0	0,00	2	1,79
ASMA	0	0	0	0	0	0	1	0,89	0	0	1	0,89	2	1,79
NINGUNA	2	1,79	6	5,36	12	10,71	17	15,18	49	43,75	8	7,14	93	83,04
TOTAL	**2**	**1,79**	**7**	**6,25**	**12**	**10,71**	**18**	**16,07**	**60**	**53,57**	**13**	**11,61**	**112**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS.

En lo concerniente al perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas se pudo evidenciar que la morbilidad de estos habitantes se encamina a la hipertensión arterial con un **10,71%** seguida de la HTA mas diabetes mellitus con un **1,79%** y de igual forma cardiopatía y asma con menores porcentajes, como consecuencia de malos hábitos adoptados a lo largo de la vida.

TABLA N° 19

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

PATOLOGIAS	menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 años y mas		TOTAL	
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CANCER DE MAMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,89	1	0,89
NINGUNA	2	1,79	7	6,25	12	10,71	18	16,07	60	53,57	12	10,71	111	99,11
TOTAL	**2**	**1,79**	**7**	**6,25**	**12**	**10,71**	**18**	**16,07**	**60**	**53,57**	**13**	**11,60**	**112**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS.

De los datos obtenidos del Barrio Masaca Alto Y Bajo Sector II, se encontró que el **0,89%** representa a las enfermedades degenerativas (Cáncer de mama) afectando esta enfermedad a personas de edad avanzada.

TABLA N° 20

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES DE IMPACTO DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

PATOLOGÍAS	menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 años y mas		TOTAL	
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
HERPES ZOSTER	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,89	0	0	1	0,89
NINGUNA	2	1,79	7	6,25	12	10,71	18	16,07	59	52, 68	13	11,61	111	99,11
TOTAL	**2**	**1,79**	**7**	**6,25**	**12**	**10,71**	**18**	**16,07**	**60**	**53,57**	**13**	**11,60**	**112**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS.

Haciendo referencia a las patologías de impacto en este barrio se encontró un 0,89% de la población con Herpes Zoster afectando especialmente al grupo etario de 20 a 64 años.

TABLA N° 21

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS DISCAPACIDADES DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

DISCAPACIDADES	menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 años y mas		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
INTELECTUAL	0	0	0	0	1	0,89	0	0	0	0	0	0	1	0,89
FISICA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,89	0	0	1	0,89
NINGUNA	2	1,79	7	6,25	11	9,82	18	16,07	59	52,68	13	11,61	110	98,21
TOTAL	**2**	**1,79**	**7**	**6,25**	**12**	**10,71**	**18**	**16,07**	**60**	**53,57**	**13**	**11,61**	**112**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II.
ELABORADO POR: Rut Estrada, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS.

Del total de la población del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II el **0,89%** presentan discapacidad física y de igual manera un **0,89%** presenta discapacidad intelectual.

8. DISCUSIÓN

La salud comunitaria no es un estado estático, sino que está sometido a un proceso de transformación, donde juegan un papel fundamental las potencialidades con que cuenta la familia, el elemento base de la comunidad. Es así que la participación de las comunidades en la planificación, administración, gestión y control de las acciones es importante para lograr un óptimo estado de salud de sus integrantes.

Las temáticas curriculares de esta área incorporan varias disciplinas e incluyen, entre otros, el desarrollo activo del rol cívico del equipo de salud, el asesoramiento e intervención en salud comunitaria, el desarrollo de programas de planificación y evaluación y de métodos de investigación basados en la comunidad, la práctica y política de los servicios públicos basados en problemas de salud; la economía de la salud y las competencias culturales y estrategias organizacionales necesarias para trabajar con diversas comunidades.[64]

Cada ciudad, Cantón, Parroquia tiene sus propias características socioeconómicas es así que en este trabajo de investigación se analizó la población del Barrio Masaca Alto y Bajo del Cantón Loja, en el sector II, en la cual se aplicó una Ficha Familiar de 9 ítems más un anexo aplicado a los grupos vulnerables dentro de las familias que habitan dentro de estos sectores (30 familias encuestadas), cada ítem contenía preguntas acerca del grupo etario de cada miembro de la familia además la calificación de riesgos biológicos, sanitarios y socioeconómicos que iba de 0 a 5 (0= Sin Riesgo, 1= Riesgo Muy Bajo, 2= Riesgo Bajo, 3= Riesgo Moderado, 4= Riesgo Alto). A parte de esto un anexo donde existían ítems que consisten en: Protección al niño menor de 5 años (Vacunación, control del niño sano), Atención al escolar y adolescente (Grupo de edad, estado nutricional, vacunación, agudeza visual, educación, rendimiento escolar), Protección de la mujer (atención

[64] Salud comunitaria disponible en: http://www.saludcomunitaria.udp.cl/ Consultado 10/12/2013

materna, atención a mujeres en edad fértil), Problemas de salud crónicos. Sector se encuentra habitado en un mayor porcentaje por el sexo femenino en los rango de edad de 20 – 64 años, que dan un porcentaje del 51,79%, si se correlaciona estos datos con una investigación realizada en la población de la Parroquia Sinincay del Cantón Cuenca los datos son casi similares ya que las mujeres predominan con el 50.0%.[65] Según datos de INEC del 2010 en el Ecuador el 50,4% predominan las mujeres, y los hombres el 49,6% esta realidad se relaciona con los datos obtenidos en la comunidad.[66]

En lo referente a la escolaridad de la población del barrio Masaca Alto y Bajo Sector II, el nivel de educación básica sobresalió en un 74.11%, mientras que el bachillerato se encuentra en un 14.29% si se relaciona los datos con la investigación realizada en la parroquia Sinincay se encuentra que el nivel de escolaridad de los pobladores llegan al bachillerato con el 50% y el 42.7 % aún se encuentra estudiando determinando que el nivel de educación de los pobladores de esta comunidad está en un nivel avanzado comparado al estudio del Barrio Masaca Alto y Bajo sector II.

Con respecto a los riesgos tanto: socioeconómicos, sanitarios y biológicos, los que sobresalen son los riesgos socioeconómicos con la pobreza el 96.67% y el desempleo o empleo informal del jefe de familia con el 96.67% Según datos del INEC la pobreza en el área Urbana cerró en el 2011 en 17,36% 8,5 puntos menos que lo registrado en diciembre del 2006 cuando llegó a 25,9% mientras que la pobreza Rural estuvo en el 50,9%. Sin embrago si comparamos estos resultados con el estudio realizado en la Parroquia Sinincay, la pobreza se ubica en el 28,8% este resultado es menor que el encontrado en la comunidad de Masaca Alto y Bajo.

[65] Universidad de cuenca "Determinantes Sociales De La Salud Familiar" disponble en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3512/1/MED146pdf
[66] http://www.larepublica.ec/blog/sociedad/2011/09/01/segun-los-resultados-del-censo-en-ecuador-hay-14483-499-de-habitantes/ Consultado 10/12/2013

Referente al riesgo sanitario el 100% de las familias consumen agua insegura. El servicio de agua es intermitente en la mitad de los centros urbanos. La presión de agua está muy por debajo de la norma, especialmente en barrios marginales. En un 30% de los centros urbanos falta un tratamiento de agua "potable" de aguas superficiales. 92% de las aguas servidas se descargan sin ningún tratamiento. En la Provincia de Imbabura se realizó un estudio en el cual reveló que de 145 comunidades en las que consume agua no potabilizada, 103 toman líquido que no es seguro. Según datos de Vigilancia Sanitaria de la dirección de Salud de Imbabura, el 60% del agua que consumen está contaminado,[67] en relación al estudio realizado en el Barrio Masaca Alto y bajo Sector II.

En lo referente a la cobertura de vacunas en el Masaca alto y Bajo Sector II, el 100% de los niños menores de 5 años tiene un esquema de vacunación completo, sin embargo la cobertura de vacunas en México llegan al 97,3%[68] mientras que en el Ecuador el 79% completaron el esquema de vacunación, la meta del PAI es que la vacunación tenga una cobertura del 90% a nivel nacional y cubra, por lo menos, el 80% de cada distrito o de la unidad administrativa.[69] Al comparar estos datos con los del Barrio Masaca Alto y Bajo teniendo en cuenta que sobrepasa el 90% se determina que la aplicación del PAI por los servicios de salud brinda una amplia cobertura a toda la población.

En cuanto a la educación de los escolares y adolescentes la mayoría estudian obteniéndose el 83.33% y el 16.67% no estudian. Esta realidad concuerda con la del Ecuador en cuanto a la educación ya que se ha registrado mejoras con respecto a la calidad Educativa, como la ampliación de la cobertura en el nivel de Educación General Básica, media y superior así también como el programa de becas a los

[67] ESTUDIOS+SOBRE+EL+CONSUMO+DE+AGUA+INSEGURA+EN+EL+ECUADOR, pdf
[68] Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2012 Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/VacunacionNinos.pdf consultado 10/12/13
[69] UNICEF Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/immunization/index_coverage.html Consultado : 10/12/2013

estudiantes que a logrado que millones de ecuatorianos cumplan con sus sueños de convertirse en profesionales, cursando sus estudios dentro y fuera del país.[70] Considerando los datos al 2010, la tasa neta para el Nivel Básico, en relación a la población entre los 5 y 14 años de edad es del 94,61%. La tasa para el Nivel Medio, tomando en cuenta la población entre los 15 y 17 años, es del 59,75% y en el Nivel Superior, la tasa neta de matriculación para la población entre 18 y 24 años, es del 28,34%.[71]

En cuanto a los problemas de conducta se evidencia el 90% no tiene problemas de conducta, comparando estos resultados en México reportan que aproximadamente la mitad de los menores presentan algún síntoma emocional o de conducta, de los cuales, el 16% presentaban de cuatro a más síntomas. Los problemas que se presentaron con mayor frecuencia fueron: la inquietud (19%), la irritabilidad (17%), el nerviosismo (16%), el déficit de atención (14%), la desobediencia (13%), la explosividad (11%) y la conducta dependiente (9%).[72]

En las embarazadas del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector II, se evidencia que el 100% las mujeres se realizan normalmente sus controles. Un estudio realizado en Argentina muestra que el control prenatal aún es bajo. Para el subsector público se estima que el 78% de las embarazadas llegan al parto con alguna consulta prenatal realizada. Sólo el 30% de los controles se inicia precozmente durante el primer trimestre.[73]

La planificación familiar y el derecho de la mujer a decidir su calendario reproductivo promueven la igualdad. Cuando una mujer puede planificar sus embarazos también puede planificar su vida y tomar decisiones. En América Latina un porcentaje variable de mujeres comienza a utilizar métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo. Este porcentaje

[70] Instituo Ecuatoriano de Crédito y Becas Disponible en: http://www.institutobecas.gob.ec/historia-del-iece/ Consultado 9/02/2014
[71] INEC Dirponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf Consultado 10/12/13
[72] Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes Disponible en: http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/17448/28672 Consultado 10/12/2013
[73] Cuidado Prenatal Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/pdf/gpc/1.pdf Consultado: 10/12/2013

sólo es superior al 50% de las mujeres en los casos de Colombia, Paraguay y la República Dominicana.[74] Esta realidad es diferente a la población de estudio debido que la mayoría de las mujeres optan por métodos de regulación tradicional como el método del ritmo con el 66.67% los implantes con el 25.93% y 3.70% usan el T de cobre e inyecciones.

El Papanicolaou o citología del cuello del útero es un examen realizado a las mujeres cuyo objetivo es detectar de manera precoz alguna alteración en el cuello uterino. En la población de Masaca Alto y Bajo Sector II el 74.07% no se han realizado la prueba del Papanicolaou y el 25.93% si se lo han realizado los últimos años. Estas cifras son similares con un estudio en chile ya que la cobertura del examen Papanicolaou (PAP) en mujeres de riesgo ha sufrido un descenso sostenido en los últimos 4 años, de 68% a 59% entre los años 2008 y 2011.[75]

Finamente se concluye que la población investigada el 16.96% presentan enfermedades crónicas el 0,89% presentan enfermedades degenerativas y de impacto y un 1.79% presentan algún tipo de discapacidad, se debe tomar en cuenta que el tener unos buenos hábitos de vida, hace que disminuyan los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas esto se evidencia en el 79.46% de la población que no presentan ninguna enfermedad crónicas- degenerativas. Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en la mayoría de los países de América Latina. En el 2002 representaban el 44% de las defunciones en hombres y mujeres menores de 70 años,[76] datos que llenan de confianza ya que demuestran un nivel de conocimiento en cuanto a su autocuidado por parte de los habitantes de este sector.

[74] Planificación Familiar Disponible en http://www.unfpa.org.co/portal/uploadUNFPA/file/FINAL%20PLANIFICION%20FAMILIAR.pdf Consultado: 10/12/2013

[75] Campaña para aumento cobertura PAP en mujeres de 25 a 64 años. Disponible en: http://www.colegiodematronasdechile.cl/documentos/InsumoCampanaPAP_SSy%20SEREMIS_2012.pdf Consultado 10/12/13

[76] Problemática de salud en america latina disponible en: http://www.granotec.com/ecuador/new/20120222182759/ Consultado 10/12/13

9. CONCLUSIONES

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

- En cuanto al perfil epidemiológico existen 18 enfermos crónicos de los cuales la patología que más resalta es la Hipertensión Arterial, afectando a edades entre los 20 y 64 años, encontramos 1 persona con cáncer de mama, se detectó 2 personas con algún tipo de discapacidad intelectual y física en edades comprendidas entre los 5 a 9 años, de igual manera en las edades de 20 a 64 años.

- Se actualizó el mapa parlante, destacando en él los grupos de riesgo como menores de 1 año, menores de 5 años, mujeres gestantes, población con patologías crónicas, degenerativas y personas con algún tipo de discapacidad, además las familias con algún tipo de riesgo biológico, higiénico sanitario y socioeconómico.

- En cuanto a la distribución poblacional según el sexo se determinó que existe mayor predominio en el sexo femenino.

- El nivel de escolaridad que más prevalece en este sector es el Básico, notando así que la población tiene deseos de seguir superándose, cabe recalcar que encontramos 3 analfabetos de los cuales 5 corresponde a Jefes de Familia (padre o madre), siendo este un riesgo para la educación de sus hijos.

- En cuanto al esquema de inmunización de los niños menores de 5 años detectamos que todos cumplen con el esquema completo adecuado para su edad.

- Las ocupaciones que resaltan en esta comunidad son la de Agricultura , si tomamos en cuenta que una de estas ocupaciones es de tipo temporal, demuestran un riesgo para la economía, por tanto existe 29 familias de esta comunidad que tienen algún nivel de pobreza y una de las causas se debe a la ocupación que desempeñan los jefes de familia.

- La mayor parte de la población asiste al IESS ya sea cuando está enfermo, o a los controles de sus hijos, esto se debe a que la mayoría de pobladores cuentan con seguro campesino y tienen mayor facilidad para acudir a este lugar para la atención médica.

- Luego de haber valorado el IMC de los niños menores de 5 años, detectamos que se encuentran en buen estado nutricional, además que la mayoría de estos han lactado y acudieron a los controles médicos regularmente.

- En grupo etario de 5 a 19 años, está dentro de un buen estado nutricional, aunque se encontraron 3 personas con algún tipo de problema nutricional, siendo un riesgo para futuros problemas de salud, gran parte de esta población esta inmunizada con la vacuna Dt. La mayoría de ellos estudia y mantiene un buen rendimiento escolar y pocos tienen problemas de conducta, además se encontraron pocos casos de problemas de agudeza visual.

- Las Mujeres en Edad Fértil de esta comunidad, en su gran parte utilizan el método del ritmo como uno de los métodos de regulación de la fecundidad, siendo este un riesgo para tener futuros embarazos no deseados.

10. RECOMENDACIONES

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

- Es necesario que se establezcan convenios de cooperación con las organizaciones religiosas, parroquiales y comunidades para que se difunda sobre los beneficios que presta el Hospital Universitario de Motupe.
- Que el hospital continúe prestando apertura a estudiantes para que realicen estos tipos de estudio, ya que ayudan a fortalecer conocimientos, formando personas capaces de desenvolverse como futuros profesionales de la Salud.
- Es importante que el Hospital Universitario de Motupe, con el aporte de enfermería se mantenga un control y seguimiento del cumplimiento de los controles periódicos de las diferentes personas con enfermedades crónicas para planear visitas domiciliarias, a quienes transcurrido cierto tiempo no acudan a realizarse los controles.
- Recalcar a la comunidad los riesgos que se tiene al convivir con animales intradomiciliarios.
- Brindar información a las mujeres con vida sexual activa sobre la importancia de realizarse el papanicolaou y de esta manera prevenir cáncer uterino.
- Ofertar talleres de nutrición encaminados a una dieta rica y balanceada a partir de los 6 meses de edad, para prevenir problemas de nutrición.

- Trabajar con los grupos vulnerables encontrados en el perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas, degenerativas y discapacidades.

11. BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

- Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4ta Edición, Septiembre 2012

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

- Manual de Lactancia Materna, PDF, Universidad Nacional de Chile 2010, consultado el 01/12/2013, 21h00.

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

- Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC; Disponible en:
  - ✓ http://www.inec.gob.ec; Consultado: 28/11/2013

- Resultados provinciales, Loja; Disponible en:
  - ✓ http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf; Consultado:05/11/2013

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

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

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

- Educación en la Provincia de Loja; Disponible en:
  - ✓ http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109 Consultado: 28/11/2013.

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

- Analfabetismo en el ecuador. Disponible en:
  - ✓ http://noticiasenlinea.com.ec/actualidad/18895_ecuador-registra-una-tasa-de-analfabetismo-de-68-segun-el-inec.html Consultado el 15/12/2013

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

- Economía y pobreza del Ecuador. Disponible en:
  - ✓ http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-ano-anterior.html Consultado: 09-12-2013

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

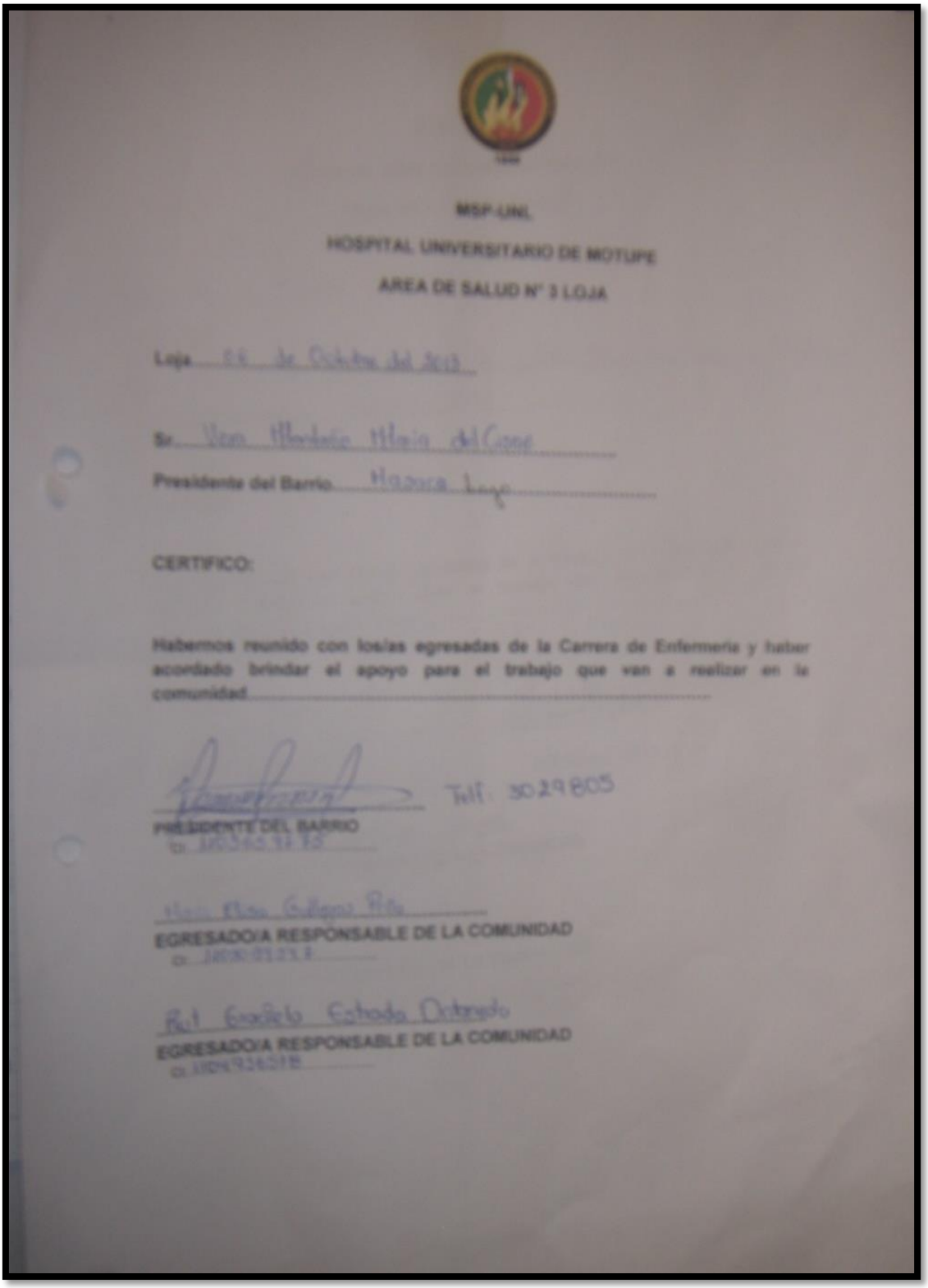
- Enfermedades crónicas: Disponible en:
  - ✓ http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php consultado a las 10:45
- Enfermedades infecciosas Disponibles en:
  - ✓ http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx consultado 5/12/13

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

- MEDICINE PLUS, Disponible en:
  - ✓ http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/phobias.html Consultado el 20/12/2013

12. ANEXOS

CERTIFICADO DEL PRESIDENTE



MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja [illegible] de Octubre del 2013

Sr. [illegible]

Presidente del Barrio [illegible]

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.

Telf. 3029805

PRESIDENTE DEL BARRIO

[illegible]

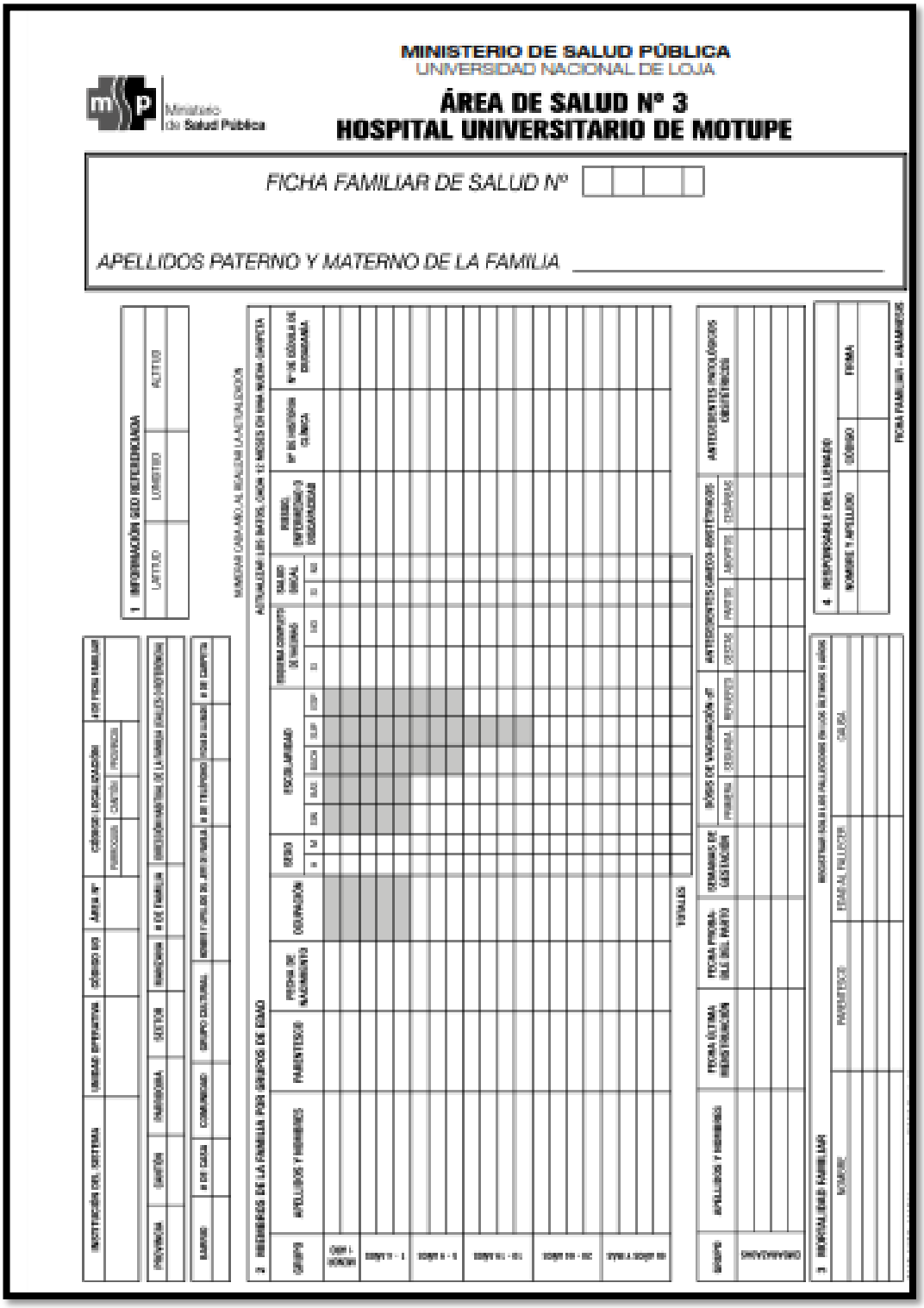
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

[illegible]

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

[illegible]

FICHA FAMILIAR



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD Nº 3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

FICHA FAMILIAR DE SALUD Nº

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA

7. FAMILIOGRAMA

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

SIMBOLOGÍA	ABREVIATURAS		ABUELOS
HOMBRE, MUJER, ABORTO, MATRIMONIO O UNIÓN LEGÍTIMA, SEPARACIÓN, UNIÓN CONSANGUÍNEA, DIVORCIO, HIJOS ADOPTADOS, HIJOS BIOLÓGICOS, INFORMANTE	IN	INFARTO	PADRES
	HT	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
	DI	DIABETES	
	CA	CÁNCER	
	EP	EPILEPSIA	
	TB	TUBERCULOSIS	HIJOS
	AS	ASMA	
	TA	TABAQUISMO	
	AL	ALCOHOLISMO	
	DD	DROGA DEPENDENCIA	
	DC	DISCAPACIDAD	
	MG	MIGRANTE	
	EM	EMBARAZO	
	X	FALLECIDO	

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

NORTE

9. CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

FECHA INFORME	TIPO DE CONTAMINANTE Y DESCRIPCIÓN	CAUSANTE DE LA CONTAMINACIÓN

10. LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO

FICHA FAMILIAR - FAMILIOGRAMA Y CONTAMINACIÓN

SNS-MSP / HCU - anexo 1 /2008 (hoja 4)

5 CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

		GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES	FECHAS DE CALIFICACIÓN			

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

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

NIVEL DE RIESGO TOTAL	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO		SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO		SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO		SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	
CALIFICACIÓN (SUMAR EL VALOR DEL RIESGO DE LOS COMPONENTES EN LA CELDA DE "TOTAL" Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE SEGÚN EL RANGO TOTAL)																				

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

RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN			

SNS-MSP / HCU - anexo 1 /2008 (hoja 2)

FICHA FAMILIAR - RIESGOS

6. EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

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

SMS-MSP / HCU - anexo 1 /2008 (hoja 3)

FICHA FAMILIAR - EVOLUCIÓN

ANEXO DE LA FICHA FAMILIAR

ANEXO A LA FICHA FAMILAR

BARRIO: …….. N° DE FICHA FAMILIAR……..

APELLIDO PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA……

PROTECCION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

1. VACUNACION

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

2. CONTROL DEL NIÑO SANO

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

ATENCION INTEGRAL DEL ESCOLAR Y ADOLESCENTE

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

PROTECCION DE LA MUJER

1. ATENCIÓN MATERNA

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

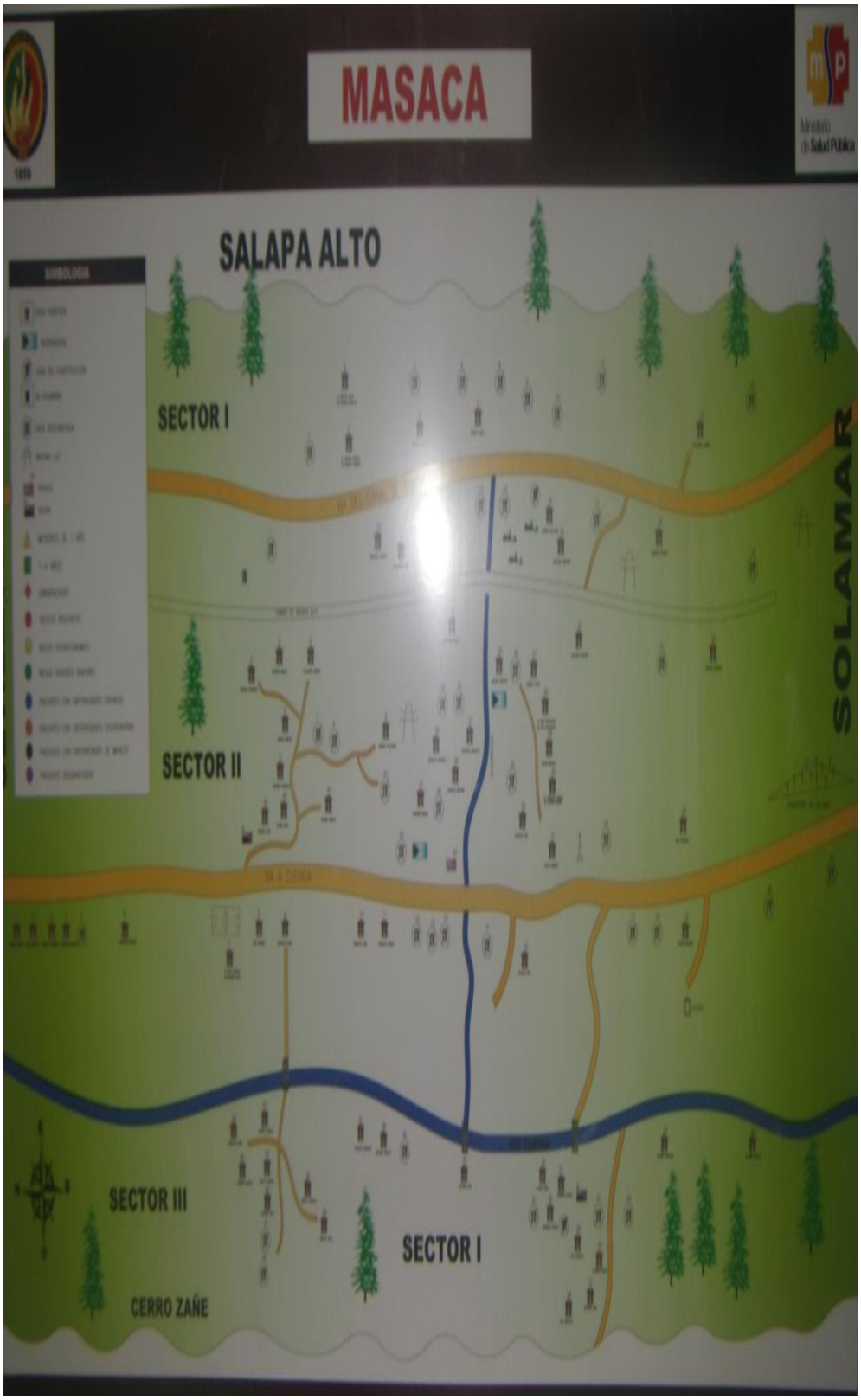
2. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

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

PROBLEMAS DE SALUD CRONICOS

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

MAPA PARLANTE



EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

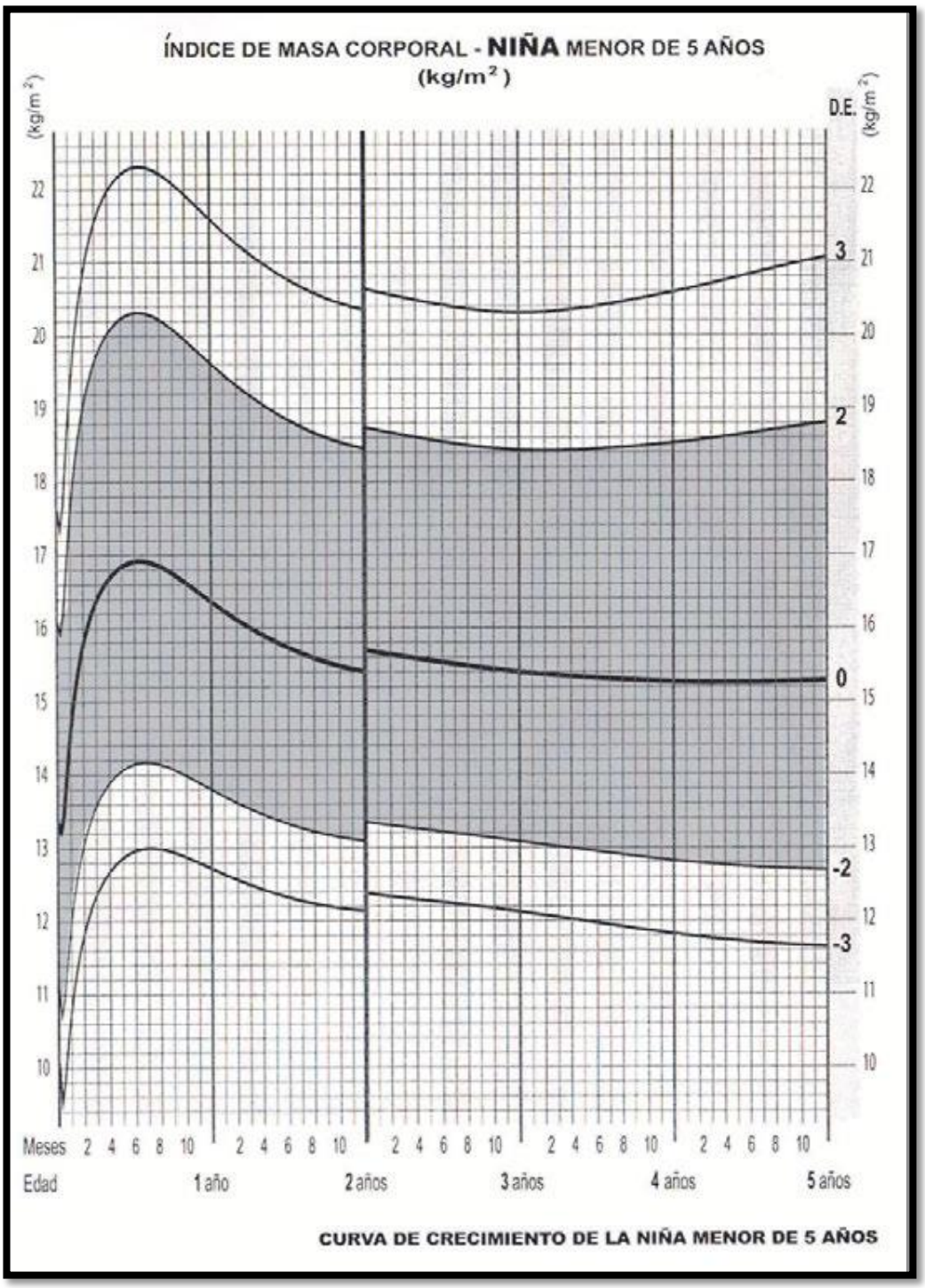
Reconocimiento del Barrio

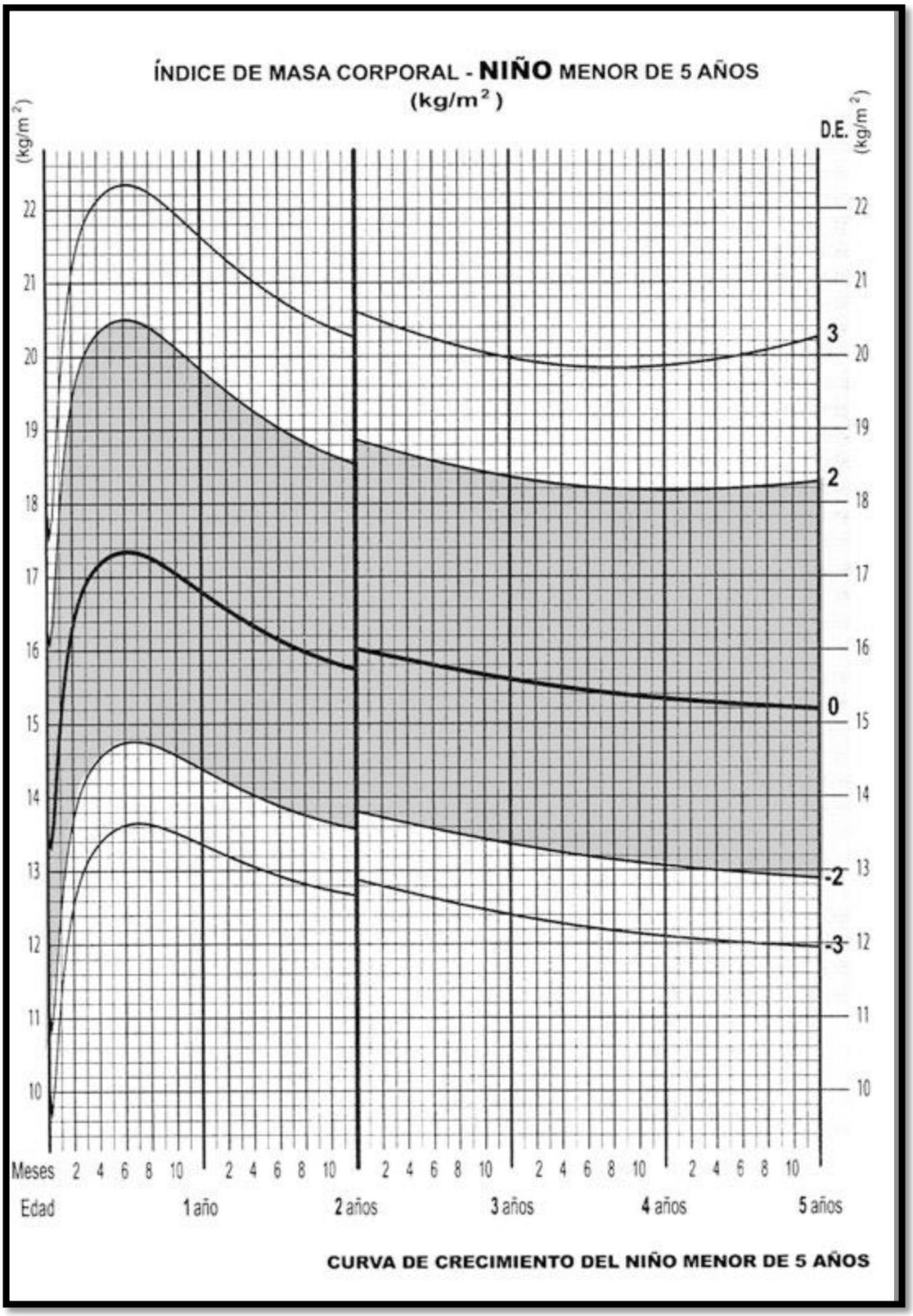
Entrevista con el Presidente del Barrio

Entrevista con los Moradores del barrio

Valoración de Tensión Arterial

- **INSTRUMENTO DE INDICE DE MASA CORPORAL DEL NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS**




ÍNDICE DE MASA CORPORAL - NIÑO MENOR DE 5 AÑOS
(kg/m²)
(kg/m²)
D.E.
(kg/m²)
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
3
2
0
-2
-3
Meses 2 4 6 8 10 2 4 6 8 10 2 4 6 8 10 2 4 6 8 10 2 4 6 8 10
Edad
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL ES ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Peso [Kilograms]

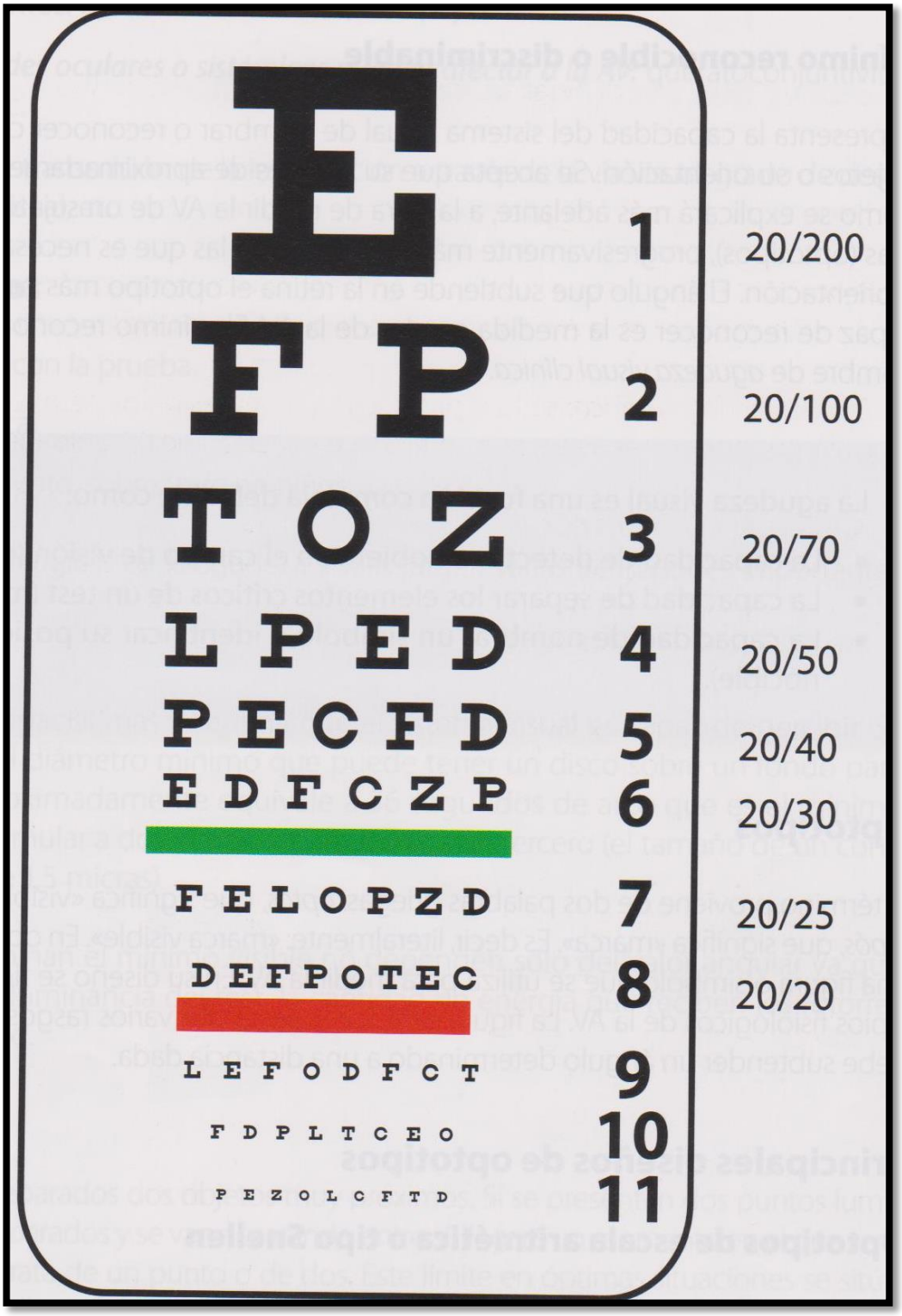
Altura [Centimeters]	45	48	50	53	55	58	60	63	65	68	70	73	75	78	80	82.5	85	87.5	90
145.0	21.4	22.6	23.8	25.0	26.2	27.3	28.5	29.7	30.9	32.1	33.3	34.5	35.7	36.9	38.0	39.2	40.4	41.6	42.8
147.5	20.7	21.8	23.0	24.1	25.3	26.4	27.6	28.7	29.9	31.0	32.2	33.3	34.5	35.6	36.8	37.9	39.1	40.2	41.4
150.0	20.0	21.1	22.2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

http://www.freebmicalculator.net

Infrapeso | Nomal | Sobrepeso | Obeso

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

TABLA DE TAMIZAJE VISUAL SNELLE



- **TABLA DE TAMIZAJE VISUAL DE SNELLEN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**

TABLA DE FECHA PROBABLE DE PARTO

ENERO																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	
OCTUBRE																														NOVIEMBRE	
FEBRERO																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5				
NOVIEMBRE																														DICIEMBRE	
MARZO																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	
DICIEMBRE																														ENERO	
ABRIL																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4		
ENERO																														FEBRERO	
MAYO																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	1	2	3	4	5	6	7	
FEBRERO																														MARZO	
JUNIO																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6		
MARZO																														ABRIL	
JULIO																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	
ABRIL																														MAYO	
AGOSTO																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	
MAYO																														JUNIO	
SEPTIEMBRE																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7		
JUNIO																														JULIO	
OCTUBRE																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	
JULIO																														AGOSTO	
NOVIEMBRE																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6		
AGOSTO																														SEPTIEMBRE	
DICIEMBRE																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	
SEPTIEMBRE																														OCTUBRE	

- **LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II**

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	DIRECCIÓN	PATOLOGÍA
Víctor Manuel Montaño Isabel Armijos	44 años 34 años	Masaca Alto, SECTOR II, 100m antes de llegar a la escuela por el canal de Santiago	HTA HTA
Pablo Espinoza Montaño	24 años	Masaca Alto SECTOR II, antes de llegar a la escuela.	Cardiopatía
Mariana Armijos Rosa Irene Armijos Segundo Armijos Raúl Armijos C. Miriam Armijos A.	70 años 42 años 34 años 70 años 33 años	Masaca Alto, SECTOR II, por el desvió del canal de Santiago	HTA+ Diabetes HTA HTA HTA HTA
Ángel Pullaguari	54 años	Masaca Alto, SECTOR II, bajando por el desvió del canal de Santiago.	HTA
María Pullaguari	47años	Masaca Alto, SECTOR II, bajando por el desvió del canal de Santiago.	HTA
Emily Caillagua	2 años	Masaca Alto, SECTOR II, bajando por el desvió del canal de Santiago.	Cardiopatía
Vera Espinosa Wilson	19 años	Masaca bajo, SECTOR II, por la vía antigua a cuenca en una curva frente a una casa destruida.	Asma
Ángel Sabino Tapia	67años	Masaca SECTOR II, por la quebrada que baja por la escuela de Masaca Bajo, no se observan esas casas desde la vía.	Asma
Rosario Tapia Luz Espinoza José Minga Sinchire	52 años 27 años 63 años	Masaca, SECTOR II, por la vía de Masaca bajo cerca de una cruz grande.	HTA+ Diabetes HTA HTA
Eduardo Montaño	94 años	Masaca SECTOR II, por la quebrada que baja por la escuela de Masaca bajo.	HTA
Luz Armijos	76 años	Masaca SECTORII, por la vía principal a Masaca cerca a la iglesia.	HTA

LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	DIRECCIÓN	PATOLOGÍA
María Luisa Gonzales G.	90 años	Masaca Alto, SECTOR II, terminando la vía del canal de Santiago hacia abajo	CA de mama, Hipertiroidismo, artritis.

LISTA DE PERSONAS DISCAPACITADAS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN	DIAGNOSTICO
Ángel Eduardo González Naula	7 años	De la escuela de Masaca Bajo hacia atrás se observa dos casas juntas en una loma.	Discapacidad del 81% intelectual
María Iralda Armijos Gonzales	31 años	Masaca SECTOR II, por la quebrada que baja por la escuela de Masaca Bajo, no se observan esas casas desde la vía.	Discapacidad física del 36%.

LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES DE IMPACTO DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	DIRECCIÓN	PATOLOGÍA
Humberto Cabrera	58 años	Masaca Alto, SECTOR II, bajando por el desvió del canal de Santiago hacia abajo antes de la escuela de Masaca bajo por las antenas de luz	Herpes Zoster

LISTA DE PERSONAS EMBARAZADAS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN	DIAGNOSTICO
Nelly Ponce Naula	38 años	Masaca, SECTOR II, la entrada del camino de la cruz por la vía principal.	Embarazo de 9 semanas de gestación.

LISTA DE PERSONAS ANALFABETAS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN
Juan Paulino Armijos María Esperanza González	65años 55años	Masaca Sector II por el desvió que hay antes de la capilla de Masaca Alto.
Luz Macrina Armijos	76 años	Masaca Sector II yendo por el camino a la capilla de Masaca Bajo.

LISTA DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	DIRECCIÓN	VACUNACIÓN
Anahí del Cisne Cabrera Poma	6 meses	Masaca sector II, por el desvió que esta antes de la escuela de Masaca alto.	Completo
José Luis Minga Espinoza	7 meses	Masaca sector II, Yendo por la carretera de Masaca Bajo, donde sacan material petrio hay un desvió hacia arriba de la vía.	Completo

LISTA DE NIÑOS DE 12 A 23 MESES DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	DIRECCIÓN	VACUNACIÓN
Priscila Espinoza Samaniego	1 año 3 meses	Masaca sector II, por el desvió que esta antes de la escuela de Masaca alto.	Completo
Emily Caillagua Vera	1año 11 meses	Masaca sector II, por el desvió que esta antes de la escuela de Masaca alto.	Completo
Yamileth Valentina Iñiguez Tapia	1año 6meses	Masaca sector II, Yendo por la carretera de Masaca Bajo, donde sacan material petrio hay un desvió hacia arriba de la vía.	Completo
Mayerli Espinoza Román	1año 8 meses	Masaca sector II, Yendo por la carretera de Masaca Bajo, donde sacan material petrio hay un desvió hacia arriba de la vía.	Completo

LISTA DE NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR II

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	DIRECCIÓN	VACUNACIÓN
Anahí del Cisne Cabrera Poma	6 meses	Masaca sector II, por el desvió que esta antes de la escuela de Masaca alto.	Completo
José Luis Minga Espinoza	7 meses	Masaca sector II, Yendo por la carretera de Masaca Bajo, donde sacan material petrio hay un desvió hacia arriba de la vía.	Completo

13. ÍNDICE

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

PRELIMINAR	PÁGINAS
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN.	2
ABSTRACT	
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	6
5. MATERIALES Y MÉTODOS	53
6. RESULTADOS	55
7. DISCUSIÓN	87
8. CONCLUSIONES	92
9. RECOMENDACIONES	94
10. BIBLIOGRAFÍA	95
11. ANEXOS	98
12. ÍNDICE	118