

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

TÍTULO:

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE
SALUD DEL BARRIO CHIRIMOYO,
SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DEL
2013”.**

Tesis previa a la obtención
del Título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

- Srta. Silvia Anabel Alvarado Maldonado

DIRECTORA DE TESIS:

- Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

Loja - Ecuador

2013



CERTIFICACIÓN

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

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

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO

Que el trabajo de tesis titulado **DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO "CHIRIMOYO", SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DEL 2013** elaborado por la Srta. Silvia Anabel Alvarado Maldonado, egresada de la Carrera de Enfermería, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, ha sido desarrollado, corregido y orientado bajo mi estricta dirección y una vez que se enmarca dentro de las exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, disertación y defensa.

Loja, enero del 2014

Atentamente.


.....
Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga
Directora de tesis



AUTORÍA

Yo, Silvia Anabel Alvarado Maldonado, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de los posibles reclamos o 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: Silvia Anabel Alvarado Maldonado

Firma:

Cédula: 0705698710

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, Silvia Anabel Alvarado Maldonado, declaro ser autora de la tesis titulada: **DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO "CHIRIMOYO", SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DEL 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: 

Autor: Silvia Anabel Alvarado Maldonado

Cédula: 0705698710

Dirección: calle Carlos Celi Román

Correo Electrónico: ana_2piti@hotmail.com

Teléfono: 0968234344

DEDICATORIA

Cuando pensé en escribir mi dedicatoria, Dios fue el primero que iluminó mi mente porque gracias a él tengo a mi lado a mis padres; Yolanda y Fernando quienes con su ejemplo de superación me brindaron todo su apoyo para la culminación de mi carrera profesional, a mis hermanos Diego, Keila y Andrea quienes a pesar de nuestras diferencias siempre están y estarán en mis más significativos momentos, de igual manera a mis sobrinas Kristhel, Analia y Luana quienes le dan a mi vida alegría a través de su inocencia y a mi abuelo Rogelio (+) que desde el cielo celebra mi más anhelado triunfo ya que el siempre recalcó que sería una buena enfermera.

Silvia A. Alvarado M.



AGRADECIMIENTO

Infinitamente agradecida con Dios por haberme dado esta oportunidad y rodearme de las personas que más quiero, en especialme a mis padres quienes depositaron en mí su confianza y que gracias a ellos soy una profesional.

Mis más sinceros agradecimientos a la Licenciada Sonia Caraguay Gonzaga Directora de tesis, quien me apoyo en todo momento, con sugerencias en el desarrollo de la fase de campo, análisis de datos y en la dirección y revisión de este trabajo de investigación.

A la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, a través de la Carrera de Enfermería, donde obtuve los conocimientos técnicos que han contribuido a nuestra formación profesional.

A los moradores del Barrio Chirimoyo que gracias a su gentileza y colaboración se pudo obtener la información para la llenar las fichas familiares las mismas que hicieron posible la realización de esta investigación.

Silvia A. Alvarado M.

TITULO

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE
SALUD DEL BARRIO CHIRIMOYO,
SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DEL
2013”**

RESUMEN

El presente estudio titulado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO CHIRIMOYO, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DEL 2013**”, está enmarcado en el macro-proyecto titulado **ENFERMERÍA EN LA PARTICIPACIÓN EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD-MAIS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DEL 2013**, que busca contribuir con el desarrollo social de la localidad, aportando con datos estadísticos; los mismos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud del Hospital Universitario de Motupe, elaborar estrategias para el mantenimiento y mejoramiento de la salud de las personas, familias y comunidades, desde un enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural.

Este estudio es de tipo descriptivo ya que se detalla hechos y características relacionadas con la población y su entorno, el instrumento para la recolección de la información fue la ficha familiar elaborada por el MSP a la cual se le sumo una cartilla contenedora de información necesaria, siendo anexado todo esto para su respectivo análisis y por ende obtener los resultados propios del barrio.

El Barrio Chirimoyo está distribuido de 27 familias y 110 habitantes. El grupo de edad de 20 a 64 años conjuntamente con el sexo femenino predomina en la población. Su educación se mantiene en un nivel básico. La ocupación de los habitantes se basa en la agricultura y ganadería. En las 27 familias existe consumo de agua insegura, mala eliminación de basura y excretas, pobreza y por ende malas condiciones de la vivienda, desempleo o empleo informal del jefe de familia y hacinamiento.

En cuanto al perfil epidemiológico, la Hipertensión es la patología crónico-degenerativa prevalente en la población seguido de la Diabetes y también se identificó un escolar con discapacidad intelectual.

Palabras Claves: Diagnóstico comunitario de salud del Barrio “Chirimoyo” y sus resultados.

ABSTRACT

The present study titled " DIAGNOSIS COMMUNITY HEALTH DISTRICT cherimoya , SEPTEMBER- DECEMBER 2013 " is framed in the macro - project entitled NURSING PARTICIPATION MODEL OF COMPREHENSIVE HEALTH CARE - MAIS HOSPITAL UNIVERSITY Motupe SEPTEMBER- DECEMBER 2013 which buscacontribuir social development of the town , bringing with statistical data that will enable them to basic health teams Motupe University Hospital , develop strategies for maintaining and improving the health of individuals , families and communities from a biopsychosocial , multidisciplinary and intercultural approach.

This study is descriptive as facts and characteristics related to population and environment is detailed , the instrument for data collection was the family record compiled by the MSP to which I add a container primer necessary information all this being annexed for examination and thus obtain the district 's own results.

The Quarter is distributed Chirimoyo 27 families and 110 inhabitants. The age group 20 to 64 years together with a prevalence of females in the population. His education is maintained at a basic level . The occupation of the inhabitants is based on agriculture and livestock . In the 27 families there consuming unsafe water , poor sewage and garbage disposal , and hence poverty poor housing conditions , unemployment or informal employment of the household head and overcrowding.

As for the epidemiological profile Hypertension is prevalent in chronic degenerative population followed by the Diabetes disease and a school was also identified with intellectual disabilities.

Keywords : Community health diagnosis Neighborhood Chirimoyo and results.

INTRODUCCION

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.

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 egresados/as de la carrera de enfermería nos insertamos en el trabajo en salud orientado a fortalecer **LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL** en el área de influencia del Hospital Universitario de Motupe, con la finalidad de aportar con los conocimientos técnicos y científicos en bien de las comunidades del sector y como parte del requisito para la titulación de licenciadas en enfermería con lo que dejamos datos que aportaran a establecer proyectos de intervención viables y efectivos en el **Barrio Chirimoyo** mejorando así la calidad de vida de esta población.

Por ende es importante dar a conocer que este proyecto tiene como objetivos el contribuir al fortalecimiento del **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL**, mediante el Diagnóstico del Barrio Chirimoyo, actualización del mapa parlante y la línea de base para la formulación del Proyecto de Desarrollo en salud.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

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.

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

- ④ Reorientar los servicios de salud y fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria.
- ④ Fortalecer la calidad de atención por el Talento Humano.
- ④ Optimizar la prestación de servicios en los tres niveles de atención.
- ④ Organizar el Sistema Único de Información en Salud
- ④ Fomentar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.¹

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

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.

1.4. Mapeo del Sector

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:

- ④ **A nivel urbano:** 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 **TAPS** (Técnicos de Atención Primaria de Salud) por cada 4000 habitantes.
- ④ **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.

1.4.2. 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:

- ④ Conformación y/o fortalecimiento de la organización comunitaria de salud –Comité local de salud.
- ④ Diagnóstico Situacional.
- ④ Diagnóstico Dinámico.

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

- ④ Mapa Parlante.
- ④ 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.

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

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

Con el objetivo de garantizar el acceso y la continuidad de la atención se asigna un **E AIS** 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

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

2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

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

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

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

Así mismo la Hipertensión es un problema de salud, que se ubica en el sexto puesto con una tasa de 17.1% en los hombres con relación a las diez principales causas de mortalidad y en el quinto puesto en las mujeres con relación a los datos del **INEC** 2010. Según datos actuales del **INEC**, las Enfermedades Cardiovasculares ocupan las primeras causas de muerte en el

país, produciendo más de 15.000 defunciones al año, lo que la define como la epidemia del siglo en el Ecuador.

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

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

3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

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

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

Es un país multiétnico destacando las siguientes:

- ② Mestizos 65%.
- ② Indígenas 25%.
- ② Blancos 7%.
- ② Afro ecuatoriana 3%
- ② Etnia Shuar 9,37%.

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

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

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

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

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

3.1. Distribución poblacional de la Provincia de Loja

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

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

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

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

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

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

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

4.1. 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

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

acceder a una educación. Primero se busca satisfacer las necesidades básicas de un hogar, antes que un miembro de la familia asista a una escuela. Los hogares tienen como objetivo generar dinero por medio del trabajo, incluso infantil, apartándolos del acceso a la educación.⁹

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

4.2. Deserción escolar

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

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

En la provincia de Loja la deserción escolar constituye un problema, pues la condición económica de algunas familias no permite que sus hijos continúen sus estudios, limitando sus posibilidades de desarrollo. La deserción en los

⁹Alfabetización en el Ecuador, Quito Ecuador, Septiembre 2009; Disponible en:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdf> Consultado: 27-11-2013; Hora: 20h00

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

niños matriculados en primer año de Educación Básica alcanza el 5,8%, sin embargo en los cantones de Olmedo y Chaguarpamba este índice alcanza el 12,2 y 11,1%, lo que evidencia la pobreza existente en estas zonas.¹¹

5. OCUPACIÓN

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

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

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

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:

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

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

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

6.1. Riesgos Biológicos

- Ⓢ **Personas con vacunación incompleta:** a nivel mundial, los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con múltiples factores; entre los reportados en la literatura se encuentran: pobreza, costo a las familias, a los proveedores, inicio tardío de la vacunación, información deficiente del estado de vacunación, y desconocimiento por parte del personal de salud de las contraindicaciones y edades adecuadas para la aplicación de las vacunas. Se ha documentado en la literatura que los niños que viven en condiciones de pobreza tienen una cobertura de 4% a 9% inferior a la reportada en niños que no cuentan con este agravante.
- Ⓢ **Personas con mal nutrición (sobrepeso o desnutrición):** el término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y otros nutrientes. Aunque el uso habitual del término “malnutrición” no suele tenerlo en cuenta, su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación. En el Ecuador, según la ministra de Inclusión Económica y Social (**MIES**), 14 de cada 100 niños tienen problemas de obesidad y sobrepeso, además manifestó que entre 2007 y 2010 el porcentaje de desnutrición bajó de 27% a 23,2%.
- Ⓢ **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.

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

- Ⓢ **Personas con problemas mentales:** las enfermedades mentales o trastornos psicológicos son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. En Ecuador un estudio realizado por los médicos Santiago Luna, Flor María Bazurto, Inés del Pino integrantes de la Misión Solidaria Manuela Espejo, reveló que la discapacidad mental por demencia en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad.¹⁵

6.2. Riesgos Sanitarios

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

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

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

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

- ② **Mala eliminación de desechos líquidos:** un niño muere cada 20 segundos en el mundo por falta de higiene según informes de la Organización de las Naciones Unidas, además cada año se vierten en todo el planeta más de 200 millones de desechos cloacales sin ser tratados, los cuales perjudican al medioambiente y diseminan enfermedades.

- ② **Impacto ecológico por industrias:** aunque gran parte del mundo depende de la producción o el comercio de petróleo para alimentar sus economías, estas actividades pueden causar daños graves al medio ambiente ya sea a sabiendas o involuntariamente. La producción de petróleo y/o transporte, pueden alterar la población humana y la vida animal y pesca de la región, residuos de aceite, la contaminación de producción y los derrames pueden causar daños en la fauna y el hábitat circundante.

- ② **Animales intradomiciliarios:** las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes y dan como resultado infecciones localizadas, sin embargo existen otras infecciones que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud informe a la familia que tenga en su domicilio mascotas, las posibles enfermedades que pueden provocar, así como la prevención contra las zoonosis y detención oportuna tanto de parasitosis como patologías asociadas a mascotas.

6.3. Riesgos Socio-Económicos

- ② **Pobreza:** la pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación. La pobreza rural en el Ecuador bajo 4,23%, en Junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registro 44,96% según

la última Escuela Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**).¹⁷

- ④ **Desempleo o empleo informal del jefe de familia:** es una de las principales causas de migración, lo que desintegra núcleos familiares, hijos sin la presencias de ambos padres. También hay impacto en lo individual la persona desempleada olvida en la mayoría de los casos la dirección de su propio destino, se invade de frustración y degradación. Según la última Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (**ENEMDU**) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (**INEC**). El desempleo urbano se ubicó en 4,6% en Marzo del 2013 frente al 4,9% del mismo mes del año anterior. Por otro lado el subempleo en el área urbana llegó a 44,7% y la ocupación plena a 48,6% en comparación a 43,5% y 50,2% respectivamente de Marzo del 2012. La encuesta revela que aproximadamente 8 de cada 10 empleos en el área urbana son generados por el sector privado, tendencia que se ha mantenido en los últimos años.¹⁸

- ④ **Analfabetismo del padre o de la madre:** el analfabetismo aumenta la vulnerabilidad socioeconómica presente y futura de los adultos, pero también es un importante agente de reproducción de dicha condición a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones. El Ministerio de Educación de Ecuador trabaja para reducir la tasa de analfabetismo del 6,8 según datos entregados por el Instituto de Estadísticas y Censos (**INEC**).¹⁹

- ④ **Desestructuración familiar:** las causas principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos. En los procesos de desestructuración del núcleo familiar influyen, además; las

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

¹⁸ Disponible http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3A%3Adesempleo-urbano-en-ecuador-seubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es 10/12/13, 8:45

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

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.

- ② **Violencia/Alcoholismo/Drogadicción:** actualmente no hay dudas de que el alcoholismo constituye el problema de drogas más importante; es responsable principal de violencias en todas partes donde ocasionan desintegración familiar y deterioro social, caracterizados por desajustes de la personalidad, degradación, así como conductas delictivas y antisociales. Alrededor de la mitad de los homicidios y violaciones se produce bajo el efecto del alcohol. El 70% y 80% de la población joven consumen alcohol: 15% de la población ingiera alcohol en forma anormal; 5% presenta síndrome de dependencia alcohólica y 10% son bebedores excesivos. Alrededor del 20% y el 25% de los jóvenes son abstemios, es decir beben muy ocasionalmente y sin embriagarse.

- ② **Malas condiciones de la vivienda:** el problema de la vivienda constituye en Ecuador uno de los problemas sociales más sensibles y complejos de resolver. En un país de más de 13 millones de habitantes y cerca de 3 millones de hogares, existe más de un millón de viviendas deficitarias y una demanda anual de más de 60.000 viviendas para nuevos hogares, de ellos 25.000 son hogares bajo la línea de la pobreza, es decir con un ingreso familiar por debajo del costo de la canasta básica, estimada en 450 dólares mensuales.

- ② **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.²⁰En el Ecuador el 40% de las viviendas las personas viven

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

hacinadas es decir, no tendrían habitaciones suficientes para el total de personas que residen en tales viviendas.²¹

7. ENFERMEDADES CRÓNICAS

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

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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos: ²²

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

²¹ Disponible en: https://www.google.com.ec/?qws_rd=cr&ei=vjynUpOAl8efkQepzoCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador 10/12/2013.

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

7.1. Impacto de las Enfermedades Crónicas

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

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

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

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

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

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

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

factores de riesgo entre niños y adolescentes ha experimentado un incremento en los últimos años.

8. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

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

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

Los tipos de enfermedades degenerativas son:

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

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

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

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

Ⓢ **Tumores Benignos y Malignos:** es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen del órgano afectado independientemente de que sean de carácter benigno o maligno. Generalmente pueden retirarse o extirparse y en la mayoría de los casos no reaparecen”.²⁵

9. ENFERMEDADES DE IMPACTO

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

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

Entre ellas tenemos:

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

²⁵ Enfermedades crónicas: Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php consultado a las 10:45

²⁶ Enfermedades infecciosas disponibles en:

<http://www.prb.org/SpanishContent/Articulos/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx> consultado 5/12/13

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

Entre las ITS más comunes encontramos:

- ② **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.

- ② **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.

- ② **Gonorrea**: es causada por la bacteria *NeisseriaGonorrhoeae* y la puede contraer cualquier persona que tenga algún tipo de actividad sexual. La infección se puede diseminar por contacto con la boca, la vagina, el pene o el ano.

- ② **Candidiasis**: es un hongo que vive en casi todas partes, la Candidiasis Vulvovaginal, es una infección común que ocurre cuando hay un crecimiento acelerado del hongo llamado *Cándida Albicans*. La *Cándida* siempre está presente en el organismo en pequeñas cantidades.

- ② **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.

- ② **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.

- ② **Herpes:** el herpes es una infección causada por un virus herpes simple (VHS). Puede afectar los genitales, las nalgas o el área del ano.
- 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:

- ② **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.
- ② **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.
- ② **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.

10. DISCAPACIDAD

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

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

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

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

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

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.

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

10.2. Tipos de discapacidad

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

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

- Ⓒ **Discapacidad Sensorial:** corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

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

11. 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.³⁰

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

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

³⁰PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. Consultado: 09-12-2013

el año 2009 alcanza el 97% de cobertura, SRP el 15%, el menor incremento reportado es en BCG 2%.³¹

12. 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.³²

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”,³³ lo que se puede destacar que la prueba del talón ha sido oportuna en cuanto a la detección temprana de las discapacidades en las que se puede corregir a tiempo estos errores genéticos.

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

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

- Ⓢ **Fenilcetonuria:** es un desorden del metabolismo debido a que el cuerpo no sintetiza adecuadamente la fenilalanina, por la deficiencia o ausencia

³¹ Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>. Consultado: 09-12-2013

³² Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec> Consultado: 09-12-2013.

³³ 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

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.³⁴

- Ⓢ **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.

13. ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

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

La valoración del estado nutricional, se relaciona con la medición del crecimiento, el cual está determinado genéticamente para el incremento de masa corporal libre de grasa. Si el niño permanece sano y asegura una fuente

³⁴ 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.

adecuada de nutrimentos durante sus etapas críticas de crecimiento físico, lograría cumplir todo su potencial genético.³⁵

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

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

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

³⁵ 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.shtm#ixzz2ly1Y1Yuz>

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.

14. **LACTANCIA MATERNA**

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

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

A nivel mundial, se estima que solo el 38% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva durante sus 6 primeros meses.³⁶

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

Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica para evitar al máximo el riesgo de contaminación. Alimentar a un niño pequeño requiere una atención activa y estimulación para animarlo a comer.³⁷

³⁶ 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>

³⁷ Hasta que edad es importante alimentar al bebé solo con leche materna disponible en <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>

15. CONTROL DEL NIÑO SANO



La Norma Oficial de la **OMS** establece que durante el primer año, un niño (a) debe revisarse clínicamente al momento del nacimiento, a la semana de vida y al mes de edad y posteriormente, a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses. Durante el segundo año de vida, debe ser

evaluado cada 3 meses; de los 2 a los 5 años por lo menos de 2 a 3 veces al año y a partir de entonces, de 1 a 2 veces al año. La revisión clínica debe ser ajustada a cada paciente.

En cada visita médica se hace una evaluación integral del paciente: peso y talla para la edad, peso para la talla y perímetro cefálico., estas medidas son importantes para determinar si el crecimiento del individuo es armónico o no. Por ejemplo: si el perímetro cefálico está creciendo a un ritmo menor que el de su talla, puede indicarnos la probabilidad de que el cerebro no se está desarrollando adecuadamente o de que las suturas de la cabeza del niño se han cerrado en forma prematura y cada una de estas posibilidades implica un abordaje y tratamiento muy diferentes. También se detecta si el paciente tiene algún grado de 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.³⁸

³⁸ Pediatría control del niño sano disponible en: <http://pediatria.org/?p=> consultado el 12/12/ 2013

16. ESCOLARES Y ADOLESCENTES

16.1. 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.

16.2. 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.

16.3. Valoración del Estado Nutricional

16.3.1. 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.

16.4. Datos Estadísticos

En el Ecuador el exceso de peso se caracteriza por bajas tasas durante los primeros años de vida 6,5% en la edad infantil; aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar 14% de sobrepeso/obesidad en escolares ecuatorianos de ocho años de edad que habitan en el área urbana incremento sostenido durante la adolescencia en un 22% a nivel nacional.³⁹

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”.⁴⁰ El mismo considera que los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

16.5. VACUNACIÓN DT (Difteria y Tétanos)

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

³⁹ 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

⁴⁰ Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC <http://www.alimentatecuador.gob.ec>

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.

16.6. AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

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

- ✓ **Test de Snellen:** son los más populares y están formados por filas de letras que van de tamaño más grande a más pequeño conforme bajamos la mirada; cuanto más abajo logre ver nítido el paciente mayor agudeza visual tendrá.⁴¹

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

El Proyecto busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población pre-escolar y escolar la discapacidad visual, finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual.⁴²

⁴¹ 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

⁴² 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.

17. ATENCIÓN MATERNA

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

17.1. CONTROLES MÉDICOS EN EL EMBARAZO

El control prenatal es un conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los riesgos y complicaciones del embarazo que amenazan la vida de la madre y el feto, comprende el control de salud tanto de la madre como del niño antes del parto, para prevenir los riesgos que se pueden presentar en esta etapa.⁴³

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.⁴⁴El control del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que existe mayor receptividad materna para las actividades de educación de la salud.

⁴³Dra. MARTÍNEZ. A. <http://ginecologaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05embarazoz.html>

⁴⁴CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.

17.3. VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS

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

En el Ecuador el Tétanos Neonatal ha sido eliminado como problema de Salud Pública Nacional y Provincial (**OPS** 2008). El impacto a la fecha, se demuestra con la disminución de la tasa de TNN a 0.02 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. A pesar de ser la vacunación un método sencillo y económico para prevenir el tétanos neonatal, aún existen en nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tetánico”.⁴⁵

“Es más probable que las mujeres embarazadas se enfermen gravemente de influenza que aquellas que no están embarazadas. Los cambios que ocurren durante el embarazo en el sistema inmunitario, el corazón y los pulmones hacen que las mujeres embarazadas sean más propensas a enfermarse gravemente de influenza, lo cual puede llevar a una hospitalización e incluso a la muerte. Una mujer embarazada y que tiene influenza también tiene una probabilidad más alta de que su futuro bebé presente problemas graves, incluido un aborto espontáneo o un parto prematuro. La vacuna contra la influenza puede proteger a las mujeres embarazadas y a sus futuros bebés, antes y después del parto”.⁴⁶

⁴⁵Incidencia 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>

⁴⁶Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza; disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/>

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

17.4. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

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

Otras complicaciones del embarazo:

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

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

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

- Ⓢ **Diabetes gestacional:** es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo, no se conoce una causa específica de este tipo de

enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina, el resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia).

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

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

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

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

18. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Ⓢ **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.⁴⁷El 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.⁴⁸

Ⓢ **Regulación de la fecundidad:** actualmente en el contexto de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad humana con las necesidades de bienestar y salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción. Por lo tanto se adoptan métodos que se engloban en programas como: la planificación familiar la cual es la utilización de objetos, sustancias y procedimientos naturales o artificiales, que se utilizan de manera voluntaria, tanto temporales como definitivos, para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja, para impedir la fecundación y evitar un embarazo no planificado.⁴⁹

⁴⁷Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. Fecha: 05/12/2013.

⁴⁸Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959> Fecha: 05/12/2013.

⁴⁹Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013.

Ⓢ **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.

Ⓢ **Métodos Naturales**

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

Ⓢ **Métodos de Barrera**

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

Ⓢ **Métodos Hormónales:**

- ✓ La Píldora
- ✓ Inyectables
- ✓ Implante

19. PAPANICOLAOU

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

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

“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”⁵⁰.

⁵⁰RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia “Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador”

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.

✓ **Tipo de estudio**

El tipo de estudio que se aplicó en este trabajo es descriptivo ya que se detalla sistemáticamente hechos y características de la población y su entorno.

✓ **Área de estudio**

El Barrio Chirimoyo perteneciente a la comunidad de Motupe de la ciudad de Loja, está ubicado a 13km de la misma, limita al: **Norte:** con el Barrio Sevilla de Oro, al **Sur:** con el Barrio San Juan, al **Este:** con el Barrio Zalapa y al **Oeste:** con la cordillera de Zañe.

Las fiestas religiosas inician el 3 de Mayo de cada año a devoción de la Santa Cruz. En la actualidad la Cruz fue reconstruida con cemento por moradores de los Barrios San Juan, Florencia y Chirimoyo y ubicada en la escuela abandonada del Barrio Chirimoyo.

Los habitantes de esta comunidad cuentan con la Cooperativa de transportes "Vinoyacu" con destino a San Lucas, Juntas y Jimbilla entre otros medios de transporte utilizan servicios de taxis y camionetas.

Desde hace dos años atrás el barrio no cuenta con una directiva estable, por lo cual se tomó en cuenta a la directiva anterior para que aporte con información requerida en esta investigación: **Presidente:** Sr. Polivio González Ponce y **Vicepresidente:** Sr. Ángel Aníbal Poma Poma

✓ **Universo y muestra**

El universo: está constituido por los 26 barrios los mismos que conforman parte del área de influencia del Hospital Universitario de Motupe

Muestra: está conformada por las 27 familias del Barrio Chirimoyo

✓ **Técnicas e instrumentos**

El presente diagnóstico se lo realizó mediante la aplicación de la visita domiciliaria fue el método de acercamiento a la comunidad, cuya técnica fue la entrevista y los instrumentos los mismos que permitieron recolectar la información, la ficha familiar elaborada por el MSP que es parte de la Historia Clínica del paciente (SNS-MSP/HCU-ANEXOS/2008) y se anexa a esta la guía de entrevista

✓ **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 presentados en tablas y de los datos que se derivan se realizaron los análisis.

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 Chirimoyo.

✓ **Recursos materiales**

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

RESULTADOS

TABLA Nº 1

COLABORACIÓN DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO EN LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Familias	f	%
Colaboran	55	96,30
No colaboran	1	3,70
TOTAL	56	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

Actualmente el barrio Chirimoyo está conformado por 27 familias de las cuales un 96,30% si colaboro en las diferentes actividades que se realizaron para la recaudación de datos, sin embargo el 3,70% no colaboro para la recolección de datos ya que fue visitada por varias ocasiones, existiendo mal trato o no se encontraba nadie en la vivienda.

Es importante dar a conocer que en el barrio existen 40 casas construidas pero 13 de ellas están deshabitadas pero aún conservan una infraestructura posible de ser habitadas.

TABLA Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO CHIRIMOYO

EIDADES	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		f	%
	f	%	f	%		
Menores de 1 año	1	0,91	1	0,91	2	1,82
Niños de 1 a 4 años	2	1,82	6	5,45	8	7,27
Niños de 5-9 años	2	1,82	3	2,73	5	4,55
Adolescentes 10-19 años	18	16,36	16	14,55	34	30,91
Adultos 20 - 64 años	22	20	23	20,91	45	40,91
Adultos mayores 65 años y más	8	7,27	8	7,27	16	14,55
TOTAL	53	48,18	57	51,82	110	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

Según la información presentada en la tabla, el sexo femenino predomina en la población del barrio Chirimoyo con **51,82%**, resultados que concuerdan con el censo realizado en la provincia de Loja en el año 2010, ya que el sexo femenino sobresalio con 50,8%.

El rango de edad sobresaliente son los adultos de 20 a 64 años con **40,91%**, seguido de los adolescentes de 10 a 19 años con **30,91%** datos que revelan una estructura demográfica adulta en el barrio Chirimoyo. Mientras que el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud indica que la pirámide poblacional del Ecuador, muestra una estructura demográfica joven con 50% de la población⁵¹ situación que no se ve reflejada en el barrio Chirimoyo.

⁵¹MAIS (Modelo de Atención Integral en Salud) 2013

TABLA Nº 3

NIVEL DE ESCOLARIDAD EN LA POBLACIÓN DEL BARRIO CHIRIMOYO

ESCOLARIDAD	f	%
Sin escolaridad	10	9,09
Analfabeto	5	4,55
Básica	55	50
Bachillerato	36	32,73
Superior	4	3,64
TOTAL	110	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: la población de la categoría sin escolaridad corresponde a los niños menores de 3 años y las categorías "prebásica" y "especialidad" se retiran por no existir casos

ANÁLISIS:

La presente tabla nos permite conocer el nivel de escolaridad de los habitantes del barrio, correspondiendo a nivel básico de educación con un **50%**, cabe recalcar que esta cifra está compuesta no solo por escolares, sino también por adultos que culminaron sus estudios hasta este nivel.

Sin embargo cabe indicar que existe un **4,55%** de analfabetos, de los cuales en su mayoría corresponde a Jefes de Familia (padre o madre). Considerando que "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".⁵²

⁵²Analfabetismo Y Alfabetización en el Ecuador Unesco; Disponible en: portal.unesco.org/.../4bd91bd98b34ee5f8d3a2059dc4cb3cdTorres; Consultado: 9/12/2013; Hora: 22h45

TABLA Nº 4

OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO CHIRIMOYO

OCUPACIÓN	f	%
Estudiante	39	35,45
Agricultor	23	20,91
Haceres domésticos	18	16,36
Sin ocupación	10	9,09
Albañil	6	5,45
Emp. Privados	4	3,64
Desempleados	4	3,64
Artesano	4	3,64
Choferes	1	0,91
Comerciantes	1	0,91
TOTAL	110	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: la categoría "sin ocupación" corresponde a los niños menores de 5 años

ANÁLISIS:

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 luego están los agricultores o jornaleros con el 13%.⁵³

En la presente tabla se puede evidenciar que los estudiantes siendo un grupo económicamente inactivo en la población ocupan el **35,45%** seguido de los agricultores con un **20,91%** y albañilería con un **5,45%**.

Si tomamos en cuenta que la ocupación es la que produce ingresos a nivel familiar, en el Barrio Chirimoyo la agricultura y albañilería son las ocupaciones bases para la manutención del hogar, con lo que podemos evidenciar que el ingreso económico de las familias del barrio será escaso según la relación con sus ocupaciones.

⁵³Resultados 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

TABLA Nº 5

RIESGOS BIOLÓGICOS EN LA POBLACIÓN DEL BARRIO CHIRIMOYO

RIESGOS BIOLÓGICOS	SIN RIESGO		CON RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Personas con mala Nutrición	106	96,36	4	3,64	110	100
Personas con discapacidad	109	99,09	1	0,91	110	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: se eliminan las categorías "personas con vacunación incompleta, personas con enfermedad de impacto, embarazadas con problemas y personas con problemas mentales" por no existir casos.

ANÁLISIS:

Se considera riesgos biológicos a la amenaza de la salud física, mental y social de los habitantes de una población, que puede imposibilitar realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

En los riesgos biológicos de la población de Chirimoyo, se encontró personas con mala nutrición, siendo estas: desnutrición leve y sobrepeso, correspondiente a niños y adolescentes, ubicándolos en un **3,64%** del total de la población. Además se encontró un escolar con discapacidad del 72% de tipo intelectual carnetizada por el CONADIS correspondiendo al **0,91%** de la población total.

TABLA Nº 6

RIESGOS SANITARIOS EN LAS FAMILIAS DEL BARRIO CHIRIMOYO

RIESGOS SANITARIOS	SIN RIESGO		CON RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de agua insegura	0	0	27	100	27	100
Mala eliminación de basuras y excretas	0	0	27	100	27	100
Mala eliminación de desechos líquidos	0	0	27	100	27	100
Animales Intradomiciliarios	9	33,33	18	66,67	27	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: se elimina la categoría "impacto ecológico por industrias" por no existir casos.

ANÁLISIS:

La presente tabla pone en evidencia que el **100%** de las familias no cuentan con servicios sanitarios básicos, debido a que el consumo de agua es inseguro, porque utilizan el agua que se desliza por toda la montaña a modo de vertiente y a la cual la entuban para llevarla al domicilio.

El 100% de las familias no tienen ningún sistema de eliminación de basuras y excretas, por lo que las familias elaboran a su parecer conductos de eliminación incorrectos, con respecto a las excretas son eliminadas a través de instalaciones hechas a su parecer y la eliminación de la basura la realizan en el río.

Otro factor de riesgo sanitario que afecta la salud de la comunidad es la presencia de animales intradomiciliarios con el **66.67%**, esto se debe al desconocimiento del riesgo que tiene la crianza de animales dentro de su hogar.

TABLA N° 7

**RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS EN LAS FAMILIAS DEL BARRIO
CHIRIMOYO**

RIESGOS SOCIOECONÓMICOS	SIN RIESGO		CON RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Pobreza	0	0	27	100	27	100
Malas condiciones de la Vivienda	2	7,41	25	92,59	27	100
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	3	11,11	24	88,89	27	100
Hacinamiento	17	62,96	10	37,04	27	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	21	77,78	6	22,22	27	100
Analfabetismo del Padre y de la Madre	25	92,59	2	7,41	27	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: se elimina la categoría "desestructuración familiar" por no existir casos.

ANÁLISIS:

En Barrio Chirimoyo todas las familias se involucran en el riesgo de pobreza en un **100%**, esto se relaciona con el **88,89%** de los jefes de familia que no tiene un empleo estable o son desempleados, aumentado así el nivel de necesidades en el hogar y a consecuencia de la pobreza las condiciones de sus viviendas son malas desencadenando el **37,04%** de hacinamiento.

Es importante dar a conocer que en esta comunidad el **22,22%** de las familias tiene problemas de alcoholismo y en un **7,41%** el padre o la madre son analfabetos.

TABLA Nº 8

**LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL
BARRIO CHIRIMOYO**

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
Hospital Universitario de Motupe	93	84,55
IESS	9	8,18
Hospital Isidro Ayora	1	0,91
Otros	7	6,36
TOTAL	110	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: la categoría "otros" corresponde a clínicas y médicos privados

ANÁLISIS:

La presente tabla demuestra que el **84,55%** de la población acude a la atención médica al Hospital Universitario de Motupe, según sus habitantes manifestaron que es la casa de salud más cercana, mientras que el **8,18%** de la población acude al IESS por su afiliación al Seguro Social Campesino y un **6,36%** de la población acude a otras casas de salud privadas tales como clínicas y médicos privados ya que son de mayor confianza según pudieron manifestar los habitantes.

TABLA Nº 9

**ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS,
ESCOLARES Y ADOLESCENTES Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL**

POBLACIÓN	ESQUEMA DE VACUNACIÓN					
	Completo		Incompleto		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Niños/As Menores De 5 Años	10	100	0	0	10	100
Escolares, Adolescentes	36	92,31	3	7.69	39	100
Mujeres En Edad Fértil	34	100	0	0	34	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

Mediante la revisión de los respectivos carnés de vacunación en niños/as menores de 5 años del Barrio Chirimoyo, el esquema de inmunizaciones está completo para la edad, abarcando de esta manera el **100%**.

De los escolares y adolescentes del Barrio Chirimoyo el **92,31%** tienen esquema de vacunación completa según revisión de carnés y el **7,69%** restante tienen esquema de vacunación incompleto ya que las madres no permiten en algunos casos la vacunación de los escolares y adolescentes, lo que se convierten en riesgo para el niño/a, ya que esta susceptible a contraer la enfermedad.

El 100% de las mujeres en edad fértil tienen el esquema de vacunación completo.

TABLA N° 10

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS Y ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO CHIRIMOYO

ESTADO NUTRICIONAL	NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS		ESCOLARES Y ADOLESCENTES	
	f	%	f	%
Normal	9	90	36	92,31
Desnutrición leve	1	10	0	0
Sobrepeso	0	0	3	7,69
TOTAL	10	100	39	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

Nota: se eliminan las categorías "desnutrición moderada, desnutrición grave y obesidad" por no existir casos

ANÁLISIS:

El Estado Nutricional registrado en la tabla fue obtenido a partir de la valoración del Índice de Masa Corporal en los niños/as menores de 5 años dando como resultado que un **90%** de ellos tienen su estado nutricional dentro de la escala normal y el **10%** restante de los niños/a están con desnutrición leve lo que trae como consecuencias el deterioro de su salud y a su vez limita el desarrollo de la comunidad.

En la valoración del estado nutricional de los escolares y adolescentes del barrio Chirimoyo evaluado mediante el índice de masa corporal se encontró que el **92,31%** tienen estado nutricional normal y el **7,69%** corresponde a sobrepeso.

TABLA N° 11

CONTROLES MÉDICOS EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

NÚMERO DE CONTROLES MÉDICOS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Primero	10	100	0	0	10	100
Segundo	10	100	0	0	10	100
Tercero	7	70	3	30	10	100
Cuarto	7	70	3	30	10	100
Quinto	6	60	4	40	10	100
Sexto	5	50	5	50	10	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

Los controles médicos son muy importantes pues constituyen un espacio idóneo para que los padres y madres puedan adquirir conocimientos sobre varios aspectos del crecimiento infantil, que van desde sus necesidades nutricionales, de vacunación, de salud y hasta las emocionales.

En la tabla se demuestra que el **100%** de los niños menores de 5 años han tenido el primer y segundo control preventivo y la participación en los controles siguientes en descendente, ya que estos son generalmente llevados a cabo con las fechas de inmunizaciones programadas, dándonos así la relación de controles médicos con la edad y el biológico administrado.

Está de más decir, pero es necesario recalcar, que los controles médicos son de suma importancia para valorar el crecimiento y desarrollo de los niños y que poder identificar tempranamente enfermedades o anomalías que pueden ser corregidas a tiempo.

TABLA N° 12

**PROBLEMAS VISUALES EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL
BARRIO CHIRIMOYO**

PROBLEMAS VISUALES	f	%
Sin problemas	33	84,62
Con problemas	6	15,38
TOTAL	39	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

La valoración visual que se realizó en los escolares y adolescentes del Barrio Chirimoyo, fue a través de la cartilla de Snellen, determinando de esta manera que el **84,62%** no tienen problemas visuales y en un menor porcentaje del **15,38%** tienen problemas de agudeza visual los cuales serán remitidos a los especialistas de oftalmología los que diagnosticaran las afecciones específicas, ya que es de suma importancia el uso de lentes tempranamente antes de que el problema sea aún más grande.

TABLA N° 13

**MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDADEN MUJERES CON
VIDA SEXUAL ACTIVA**

MÉTODOS	f	%
Método del Ritmo	10	66,67
Esterilización Tubárica	2	13,33
Inyectable	2	13,33
Implantes	1	6,67
TOTAL	15	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: Se elimina las categorías "oral y método de barrera" por no existir casos.

ANÁLISIS:

El **66,67%** de mujeres con vida sexual activa del Barrio Chirimoyo, utilizan como método de regulación de la fecundidad el método del ritmo y con el **13,33%** estánla mujeres que adoptaron el método de esterilización tubárica e inyectables, resultados que ponen en evidencia que la mayoría de la población no acude a los centros de salud por una planificación familiar segura ya que el método del ritmo lo realizan empíricamente.

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.

En la planificación familiar se adoptan métodos que se engloban en programas como: la planificación familiar la cual es la utilización de objetos, sustancias y procedimientos naturales o artificiales, que se utilizan de manera voluntaria, tanto temporales como definitivos, para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja, para impedir la fecundación, y evitar un embarazo no planificado.⁵⁴

⁵⁴ Planificación Familiar. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

TABLA N° 14

**REALIZACIÓN DE PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL
ACTIVA**

PAPANICOLAOU	f	%
SI	10	66,67
NO	5	33,33
TOTAL	15	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El **66,67%** de las mujeres con vida sexual activa del Barrio Chirimoyo, se han realizado el examen de Papanicolaou, mientras que el **33,33%** de estas mujeres no se realizaron en ninguna ocasión este examen, por ende es importante dar a conocer a esta población de mujeres, que dicho examen les ayudara a detectar oportunamente células malignas que podrían estar alojadas en su cavidad cervico-uterina y de esta manera poder proceder al tratamiento correspondiente.

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 mujeres⁵⁵.

⁵⁵RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia "Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador"

TABLA N° 15

**ENFERMEDADES CRÓNICAS-DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDADES
DEL BARRIO CHIRIMOYO**

INDICADORES	f	%
Enfermedades Crónicas	14	12,73
Discapacitados	1	0,91
Ninguno	95	86,36
TOTAL	110	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: Se elimina la categoría "Enfermedades de Impacto" por no existir casos.

ANÁLISIS:

La OMS define a las enfermedades crónicas-degenerativas 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.

En el barrio Chirimoyo el **86,36%** de la población no padece ningún tipo de afección a su salud física mental pero existe un **12,73%** que presentan enfermedades crónicas como: HTA, diabetes, bocio, soplo cardiaco, neuritis, artritis y reumatismo, enfermedades que forman el perfil epidemiológico del barrio, su identificación permitirá poder dar vigilancia y seguimiento a estas personas con las patologías antes mencionadas.

También se identificó un escolar con discapacidad intelectual con carnet de CONADIS del 72% que corresponde al 0,91% del total de la población.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL BARRIO CHIRIMOYO

TABLA N° 16

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDADES CRÓNICAS- DEGENERATIVAS SEGÚN RANGO DE EDADES

PATOLOGIAS	RANGOS DE EDAD								TOTAL	
	0-9 años		10-19 años		20-64 años		65 y +			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hipertensión	0	0	0	0	4	3,64	4	3,64	8	7,27
Diabetes	0	0	0	0	5	4,55	1	0,91	6	5,45
Ninguno	15	13,64	34	30,91	37	33,64	10	9,09	96	87,27
TOTAL	15	13,64	34	30,91	46	41,82	15	13,64	110	100,00

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes.⁵⁶

El 87,27% de la población del barrio Chirimoyo no padece ninguna enfermedad crónico-degenerativa pero el 7,27% de los habitantes se ven afectados por la hipertensión especialmente los rangos la población de 20 a 64 años y 65 años y más, consecutivamente la diabetes ocupa un 5,45% del total de la población afectando primordialmente a los adultos de 20 a 64 años.

⁵⁶ OMS-ENFERMEDADES CRONICAS-disponible en; http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
consultado: 09/02/14

TABLA N° 17
DISCAPACITADOS

DISCAPACIDAD	f	%
Intelectual	1	0,91
Ninguna	109	99,09
TOTAL	110	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Chirimoyo.

Elaborado por: Alvarado Maldonado Silvia Anabel, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

La discapacidad es aquella 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.

Se encontró un escolar con discapacidad intelectual con carné de identificación del 72% por el CONADIS respondiendo al **0,91%** del total de la población del Barrio Chirimoyo.

DISCUSIÓN

En el diagnóstico comunitario realizado en el Barrio ENTEL, Santa Cruz del país Bolivia en el año 2009 se determinó que la población predominante es de sexo femenino con el 57% al igual que en el Barrio Chirimoyo con el 51,82% del total de la población.⁵⁷

Los habitantes de estos dos Barrios estudiados demuestran que su estructura demográfica es joven ya que el rango de edad de 20 a 64 años es el predominante.

El nivel de escolaridad y sus oportunidades para el estudio en el Barrio Chirimoyo son escasos ya que de 61 personas que deberían tener nivel de educación superior tan solo 4 de ellos lo tiene, datos muy diferentes con el nivel de educación en Bolivia porque en el Barrio ENTEL, Santa Cruz cuentan con establecimientos de educación en su propio territorio ayudando a su población en el desarrollo según el nivel de educación.

Los principales accesos de comunicación en ambos Barrios no son del todo igual ya que en el Barrio Chirimoyo no existe línea telefónica y la red celular es escasa mientras que en el barrio de Bolivia la mayoría cuenta con línea telefónica y cobertura celular pero el transporte en ambos Barrios es escaso porque existen buses a determinada hora y no a disponibilidad de los habitantes.

Según los riesgos: Biológicos, Sanitarios y Socio-Económicos el Barrio ENTEL, Santa Cruz se encuentra en un Riesgo medio muy diferente a la situación del Barrio Chirimoyo que se haya en riesgo alto debido a sus situaciones sanitarias incorrectas y la pobreza que existe en la mayoría de sus familias.

El acceso a la atención de su salud es muy diferente en estos barrios ya que el Barrio Chirimoyo tiene buena acogida por parte del Hospital Universitario de Motupe mientras que los habitantes del Barrio ENTEL, Santa Cruz manifiestan pésima atención por parte de los trabajadores en salud y poca gente especializada en la materia.

⁵⁷ REVISTA BOLIVIANA-CIELO- DIAGNOSTICO DE SALUD COMUNITARIA (Estudio situacional Barrio ENTEL, Santa Cruz) Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S8888-88882009000100004&Ing=en&nrm=iso3 Consultado: 01/12/13

CONCLUSIONES

Al culminar el presente trabajo he concluido lo siguiente:

- Se entregó al Hospital Universitario de Motupe la actualización del mapa parlante del barrio Chirimoyo 2013.
- Se entregó al Hospital Universitario de Motupe la línea de base sustentada en fichas familiares y el diagnóstico comunitario del barrio Chirimoyo impreso, en formato de Microsoft Word 2013 y Microsoft Excel 2010.
- Se dio a conocer los resultados al Hospital Universitario de Motupe y a un representante del barrio lo que permitió un acercamiento entre el servicio de salud (HUM) y el Barrio Chirimoyo, despertando en forma conjunta la planificación de actividades de salud.
- En el barrio existen 40 casas, 27 están habitadas y 13 abandonadas, de las 27 familias 1 de ellas no colaboro para la recolección de información quedando como casa fallida.
- De los 110 habitantes del Barrio Chirimoyo 57 son de sexo femenino y los 53 sobrantes de sexo masculino, el rango de edad que prevalece es de 20 a 64 años con 45 del total de los habitantes.
- En el barrio Chirimoyo existe alta contaminación sanitaria ya que no existe agua potable, alcantarillado y la mayoría de la población tiene crianza de animales dentro de su vivienda.
- De los riesgos Socio-Económicos en las familias del Barrio Chirimoyo existe pobreza ya que de los jefes de familia 24 de 27 familias tienen empleo informal y algunos son desempleados existiendo malas condiciones de sus viviendas y por ende hacinamiento y en 6 de las 27 familias existe problemas de alcoholismo.
- Según el perfil epidemiológico del Barrio Chirimoyo, de los 110 habitantes 14 de ellos tienen enfermedades crónicas y se encontró un escolar con discapacidad intelectual del 72%según carnet.

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:

- A los habitantes del Barrio Chirimoyo que organicen una Directiva estable comprometida al desarrollo de la comunidad, para que de esta manera realicen convenios con instituciones que puedan ayudar al avance y resolución de los riesgos encontrados en la comunidad.
- Al Hospital Universitario de Motupe hacer hincapié en la población adulta mayor del Barrio Chirimoyo ya que es un grupo de mayor riesgo en la comunidad.
- Al Hospital Universitario de Motupe dar a conocer a la población de Chirimoyo los servicios con los que cuenta para que acudan a esta casa de salud para su atención.
- Al Hospital Universitario de Motupe trabajar con los grupos vulnerables encontrados en el perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas y discapacitados.
- Al Hospital Universitario de Motupe, a través del internado Rotativo de Enfermería impartir conocimientos a las mujeres y hombres con vida sexual activa del Barrio Chirimoyo sobre métodos de regulación de la fecundidad.
- A la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Enfermería, dar importancia y apoyar a los estudiantes para la realización de este tipo de proyectos ya que sirven de mucho para la formación profesional de los estudiantes, para la carrera y el beneficio de las comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

- ② Aguirre Pilar & Otros. (septiembre 2010). Manual de Atención al Alumnado con necesidades específicas de Apoyo Educativo por padecer Enfermedades Raras y Crónicas [Base en línea]. España Disponible en: www.juntadeandalucia.es/educacio/porta/com/big/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/Manualdeatencionalalumna.doNEAE/1278667341285_09.pdf
- ② Atie, Guidalli& Otros. (2011). Nutrición y Alimentación en el ámbito Escolar [Base en línea]. Madrid Disponible en: http://www.nutrición.org/img/files/nutricion%20ambito%20escolar%20FINA_Lprot.pdf.
- ② Collazos Jaime& Otros. (2008). Salud Pública y Discapacidad [Base en línea]. Bogotá Disponible en: <http://books.google.es/books?id=cBhhQB3dq5EC&dq=salud+publica+2008&hl=es&sa=X&ei=9j7xUuzAJ9KfkQe48IGQBQ&ved=0CE4Q6AEwBQ>
- ② Correa Eduardo, (2009). Manual Salud Comunitario.[Base en línea]. Ecuador Disponible en: <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMAN%C3%8DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20TRABAJO%20SOCIAL/09/SALUD%20COMUNITARIO/MANUAL%20DE%20SALUD%20COMUNITARIA.pdf>
- ② Escobar, A., Velasco M. (2010). Los y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Part1.pdf (Citado: 10/12/2013).
- ② Fathalla, Mahmoud. (2008). Guía práctica de investigación en salud. [Base en línea]. Washington, D.C: OPS Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/724/OPS.%20Guía%20práctica%20de%20investigación%20en%20salud.pdf>
- ② GARRIDO, H., YUNGA E. (2010). Incidencia del Cáncer en Loja: Estudio de una Década. Loja Sociedad de Lucha Contra el Cáncer-SOLCA.
- ② HERNÁNDEZ, M., AGUAYO J., GÓMEZ A., (2008). Manual de Lactancia Materna - de la teoría a la práctica. España. Editorial Médica Panamericana.

- ② HERNÁNDEZ, R., & Otros. (2010). Metodología de la Investigación. 5ª ed. México. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana.
- ② JUMBO, F. (2011). Análisis y Porcentajes de los Problemas Psicológicos.[Base en línea]. Ecuador. Disponible en:<http://www.slideshare.net/jumbofabian/la-psicologia-educativa-en-quito-ecuador-informe-del-ao-escolar-2010-2011> (Citado: 10-11-13).
- ② LEÓN, W., YÉPEZ G., NIETO, M. (2008). Componente Normativo Materno. Ecuador. MSP-SNS.
- ② MENDIETA, M. (2012). Dinámica poblacional en Ecuador, Informe de Coyuntura Económica. No 9. Ecuador. Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Técnica Particular de Loja.
- ② MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (2013). MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCl. Ecuador.
- ② MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CONASA. (Agosto 2010). Norma y protocolo Planificación Familiar. [Base en línea]. Ecuador Disponible en: <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma/planificacionfamiliar.pdf>
- ② ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2007). Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Suiza.
- ② ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2010). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Suiza.
- ② ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2011). Agua y Saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública. Washington.
- ② PINEDA, E., & Otros. (2008). Metodología de la Investigación. 3ª ed. Washington. Publicación de la OPS.
- ② SALAS, M., PEÑALOSA J. (2006). Pediatría, Bases Fisiopatológicas Clínicas y Terapéuticas. 3ª ed. México. Editorial Masson.
- ② VILLACÍS, B., CARRILLO D. (2011).La Nueva Cara Sociodemográfica del Ecuador.Edición Especial. Quito-Ecuador. Revista Analítica - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

ANEXOS

CERTIFICADO DEL PRESIDENTE



MSP - UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja, 10 de Octubre del 2013

Sr. Polivio Gonzalez Ponce

Presidente del Barrio Chirimoyo

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 de Chirimoyo


.....

PRESIDENTE DEL BARRIO

Ci. 1102935490
Cbl. 0993063547


.....

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci. 1102935490


.....

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci. 1102935490

FICHA FAMILIAR LADO B

5. CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR		FECHAS DE CALIFICACIÓN											
GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES													
		CALIFICACIÓN DEL RIESGO - PUNTO POR COMPONENTE: 0 = SIN RIESGO 1 = RIESGO MUY BAJO 2 = RIESGO BAJO 3 = RIESGO MODERADO 4 = RIESGO ALTO											
		TOTAL			TOTAL			TOTAL			TOTAL		
		BAJO	MOD	ALTO	BAJO	MOD	ALTO	BAJO	MOD	ALTO	BAJO	MOD	ALTO
A	RIESGOS BIOLÓGICOS												
1	PERSONAS CON VACUNACIÓN INCOMPLETA												
2	PERSONAS CON MALA NUTRICIÓN <small>(ALIMENTACIÓN INADECUADA)</small>												
3	PERSONAS CON EMFERMEDAD 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 DESCHOS 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	HACIENAMIENTO												
		TOTAL			TOTAL			TOTAL			TOTAL		
		BAJO	MOD	ALTO	BAJO	MOD	ALTO	BAJO	MOD	ALTO	BAJO	MOD	ALTO
		NIVEL DE RIESGO TOTAL: BAJO MOD ALTO											
		<small>CALIFICACIÓN GLOBAL DEL RIESGO DE LOS COMPONENTES EN LA CÉLULA DE "TOTAL" Y "RISGO" EN LA CÉLULA DE "NIVEL DE RIESGO TOTAL"</small>											
		CALIFICACIÓN DEL RIESGO - PUNTO TOTAL: 0 = SIN RIESGO 1 = 14-RIESGO BAJO 2 = 14-RIESGO MODERADO 3 = 14-RIESGO ALTO											
		RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN:											

FICHA FAMILIAR LADO D

7. FAMILIOGRAMA		SEÑALAR EL SÍMBOLO O LA ABRVIATURA CORRESPONDIENTE A LA SITUACIÓN FAMILIAR E PERSONAL, COTEAR EL SÍMBOLO O LA ABRVIATURA NECESARIA, PEGAR EN EL ESPACIO DE LA DESCRIPCIÓN CORRESPONDIENTE Y ADAPTAR EL FORMATO	
SIMBOLOGÍA	ABREVIATURAS	ADOPCIÓN	
HOMBRE MUJER ADOPCIÓN MATRIMONIO E UNIÓN LEGÍTIMA SEPARACIÓN UNIÓN DE SANGRE UNIÓN HERMANOS HERMANAS HERMANO Y HERMANA HERMANO Y HERMANA ADOPCIÓN HERMANO Y HERMANA UNIÓN DE SANGRE HERMANO Y HERMANA UNIÓN HERMANO Y HERMANA UNIÓN DE SANGRE Y UNIÓN HERMANO Y HERMANA UNIÓN DE SANGRE Y UNIÓN DE SANGRE HERMANO Y HERMANA UNIÓN DE SANGRE Y UNIÓN DE SANGRE Y UNIÓN DE SANGRE	H HOMBRE M MUJER A ADOPCIÓN M MATRIMONIO E UNIÓN LEGÍTIMA S SEPARACIÓN U UNIÓN DE SANGRE U UNIÓN H HERMANOS H HERMANAS H HERMANO Y HERMANA H HERMANO Y HERMANA ADOPCIÓN H HERMANO Y HERMANA UNIÓN DE SANGRE H HERMANO Y HERMANA UNIÓN H HERMANO Y HERMANA UNIÓN DE SANGRE Y UNIÓN DE SANGRE H HERMANO Y HERMANA UNIÓN DE SANGRE Y UNIÓN DE SANGRE Y UNIÓN DE SANGRE	A ADOPTADO P PADRE M MADRE H HERMANO H HERMANA H HERMANO Y HERMANA H HERMANO Y HERMANA ADOPCIÓN H HERMANO Y HERMANA UNIÓN DE SANGRE H HERMANO Y HERMANA UNIÓN H HERMANO Y HERMANA UNIÓN DE SANGRE Y UNIÓN DE SANGRE H HERMANO Y HERMANA UNIÓN DE SANGRE Y UNIÓN DE SANGRE Y UNIÓN DE SANGRE	
8. UBICACIÓN DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN		9. CONTAMINACIÓN AMBIENTAL	
NORTE		FECHA INFORME	TIPO DE CONTAMINANTE Y DESCRIPCIÓN
		CRONOLOGÍA DE LA CONTAMINACIÓN	
10. LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO		FICHA FAMILIAR - FAMILIOGRAMA Y CONTAMINACIÓN	

FOTOS ELABORACIÓN DEL MAPA



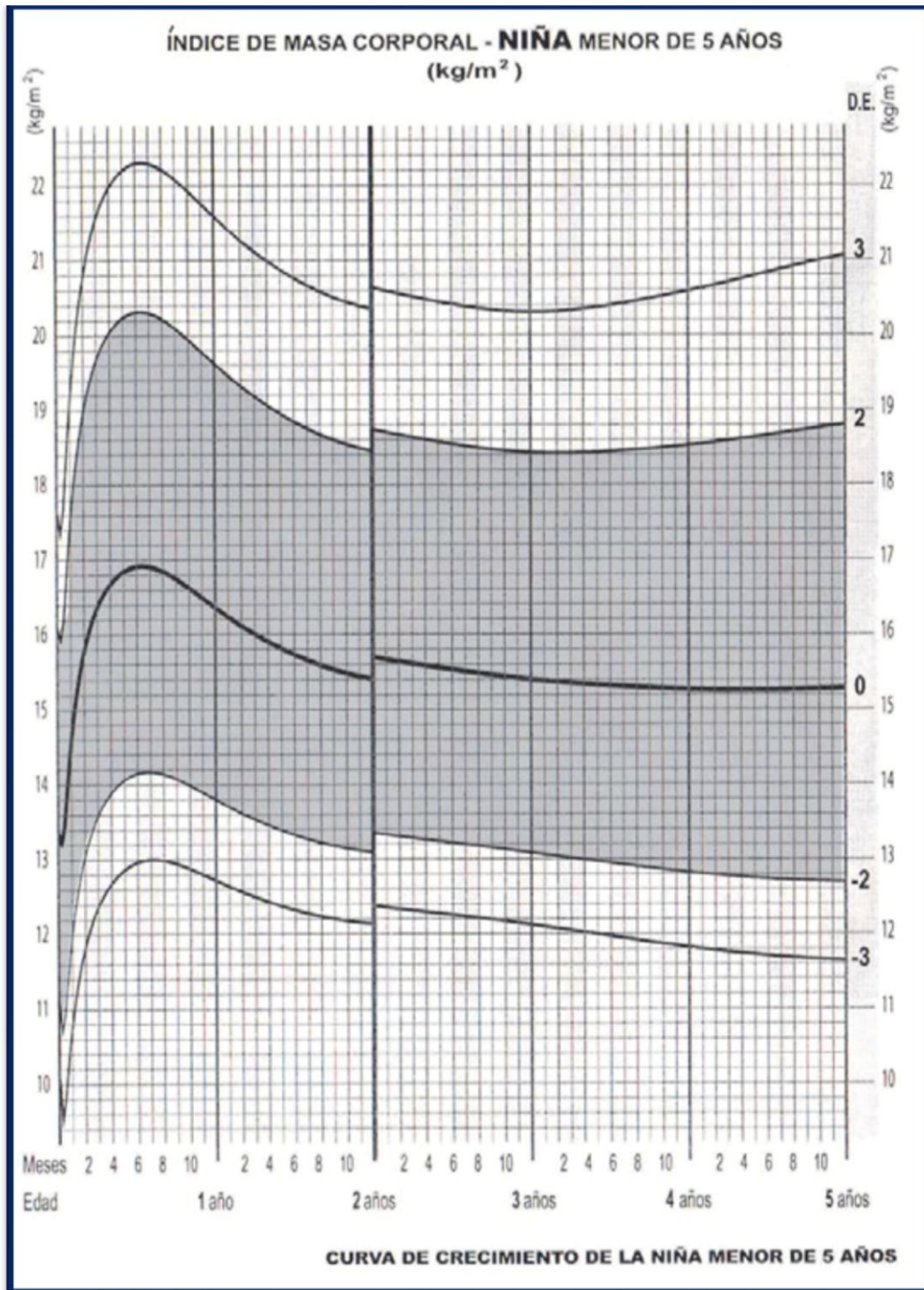
FOTOS RECONOCIMIENTO DEL BARRIO



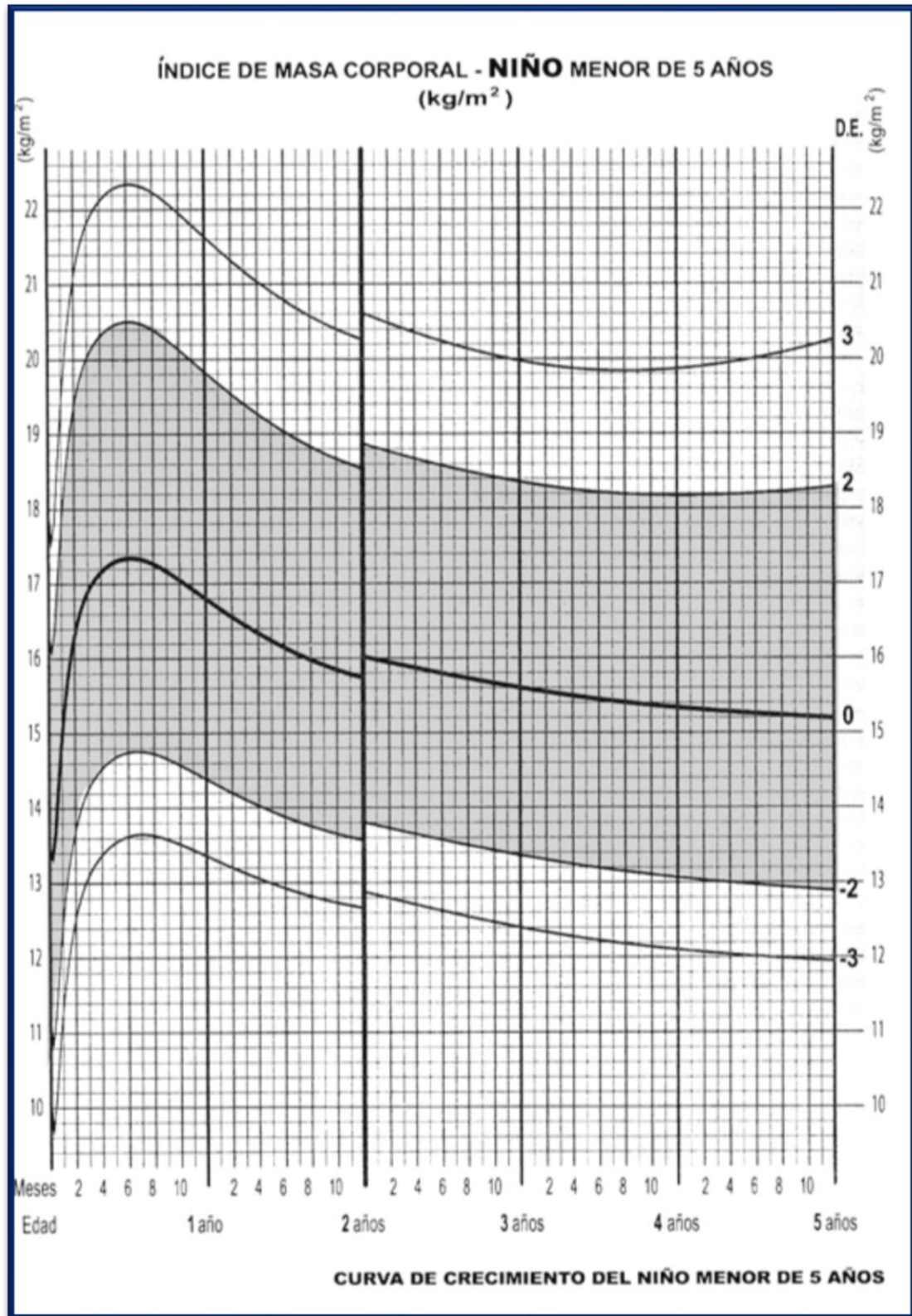
FOTOS RECONOCIMIENTO DEL BARRIO



ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS



ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



TABLAS PARA MEDICIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

<http://www.freebmiccalculator.net>

Infrapeso
 Normal
 Sobrepeso
 Obeso

CLASIFICACIÓN DE LA OMS DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO AL IMC	
Clasificación	IMC (Kg/m ²)
Desnutrición	<18,50
Desnutrición grave	<16,00
Desnutrición moderada	16,00 - 16,99
Desnutrición leve	17,00 – 18,49
Normal	18,50 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00 – 29,99
Obeso	≥30,00

TABLA DE TAMIZAJE VISUAL SNELLE

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

LISTA DE HABITANTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	DIRECCION (sector, numero de ficha)	PATOLOGIA
Gonzales Armijos Elias	53 años	Sector I Dirección: al norte donde finaliza chirimoyo, ultimo puente mano izquierda subiendo la montaña. Numero de ficha: 002	Hipertensión arterial
Cabrera Alulima María Visitación	72 años	Sector I Dirección: al norte donde finaliza chirimoyo, ultimo puente mano izquierda subiendo la montaña. Numero de ficha: 004	Hipertensión arterial
González Ponce Polivio	57 años	Sector I Dirección: a lado de la escuela de Chirimoyo Numero de ficha: 06A	Hipertensión arterial
Arévalo Montaña María Luzmila	57 años	Sector I Dirección: a lado de la escuela de Chirimoyo Numero de ficha: 06A	Prediabetes
González Sanmartín Manuel Victoriano	83 años	Sector I Dirección: a lado de la escuela de Chirimoyo Numero de ficha: 06A	Hipertensión arterial Soplo cardiaco
Montaña Mora Adolfina	89 años	Sector I Dirección: a lado de la escuela de Chirimoyo Numero de ficha: 06A	Hipertensión Neuritis Bocio Diabetes
Ponce González Julia María	70 años	Sector I Dirección: a lado de la quebrada Caygua Numero de ficha: 011A	Hipertensión
Yunga Poma Faustino modesto	31 años	Sector I Dirección: frente a la tarabita a mano izquierda Numero de ficha: 012	Diabetes
López López Ángel María	56 años	Sector II Dirección: en la última casa de la montaña Numero de ficha: 001	Hipertensión Reumatismo
Villalta Acaro YolisCumanda	43 años	Sector II Dirección: cruzando la tarabita en la primer casa después de la capilla	Diabetes

		Numero de ficha: 005	
Paccha Carmen	70 años	Sector II Dirección: cruzando el puente de hormigón segunda casa Numero de ficha: 009	Diabetes
López Pacha María Isabel	39 años	Sector II Dirección: cruzando el puente de hormigón primera casa Numero de ficha: 011	Diabetes
Benítez González Zoila Bezabet	63 años	Sector II Dirección: cruzando el puente de hormigón primera casa Numero de ficha: 012	Hipertensión Artritis
Cabrera Cabrera Rosa Margita	63 años	Sector II Dirección: cruzando el puente de hormigón en la montaña a la altura de la escuela Numero de ficha: 024	Diabetes

DISCAPACITADOS

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	DIRECCION (sector, numero de ficha)	DISCAPACIDAD Y PORCENTAJE
López Chamba Jonathan Fabricio	9 años	Sector II Dirección: en la última casa de la montaña Numero de ficha: 001	72% de discapacidad intelectual

EMBARAZADAS

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	DIRECCION (sector, numero de ficha)	SEMANAS DE GESTACIÓN
Quezada Puglla Mónica Silvana	22 años	Sector II Dirección: cruzando el puentes de hormigón segunda casa Numero de ficha: 009	37 semanas de gestación el día 10 de octubre del 2013.

MENORES DE 5 AÑOS

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SECTOR Y FAMILIA	DIRECCIÓN
Pineda Gonzales Estefany Brigitte	16-09-2012	1 años 2 meses	Sector 1 Familia 6B	A lado de la Escuela
Poma Cabrera Pablo Anibal	07-12-2012	11 meses	Sector 1 Familia 9	Primera casa después del puente de hormigón
Poma Cabrera Ángel Anibal	08-01-2010	2 años 11 meses	Sector 1 Familia 9	Primera casa después del puente de hormigón
Yunga Cabrera Emily Paola	27-05-2013	6 meses	Sector 1 Familia 12	Frente a la tarabita a mano izquierda
Cabrera Castro Rocío del Carmen	26-06-2011	1 años 5 meses	Sector 2 Familia 2C	Reina del Cisne cruzando la tarabita sexta casa
Cabrera Espinoza María Guadalupe	20-07-2010	2 años 5 meses	Sector 2 Familia 4	Reina del Cisne cruzando la tarabita segunda casa después de la capilla
Cabrera Jaramillo Cristian Javier	14-02-2011	1 años 9 meses	Sector 2 Familia 7	Reina del Cisne cruzando la tarabita tercera casa a la izquierda
Yunga Cabrera Karla Sofía	07-06-2010	2 años 5 meses	Sector 2 Familia 8	Cruzando el puente de hormigón tercera casa
Montaño Gonzales Kerly Janeth	28-09-210	3 años 3 meses	Sector 2 Familia 13	Cruzando el ultimo puente, ultima casa
Cabrera Castro Tania Lisbeth	01-07-2012	1 años 5 meses	Sector 2 Familia 19	Cruzando el puente de hormigón, primera casa a la izquierda

ANALFABETOS

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	DIRECCION
Montaño mora adolfina	89 años	Sector I Dirección: a lado de la escuela Numero de ficha: 006ª
Gonzales Sandoval Angelina	93 años	Sector I Dirección: vía antigua a cuenca, casa antes de la escuela Numero de ficha: 008
Armijos Patiño Segundo Juan	83 años	Sector I Dirección: única casa al filo del rio
Carmen Paccha	80 años	Sector II Dirección: cruzando el puente de hormigón segunda casa Numero de ficha: 009
Castillo Armijos Olga Raquel	61 años	Sector II Dirección: cruzando el puente de hormigón segunda casa

INDICE

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

PRELIMINAR	PÁGINAS
TÍTULO	1
RESUMEN.	2
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	4
REVISIÓN DE LITERATURA	5
MATERIALES Y MÉTODOS	42
RESULTADOS	44
DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	64-65
ANEXOS	66-83
ÍNDICE	84