

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



**TÍTULO:**

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE  
SALUD DEL BARRIO MASACA  
ALTO Y BAJO SECTOR I Y III,  
SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**

Tesis previa a la obtención  
del Título de Licenciada en  
Enfermería

**AUTORA:**

*Srta. María Elisa Gallegos Peña*

**DIRECTORA :**

*Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma*

*Loja - Ecuador*

**2013**

## CERTIFICACIÓN

Lic. Mgs. Patricia Chávez

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

**DIRECTORA DE TESIS:**

### CERTIFICO

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración del trabajo de tesis titulado "DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III, SEPTIEMBRE- DICIEMBRE DE 2013", de autoría de la egresada de la Carrera de Enfermería María Elisa Gallegos Peña, previa 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.

Atentamente.

Loja, Enero del 2014

  
.....  
Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma  
Directora de tesis

## AUTORÍA

Yo, María Elisa Gallegos Peña, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

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

**Autora:** María Elisa Gallegos Peña

**Firma:** -----

**Cédula:** 1105039547

**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, María Elisa Gallegos Peña, declaro ser autora de la presente tesis titulada **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**. Como requisito para optar al grado de Licenciada de Enfermería; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

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

**Firma:** .....  
**Autora:** María Elisa Gallegos Peña  
**Cédula:** 1105039547  
**Dirección:** Esteban Godoy  
**Correo Electrónico:** celestita101@yahoo.com  
**Teléfono:** 2545433

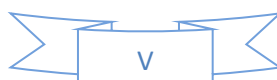
## DEDICATORIA

*A Dios por permitirme llegar hasta este punto y  
haberme dado salud para lograr mis objetivos,  
además de su infinita bondad y amor.*

*A mi madre por haberme apoyado en todo momento,  
por sus consejos, sus valores, por la motivación constante  
que me ha permitido ser una persona de bien,  
pero más que nada, por su amor.*

*A mis familiares, amigos y maestros quienes nos  
apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y  
a todos aquellos que participaron directa o indirectamente  
en la elaboración de esta tesis de grado*

*María Elisa Gallegos Peña*





## AGRADECIMIENTO

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

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

*Pongo en consideración mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por haberme brindado la oportunidad de formarme como profesional para así contribuir con la sociedad, a mi Directora de Tesis Lic. Mgs. Patricia Chávez, quien con sus sabios conocimientos, apoyo, tiempo y dedicación contribuyo para culminar mi trabajo de investigación. Sin dejar pasar por alto también hago un claro agradecimiento a la Comunidad de Masaca en los sectores 9 y 999, quienes aportaron para la realización del presente trabajo.*

***Gracias...!!***

***Maria Elisa Gallegos Peña***

**1. TÍTULO**

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO  
MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III,  
SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**

## **2. RESUMEN**

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

El universo estuvo constituido por 35 familias y 148 habitantes, la presente investigación es de tipo descriptivo, en el cual se detallan hechos y características relacionadas con la población y su entorno, el instrumento para la recolección de información fue la ficha familiar elaborada por el MSP y un anexo a esta ficha, el formulario de entrevista permitió completar la información, además se analizó los datos, obteniendo resultados que servirán como línea de base.

Entre los datos más relevantes destacamos; que el sexo más prevalente es el femenino con el 53,38%, el nivel de educación más sobresaliente es el Básico con 62,16%, se encontró 6 Analfabetos de los cuales algunos son jefes de familia, se identificó niños con problemas de nutrición con 13,33%, en cuanto escolares y adolescentes gran parte de ellos (86,67%) está con buen estado nutricional y estudian el 85,81%, en lo que respecta a mujeres con vida sexual activa, el método del ritmo es el más utilizado para la planificación familiar.

En cuanto al perfil epidemiológico destacamos que la Hipertensión es la patología crónica que más prevalece con el 8,10% afectando a edades comprendidas entre los 20 y 64 años, entre las enfermedades de impacto encontramos la toxoplasmosis, y lo que respecta a discapacidades se encontró física y psicológica. Se respalda la investigación con bibliografía y anexos que contempla el desarrollo de la misma.



**Palabras Claves:** Diagnóstico comunitario de salud del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III y sus resultados.

## **ABSTRACT**

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

The universe was constituted by 35 families and 148 inhabitants, the present investigation is of descriptive type, in which facts and characteristic related with the population and its environment are detailed, the instrument for the gathering of information was the family record elaborated by MSP and an annex to this record, the interview form allowed to complete the information, it was also analyzed the data, obtaining results that they will serve as base line.

Among the most outstanding data we highlight; that the sex more prevalent is the feminine one 53,38%, the level of more excellent education it is the Basic one 62,16%, he/she was 6 Illiterates of which some are heads of household, it was identified children some with nutrition problems of the 13,33%, as soon as school and adolescents great part of them this with nutritional good state and most studies 85,81%, in what concerns women with sexual active life, the method of the rhythm is the more used for the family planning.

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

**Keywords:** Community health diagnosis Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III.

### **3. INTRODUCCIÓN**

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

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

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

Como personal de salud, en calidad de egresada de la carrera de enfermería el objetivo general de la presente investigación es: Contribuir al fortalecimiento del **MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL** en el Hospital Universitario de Motupe, con la participación de egresados de la Carrera de Enfermería y los Equipos

Básicos de atención de Salud, para la formulación de propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad de **Masaca Alto y Bajo Sector I y III.**

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

## **4. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **4.1. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD**

#### **4.1.1. Definiciones**

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

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

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

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

#### **4.1.3. Mapeo de Actores**

La Participación Social en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud. La Atención Primaria de Salud

---

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

renovada está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos.

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

#### **4.1.4. Mapeo del Sector**

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

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

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

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



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

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

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

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

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

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

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

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

- ⓐ Mapa Parlante.
- ⓐ Sala Situacional.

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

#### **4.1.7. Diagnóstico integral de la salud de individuos y familias, identificación oportuna de riesgos biológicos, 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.<sup>2</sup>

#### **4.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

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

En toda circunstancia o situación la posibilidad aumenta en cada persona a contraer una enfermedad por diversos factores de riesgo entre ellos tenemos: factores de servicios de salud, biológicos, psicológicos, sexuales, químicos, físicos, políticos, económicos, del

---

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

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.<sup>3</sup>

#### 4.3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

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

En cuanto a la densidad demográfica es de 55,6 habitantes por Km<sup>2</sup>, las provincias con mayor densidad poblacional son Pichincha con 269.5 habitantes por Km<sup>2</sup> y Guayas con 22.5; mientras que las de menor densidad son Pastaza y Galápagos con 2.8 habitantes por Km<sup>2</sup> cada una.<sup>5</sup>

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

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

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

<sup>4</sup> Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4<sup>ta</sup> Edición, Septiembre 2012

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

<sup>6</sup>Ecuador Distribución por edad - Población - Mundi; Disponible en: [http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion\\_por\\_edad.html](http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html) Consultado: 9/12/2013; Hora: 19h00

#### **4.3.1. Distribución poblacional de la Provincia de Loja**

De acuerdo al Censo realizado en el año 2010 la provincia de Loja cuenta con una población de 448.966 habitantes, se caracteriza por existir un predominio de la población mestiza con 90,2% seguida de la indígena con un 3,7% y la raza blanca con el 3%, la población afro ecuatoriana con el 2,4%, montubios con el 0,7% y otros con el 0,1%.

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%.<sup>7</sup>

#### **4.4. NIVEL DE ESCOLARIDAD**

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

Entre los principales problemas que tiene la educación pública se encuentran los siguientes indicadores: persistencia del analfabetismo es del 6,8%<sup>8</sup>, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, mala calidad de la educación, 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.<sup>9</sup>

##### **4.4.1. Analfabetismo**

En el Ecuador, la noción de analfabetismo se vincula a personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir. Las nociones de

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

<sup>8</sup> Analfabetismo en el Ecuador. Disponible en: [http://noticiasenlinea.com.ec/actualidad/18895\\_ecuador-registra-una-tasa-de-analfabetismo-de-68-segun-el-inec.html](http://noticiasenlinea.com.ec/actualidad/18895_ecuador-registra-una-tasa-de-analfabetismo-de-68-segun-el-inec.html)

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

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

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

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

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).

---

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



#### **4.4.2. Deserción escolar**

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

A su vez, la afectividad juega un papel importante en el niño, ya que de esta dependen las buenas o malas relaciones que tenga en la escuela y su entorno, a más de la afectividad, en la vida de un niño, cuenta su autoestima, pues si presenta una baja autoestima dificulta sus posibilidades de aprendizaje. Otros factores escolares como la pedagogía y metodología, son decisivos, ya que deben desarrollarse metodologías acordes a las necesidades de los alumnos y una pedagogía basada en su formación crítica que despierte el interés del escolar.<sup>11</sup>

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

#### **4.5. OCUPACIÓN**

El empleado 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

---

<sup>11</sup>La deserción; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf>; Consultado: 09/12/2013

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

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

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

“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”.<sup>14</sup>

#### **4.6. FACTORES DE RIESGO**

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

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

##### **4.6.1. Riesgos biológicos**

**Personas con vacunación incompleta:** A nivel mundial, los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con múltiples factores; entre los reportados en la literatura se encuentran: pobreza, costo a las familias, costo a los proveedores, inicio tardío de la vacunación, información deficiente del estado de vacunación, y desconocimiento

---

<sup>13</sup>Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Disponible en:

[http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo\\_nacional\\_final.pdf](http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf) Consultado: 09-12-2013

<sup>14</sup>Loja (Ecuador). Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia\\_de\\_Loja](http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja) Consultado: 09-12-2013

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

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

**4.6.1.1. Personas con mal nutrición (sobrepeso o desnutrición):** El término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/ u otros nutrientes. Aunque el uso habitual del término “malnutrición” no suele tenerlo en cuenta, su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación.

En el Ecuador, según la ministra de Inclusión Económica y Social (**MIES**), 14 de cada 100 niños tienen problemas de obesidad y sobrepeso, además manifestó que entre 2007 y 2010 el porcentaje de desnutrición bajó de 27% a 23.2%.

**4.6.1.2. 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.<sup>15</sup>

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.

---

<sup>15</sup> Controles prenatales. Disponible en: <http://hospitalenriquesotomayor.med.ec/noticias/5-noticias/796-el-programa-q7-controles-prenatalesq-beneficia-al-binomio-madre-hijo>

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

En el Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, tras finalizar la primera evaluación de la situación en el país, para lo cual el personal médico llegó hasta los lugares más recónditos. Así mismo se evidenció que las discapacidades físicas y motoras son mayores 36,76%, seguidas por las intelectuales 24,6% y las múltiples 12,92%.<sup>16</sup>

**4.6.1.5. Personas con problemas mentales:** Las enfermedades mentales o trastornos psicológicos son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.

Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. En Ecuador un estudio realizado en el año 2010 por los médicos Santiago Luna, Flor María Bazurto, Inés del Pino integrantes de la Misión Solidaria Manuela Espejo, reveló que la discapacidad mental por demencia en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad.<sup>17</sup>

## **4.6.2. Riesgos sanitarios**

**4.6.2.1. Consumo de agua insegura:** Según datos derivados del Censo 2010, 28% de la población ecuatoriana no tiene acceso al líquido vital por red pública y el 22% no tiene saneamiento adecuado

<sup>16</sup> Disponible en: <http://solnacentenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html> 10/12/13, 10:15

<sup>17</sup> Disponible en: <http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevaqustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html> 10/12/13 9:

(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.<sup>18</sup>

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

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

**4.6.2.4. Animales intradomiciliarios:** Las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes y dan como resultado infecciones localizadas; sin embargo, existen otras infecciones que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud 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.

---

<sup>18</sup> Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/AguapotableysaneamientoenEcuador> 10/12/13, 8:11

### **4.6.3. Riesgos socio-económicos**

**4.6.3.1. Pobreza:** La pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación. la pobreza rural en el Ecuador bajo 4,23%.

En junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registro 44,96% según la última Escuela Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**).<sup>19</sup>

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

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

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

La encuesta revela que aproximadamente 8 de cada 10 empleos en el área urbana son generados por el sector privado, tendencia que se ha mantenido en los últimos años.<sup>20</sup>

**4.6.3.3. Analfabetismo del padre o de la madre:** El analfabetismo aumenta la vulnerabilidad socioeconómica presente y futura de los adultos, pero también es un importante agente de reproducción de dicha

<sup>19</sup> 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

<sup>20</sup> Disponible en: [http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=584%3ADesempleo-urbano-en-ecuador-se-ubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3ADesempleo-urbano-en-ecuador-se-ubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es) 10/12/13, 8:45



condición a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones. El Ministerio de Educación de Ecuador trabaja para reducir la tasa de analfabetismo del 6,8% según datos entregados por el Instituto de Estadísticas y Censos (**INEC**) para llegar al 4% el proyecto.<sup>21</sup>

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

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

**4.6.3.6. Malas condiciones de la vivienda:** El problema de la vivienda constituye en Ecuador uno de los problemas sociales más sensibles y complejos de resolver. En un país de más de 13 millones de

---

<sup>21</sup>Disponible <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-68-4.html> 10/12/13, 9:45

habitantes y cerca de 3 millones de hogares, existe más de un millón de viviendas deficitarias y una demanda anual de más de 60.000 viviendas para nuevos hogares, de ellos 25.000 son hogares bajo la línea de la pobreza, es decir con un ingreso familiar por debajo del costo la canasta básica, estimada en 450 dólares mensuales.

**4.6.3.7. Hacinamiento:** El término hacinamiento hace referencia a la situación lamentable en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. El hacinamiento es un problema de gran importancia en la actualidad ya que la población mundial es muy numerosa y la densidad de la misma es extremadamente alta en algunos espacios del planeta.<sup>22</sup>

En el Ecuador el 40% de las viviendas, las personas viven hacinadas, es decir, no tendrían habitaciones suficientes para el total de personas que residen en tales viviendas.<sup>23</sup>

#### **4.7. ENFERMEDADES CRÓNICAS**

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

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (**ECNT**) son enfermedades que pueden tener una determinación congénita, hereditaria y muchas veces son autoinmunes, idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, hábitos negativos como fumar, tomar alcohol

<sup>22</sup> Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx> 10/12/2013, 8:20

<sup>23</sup> Disponible en: [https://www.google.com.ec/?qws\\_rd=cr&ei=viynUpOAl8efkQepzoCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador](https://www.google.com.ec/?qws_rd=cr&ei=viynUpOAl8efkQepzoCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador) 10/12/2013.

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: <sup>24</sup>

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

#### **4.7.1. Impacto de las Enfermedades Crónicas**

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

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

---

<sup>24</sup> 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](http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas.php). Consultado: 09/12/13)

<sup>25</sup> Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4

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.

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

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

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

#### **4.8. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS**

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

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

millones, mientras que las muertes ocasionadas por el cáncer aumentarán de 7,6 millones a 13 millones.<sup>26</sup>

Los tipos de enfermedades degenerativas son:

- Ⓢ **Espondilo Artrosis:** Degeneración de los cartílagos articulares. Afecta con mayor frecuencia a la columna vertebral, sobre todo a los segmentos cervicales y lumbares.
- Ⓢ **Alzheimer:** Se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian.
- Ⓢ **Cáncer:** Producción excesiva de células malignas, con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento descontrolado (crecimiento y división más allá de los límites normales, invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis).
- Ⓢ **Tumores Benignos y Malignos:** Es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen del órgano afectado independientemente de que sean de carácter benigno o maligno. Generalmente pueden retirarse o extirparse y, en la mayoría de los casos, no reaparecen".<sup>27</sup>

#### 4.9. ENFERMEDADES DE IMPACTO

También llamadas transmisibles, según la **OMS** es cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico, y se manifiestan por la transmisión de ese agente, de una persona, o de un reservorio, a un huésped susceptible, directa o indirectamente. En el 2001 las enfermedades infecciosas causaron el 26% de la mortalidad total en todo el mundo y ocasionaron 15 millones de muertes, muchas de las cuales podrían haberse evitado con

---

<sup>26</sup> 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

<sup>27</sup> Enfermedades crónicas: Disponible en: [http://www.alimentatesano.cl/el\\_impacto\\_de\\_enf\\_cronicas.php](http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php) consultado a las 10:45

medicamentos, vacunas y acceso a agua y alimentos no contaminados.

Las muertes por el **SIDA** y la Tuberculosis, la Malaria, las Enfermedades Diarreicas y las Infecciones Respiratorias representan una gran parte de la carga de las Enfermedades Infecciosas.<sup>28</sup>

Entre ellas tenemos:

**4.9.1. Enfermedades de Transmisión Sexual:** Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), unos 685 mil hombres y mujeres de todo el mundo y aproximadamente unos 40-50 millones en América, contraen **ITS** (Infecciones de Trasmisión Sexual) cada día. Más de 340 millones de **ITS** curables y muchas más enfermedades incurables ocurren cada año.<sup>29</sup>

Entre las ITS más comunes encontramos:

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

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

🦠 **Gonorrea:** Es causada por la bacteria Neisseria Gonorrhoeae y la puede contraer cualquier persona que tenga algún tipo de actividad

---

<sup>28</sup> Enfermedades infecciosas disponibles en: <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/Potenciaci3nDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx> consultado 5/12/13

<sup>29</sup> Control de enfermedades transmisibles. Disponible en: <http://www.spherehandbook.org/es/servicios-de-salud-esenciales-norma-2-sobre-control-de-enfermedades-transmisibles-diagnostico-y-tratamiento-de-casos>

sexual. La infección se puede diseminar por contacto con la boca, la vagina, el pene o el ano.

- 🦠 **Candidiasis.** Es un hongo que vive en casi todas partes, la Candidiasis Vulvo vaginal, es una infección común que ocurre cuando hay un crecimiento acelerado del hongo llamado Cándida Albicans. La Candida siempre está presente en el organismo en pequeñas cantidades.
- 🦠 **Sífilis:** Es una **ETS** causada por una bacteria, Infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a los hombres como a las mujeres.
- 🦠 **Chancro Blanco:** Un chancro es una lesión primaria de la sífilis, indolora, que aparece en el lugar de entrada de la infección. Se presenta como una pápula pequeña o como una erosión.
- 🦠 **Herpes.** El herpes es una infección causada por un virus herpes simple (**VHS**). Puede afectar los genitales, las nalgas o el área del ano.

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

Entre ellas destacan:

- 🦠 **Tuberculosis:** Es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones. Se transmite de una persona a otra a través de diminutas gotas generadas en el aparato respiratorio de los pacientes con enfermedad pulmonar activa.
- 🦠 **Enfermedad Diarreica Aguda:** Es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y auto limitada, caracterizada por

evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas.

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

#### 4.10. DISCAPACIDAD

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

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

Las disfunciones físicas y motoras son mayoría (36,76 por ciento), seguidas por las intelectuales (24,6 por ciento) y las múltiples (12,92 por ciento). 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 de traumatismos, prematuridad, y eventos postnatales asociados", explicó Gamez al tiempo que destacó



el aporte del estudio de 651 muestras en el Centro Nacional de Genética de Cuba.<sup>30</sup>

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

#### 4.10.1. Personas con Discapacidad Carnetizadas.

Según datos del **MIES** 2012, en la Provincia de Loja hay 5.207 personas. En la zona 7: El Oro, Loja y Zamora Chinchipe, son 12.613 personas.

#### 4.10.2. Tipos de discapacidad

- Ⓢ **Discapacidad Física:** Limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectada son los brazos y piernas.
- Ⓢ **Discapacidad Cognitiva:** Presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y en el aprendizaje.
- Ⓢ **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.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> LAZARUM, Disponible en: <http://www.lazarum.com/2/web.php?search=datos+estadisticos+ecuador> Citado: 10/12/2013, Hora: 10h25.

<sup>31</sup> CORPOALEGRIA, Tipos de discapacidad, Disponible en: <http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/> Citado: 09/12/13, Hora: 18h30pm.

## 4.11. TRASTORNOS MENTALES

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

Entre estos problemas tenemos:

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

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

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

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

**4.11.4. Fobias:** Es un temor fuerte e irracional de algo que representa poco o ningún peligro real. Existen muchas fobias específicas. La acrofobia es el temor a las alturas, la agorafobia es el temor a los lugares públicos y la claustrofobia es el temor a los espacios cerrados.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup>MEDICINE PLUS, Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/phobias.html> Citado: 06/12/2013, Hora: 11h30 am

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

**4.11.6. Depresión:** Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.<sup>33</sup>

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

El Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), tiene como finalidad asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del Programa, usando vacunas de calidad, gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de una gerencia y vigilancia epidemiológica efectiva y eficiente en todos los niveles, que involucre a los diversos actores del Sistema Nacional de Salud.<sup>34</sup>

Las coberturas del Programa de Inmunizaciones en el año 2009, superan las alcanzadas en el 2008, en todos los biológicos. La vacuna contra Rotavirus en el año 2009 alcanza el 97% de cobertura, SRP el 15%, el menor incremento reportado es en BCG 2%.<sup>35</sup>

#### **4.13. TAMIZAJE NEONATAL**

“Con pie derecho, la huella del futuro” es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo



<sup>33</sup>Depresión, Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/index.html](http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html) , Citado: 06/12/2013

<sup>34</sup>PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: [http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines\\_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf](http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf) . Consultado: 09-12-2013

<sup>35</sup> Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/> . Consultado: 09-12-2013

intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.<sup>36</sup>

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”<sup>37</sup> 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. Con la prueba se pretende prevenir el retraso mental.

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

Ⓢ **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** Se da cuando los recién nacidos carecen de una enzima para producir cortisol y aldosterona.

---

<sup>36</sup>Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec> Consultado: 09-12-2013.

<sup>37</sup> 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

Esto produce más andrógenos, lo que ocasiona la masculinización de fetos femeninos y una potencial pérdida salina en ambos sexos.<sup>38</sup> La prueba previene la muerte antes del primer mes de vida y de alteraciones del sexo.

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

#### 4.14. ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

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

La valoración del estado nutricional, se relaciona con la medición del crecimiento, el cual está determinado genéticamente para el incremento de masa corporal libre de grasa. Si el niño permanece sano y asegura una fuente adecuada de nutrimentos durante sus etapas críticas de crecimiento físico, lograría cumplir todo su potencial genético.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> 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.

<sup>39</sup> Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#ixzz2ly1YIYuZ>

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.

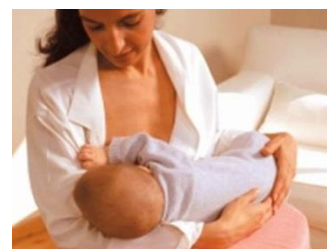
Una alimentación saludable requiere, en muchos casos, de una educación nutricional que debe promoverse desde la infancia y en el núcleo familiar ya que los hábitos adquiridos en esa etapa son fundamentales para una correcta alimentación en la adolescencia y prevención de las enfermedades vinculadas a 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 déficit (desnutrición) o por exceso (obesidad)

aumenta los riesgos de enfermedades asociadas a estas condiciones. La mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos a la dieta diaria.

#### 4.15. LACTANCIA MATERNA

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



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

A nivel mundial, se estima que solo el 38% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva durante sus 6 primeros meses.<sup>40</sup>

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

Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica para evitar al

---

<sup>40</sup> 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>

máximo el riesgo de contaminación. Alimentar a un niño pequeño requiere una atención activa y estimulación para animarlo a comer.<sup>41</sup>

#### 4.16. CONTROL DEL NIÑO SANO



La Norma Oficial de la **OMS** establece que durante el primer año, un niño (a) debe revisarse clínicamente al momento del nacimiento, a la semana de vida y al mes de edad y posteriormente, a los 2,

4, 6, 9 y 12 meses. Durante el segundo año de vida, debe ser evaluado cada 3 meses; de los 2 a los 5 años por lo menos de 2 a 3 veces al año y a partir de entonces, de 1 a 2 veces al año. La revisión clínica debe ser ajustada a cada paciente.

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

Ya analizado el crecimiento y desarrollo del niño pasamos al aspecto de las inmunizaciones (vacunas). Por ello los padres deben recibir la

---

<sup>41</sup>Hasta que edad es importante alimentar al bebe solo con leche materna. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>



información actual acerca de todas las enfermedades que se previenen con el esquema básico que nos ofrece el Sector Salud.<sup>42</sup>

## **4.17. ESCOLARES Y ADOLESCENTES**

### **4.17.1. Estado nutricional de los escolares y adolescentes**

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

#### **4.17.1.1. Crecimiento del Niño y el Adolescente**

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

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

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

---

<sup>42</sup> Pediatría control del niño sano disponible en: <http://pediatria.org/?p=> consultado el 12/12/ 2013

la estatura habla acerca de la calidad del ambiente en que ha vivido una población.

#### 4.17.1.2. Valoración del Estado Nutricional

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

#### 4.17.1.3. Datos estadísticos

En el Ecuador es evidente la emergencia del sobrepeso y la obesidad: el exceso de peso se caracteriza por bajas tasas durante los primeros años de vida, 6,5% en la edad infantil; aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar, 14% de sobrepeso/obesidad en escolares ecuatorianos de ocho años de edad que habitan en el área urbana incremento sostenido durante la adolescencia en un 22% a nivel nacional.<sup>43</sup>

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”.<sup>44</sup> El mismo considera que, los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

#### 4.17.2. Vacunación dT (Difteria y Tétanos )

El tétanos es una enfermedad bacteriana infecciosa causada por *Clostridium tetani*. En condiciones anaerobias favorables, como en heridas sucias y necróticas, este bacilo ubicuo puede producir

---

<sup>43</sup> 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](http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDARIA.pdf)

<sup>44</sup> Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC <http://www.alimentatecuador.gob.ec>

tétano- espasmina, una neurotoxina extremadamente potente que bloquea los neurotransmisores inhibidores del sistema nervioso central y provoca la rigidez muscular y espasmos característicos del tétanos generalizado. La enfermedad puede afectar a cualquier grupo de edad.

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

#### **4.17.3. Agudeza visual en escolares y adolescentes**

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

Para valorar la agudeza visual de un paciente, se le realiza uno o varios "tests" en los que tendrá que superar distintas pruebas visuales, tal como:

- **Test de Snellen:** Son los más populares, están formados por filas de letras que van de tamaño más grande a más pequeño conforme bajamos la mirada. Cuanto más abajo logre ver nítido el paciente, mayor agudeza visual tendrá.<sup>45</sup>

### **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-

---

<sup>45</sup> 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

escolar y escolar la discapacidad visual y finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual.<sup>46</sup>

#### **4.17.4. Estudio en escolares y adolescentes**

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

##### **4.17.4.1. Educación Básica**

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

Los conocimientos que deben ser logrados por los niños y niñas entre 5 y 14 años en la educación básica tendrán que estar asociados con la modernización productiva, la tecnología de la información y el desempeño de una nueva ciudadanía. Todo ello bajo el desarrollo de capacidades que los lleven a resolver problemas, tomar decisiones e integrar el arte y la comunicación a sus procesos formativos.<sup>47</sup>

##### **4.17.4.2. Datos estadísticos**

Existen altas coberturas de la educación básica. Mientras el 95% de los niños y niñas de 5 a 14 años está en el sistema escolar, 92%

---

<sup>46</sup> 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.

<sup>47</sup> UNICEF. La Educación. Disponible en: [http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta\\_nacional\\_NNA\\_siglo\\_XXI\\_2\\_Parte2.pdf](http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf) Citado el 10/12/2013

asisten a la educación básica en el curso que corresponde para su edad. Sin diferencias de género en el acceso a la educación básica. Uno de los logros de la equidad es lo que este indicador señala. Tanto el 95% de las niñas como de los niños ecuatorianos asisten al sistema escolar.

#### **4.17.4.3. Educación media**

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

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

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

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

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

**4.17.4.4. Datos estadísticos:** No hay diferencias significativas entre adolescentes hombres y mujeres en el acceso a la educación media. Seis de cada diez mujeres e igual número de hombres asisten al bachillerato. Las proporciones entre los que están en el sistema escolar sin importar el nivel básico y secundario tampoco arroja diferencias de género.<sup>48</sup>

#### **4.17.5. Rendimiento académico en los escolares y adolescentes**

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

##### **4.17.5.1. Factores que influyen en el rendimiento académico.**

Existen factores asociados al fracaso escolar; sin embargo son esos mismos factores lo que propician también el éxito escolar, en los cuales tenemos:

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

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

---

<sup>48</sup> UNICEF. La Educación. Disponible en: [http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta\\_nacional\\_NNA\\_siglo\\_XXI\\_2\\_Parte2.pdf](http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf) Ciado el 10/12/2013

- Ⓢ **Factores familiares:** El rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante, porque es importante la percepción que tengan acerca de la valoración positiva o negativa de su familia hacia ellos, su percepción del apoyo que ella les presta, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.
- Ⓢ **Factores personales:** Se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recorriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales.<sup>49</sup>
- Ⓢ **Pereza:** Las transformaciones físicas (como aumento de estatura, aparición de caracteres sexuales secundarios, etc.) junto con la inestabilidad de emociones y sentimientos. Explican por qué con frecuencia el adolescente se siente fatigado y le es más difícil concentrarse.
- Ⓢ **Conflictos propios de la adolescencia:** El adolescente entra en conflicto con los valores de su infancia, cuestiona normas y orientaciones que recibió durante sus años anteriores.
- Ⓢ **Mala alimentación:** Los adolescentes en esta etapa de su vida requieren una mayor cantidad de nutrientes ya que las consecuencias de una mala nutrición ocasiona bajo rendimiento escolar, falta de atención, concentración, entre otros problemas que impiden gravemente que desarrollen adecuadamente las habilidades previstas por el sistema educativo”.

#### 4.17.6. Problemas de conducta en escolares

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

---

<sup>49</sup>Torres L. Rodríguez N. Rendimiento académico y contexto familiar. Disponible en <http://www.orienta.org.mx/docencia/Docs/Sesion-7-8/Torres.pdf>

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

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

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

El trastorno de conducta ha sido asociado con:

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

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

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

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



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

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

#### 4.17.7. Problemas de conducta del adolescente

Los problemas de conducta en adolescentes hacen referencia a conductas rebeldes, conflictivas y mal vistas por la sociedad que, al igual que en los niños, son observables, medibles y modificables.<sup>50</sup>

Entre problemas de conducta tenemos:

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

---

<sup>50</sup> Taller para adolescentes "Aprendiendo a comunicarnos, resolver conflictos y tomar decisiones disponible en: [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado6\\_2.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado6_2.pdf)

demás de una manera honesta, oportuna y profundamente respetuosa. Su meta es: Lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo amerita.

- Ⓢ **Conducta antisocial:** se refiere, de forma general, a cualquier conducta que refleje el incumplimiento de reglas normas sociales y la materialización de una acción contra los demás.
- Ⓢ **Conducta Pro-social:** La conducta pro-social comienza a aparecer durante la etapa pre-escolar y puede observarse en el niño desde los dos años de edad. Sin embargo la capacidad para compartir y cooperar es limitada; la conducta pro-social sigue desarrollándose ya entrada la adolescencia y de manera posterior.<sup>51</sup>

#### 4.18. ATENCIÓN MATERNA

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

La misma que comprende:

- Ⓢ **Embarazo y parto:** Consultas y estudios de diagnóstico específicamente vinculados con el embarazo, el parto y puerperio. Además psicoprofilaxis obstétrica, medicamentos exclusivamente asociados con el embarazo y parto con cobertura del 100%.
- Ⓢ **Infantil:** El Plan Materno Infantil prevé la realización obligatoria de estudios para detección de la fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística del recién nacido. Además ofrece cobertura de consultas, seguimiento y control, inmunización y medicación requerida para los primeros 12 meses de vida, según el listado de medicamentos esenciales.

---

<sup>51</sup>Problemas típicos de adolescentes, consejos para padres, e intercambio de casos e ideas disponible en: <http://adolescentes.euroresidentes.com/2012/07/adolescentes-agresivos.html>

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

#### 4.18.1. Controles médicos en el embarazo

El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los riesgos y complicaciones del embarazo, que amenazan la vida de la madre y el feto, comprende el control de salud tanto de la madre como del niño antes del parto, para prevenir los riesgos que se pueden presentar en esta etapa.<sup>52</sup>

##### 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.<sup>53</sup>

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

#### 4.18.2. Vacunación en mujeres embarazadas

La inmunización materna es una intervención potencial para prevenir muchas enfermedades durante el embarazo y protege a la madre

---

<sup>52</sup>Dra. MARTÍNEZ. A. <http://ginecologaobstetareynosa.blogspot.com/2011/05/embarazoz.html>

<sup>53</sup>CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.

como al feto. Se considera que las mujeres embarazadas son especialmente vulnerables a las infecciones. “Todas las mujeres en edad fértil deberían estar inmunizadas frente a las enfermedades más comunes que pueden suponer un riesgo durante el embarazo.

En el Ecuador, el Tétanos Neonatal ha sido eliminado como problema de salud pública nacional y provincial (**OPS**, 2008). El impacto a la fecha, se demuestra con la disminución de la tasa de TNN a 0.02 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. A pesar de ser la vacunación un método sencillo y económico para prevenir el tétanos neonatal, aún existen en nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tetánico”.<sup>54</sup>

“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”.<sup>55</sup>

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:

---

<sup>54</sup>Incidencia y Factores de Riesgo asociados al Tétanos Neonatal en el Ecuador: Principales determinantes que influyen en las bajas coberturas de vacunación con DT en las mujeres en edad fértil en el año 2009-2010 disponible: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1030/1/98048.pdf>

<sup>55</sup>Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza; disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/>

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

#### 4.18.3. Problemas relacionados con el embarazo

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

##### **Otras complicaciones del embarazo:**

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

- Ⓢ **Embarazo ectópico:** Es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocisto se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente), en el ovario, en el canal cervical, en la cavidad pélvica o en la abdominal. El embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que lleva a la muerte fetal, y es la principal causa de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre con 2 o 3 semanas del embarazo.
- Ⓢ **Hiperémesis gravídica:** Casi todas las mujeres experimentan náuseas o vómitos durante el embarazo, particularmente durante el primer trimestre. Se cree que la causa de las náuseas y el vómito durante el embarazo es una elevación rápida de los niveles sanguíneos de la gonadotropina coriónica humana (**GCH**), la cual es secretada por la placenta.
- Ⓢ **Placenta previa:** Es una forma anómala de colocación de la placenta. Se habla de placenta previa cuando esta se posiciona cubriendo parcial o completamente el orificio cervical interno o cuello del útero. Esta colocación impide un parto normal y es una de las principales causas de sangrado durante el tercer trimestre del embarazo.
- Ⓢ **Pre eclampsia:** También llamada toxemia, es un problema que les ocurre a las mujeres durante el embarazo. Una afección que comienza después de las 20 semanas de embarazo que ocasiona hipertensión y cantidades excesivas de proteína en la orina de la madre.

#### **4.19. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL**

##### **4.19.1. Vacunación en las mujeres de edad fértil**

La inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dT), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de

asegurar que su embarazo termine sin problemas.<sup>56</sup> El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos. Es muy frecuente en países de bajos ingresos y se produce por la protección insuficiente que pasa de la madre al feto junto con infección que entra en el recién nacido a través del cordón umbilical. La revisión de estudios que evalúan la vacunación de mujeres en edad fértil mostró menos casos de tétanos neonatal al aplicarse dos o tres dosis.<sup>57</sup>

#### **4.19.2. Regulación de la fecundidad**

Actualmente, en el contexto de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad humana con las necesidades de bienestar y salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción. Por lo tanto se adoptan métodos que se engloban en programas como: la planificación familiar la cual es la utilización de objetos, sustancias y procedimientos naturales o artificiales, que se utilizan de manera voluntaria, tanto temporales como definitivos, para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja, para impedir la fecundación, y evitar un embarazo no planificado.<sup>58</sup>

##### **4.19.2.1. Clasificación de los métodos anticonceptivos**

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

<sup>56</sup> Disponible en: [http://www.cd3wd.com/cd3wd\\_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE](http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE). Fecha: 05/12/2013.

<sup>57</sup> Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959> Fecha: 05/12/2013.

<sup>58</sup> Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013.

#### **a) Métodos Naturales**

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

#### **b) Métodos de Barrera**

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

#### **c) Métodos Hormonales**

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

Entre ellos se encuentran:<sup>59</sup>

- Ⓞ La Píldora
- Ⓞ Inyectables
- Ⓞ Implante

#### **4.19.3. Papanicolaou**

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

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

La toma para el estudio orgánico o la pesquisa del cáncer cérvico-uterino se debe hacer directamente del exocérvix en la zona escamocolumnar mediante raspado superficial, con la espátula de Ayre o un depresor. Luego se tomará otra muestra del fondo del saco posterior.<sup>60</sup> “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

<sup>59</sup> Disponible en: <http://tvncanal.com/index.php> Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45min.

<sup>60</sup> Disponible en: GINECOLOGIA DE RIGOL. CAP. 5 Pág. 41-42. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h15min.



habitantes, con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres”.<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup>RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia “Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador”

## **5. MATERIALES Y MÉTODOS**

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

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

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

### **5.1. Tipo de estudio**

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

### **5.2. Universo**

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

### **5.3. Análisis de la información**

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

en base a grupos programáticos. Los resultados obtenidos fueron analizados e interpretados en tablas.

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

## **5.4. Materiales**

### **5.4.1. Recursos materiales**

- Computador
- Proyector
- Archivadores
- Material bibliográfico (MAIS-IFC)
- Fichas familiares
- Plano geográfico
- Material de escritorio: grapadora, perforadora, esferográficos, adhesivos, etc.
- Material de consultorio: balanza de pie, cinta métrica, tensiómetro, fonendoscopio, etc.

## **6. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD.**

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

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

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



El Barrio de Masaca se encuentra a 15Km de distancia del Hospital Universitario de Motupe.

### **Límites de la comunidad**

- **AL NORTE:** Solamar alto y Bajo
- **AL SUR:** Sevilla de Oro
- **AL ESTE** Cerro Zañe
- **AL OESTE:** Salapa alto

Existen aproximadamente 60 familias cada una integrada por cuatro miembros, en su mayoría mestizos aunque existe una familia indígena.

### **Organización**

- ✓ El Barrio Masaca cuenta con una directiva eclesiástica por:
  - ♣ **Presidente:** Sr. Alfredo Naula.
  - ♣ **Secretario:** Sra. Yolanda González.
  - ♣ **Tesorero:** Sra. Rosa Armijos.
  
- ✓ Asociación de Mujeres Luchadoras
  - ♣ **Presidenta:** Sra. María Vera
  - ♣ **Secretaria:** Sra. Diana Jaramillo.
  - ♣ **Tesorera:** Sra. Marlene Cabrera

### **Centro educativo**

Este barrio cuenta con dos escuelas una llamada “Dr. Emiliano Mora” que está ubicada en Masaca bajo y otra que se encuentra ubicada en Masaca alto la misma que es llamada Centro Educativo ya que no dispone de nombre hasta el momento ambas brindan servicios formativos a la mayoría de niños del sector desde jardín hasta el 7mo año de educación básica.



### **Fiestas religiosas**

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

### **Creencias**

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

### **Salud**

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

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

### **Transporte y servicios con que cuenta**

Masaca es un barrio urbano que cuenta con luz eléctrica, agua entubada y pozos sépticos en la mayoría de las viviendas, carece de alcantarillado, alumbrado público, agua potable y buenas vías de acceso a las viviendas, (puentes de hormigón armado), además cuentan con transporte interparroquial Vinoyacu el mismo presta sus servicios en horarios de 5:00am, 6:30am, 8:00am, 11:00am, 11:30am, 12:00pm, 13:00pm, 14:00pm, 15:00pm, 16:00pm, 17:00pm, 19:00pm.



### **Fuentes de ingreso económico de la comunidad**

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

Los moradores del sector se caracterizan por ser amables, sencillas, colaboradores y caritativos, ya que en su totalidad nos supieron colaborar y brindar información necesaria para poder realizar el presente trabajo de investigación.

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

### **7.1. Datos referenciales generales de población**

- ♣ Número de familias del sector I y III: **35**
- ♣ Número total de habitantes del sector I y III: **148**

Total de habitantes por sexo

- ♣ Masculino: **68**
- ♣ Femenino: **80**

♥ Casa no habitadas: **19**



## 7.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

**TABLA N° 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL**  
**BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	1	0,68	0	0,00	1	0,68
1 a 4 años	6	4,05	8	5,40	14	9,46
5-9 años	7	4,72	12	8,11	19	12,84
10-19 años	14	9,46	15	10,14	29	19,59
20-64 años	31	20,95	34	22,97	65	<b>43,92</b>
65 años y más	10	6,76	10	6,76	20	13,51
<b>TOTAL POBLACIÓN</b>	69	<b>46,62</b>	79	<b>53,38</b>	148	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
ELABORADO POR: María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

### ANÁLISIS.

En el Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III, la población de 20 a 64 años la misma que se encuentra económicamente activa, predominado con el **43,92%** acentuándose más el sexo femenino con el **53,38%**, y en un **46,62%** que se halla en el sexo masculino, supone que existe una mayor proporción de población en edad de trabajar, ahorrar, invertir y producir; y un menor número de personas dependientes que requieren inversiones en salud y educación.<sup>62</sup>

<sup>62</sup> VILLACÍS B., CARRILLO D., **LA NUEVA CARA SOCIODEMOGRÁFICA DEL ECUADOR**, Edición Especial, Revista Analítica, (Instituto Nacional de Estadística y Censos) INEC, Quito-Ecuador, 2012

**TABLA N° 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO MASACA ALTO Y**  
**BAJO SECTOR I Y III SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

ESCOLARIDAD	f	%
Analfabetos	6	4,05
Sin Escolaridad	15	10,14
Básica	92	62,16
Bachillerato	30	20,27
Superior	5	3,38
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III

**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

**NOTA:** la población sin escolaridad corresponde a niños menores de 5 años debido ya que estos niños encontrados en los sectores de Masaca no reciben ningún tipo de estimulación temprana sino que, ingresan al primer año de básica al cumplir los cinco años.

### **ANÁLISIS.**

En el sector I y III del Barrio Masaca encontramos que el **62,16%** tienen estudios de nivel básico, seguido del **20,27%** corresponden al nivel de bachillerato dado que la población mayoritaria está constituida por jóvenes los cuales cursan el bachillerato por otro lado, cabe recalcar que un **4,05%** son analfabetos correspondiente a la población adulta mayor los mismos que no tuvieron la oportunidad de asistir a establecimientos educativos.

**TABLA N° 3**  
**RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO MASACA**  
**ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Personas con mala nutrición	36	<b>24,32</b>	112	75,68	148	100
Personas con enfermedad de impacto	4	<b>2,70</b>	144	97,30	148	100
Personas con discapacidad	2	<b>1,35</b>	146	98,65	148	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III

**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

**NOTA:** se eliminan las categorías "personas con vacunación incompleta, embarazadas con problemas y personas con enfermedades mentales" por no existir casos.

### **ANÁLISIS.**

En lo referente a riesgos biológicos de la población del Barrio Masaca Alto y Bajo sector I y III se encontró a niños y adolescentes con desnutrición y sobrepeso en un **24,32%**. De la misma manera se evidenció un **2,70%** correspondiente a enfermedades de impacto (enfermedades transmisibles: herpes zoster y toxoplasmosis), y el **1.35%** hace referencia a discapacidades de tipo intelectual a determinarse las causas.

**TABLA N° 4**  
**RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO MASACA**  
**ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de agua insegura	35	100	0	0	35	100
Mala eliminación de basura y excretas	35	100	0	0	35	100
Mala eliminación de desechos líquidos	35	100	0	0	35	100
Animales Intradomiciliarios	33	94,29	2	5,71	35	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III

**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

**NOTA:** se eliminan las categorías "Impacto ecológico por industrias" por no existir casos.

### **ANÁLISIS.**

En cuanto a riesgos sanitarios se puede indicar que el **100%** de las familias consumen agua insegura, tienen mala eliminación de basura y excretas, mala eliminación de desechos líquidos y el **94.29%** tiene animales intradomiciliarios.

**TABLA Nº 5**  
**RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO**  
**MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

RIESGOS SOCIOECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	35	100	0	0	35	100
Malas condiciones de la Vivienda	34	97,14	1	2,86	35	100
Pobreza	33	94,29	2	5,71	35	100
Desestructuración Familiar	19	54,29	16	45,71	35	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	15	42,86	20	57,14	35	100
Hacinamiento	13	37,14	22	62,86	35	100
Analfabetismo del Padre y de la Madre	4	11,42	31	88,57	35	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

### **ANÁLISIS.**

Se puede evidenciar que el desempleo informal del jefe ocupa el primer lugar dentro de los factores de riesgos socio-económico representado con el **100%**, seguida de malas condiciones de la vivienda con **97,14%** y en tercer lugar se encontró la pobreza con el **94,29%** y en bajos porcentajes se encontró la desestructuración familiar, violencia-alcoholismo-drogadicción, hacinamiento y analfabetismo del padre y de la madre.

**TABLA N° 6**  
**TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**  
**DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

TAMIZAJE	F	%
SI	4	26,67
NO	11	73,33
<b>TOTAL</b>	15	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

### **ANÁLISIS.**

De los datos obtenidos en niños menores de 5 años el **26,67%** corresponde a niños neonatales que sí se les realizó el Tamizaje Metabólico Neonatal con fines preventivos, con el objeto de descubrir y tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles como la galactosemia hipertiroidismo, hiperplasia suprarrenal congénita y la fenilcetonuria que no se pueden detectar al nacimiento o con la revisión médica. Mientras que el **73.33%** no se les realizó dicho examen ya que el Ministerio de Salud Público lo incluyó en el año 2011.<sup>63</sup>

<sup>63</sup> TAMIZAJE NEONATAL. Disponible en: [http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticias-ciudadania-ecuador/browse/2/ir\\_a/ciudadania/articulo/inicio-el-tamizaje-neonatal-para-prevenir-casos-de-discapacidad-intelectual.html](http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticias-ciudadania-ecuador/browse/2/ir_a/ciudadania/articulo/inicio-el-tamizaje-neonatal-para-prevenir-casos-de-discapacidad-intelectual.html)

## ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III

En lo referente al esquema de vacunación de los niños menores de 5 años en la comunidad de Masaca Alto y Bajo sector I y III menores de 5 cumplen el esquema de vacunación el **100%** adecuado para la edad. Por tal motivo no se expone la tabla.

La inmunización de los niños contra las enfermedades inmuno-prevenibles es esencial para alcanzar el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, que consiste en reducir en dos terceras partes la morbi-mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años desde 1990 a 2015.<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> INMUNIZACIONES OMS. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/immunization/es/>

**TABLA Nº 7**  
**OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO MASACA**  
**ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

OCUPACIÓN	f	%
Haceres Domésticos	43	29,05
Estudiante	42	28,38
Agricultor	39	<b>26,35</b>
Sin Ocupación	15	10,14
Chofer	4	<b>2,70</b>
Artesanos	2	<b>1,35</b>
Jubilado	1	0,68
E. Público	1	0,68
E. Privado	1	0,68
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.  
**NOTA:** la categoría "Sin ocupación" corresponde a niños menores de 5 años.

### **ANÁLISIS**

Según la ocupación de los habitantes del Barrio Masaca Alto y Bajo Sectores I y III encontramos el agricultor con el **26,35%**, choferes con el **2,70%** y artesanos con el **1,35%**. Estas ocupaciones generan ingresos que no están en relación al costo de la canasta básica familiar.



**TABLA N° 8**  
**LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL**  
**BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
IESS	87	58,78
HOSPITAL DE MOTUPE	51	34,46
HOSP. ISIDRO AYORA	6	4,05
OTROS	4	2,70
<b>TOTAL</b>	148	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca sector I y III

**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

**NOTA:** se elimina la categoría "Centro N°3" por no existir casos. La categoría "Otros" abarca clínicas particulares, ISSFA, ISSPOI.

### **ANÁLISIS.**

El **58,78%** de la población del Barrio Masaca Alto y Bajo Sectores I y III son afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) mientras que el **34,46%** utiliza los servicios médicos que presta el Hospital Universitario de Motupe; cabe recalcar que los habitantes de esta comunidad no acuden a comadronas ni curanderos.

**TABLA N° 9**

**ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Normal (12,9-18,5Kg)	13	86,67
Desnutrición leve (10-12,8Kg)	2	13,33
<b>TOTAL</b>	15	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III

**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL

**NOTA:** se elimina las categorías: "Desnutrición Moderada, Desnutrición Grave, Sobrepeso y Obesidad" por no existir casos.

**ANÁLISIS.**

Según las medidas antropométricas de peso y talla para la edad, el Estado Nutricional en los niños y niñas del sector I y III del Barrio el **86,67%** tienen un estado nutricional normal y el **13,33%** de los niños y niñas están en desnutrición leve lo que implica tener un peso corporal y estatura menor a la que corresponde para la edad.

## TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Se determinó que los niños menores de 5 años del sector han sido alimentados con leche materna durante su primer año de vida lo que corresponde al **100%**. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y la continuación de la misma hasta el segundo año de vida. Se destaca que la relevancia de la lactancia como vínculo afectivo el contacto entre la madre y el niño que se vehiculiza durante el acto de amamantar fortalece el lazo entre ambos y su importancia ya que es altamente nutritiva permitiendo un desarrollo y crecimiento adecuado del niño.<sup>65</sup>

---

<sup>65</sup> LACTANCIA MATERNA OMS. Disponible en: <http://www.unicef.org.co/Lactancia/ventajas.htm>. Consultado 05/11/2013.

**TABLA Nº 10**  
**CONTROLES MÉDICOS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL**  
**BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

NÚMERO DE CONTROLES	SI		NO		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%
Primero	15	100	0	0,00	15	100
Segundo	14	93,33	1	6,67	15	100
Tercero	11	73,33	4	26,67	15	100
Cuarto	4	26,67	11	73,33	15	100
Quinto	3	20	12	80	15	100
Sexto	3	20	12	80	15	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

### **ANÁLISIS.**

La tabla indica que el **100%** de los niños menores de 5 años han tenido el primer control preventivo, mientras que al segundo control solo llegaron el **93,33%**, al tercero acudieron el **73,33%** y en menores porcentajes los controles subsecuentes.

**TABLA Nº 11**  
**ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL**  
**BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III EVALUADO**  
**MEDIANTE INDICE DE MASA CORPORAL**

IMC	f	%
Normal (18,5 a 24,99 IMC)	42	87,50
Des. Leve (17 a 18,49 IMC)	3	6,25
Des. Moderada (<16 IMC)	1	2,08
Sobrepeso (25 a 29,99 IMC)	2	4,17
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

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

### **ANÁLISIS.**

En la presente tabla podemos observar que el **87,50%** de escolares y adolescentes tienen un estado nutricional normal, seguido de un **6,25%** que corresponde a desnutrición leve y en mínimos porcentajes tenemos desnutrición moderada y sobrepeso.

## **ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

La población escolar y adolescente tiene **100%** del esquema de vacunación; no se encontraron casos con esquema incompleto. Por tal motivo no se expone la tabla.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) las vacunas han cambiado la situación sanitaria mundial, han mejorado la calidad de vida y han disminuido la enfermedad y la mortalidad en el ser humano.<sup>66</sup>

La vacuna no sólo protege al niño sino también a los que conviven con él y no están vacunados. Por lo tanto, las vacunas aportan también beneficios sociales, dan la información necesaria al organismo para combatir la infección y evitar de esta manera, hospitalizaciones y muertes prematuras.

---

<sup>66</sup> VACUNAS EN ESCOLARES. Disponible en: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/vacunacion-lactantes.shtml>.

**TABLA Nº 12**  
**AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO**  
**MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

AGUDEZA VISUAL	f	%
NORMAL	43	<b>89,59</b>
CON PROBLEMAS	5	<b>10,42</b>
<b>TOTAL</b>	48	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

**ANÁLISIS.**

Para la valoración visual de los escolares y adolescentes utilizamos la cartilla de Snellen y determinó que el **89,58%** tienen agudeza visual normal y en un menor porcentaje con el **10,42%** tienen problemas visuales.

**TABLA Nº 13**  
**ACCESO O NO AL ESTUDIO DE LA POBLACIÓN ESCOLAR Y**  
**ADOLESCENTE DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

ESTUDIA	f	%
SI	41	85,42
NO	7	14,58
<b>TOTAL</b>	48	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

**ANÁLISIS.**

En el Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III el **85,42%** de los niños y adolescentes están estudiando y en un **14,58%** no asisten a establecimientos educativos ya sea por mala situación económica de la familia, o por cambios en las nuevas leyes de educación.



**TABLA Nº 14**  
**RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL**  
**BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III SEGÚN INFORMANTE**

RENDIMIENTO ESCOLAR	f	%
BUENO	41	85,42
MALO	7	14,58
<b>TOTAL</b>	48	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

**ANÁLISIS.**

De los escolares y adolescentes del barrio se pudo evidenciar que el **85,42%** tienen un buen rendimiento académico; mientras que el **14,58%** tiene un rendimiento académico malo a las que se atribuye diferentes causas entre ellas factores psicológicos o discapacidades de tipo intelectual.

**TABLA N° 15**  
**PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL**  
**BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**  
**SEGÚN FAMILIAR INFORMANTE**

PROBLEMAS DE CONDUCTA	f	%
SI	11	22,92
NO	37	77,08
<b>TOTAL</b>	48	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.  
**NOTA:** el problema que se detectó en el barrio fue la agresividad.

### **ANÁLISIS.**

Se evidencia en los escolares y adolescentes de la comunidad que el **77,08%** no tiene problemas de conducta, mientras que el **22,92%** sí tienen problemas de conducta los mismos que se deben a divorcio, violencia intrafamiliar y alcoholismo.

**TABLA N° 16**  
**ATENCIÓN MÉDICA Y VACUNACIÓN CON DIFTERIA TÉTANOS EN**  
**GESTANTES DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

EMBARAZADAS CON:	SI		TOTAL	
	f	%	f	%
VACUNA dT	1	100	1	100
CONTROLES MÉDICOS	1	100	1	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.  
**NOTA:** se elimina la categoría "No" por no presentar casos.

### **ANÁLISIS.**

Según la presente tabla se observa que el **100%** de embarazadas se han realizado los controles prenatales mensuales y administrado la vacuna contra difteria y tétanos previniendo así enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo.

**TABLA N° 17**  
**MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES CON**  
**VIDA SEXUAL ACTIVA**

MÉTODOS	f	%
Método del Ritmo	18	<b>75</b>
Esterilización Tubárica	3	<b>12,5</b>
Implantes	1	4,17
T de Cobre	1	4,17
Método de Barrera	1	4,17
<b>TOTAL</b>	24	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.  
**NOTA:** se elimina la categoría "Inyectables, Orales" por no encontrarse caos.

### **ANÁLISIS.**

El **75%** de mujeres del Barrio Masaca Alto y Bajo sector I y III utilizan como método de regulación de la fecundidad al método del ritmo, seguido del **12,50%** que optaron por esterilización tubárica y en menores porcentajes se encuentran: implantes, T de cobre y método de barrera.

**TABLA N° 18**  
**DOSIS DE VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN MUJERES DE**  
**EDAD FERTIL DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

NÚMERO DE DOSIS RECIBIDAS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%
Primera	39	<b>100</b>	0	0	39	100
Segunda	21	<b>53,85</b>	18	46,15	39	100
Tercera	11	28,21	28	71,79	39	100
Cuarta	10	25,64	29	74,36	39	100
Quinta	8	20,51	31	79,49	39	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

### **ANÁLISIS.**

En relación a la vacunación con dT en mujeres con edad fértil el **100%** de ellas se han administrado la primera dosis, el **53,85%** la segunda dosis y en relación a la tercera, cuarta y quinta dosis el porcentaje es menor y va descendiendo.

**TABLA N° 19**  
**REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA**  
**SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

PAPANICOLAOU	f	%
SI	9	37,50
NO	15	62,50
<b>TOTAL</b>	24	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
 ELABORADO POR: María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

### ANÁLISIS

Según datos obtenidos, en la presente tabla se puede constatar que un **62,50%** de las mujeres del Barrio Masaca Sector I y III no se han realizado el DOC; mientras que el **37,50%** acudieron a casas de salud a realizarse dicho examen.

**TABLA N° 20**  
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS,**  
**DEGENERATIVAS, DE IMPACTO Y DISCAPACIDADES DEL BARRIO**  
**MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES	f	%
Enfermedades Crónicas	25	<b>16,90</b>
Enfermedades Impacto	4	<b>2,70</b>
Discapacidades	2	<b>1,35</b>
Ninguna	117	79,05
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III

**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

**NOTA:** se elimina la categoría "Enfermedades Degenerativas" por no existir casos.

### **ANÁLISIS.**

El **16,90%** de la población presentan enfermedades crónico-degenerativas como: diabetes, hipertensión, hipotiroidismo, asma y artritis. Así mismo el **2,70%** de los habitantes de este sector tienen enfermedades de impacto entre ellas: herpes zóster y toxoplasmosis; mientras que las discapacidades están representados por el **1,35%**.

## 7.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, IMPACTO Y DISCAPACIDADES

**TABLA N° 21**  
**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS**  
**DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

PATOLOGIAS	Menor de 1 año		1-4 Años		5-9 Años		10-19 Años		20-64 años		65 y más		TOTAL	
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hipertensión Arterial	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2,03	9	6,08	12	<b>8,10</b>
Diabetes Mellitus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,68	1	<b>0,68</b>
Artritis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,68	0	0	1	<b>0,68</b>
Reumatismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,68	1	<b>0,68</b>
HTA+Diabetes Mellitus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,68	1	<b>0,68</b>
HTA+Herpes Zóster	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,68	0	0	1	<b>0,68</b>
Artritis+ Hipotiroidismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,68	1	<b>0,68</b>
Fiebre reumática	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,68	0	0	1	<b>0,68</b>
Convulsiones	0	0	0	0	1	0,68	0	0	0	0	0	0	1	<b>0,68</b>
Ninguna	1	0,68	14	9,46	18	12,16	29	19,59	59	39,86	7	4,73	128	86,48
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0,68</b>	<b>14</b>	<b>9,46</b>	<b>19</b>	<b>12,84</b>	<b>29</b>	<b>19,59</b>	<b>65</b>	<b>43,92</b>	<b>20</b>	<b>13,51</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

### ANÁLISIS.

En lo concerniente al perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas se pudo observar que el **8,10%** corresponde a hipertensión arterial siendo más predominante en edades de 65 años y más; mientras que el **0,68%** hace referencia a otras enfermedades como diabetes mellitus, artritis, reumatismo, fiebre reumática, convulsiones e hipertiroidismo.



**TABLA N<sup>o</sup> 22**  
**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES IMPACTO DEL**  
**BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

PATOLOGÍAS	Menor de 1 año		1-4 años		5-9 años		10-19 años		20-64 años		65 y más		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
HTA+ Herpes Zóster	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,68	1	0,68	2	<b>1,35</b>
Toxoplasmosis	0	0	1	0,68	2	1,35	0	0	0	0	0	0	3	<b>2,03</b>
Ninguna	1	0,68	13	8,78	17	11,47	29	19,59	64	43,24	19	12,84	143	96,62
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0,68</b>	<b>14</b>	<b>9,46</b>	<b>19</b>	<b>12,84</b>	<b>29</b>	<b>19,59</b>	<b>65</b>	<b>43,92</b>	<b>20</b>	<b>13,51</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

### **ANÁLISIS.**

Haciendo referencia a las enfermedades de impacto en este barrio se encontró la toxoplasmosis representada por el **2,03%** afectando a una población en vulnerable, es decir a niñas de 1-9 años y el **1,35%** hace referencia a herpes zoster acentuándose en la población de 20 a 65 años y más.

**TABLA N<sup>o</sup> 23**  
**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE DISCAPACIDADES DEL BARRIO**  
**MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

DISCAPACIDADES	Menor de 1 año		1-4 años		5-9 Años		10-19 años		20-64 años		65 y más		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Física	0	0	0	0	0	0	1	0,68	0	0	0	0	1	<b>0,68</b>
Psicológica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,68	0	0	1	<b>0,68</b>
Ninguna	1	0,68	14	9,46	19	12,84	28	18,92	64	43,24	0	0	146	98,64
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0,68</b>	<b>14</b>	<b>9,46</b>	<b>19</b>	<b>12,84</b>	<b>29</b>	<b>19,59</b>	<b>65</b>	<b>43,92</b>	<b>20</b>	<b>13,51</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III  
**ELABORADO POR:** María Gallegos, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

### **ANÁLISIS.**

De igual manera en el Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III el **0,68%** corresponde a discapacidades en edades de 10 a 64 años de tipo física y psicológica a determinarse las causas.

## **8. DISCUSIÓN**

El presente trabajo de investigación, nace como una necesidad sentida de las comunidades del sector de Motupe de tener una atención integral y con calidad basada en una gestión óptima de los recursos de salud; participación importante y oportuna tiene LA CARRERA DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA E INTERCULTURAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE 2013.

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

Las características de la comunidad en lo referente a su ubicación geográfica, contexto histórico, creencias, costumbres, accesibilidad y medios de comunicación con que cuenta la comunidad, hacen que esta tenga sus particularidades bien definidas ya que se trata de una comunidad urbana ubicada en el sector norte a 15Km de la ciudad de Loja.

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

La salud comunitaria no es un estado estático, sino que está sometido a un proceso de transformación, donde juegan un papel fundamental las potencialidades con que cuenta la familia, el elemento base de la comunidad.

Las temáticas curriculares de esta área incorporan varias disciplinas e incluyen, entre otros, el desarrollo activo del rol cívico de los médicos y demás profesionales de la salud, el asesoramiento e intervención en salud comunitaria, el desarrollo de programas de planificación y evaluación y de métodos de investigación basados en la comunidad, la práctica y política de los servicios públicos basados en problemas de salud; la economía de la salud y las competencias culturales y estrategias organizacionales necesarias para trabajar con diversas comunidades.<sup>67</sup>

Luego de realizar el trabajo de investigación se puede decir que de los datos obtenidos en el barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III del cantón Loja, el sexo femenino es el que prevalece con el **53,38%** sobresaliendo en edades de 20 a 64 años datos que concuerdan con otras investigaciones realizadas en la comunidad de Potrerillos en el cual 50,10% representa al sexo femenino. Según datos de INEC del 2010 en el Ecuador el 50,4% predominan las mujeres, y los hombres el 49,6%, esta realidad se relaciona con los datos obtenidos en la comunidad.<sup>68</sup>

En el Ecuador la educación es uno de los deberes primordiales del estado y un derecho de las personas a lo largo de la vida, formando parte de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir. En el barrio se determinó que el **62,16%** tiene educación básica, el **20,27%** corresponde al bachillerato y el **4,05%** son analfabetos. Según datos estadísticos el INEC indica que el último censo del 2010 hubo una disminución del 5.8% en la tasa de analfabetismo a nivel local lo que indica que el nivel de

---

<sup>67</sup> Salud comunitaria disponible en: <http://www.saludcomunitaria.udp.cl/> Consultado 10/12/2013

<sup>68</sup> <http://www.larepublica.ec/blog/sociedad/2011/09/01/segun-los-resultados-del-censo-en-ecuador-hay-14483-499-de-habitantes/> Consultado 10/12/2013

escolaridad ha surgido en los últimos años debido a estrategias para la educación datos importantes que están en relación con los obtenidos ya que el analfabetismo se encuentra en bajos porcentajes en la comunidad de Masaca Alto y Bajo Sector I y III.

El 100% de las familias del barrio presenta algún tipo de riesgo: socio-económico, sanitario y biológico de los cuales sobresalen el consumo de agua insegura con el **100%**, mala eliminación de basura y excretas con el **100%**, desempleo informal del jefe de familia con el **100%**, malas condiciones de la vivienda con el **97,14%** y la pobreza representada por el **94,29%**. Si comparamos estos resultados con el estudio realizado en la comunidad de Potrerillos en la cual el 70% consume agua entubada sin tratamiento, el 70% tiene mala eliminación de basura y excretas, 20% tienen desempleo informal del jefe de familia, se evidencia que los datos obtenidos de la población de Masaca son muy altos ya que esta población se encuentra expuesta a gran cantidad de factores de riesgo que afectan a la salud de la comunidad. El INEC indica que a nivel nacional 33% la población consume agua tal como llega al hogar, en cuanto al acceso a servicio de recolección de basura fue de 77% a nivel nacional, aunque con grandes diferencias en disminución de las poblaciones de zonas rurales, donde apenas 45% de las viviendas cuentan con dicho servicio.<sup>69</sup> Según el Banco Central del Ecuador a nivel nacional el sector rural se concentra en un 50% de pobreza; recalando que la provincia de Loja concentra entre el 56% y el 80% de pobreza rural.<sup>70</sup>

En lo referente a la cobertura de vacunas en el Barrio Masaca Alto y Baja Sector I y III, el **100%** de los niños menores de 5 años tiene un esquema de vacunación completo, sin embargo la cobertura de vacunas

---

<sup>69</sup> OMS, INEC ECUADOR POBACION RURAL. Disponible en: [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40&option=com\\_content](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40&option=com_content)

<sup>70</sup> POBREZA EN ECUADOR, SECTOR RURAL. Disponible en: <http://www.eluniverso.com/2012/02/13/1/1356/sector-rural-concentra-5046-pobreza.html>

en México llegan al 97.3%<sup>71</sup> mientras que en el Ecuador el 79% completaron en esquema de vacunación, la meta del PAI es que la vacunación tenga una cobertura del 90% a nivel nacional y cubra, por lo menos, el 80% de cada unidad administrativa.<sup>72</sup> Al comparar estos datos con los del Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III, teniendo en cuenta que sobrepasa el 90% se determina que la aplicación del PAI por los servicios de salud brinda una amplia cobertura a toda la población.

En cuanto a la educación de los escolares y adolescentes tenemos que: estudian el **85,42%** y el **14,58%** no estudian. Esta realidad concuerda con la del Ecuador en cuanto a la educación ya que se ha registrado mejoras con respecto a la calidad educativa, como la ampliación de la cobertura en el nivel de Educación General Básica, media y superior así también como el programa de becas a los estudiantes brindando oportunidades de educación en el extranjero<sup>73</sup>. Considerando los datos del 2010, la tasa neta para el Nivel Básico, en relación a la población entre los 5 y 14 años de edad es del 94,61%. La tasa para el Nivel Medio, tomando en cuenta la población entre los 15 y 17 años, es del 59,75% y en el Nivel Superior, la tasa neta de matriculación para la población entre 18 y 24 años, es del 28,34%.<sup>74</sup>

En cuanto a los problemas de conducta se evidencia que el **22,92%** tiene problemas de conducta y la mayoría no presenta problemas, dando como resultado el **77,08%**, comparando estos resultados en México reportan que aproximadamente la mitad de los menores presentan algún síntoma emocional o de conducta, de los cuales, el 16% presentaban de cuatro a más síntomas. Los problemas que se presentaron con mayor frecuencia fueron: la inquietud (19%), la irritabilidad (17%), el

---

<sup>71</sup> Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2012 Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/VacunacionNinos.pdf> consultado 10/12/13

<sup>72</sup> UNICEF Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/immunization/index\\_coverage.html](http://www.unicef.org/spanish/immunization/index_coverage.html) Consultado : 10/12/2013

<sup>73</sup> Estudio de las Causas de la deserción escolar Disponible en: <http://dspace.ucaenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf> Consultado: 10/12/2013

<sup>74</sup> INEC Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf> Consultado 10/12/13

nerviosismo (16%), el déficit de atención (14%), la desobediencia (13%), la explosividad (11%) y la conducta dependiente (9%).<sup>75</sup>

La planificación familiar y el derecho de la mujer a decidir su calendario reproductivo y planificar de forma responsable el número de embarazo. Cuando una mujer puede planificar sus embarazos también puede planificar su vida y tomar decisiones. En América Latina un porcentaje variable de mujeres comienza a utilizar métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo. Este porcentaje sólo es superior al 50% de las mujeres en los casos de Colombia, Paraguay y la República Dominicana.<sup>76</sup> Esta realidad es diferente a la población de estudio debido que la mayoría de las mujeres optan por métodos de regulación tradicional con el método del ritmo con el **75%** la esterilización tubárica con el **12,5%**.

Según el Registro Nacional de Tumores y la Sociedad Ecuatoriana se encontró que en el 2010 en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical; siendo esta la segunda causa de mortalidad en mujeres. En la población de Masaca Alto y Bajo Sector I y III el **62,50%** no se han realizado la prueba del Papanicolaou y el **37,50%** si se lo han realizado los últimos años. Estas cifras son similares con un estudio en Chile ya que la cobertura del examen Papanicolaou (PAP) en mujeres de riesgo ha sufrido un descenso sostenido en los últimos 4 años, de 68% a 59% entre los años 2008 y 2011.<sup>77</sup>

Finalmente se determina que del **100%** de la población investigada el **16,90%** presentan enfermedades crónicas, el **2,70%** enfermedades de impacto, el **1,35%** presentan discapacidades de tipo física, psicológica y **79,05%** de la población no presenta enfermedades crónico-degenerativas o discapacidad, se debe tomar en cuenta que el tener

---

<sup>75</sup> Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/17448/28672> Consultado 10/12/2013

<sup>76</sup> Planificación Familiar Disponible en <http://www.unfpa.org.co/portal/uploadUNFPA/file/FINAL%20PLANIFICION%20FAMILIAR.pdf> Consultado: 10/12/2013

<sup>77</sup> Campaña para aumento cobertura PAP en mujeres de 25 a 64 años. Disponible en:

[http://www.colegiomatronasdechile.cl/documentos/InsumoCampanaPAP\\_Sy%20SEREMIS\\_2012.pdf](http://www.colegiomatronasdechile.cl/documentos/InsumoCampanaPAP_Sy%20SEREMIS_2012.pdf) Consultado 10/12/13

unos buenos hábitos de vida, hace que disminuyan los riesgos de desarrollar enfermedades. Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en la mayoría de los países de América Latina. En el 2002 representaban el 44% de las defunciones en hombres y mujeres menores de 70 años<sup>78</sup>, datos que llenan de confianza ya que demuestran un nivel de conocimiento en cuanto a su autocuidado por parte de los habitantes de este sector.

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

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

Los resultados obtenidos tienen una connotación trascendental, por lo tanto su relación y discusión es amplia por lo que dejo a consideración de los próximos investigadores estos aportes para que con su experiencia y dedicación puedan intervenir en la problemática encontrada. Con estas experiencias reales y concretas de la comunidad planteen propuestas efectivas que mejoren el estado de salud y la calidad de vida de esta comunidad.

---

<sup>78</sup> Problemática de salud en america latina disponible en: <http://www.granotec.com/ecuador/new/20120222182759/> Consultado 10/12/13



## **9. CONCLUSIONES**

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

- Que la información obtenida ha permitido fortalecer el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural y de esta manera aportar con datos estadísticos que permitan a los equipos básicos de salud formular propuestas que favorezca mejorar la calidad de vida del **Barrio Masaca Alto y Bajo Sector I y III**.
- El primer acercamiento a la comunidad permitió conocer la realidad de la misma, lo que servirá de base para planificar futuras intervenciones entre el servicio de salud y la comunidad.
- La elaboración del diagnóstico comunitario de **Masaca Alto y Bajo Sector I y III**, permitió realizar el perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas, degenerativas, impacto y discapacidades que afectan a los habitantes y en base a estas necesidades realizar futuras intervenciones.
- En cuanto a la ocupación se puede determinar que en primer lugar se encuentran los haceres domésticos, seguido de los estudiantes, cabe recalcar que estos no generan ingresos económicos a las familias, la ocupación que generó un mínimo ingreso es la agricultura, razón por la cual el desempleo informal del jefe de hogar y la pobreza son los principales factores de riesgo-socioeconómico; los bajos ingresos económicos no están relacionados con el costo de la canasta básica familiar.

- Se determina que todas las familias tienen riesgos identificando los problemas higiénicos sanitarios como uno de los principales que afectan de forma directa a la salud de esta comunidad.

## **10. RECOMENDACIONES**

Habiendo finalizado la investigación se considera 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 para la toma de decisiones de trabajos en salud en esta comunidad y me permito sugerir:

- Es necesario que se establezcan convenios de cooperación con las organizaciones religiosas, parroquiales y comunidades para que se difunda sobre los beneficios que presta el Hospital Universitario de Motupe.
- Realizar visitas domiciliarias recurrentes a personas discapacitadas y pacientes con enfermedades, crónicas y de impacto.
- Que el hospital continúe prestando apertura a estudiantes para que realicen estos tipos de estudio, ya que ayudan a fortalecer conocimientos, formando personas capaces de desenvolverse como futuros profesionales de la Salud.
- Es importante que el Hospital Universitario de Motupe, con el aporte de enfermería se mantenga un control y seguimiento del cumplimiento de los controles periódicos de las diferentes personas con enfermedades crónicas para planear visitas domiciliarias, a quienes transcurrido cierto tiempo no acudan a realizarse los controles.

## **11. BIBLIOGRAFÍA**

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Subsecretaría Nacional de Gobernanzas en Salud Pública, Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, Edición 2013. Quito – Ecuador.
- VILLACÍS B., CARRILLO D. LA NUEVA CARA SOCIODEMOGRÁFICA DEL ECUADOR, Edición Especial, Revista Analítica, (Instituto Nacional de Estadística y Censos) INEC, Quito-Ecuador, 2012
- MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 48-53; 60-63.
- Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4<sup>ta</sup> Edición, Septiembre 2012
- CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.
- Proyecto de detección temprana e intervención de Discapacidad Visual en el Ecuador. Disponible: Estudio de OACDH sobre el derecho de los niños y niñas a la Salud, Defensoría del pueblo ecuatoriano. 7 Septiembre de 2012.
- Disponible en: GINECOLOGIA DE RIGOL. CAP. 5 Pág. 41-42. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h15min.
- Manual de Lactancia Materna, PDF, Universidad Nacional de Chile 2010, consultado el 01/12/2013, 21h00.
- 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.
- Dra. MARTÍNEZ. A. Disponible en:
  - ❖ <http://ginecologaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05/embarazos.html>
- Incidencia y Factores de Riesgo asociados al Tétanos Neonatal en el Ecuador: Principales determinantes que influyen en las bajas coberturas de vacunación con DT en las mujeres en edad fértil en el año 2009-2010 disponible:
  - ❖ <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1030/1/98048.pdf>
- 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>
- Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza; disponible en:
  - ❖ <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/>
- Problemas típicos de adolescentes, consejos para padres, e intercambio de casos e ideas. Disponible en:
  - ❖ <http://adolescentes.euroresidentes.com/2012/07/adolescentes-agresivos.html>
- 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](http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDARIA.pdf)

• Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC

❖ <http://www.alimentateecuador.gob.ec>

• Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC; Disponible en:


❖ <http://www.inec.gob.ec>;

• Ecuador Distribución por edad - Población - Mundi; Disponible en:

❖ [http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion\\_por\\_edad.html](http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html)

## 12. ANEXOS

### CERTIFICADO DEL PRESIDENTE

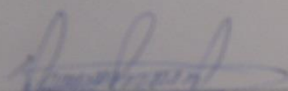
  
MSP-LINL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE  
AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja 04 de Octubre del 2013

Sr. Vern Humberto Horta del Corral  
Presidente del Barrio Huayra Loja

CERTIFICO:

Habemos reunido con los/as egresadas de la Carrera de Enfermería y haber acordado brindar el apoyo para el trabajo que van a realizar en la comunidad.....

 Telf: 3029805  
PRESIDENTE DEL BARRIO  
C.I. 30340312

Helen Rosa Guillen Pita  
EGRESADORA RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD  
C.I. 30300222

Rol Exequiel Estada Ontarado  
EGRESADORA RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD  
C.I. 302922512













**EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS**

**Reconocimiento del lugar**



**Entrevista con la directiva del Barrio Masaca**



**Transporte y vías de acceso a la comunidad**







**Aplicación de ficha familiar**



**Control de tensión arterial**



## Tamizaje visual y medidas antropométrica

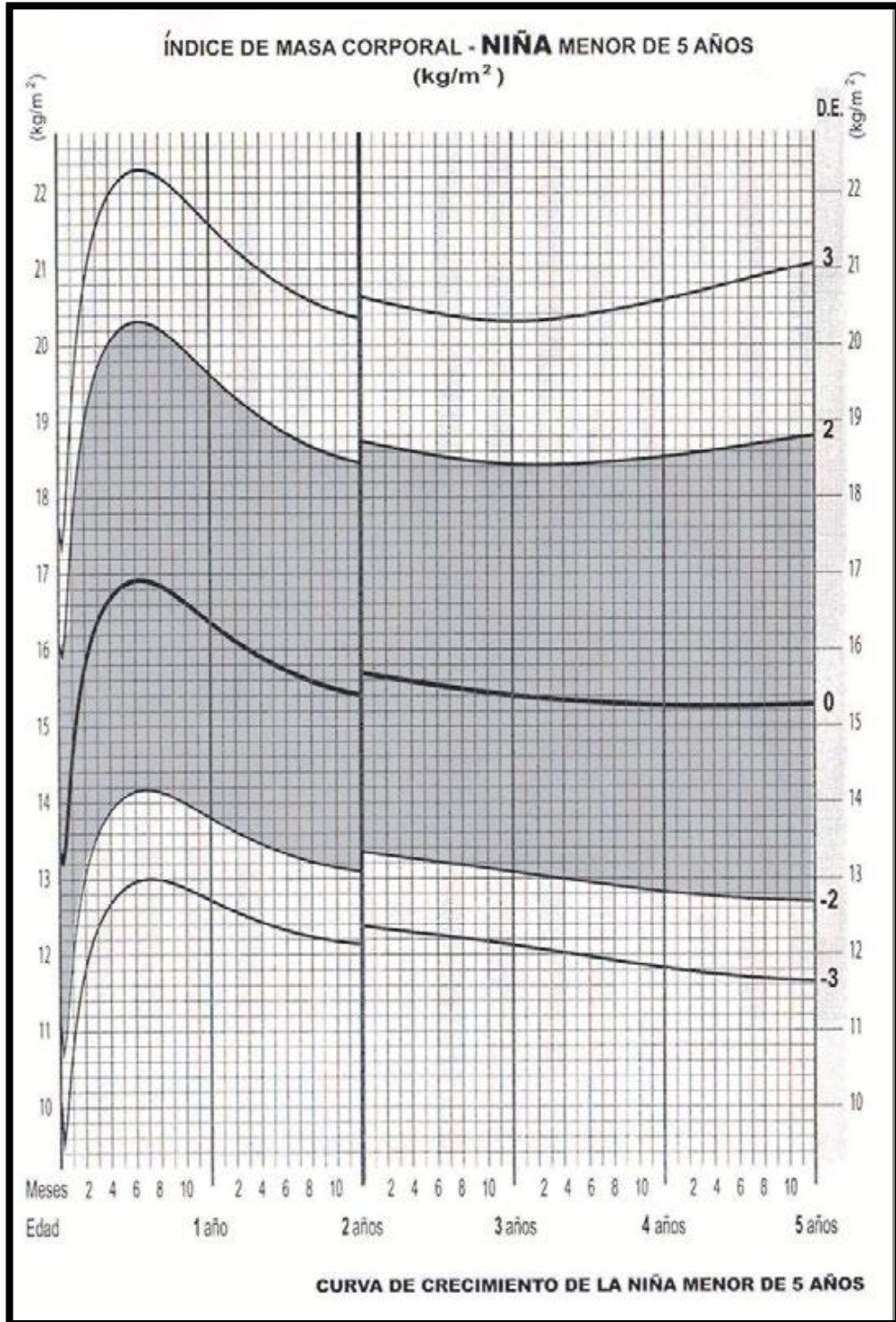


## Agricultura

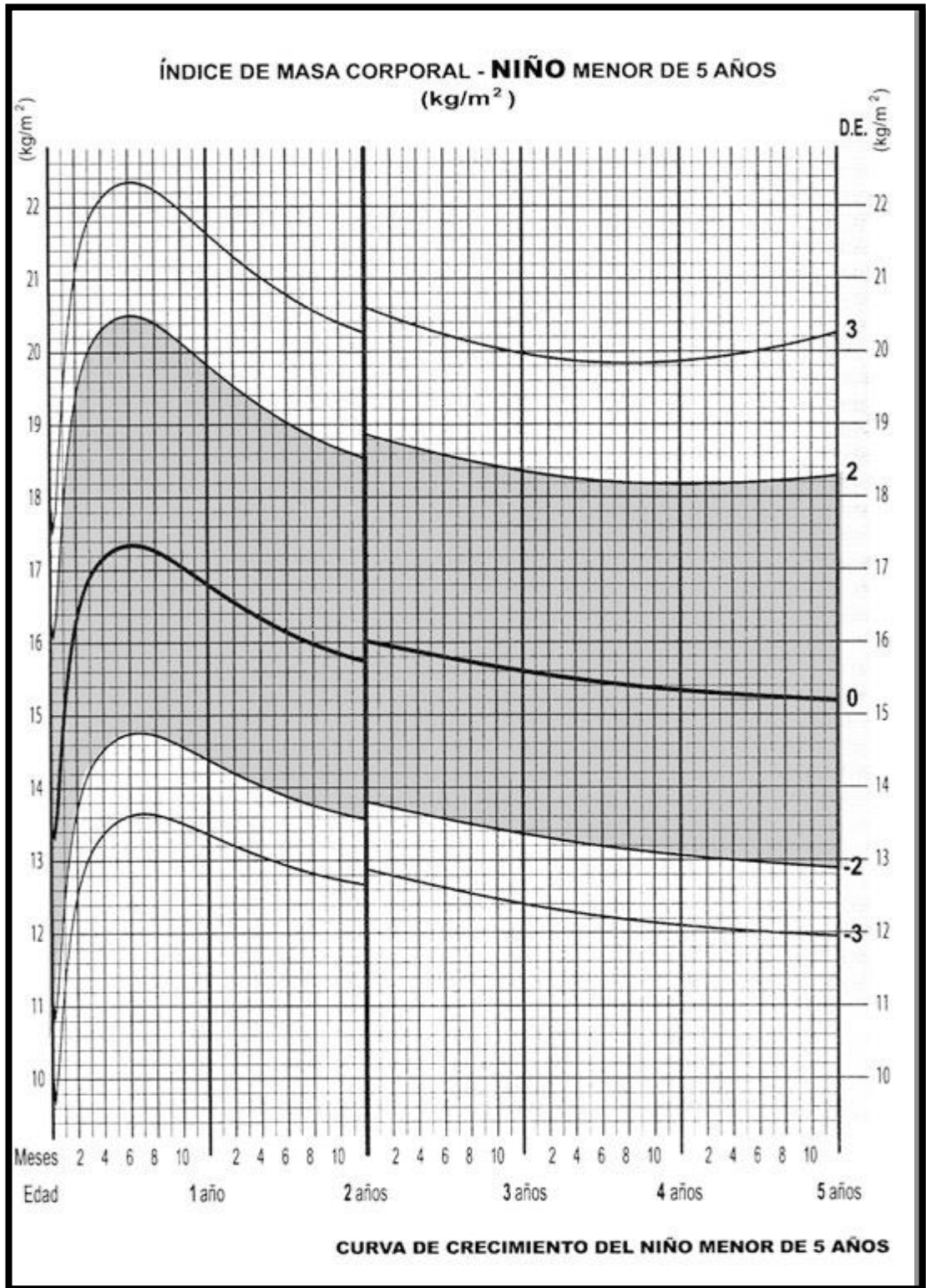




🌈 **ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS**







## ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS

**Peso [Kilograms]**

	45	48	50	53	55	58	60	63	65	68	70	73	75	78	80	82,5	85	87,5	90
145.0	21.4	22.6	23.6	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	22.5	23.4	24.4	25.4	26.4	27.3	28.3	29.3	30.3	31.3	32.2	33.2	34.2	35.2
162.5	17.0	18.0	18.9	19.9	20.8	21.8	22.7	23.7	24.6	25.6	26.5	27.5	28.4	29.3	30.3	31.2	32.2	33.1	34.1
165.0	16.5	17.4	18.4	19.3	20.2	21.1	22.0	23.0	23.9	24.8	25.7	26.6	27.5	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1	33.1
167.5	16.0	16.9	17.8	18.7	19.6	20.5	21.4	22.3	23.2	24.1	24.9	25.8	26.7	27.6	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1
170.0	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	23.4	24.2	25.1	26.0	26.8	27.7	28.5	29.4	30.3	31.1
172.5	15.1	16.0	16.8	17.6	18.5	19.3	20.2	21.0	21.8	22.7	23.5	24.4	25.2	26.0	26.9	27.7	28.6	29.4	30.2
175.0	14.7	15.5	16.3	17.1	18.0	18.8	19.6	20.4	21.2	22.0	22.9	23.7	24.5	25.3	26.1	26.9	27.8	28.6	29.4
177.5	14.3	15.1	15.9	16.7	17.5	18.3	19.0	19.8	20.6	21.4	22.2	23.0	23.8	24.6	25.4	26.2	27.0	27.8	28.6
180.0	13.9	14.7	15.4	16.2	17.0	17.7	18.5	19.3	20.1	20.8	21.6	22.4	23.1	23.9	24.7	25.5	26.2	27.0	27.8
182.5	13.5	14.3	15.0	15.8	16.5	17.3	18.0	18.8	19.5	20.3	21.0	21.8	22.5	23.3	24.0	24.8	25.5	26.3	27.0
185.0	13.1	13.9	14.6	15.3	16.1	16.8	17.5	18.3	19.0	19.7	20.5	21.2	21.9	22.6	23.4	24.1	24.8	25.6	26.3
187.5	12.8	13.5	14.2	14.9	15.6	16.4	17.1	17.8	18.5	19.2	19.9	20.6	21.3	22.0	22.8	23.5	24.2	24.9	25.6
190.0	12.5	13.2	13.9	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.0	18.7	19.4	20.1	20.8	21.5	22.2	22.9	23.5	24.2	24.9

<http://www.freebmiccalculator.net>

Infrapeso
Normal
Sobrepeso
Obeso

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

 TABLA DE AGUDEZA VISUAL DE SNELLEN

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



**TABLA DE AGUDEZA VISUAL DE SNELLEN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**



**TABLA DE FECHA PROBABLE DE PARTO**

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

**LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	DIRECCION	PATOLOGIA
Luz Virginia Cabrera Japón	53 años	Masaca alto, SECTOR I, Frente a la escuela segunda casa	HTA
Cabrera Japón Flor	57 años	Masaca alto, SECTOR I, camino que está frente a la escuela a la izquierda	HTA
José Amador Cabrera Zoila Eva Japón	90 años 90 años	Masaca Alto, SECTOR I, pasando la escuela siguiendo el camino que llega al invernadero de flores	Reumatismo HTA
Melvia María González Viñan	85 años	Masaca bajo SECTOR III, por la via principal casa de dos pisos a la llegada del barrio.	HTA
Zoila González Ponce	66 años	Masaca bajo SECTOR III, por la via principal del barrio a la entrada.	Diabetes.
María Ubaldina Gonzáles Gonzales	73 años	Masaca bajo SECTOR III, por la via principal casa con jardín en frente de la casa.	HTA, Diabetes.
Elva Bolivia Arteaga Armijos	64 años	Masaca bajo SECTOR III, por la vía principal, casa con cancha de cemento.	HTA
Alfredo Naula Morocho	68 años		HTA
Eduardo Rafael Montaña Naula	8 años	Masaca bajo SECTOR III, por la via principal, casa con cancha de cemento.	Convulsiones
Diana Vera Montaña José Ángel Vera Cabrera Luz María Montaña	62 años 31 años 74 años	Masaca bajo SECTOR III, por la vía principal, a 100m luego de la iglesia.	Fiebre reumática Artritis HTA
Salcedo Vera Cabrera	82 años	Masaca bajo SECTOR III, por la via principal, junto a la entrada dónde sacan material pétreo.	HTA
Zoila Amada Gonzales	70 años	Masaca bajo SECTOR III, pasando el rio cruzando el puente de metal.	HTA
María Quezada Cuenca	73 años	Masaca bajo SECTOR III, pasando el puente de metal antes de llegar al cementerio de Solamar.	HTA
Sara Isabel Quezada León	69 años	Masaca bajo SECTOR III, en los molinos, caserío de la loma.	HTA
Hugo Telmo Gonzales Sandoval	70 años	Masaca bajo SECTOR III, por el desvío de la vía principal por la casa de la señora María del Cisne Vera, pasando el puente segunda casa.	HTA
Vera Cabrera Luz Amelia	70 años		Artritis Hipertiroidismo

**PERSONAS CON ENFERMEDADES DE IMPACTO DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	DIRECCIÓN	PATOLOGÍA
Gloria María Cabrera Japón	60 años	Masaca bajo sector III pasando el puente de la tarabita casa de madera	Herpes Zóster
Alison Gonzales Ponce Ariana Gonzales Ponce Viviana Gonzales Ponce	1 año 6 meses 9 años 5 años	Masaca bajo sector III pasando la escuela por un camino a mano derecha pasando el puente	Toxoplasmosis Toxoplasmosis Toxoplasmosis

**PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

NOMBRE	EDAD	DIRECCION	DIAGNOSTICO
Alex Gabriel Silva Espinoza Espinoza Julia Aurora	16 años  42 años	Masaca bajo sector III, en los molinos primera casa, los dos viven en la misma casa.	Discapacidad 41% física. Discapacidad de 45% psicológica y <u>epilepsia</u> .

**EMBARAZADAS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

NOMBRE	EDAD	DIRECCION	DIAGNOSTICO
Rosa Angélica Cabrera Puglla	26 años	Masaca alto sector I, ubicada a 100m antes de llegar a la escuela del canal de Santiago hacia arriba	Embarazada de 29 semanas de gestación

**NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

<b>NOMBRE</b>	<b>EDAD</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>VACUNACIÓN</b>
<b>Jonatán Cabrera Caillagua</b>	11 meses	Masaca alto sector I, segunda casa frente a la escuela de Masaca alto	Completa

**NIÑOS DE 12 A 23 MESES DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

<b>NOMBRE</b>	<b>EDAD</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>VACUNACIÓN</b>
<b>Nixon Andrade Cabrera</b>	1 año 9 meses	Masaca alto sector I, primera casa llegando a Masaca alto hacia arriba.	Completa
<b>Estefanía Lizet Silva Espinoza</b>	1 año 6 meses	Masaca alto sector III, cruzando en rio luego de la iglesia de Masaca Bajo	Completo
<b>Jessica Daniela González Montaña</b>	1 año 6 meses	Masaca bajo sector III, cruzando en rio luego del letrero grande de se vende guanchaca.	Completo
<b>Alison Mirelly González Ponce</b>	1 año 6 meses	Masaca bajo sector III, cruzando en rio luego dela casa de la Sra. Maria Vera.	Completo



**NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS DEL BARRIO MASACA ALTO Y BAJO SECTOR I Y III**

<b>NOMBRE</b>	<b>EDAD</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>VACUNACIÓN</b>
• Ángela Cabrera González	• 2 años 4 meses	Masaca sector I, tercera casa frente a la escuela de Masaca alto.	Completa
• Erika Espinoza Cabrera	• 2 años 2 meses	Masaca sector I, primera casa frente a la escuela de Masaca Alto	Completa
• Jordi Pullaguari Cabrera • Bárbara Pullaguari Cabrera	• 3 años • 4 años	Masaca sector I, siguiendo el camino de Masaca Alto al final de la vía hacia arriba	Completa
• Cristian David Armijos	• 4 años	Masaca sector III, primera casa llegando a Masaca Bajo	Completo
• Robert Sebastián Castro Valverde • Kerly Anahí Castro Valverde	• 4 años 8 meses • 3 años	Masaca sector III, siguiendo la vía de Masaca Bajo segunda casa a la llegada del barrio.	Completo
• Francisco Sebastián González Armijos • Priscila Elizabeth González Armijos	• 2 años • 4 años 8 meses	Masaca sector III, cruzando en rio luego de la iglesia de Masaca Bajo	Completo
• Pablo Andrés Iñiguez Jaramillo	• 4 años 11 meses	Masaca sector III, cruzando en rio luego del letrero grande que dice de se vende guanchaca la última casa.	Completo

### **13. ÍNDICE**

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

<b>PRELIMINAR</b>	<b>PÁGINAS</b>
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN ABSTRACT	2
3. INTRODUCCIÓN	5
4. REVISION DE LITERATURA	7
5. MATERIALES Y MÉTODOS	54
6. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD	56
7. RESULTADOS	60
8. DISCUSIÓN	87
9. CONCLUSIONES	93
10. RECOMENDACIONES	95
11. BIBLIOGRAFÍA	96
12. ANEXOS	99
13. ÍNDICE	118