

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



TÍTULO:

*“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE
SALUD DEL BARRIO SALAPA
ALTO SECTOR III y VI,
SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE
2013”*

Tesis previa a la
obtención del Título de
Licenciado en Enfermería

AUTOR:

Sr. Joffre Eduardo Belduma Yunga

DIRECTORA:

Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma

Loja - Ecuador

2013



CERTIFICACIÓN

Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma.

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

DIRECTORA DE TESIS:

CERTIFICO

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración del trabajo de tesis titulado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013**”, de autoría del egresado de la Carrera de Enfermería Joffre Eduardo Belduma Yunga, previa a la obtención del título de Licenciado en Enfermería, ha sido desarrollado, corregido y orientado bajo mi estricta dirección y una vez que se enmarca dentro de las exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, disertación y defensa.

Loja, Enero del 2014

Atentamente.



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



AUTORÍA

Yo, Joffre Eduardo Belduma Yunga, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autor: Joffre Eduardo Belduma Yunga

Firma:



Cédula: 1900563931

Fecha: Loja, Enero del 2014



**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA
CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo, Joffre Eduardo Belduma Yunga, declaro ser autor de la tesis titulada; **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV, SEPTIEMBRE–DICIEMBRE DE 2013”**. Como requisito para optar al grado de Licenciado en 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 el autor.

Firma:



Autor: Joffre Eduardo Belduma Yunga

Cédula: 1900563931

Dirección: Imbabura entre Av. Universitaria y 18 de Noviembre

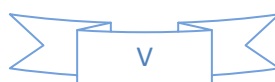
Correo Electrónico: joffreb-89@hotmail.com

Teléfono: 0986596434

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado con mucho amor a Dios por dotarme de bendiciones, fortaleza y paciencia permanentemente, a mis queridos padres: *Luisa y Jorge* por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida; y a mis hermanos; por estar siempre a mi lado en los buenos y malos momentos brindándome su amistad, cariño y comprensión.

Joffre Eduardo Belduma Yunga



AGRADECIMIENTO

Por medio de la presente dejo constancia de mi eterno agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por darme la oportunidad de prepararme académicamente para servir a la sociedad. A las autoridades del Área de la Salud Humana, especialmente de la Carrera de Enfermería por ofrecerme un cambio que valió la pena aprovecharlo y un agradecimiento muy especial a mi directora de tesis Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma, profesional de la Carrera de Enfermería, quién con su experiencia, paciencia, motivación y sugerencias han logrado en mí, poder culminar mis estudios.

Joffre Eduardo Belduma Yunga

1. TÍTULO

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO
SALAPA ALTO SECTOR III Y IV,
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 **Salapa Alto Sector III y IV**.

El universo estuvo constituido por 65 familias y 228 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 tenemos que el sexo masculino es el que más prevalece, el nivel de educación más sobresaliente es el Básico, se encontró 7 Analfabetos los cuales son jefes de familia, en cuanto a escolares y adolescentes es importante mencionar que todos están dentro del rango normal de nutrición y la mayoría estudia, en cuanto a mujeres con vida sexual activa, el método del ritmo es el más utilizado para la planificación familiar.

En cuanto al perfil epidemiológico se conoce que la Hipertensión Arterial es la patología crónica que más prevalece afectando a edades comprendidas entre los 65 años y más, entre las enfermedades degenerativas encontramos el cáncer gástrico y lo que respecta a discapacidades las más sobresalientes son la discapacidad intelectual y física. Se respalda la investigación con bibliografía y anexos que contempla el desarrollo de la misma.

Palabras Claves: Diagnóstico Comunitario de Salud, Modelo de Atención Integral de salud.

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 Hospital Universitario de 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 the **Salapa Alto Sector III and IV.**

The universe was constituted by 65 families and 228 inhabitants, the present investigation is of descriptive type, in which facts and characteristic related with the population and its environment are detailed, the instrument for the gathering of information was the family record elaborated by MSP and an annex to this record, the interview form allowed to complete the information, it was also analyzed the data, obtaining results that they will serve as base line.

Among the most relevant data we have male sex is the most prevalent, the level of outstanding education is the Basic 7 Illiterate whom are heads of households were found, as school children and adolescents is important to mention that all are within the normal range and most nutrition studies, in terms of sexually active women, the rhythm method is the most widely used family planning.

Regarding the epidemiological profile is known that arterial hypertension is the most prevalent chronic disease affecting aged 65 years and over, degenerative diseases found between gastric cancer and with regard to the most outstanding disability disabilities are intellectual and physical. Research bibliography and appendices which involves the development of it is supported.

The investigation is supported with bibliography and annexes that it contemplates the development of the same one.

Keywords: Community of Health Diagnosis, Model of Integrated Health Care.

3. INTRODUCCIÓN

El sistema actual de educación superior promueve la vinculación con la comunidad como eje transversal en todo proceso educativo y con mayor énfasis en las carreras de carácter social. Las ciencias médicas y afines 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 SALAPA ALTO SECTOR III Y IV, 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 Licenciado 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 egresado de la Carrera de Enfermería mi objetivo con la presente investigación es: contribuir al fortalecimiento del **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL** en el Hospital Universitario de Motupe, aportando con estadísticas y datos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud - EAIS (Equipos de Atención

Integral de Salud) formular propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad **Salapa Alto Sector III y IV**.

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

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

4.1.1. Definiciones

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

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

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

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

4.1.3. Mapeo de Actores

Es el proceso que permite identificar las relaciones de las personas, sociedad civil organizada, delegaciones de gobierno, instituciones educativas, municipalidades, agencias de cooperación técnica; los niveles de poder y la posición en términos de apoyo indiferencia u oposición respecto de un “OBJETIVO CONCRETO” que se construye

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

alrededor de una nueva forma de hacer salud, el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural.

Se basa en

- ④ Levantamiento de información de actores individuales y colectivos con su representatividad y finalidad.
- ④ Clasificar los actores por las acciones y los objetivos de su participación
- ④ Identificar funciones y roles de cada actor.
- ④ Análisis de actores: relaciones predominantes, jerarquización del poder
- ④ Relaciones sociales de los actores.

4.1.4. Mapeo del Sector

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

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

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

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

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

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

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

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

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

riesgo y de protección: ambiental, estilos de vida, sanitario y biológico.

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

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

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

4.1.5.1.1. Proceso para la sectorización urbana y rural

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

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

Ⓢ **Numeración por sectores:** la zona de cobertura se subdivide en cuatro sectores, apoyándose en los accidentes naturales (calles, avenidas, quebradas, ríos, etc.) que pudieran existir;

cada uno de ellos se identificaran con números romanos y de manera secuencial siguiendo las manecillas del reloj. Esta subdivisión es facultativa pues a nivel de zonas rurales de población dispersa, suele resultar muy difícil esta subdivisión. Cuando sea posible sobre todo en zonas urbanas, hay que tratar de que cada sector tenga un número similar de manzanas.

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

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

Ⓢ **Sectorización en áreas dispersas:** Generalmente no existen manzanas y es difícil o imposible conformar sectores, en estos casos para la identificación y numeración de las viviendas pueden servir los referentes locales como accidentes geográficos, vías de comunicación etc. o cualquier otra que se adecue más a la realidad local. Lo importante es que exista la máxima claridad en el diseño del mapa del territorio que debe cubrir el equipo de salud.

En los centros rurales a menudo deben realizarse varios croquis. El primero de ellos es global, poco detallad o e

identifica todas las poblaciones y comunidades de la zona de influencia. Los demás deben elaborarse para cada población y comunidad con el debido detalle.

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

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

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

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

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

Con el objetivo de garantizar el acceso y la continuidad de la atención se asigna un **E AIS** a un grupo de familias de acuerdo al estándar

establecido por la autoridad sanitaria quienes tienen la responsabilidad de implementar la ficha familiar, identificar riesgos y factores protectores, establecer planes de intervención en conjunto con el resto del equipo de la unidad de salud más cercana.²

4.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

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

En Ecuador en el año 2010 según los indicadores de salud, las enfermedades más comunes y que ocupan una de las primeras causas de morbilidad son las Infecciones Respiratorias Agudas con 1.703,083 casos y en segundo lugar 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

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

que se ubica en el octavo puesto con una tasa de 10.3% en las mujeres con relación a las diez principales causas de morbi-mortalidad.

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

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

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

4.3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

En la actualidad, nuestro país tiene un territorio de 283.560km², cuenta con 14.306.876 habitantes que se hallan distribuidos en las distintas provincias.⁴

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

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

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

Es un país multiétnico destacando las siguientes:

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

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

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

4.3.1. Distribución poblacional de la Provincia de Loja

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

La distribución de la población con respecto al sexo se encuentra en un 49,2% a los hombres y el 50,8% mujeres. El 31,5% de la población de la

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

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

provincia es menor de quince años; el 26,5% comprende las edades de 15 a 29 años y un 32,8% está entre los 30 y 64 años. La población adulta mayor representa aproximadamente el 9,1%.⁷

4.4. NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

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

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

4.4.1. Analfabetismo

En el Ecuador, la noción de analfabetismo se vincula a personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir. Las nociones de analfabetismo y alfabetización siguen apegadas a la definición acuñada por el **UNESCO** (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), "Una persona analfabeta no puede leer entendiendo lo que lee ni escribir una descripción sencilla y breve de su vida cotidiana" (**UNESCO** 1958). "Una persona es funcionalmente analfabeta cuando no puede

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

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

dedicarse a las actividades en las que hace falta saber leer y escribir para el funcionamiento efectivo del grupo o la comunidad a la que pertenezca la persona, para su desarrollo propio y de la comunidad" (**UNESCO** 1978).

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

Una de las principales causas del analfabetismo es la pobreza, debido a que las condiciones de vida en las que se encuentran las familias ecuatorianas ocasionan que no todos los niños y adolescentes tengan la posibilidad de acceder a una educación. Primero se busca satisfacer las necesidades básicas de un hogar, antes que un miembro de la familia asista a una escuela. Los hogares tienen como objetivo generar dinero por medio del trabajo, incluso infantil, apartándolos del acceso a la educación.⁹

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

4.4.2. 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.

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

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

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

4.5. OCUPACIÓN

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

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

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

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

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

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

4.6. FACTORES DE RIESGO

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

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

4.6.1. Riesgos biológicos

4.6.1.1. Personas con vacunación incompleta: a nivel mundial, los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con múltiples factores; entre los reportados en la literatura se encuentran: pobreza, costo a las familias, costo a los proveedores, inicio tardío de la vacunación, información deficiente del estado de vacunación, y desconocimiento por parte del personal de salud de las contraindicaciones y edades adecuadas para la aplicación de las vacunas.

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

4.6.1.2. Personas con problemas de nutrición (sobrepeso o desnutrición): el término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de proteínas y/ u otros

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

nutrientes. Aunque el uso habitual del término “malnutrición” no suele tenerlo en cuenta, su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación.

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

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

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 de 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%).¹⁴

4.6.1.5. Personas con problemas mentales: las enfermedades mentales o trastornos psicológicos son alteraciones de los procesos

¹⁴ Disponible en: <http://solnacientenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html10/12/13>, 10:15

cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.

Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. En el Ecuador un estudio realizado por los médicos Santiago Luna, Flor María Bazurto, Inés del Pino integrantes de la Misión Solidaria Manuela Espejo, reveló que la discapacidad mental por demencia en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad.¹⁵

4.6.2. Riesgos sanitarios

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

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

¹⁵ Disponible en: <http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html> 10/12/13. 9:20

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

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, los residuos de aceite, la contaminación de producción, y los derrames causan estragos en la fauna y el hábitat circundante.

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

4.6.3. Riesgos socio-económicos

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

En Junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registró 44,96% según la última Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).¹⁷

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

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

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.¹⁸

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

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

4.6.3.5. Violencia/Alcoholismo/Drogadicción: actualmente no hay dudas que el alcoholismo constituye el problema de drogas más importante; es responsable principal de violencia en todas partes donde

¹⁸ Disponible en:

http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3ADesempleourbano-en-ecuador-se-ubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es10/12/13, 8:45

¹⁹ Disponible <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-68-4.html10/12/13>, 9:45

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

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

4.6.3.7. Hacinamiento: el término hacinamiento hace referencia a la situación lamentable en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. El hacinamiento es un problema de gran importancia en la actualidad ya que la población mundial es muy numerosa y la densidad de la misma es extremadamente alta en algunos espacios del planeta.²⁰

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

²⁰ Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx10/12/2013> 8:20

toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica.

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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos: ²¹

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

4.7.1. Impacto de las Enfermedades Crónicas

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

²¹ Centro de nutrición molecular y enfermedades crónicas. Facultad de medicina. Universidad católica de Chile. Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas.php. Consultado: 09/12/13)

“En el caso del sexo femenino las principales causas de mortalidad eran la Diabetes Mellitus, enfermedades Hipertensivas, enfermedades Cerebro-Vasculares, Influenza y Neumonía, responsables de 25% de las muertes totales. En el caso de los hombres las principales causas de muerte fueron los accidentes de transporte terrestre y las agresiones, responsables de 12% de las muertes totales. A estas causas le siguieron las enfermedades Isquémicas del Corazón, los padecimientos Cerebro-Vasculares, la Influenza y Neumonía, las enfermedades Hipertensivas y la Diabetes Mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales”.²²

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. Asimismo, la prevalencia de factores de riesgo entre niños y

²²Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4. Disponible en versión electrónica en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013.

adolescentes ha experimentado un incremento inusitado en los últimos años.

4.8. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

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

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) afirman que en el 2030, a escala mundial, aumentarán las defunciones ocasionadas por enfermedades no transmisibles (**ENT**). Las Enfermedades Cardiovasculares aumentarán de 17 millones a 25 millones, mientras que las muertes ocasionadas por el cáncer aumentarán de 7,6 millones a 13 millones.²³

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).

²³ Ecuador y las enfermedades no Trasmisibles. Disponible en <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html> consultado el 09/12/13

- 📍 **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”.²⁴

4.9. ENFERMEDADES DE IMPACTO

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

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.²⁵

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.²⁶

²⁴ Enfermedades crónicas: Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php, a las 10:45

²⁵ Enfermedades infecciosas disponibles en: <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfeccio sas.aspx> consultado 5/12/13.

²⁶ Control de enfermedades trasmisibles. Disponible en: http://www.spherehandbook.org/es/servicios-de_saludesenciales-norma-2-sobre-control-de-enfermedades-transmisibles-diagnostico-y-tratamiento-de-casos

Entre las ITS más comunes encontramos:

- ④ **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.

- ④ **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.

- ④ **Gonorrea:** es causada por la bacteria *Neisseria Gonorrhoeae* y la puede contraer cualquier persona que tenga algún tipo de actividad sexual. La infección se puede diseminar por contacto con la boca, la vagina, el pene o el ano.

- ④ **Candidiasis.** es un hongo que vive en casi todas partes, la Candidiasis Vulvo vaginal, es una infección común que ocurre cuando hay un crecimiento acelerado del hongo llamado *Candida Albicans*. La *Candida* siempre está presente en el organismo en pequeñas cantidades.

- ④ **Sífilis:** es una **ITS** 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.

- ④ **Chancro Blando:** es una lesión primaria de la sífilis, indolora, que aparece en el lugar de entrada de la infección. Se presenta como una pápula pequeña o como una erosión.

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

4.9.2. Otras enfermedades transmisibles: algunas enfermedades se propagan por el aire a través de las gotitas que se esparcen cuando la persona infectada estornuda o tose, la mayoría de las Enfermedades Respiratorias se propagan de esta manera. Otras enfermedades pueden propagarse a través de la ingesta de alimentos o agua contaminada, muchas veces 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

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

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

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

"Muchas discapacidades se desarrollan por hipoxia, asociada a partos no tradicionales, además producto de traumatismos, prematuridad y eventos postnatales asociados" explicó Gámez, al tiempo que destacó el aporte del estudio de 651 muestras en el Centro Nacional de Genética de Cuba.²⁷

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

4.10.1. Personas con discapacidad carnetizadas

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

²⁷LAZARUM, Disponible en: <http://www.lazarum.com/2/web.php?search=datos+estadisticos+ecuador>, Citado: 10/12/2013, Hora: 10h25am.

4.10.2. Tipos de discapacidad

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

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

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

- Ⓢ **Discapacidad Intelectual:** se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud, seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.²⁸

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.

²⁸ CORPOALEGRIA, Tipos de discapacidad, Disponible en: <http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/>, Citado: 09/12/13, Hora: 18h30pm.

Entre estos problemas tenemos:

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

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

Es más común entre las mujeres que entre los hombres. Algunas veces comienza cuando una persona se encuentra sometida a mucho estrés.²⁹

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.³⁰

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

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

4.11.6. Depresión: se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.³¹

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

El Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), tiene como finalidad asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del Programa, usando vacunas de calidad, gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de una gerencia y vigilancia epidemiológica efectiva y eficiente en todos los niveles, que involucre a los diversos actores del Sistema Nacional de Salud.³²

Las coberturas del Programa de Inmunizaciones en el año 2009, superan las alcanzadas en el 2008, en todos los biológicos. La vacuna contra Rotavirus en el año 2009 alcanza el 97% de cobertura, SRP el 15%, el menor incremento reportado es en BCG 2%.³³

4.13. TAMIZAJE NEONATAL

“Con pie derecho, la huella del futuro” es un examen que consiste en la toma de una muestra de sangre, que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.³⁴



Este programa inició en diciembre del 2011, bajo la supervisión de la Vicepresidencia de la República. El objetivo del proyecto es prevenir el

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

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

³³ Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>. Consultado: 09-12-2013

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

retardo mental y otras discapacidades provocadas por enfermedades metabólicas hereditarias y trastornos relacionados; a través de la detección oportuna y tratamiento temprano, para la consecución del buen vivir de la población.

Estadísticas revelan que hasta el año 2012 “se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos”,³⁵ se 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 recién nacido (RN), es la causa más común de retardo mental prevenible. Con la prueba se pretende prevenir el retraso mental.

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

- Ⓢ **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** se da cuando los recién nacidos carecen de una enzima para producir cortisol y aldosterona. Esto produce más andrógenos, lo que ocasiona la masculinización de fetos femeninos y una potencial pérdida salina

³⁵ Programa de Tamizaje Neonatal: proyecto coordinado por el MSP y la Vicepresidencia de la República, disponible en: <http://www.elciudadano.gob.ec/>, Consultado 27-11-2013

en ambos sexos.³⁶ La prueba previene la muerte antes del primer mes de vida y de alteraciones del sexo.

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

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 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.³⁷

La lactancia materna corta o inferior a los 6 meses, determina una desnutrición precoz, de carácter grave y de mayores consecuencias futuras. Ante la disminución de la ingesta de alimentos se ponen en

³⁶ Tamizaje, pinchazo vital contra la discapacidad, disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabiecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contra-la-discapacidad/>. Consultado 27-11-2013.

³⁷ 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-nutricionalninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1Y1YuZ>

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.

La disminución del tamaño corporal y 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, marginalidad, mala alimentación temprana, infecciones frecuentes o una combinación de todas ellas.

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

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

4.15. LACTANCIA MATERNA

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



La **OMS** destaca que el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) 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.³⁸

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

Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica para evitar al máximo el riesgo de contaminación. Alimentar a un niño pequeño requiere una atención activa y estimulación para animarlo a comer.³⁹

³⁸ 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-supervivenciainfante>

³⁹ Hasta que edad es importante alimentar al bebé solo con leche materna disponible en <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html> 2013

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

Ya analizado el crecimiento y desarrollo del niño pasamos al aspecto de las inmunizaciones (vacunas). Por ello los padres deben recibir la información actual acerca de todas las enfermedades que se previenen con el esquema básico que nos ofrece el Sector Salud.⁴⁰

⁴⁰ Pediatría control del niño sano. Disponible en: <http://pediatria.org/?p=214> 2013

4.17. ESCOLARES Y ADOLESCENTES

4.17.1. Estado nutricional de los escolares y adolescentes

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

4.17.1.1. Crecimiento del niño y el adolescente

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

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

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

4.17.1.2. Valoración del estado nutricional

📍 **Índice de Masa Corporal:** es el mejor indicador del estado nutricional en adolescentes, por su buena correlación con la masa

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

4.17.1.3. Datos estadísticos

En el Ecuador es evidente la emergencia del sobrepeso y la obesidad: el exceso de peso se caracteriza por bajas tasas durante los primeros años de vida, 6,5% en la edad infantil; aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar, 14% de sobrepeso/obesidad en escolares ecuatorianos de ocho años de edad que habitan en el área urbana incremento sostenido durante la adolescencia en un 22% a nivel nacional.⁴¹

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”.⁴² El mismo considera que, los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

4.17.2. Vacunación con Difteria y Tétanos

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

⁴¹ 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.%20PREVENCON%20SECUNDARIA.pdf

⁴² Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC <http://www.alimentatecuador.gob.ec>

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

4.17.3. Agudeza visual en escolares y adolescentes

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

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

Ⓢ **Test de Snellen:** son los más populares, están formados por filas de letras que van de tamaño más grande a más pequeño conforme bajamos la mirada. Cuanto más abajo logre ver nítido el paciente, mayor agudeza visual tendrá.⁴³

4.17.3.1 Principales problemas visuales

Los problemas de la vista pueden ser variados, los más frecuentes son los de refracción, pero hay otros crónicos o funcionales que no permiten ver adecuadamente, entre los más importantes tenemos.⁴⁴

Ⓢ **Miopía:** Se presenta cuando los rayos de luz se enfocan delante de la retina y no directamente sobre ella, haciendo que los objetos cercanos se vean fácilmente, pero los lejanos sean difíciles de distinguir

⁴³ 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

⁴⁴ Salud Enfermedades, principales problemas visuales: Disponible en: <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/notransmisibles/368755.html>. Citado el: 2/02/2014

- ④ **Hipermetropía:** cuando los rayos de luz proyectan la imagen en un punto detrás de la retina, haciendo que los objetos cercanos se vean borrosos.
- ④ **Astigmatismo:** ocurre cuando hay una deformación en varias partes de la córnea, la membrana transparente que cubre al ojo, ocasionando que no se forme un foco sobre la retina, sino una imagen confusa generalmente incompleta o distorsionada
- ④ **Daltonismo** o ceguera a los colores, es un padecimiento que impide a los conos de la retina distinguir todos los colores o ciertos tonos de color. La mayoría no distinguen entre el rojo y el verde y otras no pueden hacerlo entre tonos de azul y amarillo
- ④ **Estrabismo:** Mejor conocido como “ojos bizcos”. Este padecimiento se caracteriza por la pérdida del paralelismo de los ojos, es decir que mientras uno de los ojos mira un objeto, el otro se desvía en otra dirección ocasionando en muchos casos un defecto estético llamativo
- ④ **Ambliopía,** también conocida como “síndrome del ojo perezoso u ojo vago”, es la pérdida parcial de la visión de un ojo. En raras ocasiones este problema se puede presentar en los dos ojos, con signos muy claros de temblor o movimientos oculares involuntarios.

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

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

El Programa de entrega de lentes gratuitos se inició en el 2008, beneficiando a 800 ciudadanos por año, la labor continúa este año

⁴⁵ Proyecto de detección temprana e intervención de Discapacidad Visual en el Ecuador. Disponible: Estudio de OACDH sobre el derecho de los niños y niñas a la Salud, Defensoría del pueblo ecuatoriano. 7 Septiembre de 2012.

con una segunda entrega a realizarse en el mes de septiembre. El costo de los lentes oscila entre los 20 y 50 dólares, montos que son asumidos por el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud.

Con la campaña se pretende reducir el número de población que tiene problemas visuales y que en los niños se puede detectar a los 8 años cuando presenta dificultad para mirar, leer lo cual incide en su rendimiento académico.⁴⁶

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

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

⁴⁶ Programa de entrega de lentes.(2014) Disponible en: <http://www.elnorte.ec/carchi/actualidad/38496-lentes-gratuitos-fueron-entregados-a-los-adulto.html>

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

4.17.4.2. Datos estadísticos

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

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 técnicos, universitarios y superiores de educación.

4.17.4.4. Datos estadísticos

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

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

⁴⁸ UNICEF. La Educación. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf. Citado en 10/12/2013

institución educativa (sus políticas, estrategias, etc.) y el profesor (capacitación, compromiso, etc.).

- ⊙ **Factores familiares:** el rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante, porque es importante la percepción que tengan acerca de la valoración positiva o negativa de su familia hacia ellos, su percepción del 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”⁴⁹.

- ⊙ **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.

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

4.17.6. Problemas de conducta en escolares

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

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

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

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

El trastorno de conducta ha sido asociado con:

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

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

Los niños con trastorno de conducta pueden llegar a desarrollar trastornos de personalidad 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.⁵⁰

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.

⁵⁰ 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.

- ✓ Está enfadado consigo mismo porque sabe que los demás se aprovechan de él.
 - ✓ Es un experto en ocultar sus sentimientos.
 - ✓ Es tímido y reservado cuando esta con otras personas.
 - ✓ No sabe aceptar cumplidos.
 - ✓ Se agota y no tiene mucha energía.
 - ✓ Su actitud acaba irritando a los demás.
 - ✓ Se reconocer por su típico lenguaje corporal y verbal.
- Ⓢ **Conducta Asertiva:** es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y profundamente respetuosa. Su meta es: Lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo amerita.
- Ⓢ **Conducta antisocial:** se refiere, de forma general, a cualquier conducta que refleje el incumplimiento de reglas normas sociales y la materialización de una acción contra los demás.
- Ⓢ **Conducta Pro-social:** la conducta pro-social comienza a aparecer durante la etapa pre-escolar y puede observarse en el niño desde los dos años de edad. Sin embargo la capacidad para compartir y cooperar es limitada; la conducta pro-social sigue desarrollándose ya entrada la adolescencia y de manera posterior.⁵¹

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

4.18. ATENCIÓN MATERNA

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio, los Derechos Sexuales y Reproductivos, el Plan de Reducción acelerada de muerte Materna y Neonatal, implementa desde hace tres años un proceso colaborativo de mejora en la calidad de la atención 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.
- Ⓢ **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.⁵²

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

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.⁵³

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

4.18.2. Vacunación en mujeres embarazadas.

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

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

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

⁵⁴ Incidencia y Factores de Riesgo asociados al Tétanos Neonatal en el Ecuador: Principales determinantes que influyen en la bajas coberturas de vacunación con DT en las mujeres en edad fértil en el año 2009-2010

“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”.⁵⁵

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

Éstas son:

- Ⓢ Triple viral (sarampión, rubéola y paperas).
- Ⓢ Vacuna contra la varicela.
- Ⓢ Vacuna anti poliomielítica.
- Ⓢ 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.

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

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, es una afección que comienza después de las 20 semanas de embarazo que ocasiona hipertensión arterial y cantidades excesivas de proteína en la orina de la madre.

4.19. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

4.19.1. Vacunación en las mujeres de edad fértil

La inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico, 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.⁵⁶El 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.⁵⁷

⁵⁶ Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

⁵⁷ Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959> Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

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.⁵⁸

4.19.2.1. Clasificación de los métodos anticonceptivos

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

a) Métodos Naturales

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

b) Métodos de Barrera

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

⁵⁸ Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

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:

- Ⓢ 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.

“Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes, con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad.”⁵⁹

⁵⁹ RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia “Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador”

5. MATERIALES Y MÉTODOS

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

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

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

5.1. Tipo de estudio

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

5.2. Universo

El universo estuvo conformado por las familias del Barrio **Salapa Alto Sector III y IV**.

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 AUTOCAD, el cual fue apoyado por el mapa físico elaborado durante toda la jornada laborada en el Barrio **Salapa Alto Sector III y IV.**

5.4. Materiales

5.4.1. Recursos materiales

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

6. RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD



El **Barrio Salapa Alto**, se encuentra ubicado al Noroeste a 18km del Hospital Universitario de Motupe, históricamente se sabe que en sus inicios los barrios Salapa Alto y Bajo eran un solo sector, el cual le pertenecía al señor Ramón Burneo.

Debido a la repartición de herencias la hacienda fue dividida en 2 territorios diferentes; tomando el nombre de Salapa Alto y Bajo respectivamente, posteriormente con la ley de la Reforma Agraria (Para la determinación de una región, zona o sector de intervención prioritaria, se tendrá en cuenta la posibilidad de asentar el máximo número de familias campesinas y de crear una infraestructura física, de comercialización, comunicaciones, vivienda rural, educación, salud y saneamiento ambiental, así como la de ejercer una decisiva e inmediata influencia en el desarrollo regional),⁶⁰ las área fueron habitadas por personas de diferentes lugares y la población fue incrementando consecutivamente, actualmente el Barrio de Salapa Alto cuenta con 113 familias y 416 habitantes de todos los grupos etarios.

Vías de comunicación, transporte y servicios básicos

La vía de acceso al Barrio Salapa Alto es de tipo lastrada, la mayoría de los moradores se transportan en los buses urbanos y ciertos habitantes se movilizan en sus propios transportes. Dicho sector no cuenta con los servicios de alcantarillado, agua potable, alumbrado

⁶⁰ Reforma Agraria: Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2007b/298/ley-1973.htm>. Revisado: 9-12-2013

público y recolección de basura, por lo que las habitantes no realizan la debida clasificación de la basura orgánica e inorgánica.

La mayoría de los moradores cuentan con pozos sépticos y algunos de ellos utilizan las letrinas.

El principal sustento económico es la agricultura y albañilería, cultivan verduras, legumbres y tubérculos, mencionan que aprovechan los desechos orgánicos, enterrándolos en sus sembríos, estos productos son cosechados y luego sacados al mercado. Las condiciones de la vivienda en su mayoría no son las adecuadas, al mismo tiempo, crían animales intradomiciliarios siendo un factor de riesgo para su salud.

Organización

El Barrio Salapa Alto está organizado por una directiva dirigida como presidente él señor Humberto Quinche y vicepresidente el señor Carlos Tigre.

El mencionado barrio cuenta con un club de jóvenes llamado San Cristóbal el cual representa a los Barrios Salapa Alto y Bajo en actos culturales, sociales y deportivos.

Fiestas religiosas



Las fiestas religiosas que realizan los moradores del Barrio Salapa Alto son en honor a San Francisco que suelen celebran el 4 de Octubre, de la Virgen del Cisne el mes de Agosto, del Divino Niño y El Señor de la Agonía en el mes de Junio.

Creencias y costumbres

Esta comunidad se caracteriza por ser religiosa ya que ellos creen y tienen mucha Fe en imágenes santas (Virgen del Cisne) de su barrio.

En cada una de estas fiestas los habitantes tienen diferentes costumbres como: dar café con pan en la noche de vísperas, brindis de canelasos, presentación de danzas, presentación de artistas etc., y al siguiente día como almuerzo a todos los invitados brindan lo típico de Salapa el mote con queso.

Medicina tradicional

En el Barrio Salapa Alto la mayoría de los habitantes tienen sus huertos ocupados de plantas medicinales, las cuales son utilizadas como analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios para aliviar diferentes dolencias, las plantas más utilizadas son: la Manzanilla que la utilizan para el dolor estomacal, el Ataco conjuntamente con la Ruda lo utilizan para el control de hemorragias y cólicos menstruales, el Toronjil para combatir la depresión y los nervios, el Culantrillo y el Sauco Negro actúan como antiinflamatorios y antipiréticos.

Curanderas/os, comadronas

En cuanto a la existencia de comadronas o parteras nos han informado que en la actualidad ya no existe ninguna de ellas, y como curandero únicamente existe un señor llamado Víctor Poma, mismo que no ha participado en ningún taller de capacitación.

Límites de la comunidad:

Norte: Masaca Alto

Sur: Teneria (Carigan)

Este: Salapa Bajo

Oeste: Tierra Blanca

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

6.2.1. Datos referenciales generales de población

🏠 Número de familias del Barrio sector III y IV: **65**

🏠 Número total de habitantes sector III y IV: **228**

Total de habitantes por sexo sector III y IV:

♂ Masculino: **121**

♀ Femenino: **107**

- Casas Fallidas: **9**
- Familias que no colaboran: **3**
- Casas no habitadas: **53**

6.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV

POBLACIÓN	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	2	0,88	1	0,44	3	1,32
Niños 1-4 años	15	6,58	5	2,19	20	8,77
Niños 5-9 años	22	9,65	6	2,63	28	12,28
Adolescentes 10-19 años	13	5,70	19	8,33	32	14,04
Adultos 20-64 años	55	24,12	59	25,88	114	50
Adultos mayores 65 años y más	14	6,14	17	7,46	31	13,60
TOTAL	121	53,07%	107	46,93%	228	100%

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV.

ELABORADO POR: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

NOTA: grupos etarios según el MSP

ANÁLISIS

En la presente tabla, se puede evidenciar que el sexo predominante en los sectores III y IV del Barrio Salapa Alto es el sexo masculino con un porcentaje de **53,07%**, seguido el sexo femenino con un porcentaje de **46,93%** de la población total. En relación con los resultados del último censo realizado en el 2010 en la provincia de Loja, la población que más prevalece es el sexo femenino con un 50.20%,⁶¹ datos que se diferencian de la población encontrada en este lugar.

⁶¹ INEC; Población y Demografía; Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>; Fecha de visita: 4-12-2013

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO SALAPA ALTO
SECTOR III Y IV SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

ESCOLARIDAD	f	%
Analfabetos	7	3,07
Sin Escolaridad	23	10,09
Básica	147	64,47
Bachillerato	39	17,11
Superior	12	5,26
TOTAL	228	100%

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV.

ELABORADO POR: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

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

ANÁLISIS

La educación es uno de los deberes primordiales del Estado y un derecho de las personas a lo largo de su vida, además forma parte de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir.

Como se observa en la presente tabla, es importante resaltar que el Barrio Salapa Alto es una zona rural, dato que justifica que el **64,47%** de la población posee un nivel de escolaridad básico y el **5,26%** cuenta con estudios universitarios en proceso, debido a la lejanía y al difícil acceso del transporte, limita a los jóvenes el estudio en centros de Educación Superior.

TABLA N° 3

**RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO SALAPA ALTO
SECTOR III Y IV**

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		POBLACIÓN	
	f	%	f	%	TOTAL	%
Personas con discapacidad	4	1,75%	224	98,25%	228	100%

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV

ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

NOTA: se eliminan las categorías "Personas con vacunación incompleta, Personas con mala nutrición, Personas con enfermedades de impacto, Embarazadas con problemas y Personas con problemas mentales" por no existir casos

ANÁLISIS

El riesgo biológico consiste en la presencia de un organismo, o la sustancia derivada de un organismo, que plantea, una amenaza a la salud humana.⁶² De acuerdo con la presente tabla en lo referente a riesgos biológicos se debe mencionar que la mayor parte de la población que habita en Salapa Alto Sector III y IV, no están sujetos a riesgos de este tipo; en lo referente a las personas con discapacidad física e intelectual, es importante detallar que existen 4 personas con estos tipos de discapacidad (Anexo N°10), representando el **1,75%** del total de la población.

⁶² Riesgo Biológico: Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Riesgo_biol%C3%B3gico. Revisado: 8-12-2013

TABLA N° 4

**RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO SALAPA ALTO
SECTOR III Y IV**

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		POBLACIÓN	
	f	%	f	%	TOTAL	%
Consumo de agua insegura	65	100%	0	0,00	65	100%
Mala eliminación de basura y excretas	65	100%	0	0,00	65	100%
Mala eliminación de desechos líquidos	31	47,69%	34	52,31%	65	100%
Animales intra domiciliarios	52	80%	13	20%	65	100%

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV

ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

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

ANÁLISIS

En la presente tabla se evidencia que de las familias que residen en estos sectores de Salapa Alto, casi todas están sujetas a altos porcentajes de riesgos sanitarios, como es el caso del consumo de agua insegura y mala eliminación de basura y excretas, en los cuales alcanzan el **100%** de riesgo sanitario, esto se debe a que el barrio es rural y no cuenta con casi ningún servicio básico.

A más de esto el **80%** de las familias tienen animales intra-domiciliarios y un **47,69%** tienen mala eliminación de desechos líquidos, factores que predisponen a la aparición de enfermedades.

TABLA N° 5

**RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO SALAPA
ALTO SECTOR III Y IV**

RIESGOS SOCIO - ECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		POBLACIÓN	
	F	%	f	%	TOTAL	%
Pobreza	52	80%	13	20%	65	100%
Desempleo o empleo Informal del jefe de familia	37	56,92%	28	43,08%	65	100%
Analfabetismo del Padre o Madre	7	10,77%	58	89,23%	65	100%
Desestructuración Familiar	9	13,85%	56	86,15%	65	100%
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	18	27,69%	47	72,31%	65	100%
Malas Condiciones de la Vivienda	42	64,62%	23	35,38%	65	100%
Hacinamiento	16	24,62%	49	75,38%	65	100%

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV.

ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS

Es importante detallar que la pobreza que existe en estos sectores es muy alta, la cual la encontramos en el **80%** de las familias del Barrio, variable que se justifica con el desempleo o empleo informal del jefe de familia con un **56,92%** y **10,77%** de las familias no cuentan con ningún tipo de escolaridad los cuales no encuentran muchas opciones de trabajo.

Según los resultados puedo mencionar que el **64,62%** de las familias poseen malas condiciones de la vivienda, adicional a esta cifra, el hacinamiento es casi inevitable representado con el **24,62%**, de los hogares.

Debido a que en algunas familias existe mínimo un integrante, que ingieren alcohol la variable violencia, alcoholismo y drogadicción se encuentra con el porcentaje del **27,69%**, sumando a esto la desestructuración familiar de los habitantes se evidencia con **el 13,85%**.

TABLA N° 6

**TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN MENORES DE 5 AÑOS DEL
BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV**

TAMIZAJE	f	%
SI	6	26,09
NO	17	73,91
TOTAL	23	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV.

ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS

“Con pie derecho, la huella del futuro” es un examen que consiste en la toma de una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé a partir del cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.⁶³

Este examen se implementó en diciembre de 2011, como se muestra en la presente tabla de los 23 menores de 5 años, 6 de ellos se encontraron en edad óptima (antes de los 28 días de nacido) para acceder a este examen y los 17 menores restantes son aquellos que no se lo realizaron, por no haber estado en esa edad cuando se incrementó el programa.

⁶³ Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec>; Consultado: 09-12-2013.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV

Las vacunas son un preparado de antígenos que una vez dentro del organismo provoca la producción de anticuerpos y con ello una respuesta de defensa ante microorganismos patógenos. Tomando como base los resultados del carnet de vacunas, se puede evidenciar que todos los niños que viven en estos sectores, menores de 5 años poseen el **100%** del esquema de vacunación completo de acuerdo con su edad y disponibilidad del biológico.

TABLA N° 7

**OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO SALAPA ALTO
SECTOR III Y IV**

OCUPACIÓN	f	%
Estudiante	64	28,07
Haceres domésticos	59	25,88
Agricultor	33	14,47
Sin ocupación	23	10,09
Albañil	13	5,70
Artesano	8	3,51
Chofer	8	3,51
Comerciante	7	3,07
Desempleado	5	2,19
Empleado Público	4	1,75
Empleado Privado	2	0,88
Mecánico	2	0,88
TOTAL	228	100%

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV.

ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

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

ANÁLISIS

Según la información adquirida en cuanto a la ocupación y a la población económicamente activa de los habitantes del Barrio Salapa Alto de los sectores III y IV, se encuentran los agricultores representando el **14,47%** y los albañiles con el **5,70%** de acuerdo con estos datos podemos evidenciar que los recursos financieros de las familias no cubre el costo de la canasta básica familiar, ni las necesidades básicas de la familia.

TABLA N° 8

**LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL
BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV**

LUGAR DE ATENCION	f	%
HOSPITAL DE MOTUPE	176	77,19
OTROS	33	14,47
CENTRO N° 3	11	4,82
H. ISIDRO AYORA	6	2,63
IESS	2	0,88
TOTAL	228	100%

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV.

ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

NOTA: la categoría "Otros" corresponde a clínicas particulares, ISSFA, ISSPOL y médicos privados.

ANÁLISIS

De acuerdo con la información recogida en la presente tabla, se puede mencionar que la mayoría de los moradores de estos sectores realizan consultas médicas en el Hospital Universitario de Motupe, con un porcentaje del **77,19%** de la población total; cabe señalar que un porcentaje del **14,47%** de la población acuden a clínicas particulares, ya que estos cuentan con recursos económicos para solventar estos gastos, así mismo mencionar que algunos de los jefes de hogar aportan al seguro social campesino, motivo por el cual su lugar de atención es el IESS con el porcentaje de **0,88%**.

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.⁶⁴

Se puede evidenciar que en el Barrio Salapa Alto en los sectores III y IV, el estado nutricional de los menores de 5 años esta dentro del rango normal, correspondiente al **100%**; resultados comparados con el Índice de Masa Corporal obtenidos de cada niño de acuerdo con su peso y su talla.

⁶⁴ Nutrición: Disponible en : <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>. Revisado : 7-12-2013

TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Combinada con la alimentación complementaria, la lactancia materna óptima previene la malnutrición y puede salvar la vida a cerca de un millón de niños.⁶⁵

Según los datos obtenidos se puede recalcar que el **100%** de los niños han recibido lactancia materna ya sea durante su primer año de vida o durante sus dos años. Cifras obtenidas de mencionados sectores han sido de suma importancia ya que todos los niños menores de 5 años han recibido una lactancia materna exclusiva durante su primer año de vida.

⁶⁵ Lactancia Materna: Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>; Revisado: 8-12-2013

TABLA N° 9

**CONTROLES MÉDICOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO
SALAPA ALTO SECTOR III Y IV**

NÚMERO DE CONTROLES	SI		NO		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%
PRIMERO	23	100	0	0,00	23	100%
SEGUNDO	23	100	0	0,00	23	100%
TERCERO	22	96	1	4,35	23	100%
CUARTO	8	35	15	65,22	23	100%
QUINTO	3	13	20	86,96	23	100%

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV

ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS

El control de niño sano o supervisión de salud incluye todas las actividades destinadas a la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades, además del acompañamiento y educación al niño y su familia, con el fin de lograr un adecuado desarrollo y crecimiento.⁶⁶

Todos los menores de 5 años del Barrio Salapa Alto de los sectores III y IV han recibido los dos primeros controles del niño sano los cuales corresponden al **100%** y el tercer control corresponde al **96%** del total de controles del niño sano.

⁶⁶ Control del niño sano: Disponible en: <http://redsalud.uc.cl/link.cgi/VidaSaludable/Glosario/C/control-nino-sano.act>.
Revisado : 9-12-2013

ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV, EVALUADO MEDIANTE ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El Índice de Masa Corporal es un índice de la relación peso-talla, que indica el estado nutricional de una persona.⁶⁷

De acuerdo al IMC de la población escolar y adolescente del Barrio Salapa Alto sector III y IV, se encuentran en un rango normal (18.5 a 24.99 IMC) de nutrición representando al **100%** del total de este grupo poblacional.

⁶⁷ IMC Normal: Disponible en: http://www.uach.cl/direccion/asuntos_estudiantiles/vivesaludable/nutricion/calculadora.htm:
Revisado: 7-12-2013

**ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN
ESCOLARES Y ADOLESCENTES
DEL BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV**

Se identifica que los escolares y adolescentes, tienen el esquema completo de la vacuna con Difteria y Tétanos, es decir cumplen con el **100%** con el esquema de vacunas para su edad, la vacunación es una técnica de medicina preventiva cuyo objetivo consiste en procurar resistencia inmune frente a un organismo infeccioso. Con este fin, se transmite al individuo una forma del organismo patógeno que no tiene capacidad de producir la enfermedad, pero sí de inducir la formación de anticuerpos, esta vacuna ayuda a prevenir las enfermedades del tétanos y la difteria; ya que son enfermedades infecciosas que pueden ocasionar la muerte de los mismos.

TABLA N° 10

**AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO
SALAPA ALTO SECTOR III Y IV**

AGUDEZA VISUAL	f	%
NORMAL	58	96,67
CON PROBLEMAS	2	3,33
TOTAL	60	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV.

ELABORADO POR: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS

En la presente tabla se pudo evidenciar que de todos los escolares y adolescentes el **96,67%** su agudeza visual es normal y el **3,33%** presentan algún problema visual, la misma que es un problema para su salud. La agudeza visual es una medida de la capacidad del sistema visual para detectar y reconocer detalles espaciales, en un test de alto contraste, con un buen nivel de iluminación.

Según los datos del Ministerio de Salud Pública en el Ecuador un 11% de escolares y adolescentes presentan errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos relacionando así problemas con el rendimiento académico.⁶⁸

⁶⁸ Estudio de la situación actual de las personas con discapacidad visual: Disponible en: <https://www.google.com.ec/search?q=del+Ministerio+de+Salud+p%C3%BAblica+en+el+Ecuador+un+11%25+de+escolares+y+adolescentes+presentan+errores+de+refracci%C3%B3n>: Revisado: 9-12-2013

TABLA N° 11

**ACCESO O NO AL ESTUDIO ACADÉMICO DE LA POBLACIÓN ESCOLAR
Y ADOLESCENTE DEL BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV**

ESTUDIA	f	%
SI	59	98,33
NO	1	1,67
TOTAL	60	100%

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV.

ELABORADO POR: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS

De acuerdo con los datos recogidos se puede evidenciar que el **98,33%** de escolares y adolescentes se encuentran estudiando en diferentes establecimientos educativos; mientras que un **1,67%** de niños y adolescentes no tienen la posibilidad de estudiar debido a los escasos recursos económicos de los padres que no les permite inscribir a sus hijos en escuelas o colegios y culminar con sus estudios.

TABLA N° 12

**RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL
BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV SEGÚN INFORMANTE**

RENDIMIENTO ACADÉMICO	f	%
BUENO	55	93,23
MALO	4	6,77
TOTAL	59	100%

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV
ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS

En la presente tabla se observa que de los 59 escolares y adolescentes que tienen acceso al estudio académico, un **93,23%** tienen un rendimiento académico que a la percepción del informante es óptimo, a diferencia del **6,77%** porcentaje que representa un mal rendimiento escolar. Por lo general los problemas del rendimiento académico suelen aparecer cuando los estudiantes están en la etapa evolutiva de la adolescencia, durante este periodo los cambios que presentan son de origen fisiológico y psicológico, provocan desorientación, angustia e inseguridad para alcanzar metas académicas y personales.⁶⁹ Para lo cual es recomendable buscar la causa del fracaso de los estudiantes, si es el acceso a internet, entorno del hogar, el nivel de educación de los padres, el entorno socioeconómico, etc.

⁶⁹ Rendimiento Académico: Disponible en: <http://tareadeseminario2010.blogspot.com/2010/10/causas-y-consecuencias-del-bajo.html>:
Revisado: 8-12-2013

TABLA N° 13

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV SEGÚN FAMILIAR INFORMANTE

PROBLEMAS DE CONDUCTA	f	%
SI	4	6,77
NO	55	93,23
TOTAL	59	100%

FUENTE: Fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV
ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS

En cuanto a los problemas de conducta del escolar y adolescente menciono que el **93,23%** no presenta este tipo de inconveniente, mientras que el **6,77%** si presentan problemas de conducta.

El trastorno de conducta implica una serie de problemas comportamentales y emocionales que se presentan en niños y adolescentes, entre los signos de advertencia pueden incluir: no tener un buen rendimiento escolar, faltar a la escuela, discusiones frecuentes, dañar o destruir las pertenencias ajenas, amenazar a otras personas y a sí mismos, comenzar a fumar, beber o consumir drogas prematuramente. Estudios sugieren que es más efectivo el tratamiento de los niños en el hogar junto a su familia que puede ayudar a mejorar su autoestima y control, contribuyendo a su vez la mejora de su conducta.⁷⁰

⁷⁰ Trastornos de conducta: disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000919.htm>: Revisado: 8-12-2013.

TABLA N° 14

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

MÉTODOS	f	%
MÉTODO DEL RITMO	30	71,43
IMPLANTES	5	11,90
T DE COBRE	3	7,14
INYECTABLE	3	7,14
ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA	1	2,38
TOTAL	42	100%

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV

ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

NOTA: las elimina los métodos "orales y de barrera" por no existir casos.

ANÁLISIS

Métodos anticonceptivos son aquellos que impiden o reducen significativamente las posibilidades de una fecundación o un embarazo en las relaciones sexuales, éstos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean tener).⁷¹

La mayoría de las mujeres que mantienen una vida sexual activa, utilizan métodos anticonceptivos, de los cuales señalo que el método del ritmo ocupa el primer lugar con el **71,43%**, factor de riesgo para que se presente los embarazos no deseados, ya que no es uno de los métodos mas recomendados ni seguros y el método menos utilizado es la esterilización tubárica con un porcentaje representado con el **2,38%**.

⁷¹ Métodos anticonceptivos: Disponible en : <http://metods1-8.wikispaces.com/>: Revisado: 9-12-2013

TABLA N° 15

DOSIS DE VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DEL BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV

NÚMERO DE DOSIS RECIBIDAS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
PRIMERA	62	100%	0	0,00	62	100%
SEGUNDA	48	77,42%	14	22,58%	62	100%
TERCERA	38	61,39%	24	38,71%	62	100%

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV

ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

NOTA: se elimina el indicador "cuarta, quinta dosis y refuerzo" por no existir casos.

ANÁLISIS

Con relación a la administración de la vacuna con Difteria y Tétanos en mujeres en edad fértil el **100%** de ellas se han administrado la primera dosis, la segunda y tercera dosis un **77,42%** y **61,39%** respectivamente.

Cabe destacar que todas las mujeres a esta edad deben estar inmunizadas contra las enfermedades más comunes que pueden suponer un riesgo durante futuros embarazos, aquellas mujeres que no están vacunadas o lo están de forma incompleta deben recibir las dosis adecuadas para tener la pauta de vacunación completa.

TABLA N° 16

**REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL
ACTIVA DEL BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV**

PAPANICOLAOU	f	%
SI	22	52,38
NO	20	47,62
TOTAL	42	100%

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV

ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS

El Papanicolaou es una prueba diagnóstica que consiste en recoger una muestra de células del cérvix o cuello del útero y del canal cervical para enviarlas al laboratorio y someterlas a estudio.⁷² Si las células son anormales puede indicar la presencia de irritación, inflamación, infección o cáncer del cuello uterino.

En la presente tabla se evidencia que en el Barrio Salapa Alto, hay un valor mayoritario y gratificante de mujeres que si se han realizado el Papanicolaou con un porcentaje de **52,38%** y las que no han acudido a realizárselo dicho examen están representadas con el **47,62%**.

Según el Registro Nacional de Tumores y la Sociedad Ecuatoriana de Patologías del Tracto Genital Inferior, en el 2010 en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical.⁷³

⁷² Papanicolaou: Disponible en: <http://www.dracisneros.com/>:

⁷³ Sociedad Ecuatoriana de Patología del Tracto Genital inferior y Colposcopia: Disponible en: <https://www.google.com.ec/search?output=search&client=psyab&q=patolog%C3%ADas+del+tracto+genital+inferior%2C+en+el+2010+en+Ecuador&btnK=>: Revisado: 9-12-2013

TABLA N° 17

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS,
DEGENERATIVAS, DE IMPACTO Y DISCAPACIDADES DEL BARRIO
SALAPA ALTO SECTOR III Y IV**

ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES	f	%
ENFERMEDADES CRÓNICAS	22	6,73
ENFERMEDADES DEGENERATIVAS	1	0,44
DISCAPACIDADES	4	1,20
NINGUNA	201	92,07
TOTAL	228	100%

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV

ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

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

ANÁLISIS

Según la OMS sobre Enfermedades Crónicas, sabemos que son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, estas causan altas tasas de mortalidad en todo el mundo y afectan mayoritariamente a personas del sexo femenino.⁷⁴

En esta población encontramos que el **92,07%** no padecen de ninguna enfermedad de este tipo, mientras que el **6,73%** si padecen enfermedades crónico-degenerativa no transmisible, como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, etc., y por último encontramos el **1,20%** de discapacidades, entendiendo como discapacidad a toda deficiencia y/o problema que afectan una estructura o función corporal, las mismas que restringen la ejecución de tareas y acciones.

⁷⁴ Enfermedades crónicas: Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/; Revisado: 9-12-2013

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

TABLA N° 18
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV

PATOLOGÍA	Menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 años y mas		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
HIPERTENSION ARTERIAL	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	2,63	13	5,70	19	8,33
DIABETES TIPO II	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,44	1	0,44
ASMA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,44	1	0,44
ARTRITIS	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,44	1	0,44
NINGUNA	3	1,32	20	8,77	28	12,28	32	14,04	108	47,37	15	6,58	206	90,35
TOTAL	3	1,32	20	8,77	28	12,28	32	14,04	114	50	31	13,60	228	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV

ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, diabetes son unas de las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.

Según los datos recogidos se evidencia que la enfermedad crónica que prevalece en mencionados sectores es la Hipertensión Arterial con el **8,33%** del total de la población, seguidamente tenemos a las Diabetes Mellitus tipo II, Asma y Artritis con el **0,44%** cada una.

TABLA N° 19

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS
DEL BARRIO SALAPA ALTO SECTOR III Y IV**

PATOLOGÍA	menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 años y mas		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CÁNCER GÁSTRICO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,44	1	0,44
NINGUNA	3	1,32	20	8,77	28	12,28	32	14,04	114	50	30	13,16	227	99,56
TOTAL	3	1,32	20	8,77	28	12,28	32	14,04	114	50	31	13,60	228	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto Sector III y IV

ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS

Cabe mencionar que las enfermedades degenerativas al igual que las crónicas son de progresión lenta, larga duración y su tratamiento no es específico o no tiene cura; con este tipo de enfermedades se encontró una sola persona con Cáncer Gástrico la cual representa un porcentaje del **0,44%**, sabiendo que esta enfermedad consiste en la producción de un exceso de células malignas (también conocidas como cancerígenas o cancerosas), 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).⁷⁵

⁷⁵ Cáncer: Disponible en: <http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/4437056/Cancer-como-prevenir-los-distintos-tipos-de-cancer.html>: Revisado: 9-12-2013

TABLA N° 20

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS DISCAPACIDADES DEL BARRIO
SALAPA ALTO SECTOR III Y IV**

DISCAPACIDADES	menor de 1 año		1 - 4 Años		5- 9 años		10 - 19 años		20 - 64 años		65 años y mas		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
INTELLECTUAL	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,44	1	0,44	2	0,88
FÍSICA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,88	0	0,00	2	0,88
NINGUNA	3	1,32	20	8,77	28	12,28	32	14,04	111	48,68	30	13,16	224	98,24
TOTAL	3	1,32	20	8,77	28	12,28	32	14,04	114	50	31	13,60	228	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Alto

ELABORADO: Joffre Belduma, egresado de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS

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

En la presente tabla se observa que existen 4 personas con discapacidad intelectual y física representando al **0,88%** cada una respectivamente, de la población total.

7. DISCUSIÓN

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

El desarrollo del trabajo con miras a la elaboración del diagnóstico comunitario, tuvo como punto de partida el acercamiento con los líderes comunitarios del sector, para conjuntamente con la comunidad establecer el diagnóstico participativo tendiente a determinar las características de 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 Salapa Alto Sector III y IV**.

En esta investigación se consideró, que un diagnóstico comunitario es un proceso de recolección, ordenamiento, estudio y análisis de datos e información que nos permitió conocer mejor la realidad de la comunidad para dar en un futuro respuestas a los problemas de la misma.

A través de esta investigación se tomó como base el Nuevo Modelo de Atención de Salud del Ecuador, el cual ha sido adoptado en varios países entre los que tenemos Cuba, Israel y en Sudamérica, a esta guía se adhirió el Perú con un Modelo de Atención de Salud con características similares a las de nuestro país, esto es considerado como proceso creativo de construcción de Modelos Sanitarios que contribuyen a mejorar las prestaciones de salud en zonas rurales contribuyendo así a mejorar el estado de Salud y la calidad de vida de la población, priorizando a las más deprimidas y de mayor riesgo.

El Modelo de Atención de Salud parte de una línea de base y de indicadores socioeconómicos de cada país, en donde mediante el manejo

de variables como son: nivel de escolaridad, empleo, acceso a los servicios de salud, vivienda, infraestructura sanitaria, etc., indicadores que analizados y cruzados con las variables respectivas van a dar resultados que permitirán determinar la calidad de vida que están teniendo los pueblos y comunidades en relación a sus condiciones de salud.

A nivel de país se tiene indicadores relacionados a salud del año 2010, que se los relaciona con la atención de salud a nivel primaria y son:

- Tasa de fecundidad 2,6
- Coberturas de vacunación:
 - Ⓢ BCG 118,02%
 - Ⓢ Pentavalente 99,32%
 - Ⓢ OPV 98,1%
 - Ⓢ SRP 96,56%

También el país cuenta con perfil epidemiológico de morbilidad y mortalidad basada en el número de egresos hospitalarios en una forma global, que no hace referencia a zonas y menos aún a parroquias y localidades.

Un estudio realizado en el año 2005 en Asentamiento Lagos de Occidente, Popayán – Colombia,⁷⁶ se encontró que el 53% de los habitantes corresponden al género femenino y el 47% al género masculino. En relación a la edad, la población se halla concentrada entre los 5 y 44 años, lo que indica que es una población joven y económicamente productiva, sin embargo su bajo nivel educativo (analfabetismo y primaria en un 44% de la población) les impide acceder a otras fuentes de trabajo. Respecto a la población infantil de 5 a 14 años se detectó que el 25% presenta agresividad, retraimiento, baja autoestima y manifestaciones de violencia doméstica. La identificación de las condiciones de salud de la población por

⁷⁶ Alarcón, A., Miranda, G., Palacios, N. (2005). Diagnóstico comunitario en salud. Popayán. Disponible en PDF: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/DIAGNOSTICO%20COMUNITARIO%20EN%20SALUD.pdf>: citado: 30/01/1024

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

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

Las características de la comunidad en lo referente a su ubicación geográfica, contexto histórico, creencias, costumbres, accesibilidad y

medios de comunicación con que cuenta la comunidad, hacen que esta tenga sus particularidades bien definidas ya que se trata de una comunidad rural, ubicada al Noroeste a 18Km del Hospital Universitario de Motupe, en cuanto a los resultados encontrados tenemos:

- En relación a la población cuenta con una población de 228 habitantes, con un número de 121 hombres y 107 mujeres, con predominio del sexo masculino.
- En el nivel de escolaridad predomina el nivel básico con un 64,47%, seguido de bachillerato con un 17,11%.
- Los riesgos biológicos encontrados son 1,75% de personas con discapacidad.
- Los riesgos sanitarios encontrados son; mala eliminación de basuras y excretas y el consumo de agua insegura con el 100% de riesgo, mala eliminación de desechos líquidos que afectan en un 47,69% a los habitantes del sector y un 80% de personas que tienen animales dentro del domicilio.
- Riesgos socioeconómicos con sus indicadores de:
 - Ⓢ Pobreza de 80%
 - Ⓢ Desempleo o empleo informal del jefe de familia en un 56,92%.
 - Ⓢ Desestructuración familiar con un 13,85%.
 - Ⓢ Analfabetismo del padre o madre de familia con el 10,77%
 - Ⓢ Violencia alcoholismo y drogadicción de 27,69%.
 - Ⓢ Malas condiciones de la vivienda en un 64,62%.
 - Ⓢ Hacinamiento en un 24,62%.
- Acceso a tamizaje metabólico neonatal en menores de 5 años con cobertura del 26,09%, y no se les realizaron al 73,91%.
- Esquemas completos de vacunación en menores de 5 años de acuerdo a su edad y disponibilidad del biológico en un 100%
- En la ocupación se destaca la agricultura y albañilería con el 14,47% y 5,70% respectivamente.
- Acceso a la Unidad de Salud del sector (Hospital de Motupe) con el 77,19%.

- Estado nutricional de los menores de 5 años dentro del rango normal de nutrición dando el 100% de todos los menores.
- Lactancia materna en menores de 5 años con una cobertura del 100% durante su primero año de vida.
- Accesibilidad a controles médicos de los menores de 5 años con un 100% de participación al primero y segundo control preventivo y el tercero con el 96%.
- Estado nutricional de los escolares y adolescentes dentro del rango normal en un 100% evaluado mediante el índice de masa corporal.
- Vacunación con Difteria y Tétanos en escolares y adolescentes con el 100% de la cobertura total.
- Escolares y adolescentes con agudeza visual normal con el 96,67%.
- Acceso a educación en escolares y adolescentes en un 98,33%.
- Buen rendimiento académico en escolares y adolescentes en un 93,33%.
- Problemas de conducta en escolares y adolescentes con el 8,33%.
- La población de mujeres en edad fértil (MEF) es de 62, de ellas 42 tienen vida sexual activa y usan métodos de planificación familiar el 67,74%.
- Cobertura con Difteria y Tétanos en mujeres en edad fértil en un 100%.
- 52,38% de aceptación a la prueba de Papanicolaou.
- 6,73% de personas con enfermedades crónicas.

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

En escolaridad la población tiene un grado de preparación aceptable propio de la población que vive en sectores cercanos a las ciudades que son los que tienen mejores oportunidades de acceso a la educación.

En infraestructura, higiene es importante destacar el abandono por parte de los organismos competentes en la inversión social en estos sectores ya que no cuentan con los servicios básicos como agua segura y alcantarillado y no existen fuentes de trabajo formal.

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

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

8. **CONCLUSIONES**

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

- ✚ Se ha colaborado con datos estadísticos a cerca de la realidad local de las personas que viven en el Barrio Salapa Alto Sector III y IV, los cuales sirven como información base para el levantamiento del Diagnóstico Comunitario de Motupe.
- ✚ Mencionado barrio no cuenta con servicios básicos para garantizar el buen estado de salud de la población, siendo el alcance del agua potable y accesibilidad a esta comunidad como las más importantes.
- ✚ La comunidad de Salapa Alto Sector III y IV, la mayoría de los hogares viven en condiciones desfavorables, como es el caso de hacinamiento que se presenta en un 24,62% de los hogares, factor que predispone a la rápida expansión de enfermedades.
- ✚ Se elaboró el mapeo de actores de esta comunidad, a los cuales se les informo del motivo de nuestra visita y actividades a desarrollarse, de esta manera se logró el acercamiento y aceptación de los moradores a los servicios que presta el Hospital Universitario de Motupe.
- ✚ Del total de los habitantes del barrio se encontró 22 personas con enfermedades crónicas, mencionando como la de mayor incidencia la Hipertensión Arterial y 4 discapacitados que conforman el perfil epidemiológico de esta comunidad.
- ✚ Se encontró una persona adulta mayor con una enfermedad degenerativa (cáncer gástrico), la cual vive en condiciones económicas precarias.

- ✚ La ocupación que sobresale en éste sector es la agricultura con el 14,47%, principalmente se debe a que los moradores no cuentan con estudios secundarios, lo que les dificulta la búsqueda de mejores oportunidades de trabajo.

- ✚ Se dejó actualizado el mapa parlante y la línea de base para la formulación del proyecto de desarrollo en salud del sector Salapa Alto.

- ✚ En lo referente a mujeres con vida sexual activa, el 52,38% tiene una buena aceptación al examen del Papanicolaou, el cual es muy importante que se lo realicen, motivo por el cual puede salvar la vida de las mujeres con una oportuna realización del examen y tratamiento adecuado.

9. RECOMENDACIONES

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

- ✚ La información que se deja en la institución continúen en ejecución hasta completar uno de los objetivos del proyecto, el cual es la elaboración del Diagnóstico Comunitario de toda la población que afluye al Hospital Universitario de Motupe.
- ✚ Realizar talleres para enseñar a los moradores del barrio, varias formas de potabilizar el agua, así mismo incentivar a la gente para que se realice de adecuada desparasitación especialmente en niños.
- ✚ Que el equipo de salud del Hospital Universitario de Motupe, se encargue de transmitir información a las personas que viven en estos sectores, acerca de como evitar en lo posible que se transmitan enfermedades en lugares pequeños donde conviven varias personas.
- ✚ Realizar actividades (charlas, videoconferencias, etc.) en beneficio de la comunidad, en relación a los problemas y resultados encontrados en esta investigación.
- ✚ Al personal de salud del Hospital Universitario de Motupe, trabajar con los grupos vulnerables encontrados en el perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas, degenerativas y discapacidades.
- ✚ Al personal de salud del Hospital Universitario de Motupe, enfocarse principalmente en los cuidados paliativos necesarios en las personal que padecen enfermedades degenerativas encontradas en estos sectores.

- ✚ Los mapas parlantes realizados con mucho esfuerzo, sean ubicados en un lugar estratégico para futuros proyectos y que estén a la vista de todos los usuarios del Hospital Universitario de Motupe.
- ✚ Seguir impartiendo información acerca de lo importante de que es examen del Papanicolaou, recalando cual es su beneficio con el diagnóstico y tratamiento oportuno.

10. BIBLIOGRAFÍA

- ✚ *Agudeza Visual.* Recuperado de <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/>
- ✚ *Alfabetización en el Ecuador.* (2009). Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdf>.
- ✚ *Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC.* (2012) 4^{ta} Edición, Pág. 32
- ✚ APS. (2010) *Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención.* Recuperado de [www.dem.fmed.edu.uy/.../Control%20Periodico%20del%20Nino%20%](http://www.dem.fmed.edu.uy/.../Control%20Periodico%20del%20Nino%20%20)
- ✚ *Bajo rendimiento escolar.* Recuperado de <http://www.psicodiagnosis.es/areageneral/bajorendimientoescolar>
- ✚ Carcavallo RU, Martínez A (1985). *Biología, ecología, distribución geográfica de los triatominos americanos*, pp. 149-157 (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
- ✚ *Conducta en adolescentes.* Recuperado de <http://www.slideshare.net/ELYCEPEDARAMOS/la-conducta-de-los-adolescentes-y-su#btnLast>
- ✚ *Control de enfermedades transmisibles.* Recuperado de <http://www.spherehandbook.org/es/servicios-de-salud-esenciales-norma-2-sobre-control-de-enfermedades-transmisibles-diagnostico-y-tratamiento-de-casos>

- ✚ Con Pie Derecho “*La Huella del Futuro*”. Recuperado de <http://www.conpiederecho.com.ec>

- ✚ CORPOALEGRIA. *Tipos de discapacidad*. Recuperado de <http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/>

- ✚ Cortez, R. (2001). “*El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil*”. Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1YIYuZ>

- ✚ *Depresión*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html

- ✚ *Discapacidad en Loja*. Recuperado de http://www.elmercurio.com.ec/234834-loja-es-la-segunda-provincia-que-registra-mayor-indice-de-personas-con-discapacidad/#.Unrn_HCUcpo

- ✚ *Ecuador distribución por edad*. (2010). Recuperado de http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html

- ✚ *Ecuador logra universalidad en educación*. Recuperado de <http://www.agencianoticiasandes.com/es/actualidad/2760.html>

- ✚ Ecuador. (2013). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MSP/ MAIS-FCI*, capítulo IV pág. 48-53

- ✚ *Ecuador y las enfermedades no Trasmisibles*. (2010). Recuperado de <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html>

- ✚ *Educación en la Provincia de Loja.* Recuperado de <http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109>

- ✚ *Enfermedades crónicas.* Recuperado de http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php

- ✚ *Enfermedades degenerativas.* Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/tag/enfermedades-cronicas>

- ✚ *Enfermedades degenerativas.* Recuperado de <http://www.discapacidadonline.com/enfermedadesdegenerativas.html>

- ✚ *Enfermedades infecciosas. (2012).* Recuperado de <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx>

- ✚ *Estado nutricional del niño y adolescente.* Recuperado de http://www.sepeap.org/secciones/documentos/pdf/Valoracion_nutricional_ninos_adolescentes.pdf

- ✚ *Estado Nutricional de los niños menores de 5 años.* Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156130032009000100003&script=sci_arttext

- ✚ *Federación Médica Ecuatoriana. (2011). Enfermedades crónicas degenerativas.* Recuperado de <http://federacionmedicaecuatoriana.info/index.php/2013-01-10-04-24-32/nacionales/8-nacionales/67-en-ecuador-6-de-cada-10-muertes-corresponden-a-enfermedades-no-transmisibles>

- ✚ *INEC. (2010). Densidad Demográfica.* Recuperado de <http://www.inec.gob.ec>

- ✚ INEC. (2010). *Estructura de población de Loja*. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>

- ✚ INEC. (2010). *Reporte Anual de Estadísticas*. Recuperado de <http://www.alimentatecuador.gob.ec>

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

- ✚ *Inmunización en escolares y adolescentes*. Recuperado de http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH04.T

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

- ✚ MEDICINE PLUS. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/phobias.html>

- ✚ Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. *“Tamizaje Neonatal”*. Recuperado de <http://www.desarrollosocial.gob.ec/tag/tamizaje-neonatal/>

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

- ✚ MSP. (2012). *Planificación Familiar*. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>

- ✚ MSP. (2011). *Programa de Tamizaje Neonatal*. Recuperado de <http://www.elciudadano.gob.ec/>
- ✚ OMS. (2010). *Lactancia materna*. Recuperado de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=985:msp-destaca-la-lactancia-materna-&catid=297:events&Itemid=360
- ✚ OMS. (2012). *La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante*. Recuperado de <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivencia-infante-segun>
- ✚ Pediatría. (2010). *Control del niño sano*. Recuperado de <http://pediatria.org/?p=>
- ✚ Problemas típicos de adolescentes. *Consejos para padres, e intercambio de casos e ideas*. Recuperado de <http://adolescentes.euroresidentes.com/2012/07/adolescentes-agresivos.html>
- ✚ Programa Ampliado de Inmunizaciones. Recuperado de http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf
- ✚ Programa Ampliado de Inmunizaciones. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>
- ✚ *Resultados del Censo de población y vivienda en el Ecuador*. (2010). Recuperado de http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf
- ✚ *Resultados provinciales, Loja* (2010). Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manulateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>

- ✚ *Situación actual del Ecuador de niños y niñas.* Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos22/ecuador-actual/ecuador-actual.shtml#ixzz2jtJrD21A>

- ✚ *Situación de la Educación en el Ecuador.* (2010). Recuperado de <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>

- ✚ Taller para adolescentes *“Aprendiendo a comunicarnos, resolver conflictos y tomar decisiones.* Recuperado de http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado6_2.pdf


- ✚ Universidad católica de Chile. *Centro de nutrición molecular y enfermedades crónicas.* Recuperado de http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas_.php

- ✚ UNICEF. *La Educación.* Recuperado de http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf

11. ANEXOS

CERTIFICADO DEL PRESIDENTE DEL BARRIO SALAPA ALTO

Anexo N°1


1959

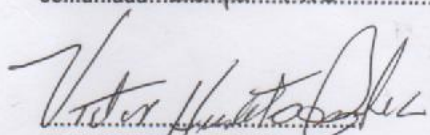
MSP-UNL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE
AREA DE SALUD N° 3 LOJA


Loja...05 de Octubre del 2013...


Sr. Victor Humberto Quinche Lozano.....
Presidente del Barrio...Zalapa Alto.....

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...Zalapa Alto.....


PRESIDENTE DEL BARRIO
Cf. 11.09.31.1954


EGRESADA RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD
Cf. 11.09.30.8182


EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD
Cf. 1.900.56.8931

FICHA FAMILIAR
Anexo N° 2
n

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD N° 3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

FICHA FAMILIAR DE SALUD N°

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA _____

1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIAL

LUGAR	ACTIVO
LOCALIDAD	ACTIVO

2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

MENCIONE CADA UNO AL REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN
ACTUALIZAME LOS DATOS, CON UN 12 MESES DE UNA NUEVA VISITA

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	SEXO	ESCOLARIDAD			FORMAL COMPLETO DE NOMBRES	RAMO SOCIAL	N° DE HISTORIA CLÍNICA	N° DE ESCUELA DE EDUCACIÓN
						EN	HAZ	HAZ				
0-1 años												
1-4 años												
4-8 años												
8-12 años												
12-18 años												
18-24 años												
24-30 años												
30-35 años												
35-40 años												
40-45 años												
45-50 años												
50-55 años												
55-60 años												
60-65 años												
65-70 años												
70 años y más												
TOTALES												

3 INFORMACIÓN FAMILIAR

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE FALLECIMIENTO

4 RESPONSABLE DEL LLENADO

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO

5 INFORMACIÓN DE CONTACTOS

CONTACTO	TELÉFONO	FECHA DE CONTACTO

5 CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

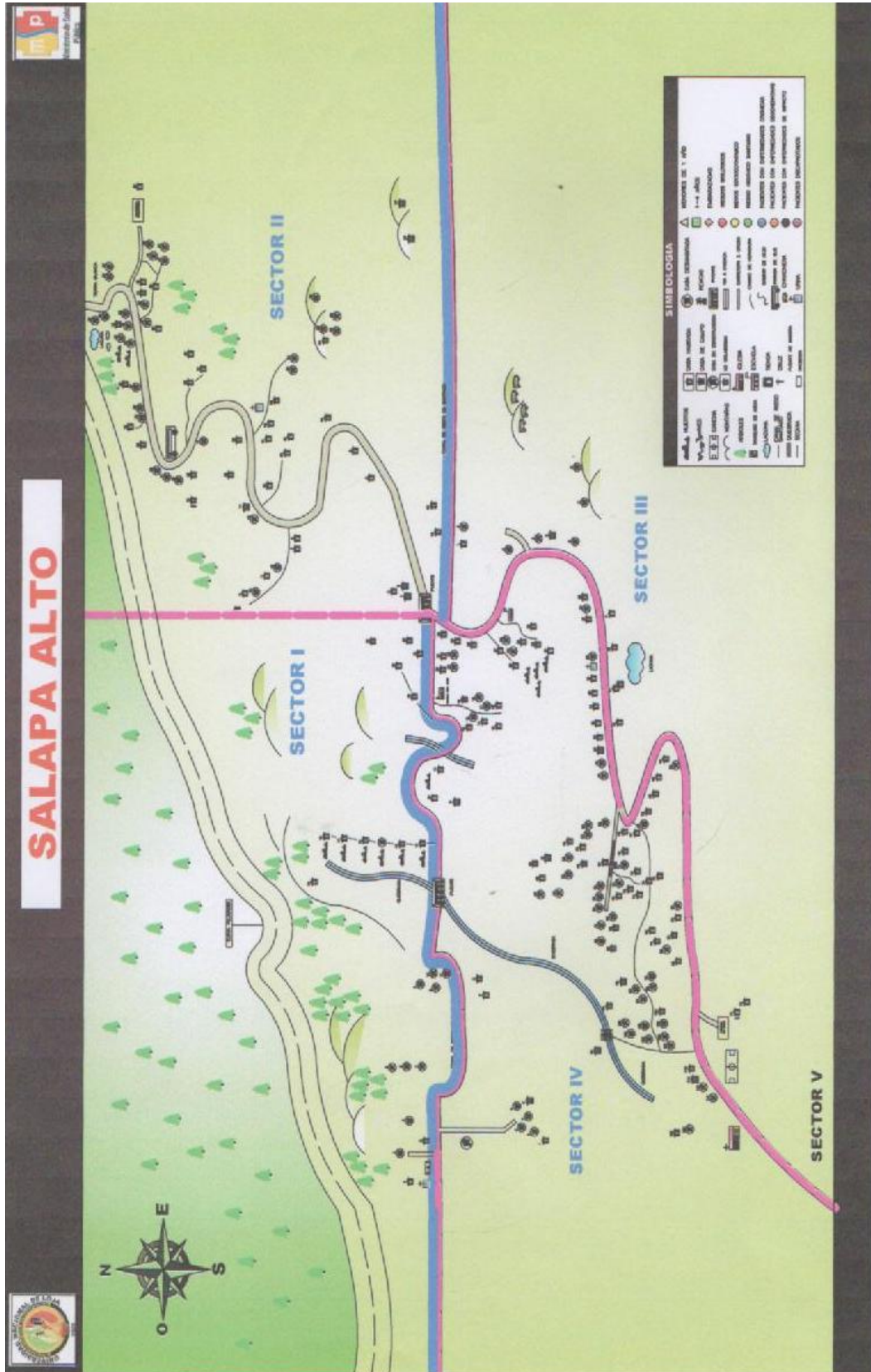
GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES		FECHAS DE CALIFICACIÓN											
CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE: 0 = SIN RIESGO 1 = RIESGO MUY BAJO 2 = RIESGO BAJO 3 = RIESGO MODERADO 4 = RIESGO ALTO		TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
		EN RIESGO	NO EN RIESGO	EN RIESGO	NO EN RIESGO	EN RIESGO	NO EN RIESGO	EN RIESGO	NO EN RIESGO	EN RIESGO	NO EN RIESGO	EN RIESGO	NO EN RIESGO
A	PERSONAS CON VIOLENCIA INCOMPLETA												
1	PERSONAS CON MALA NUTRICIÓN												
2	PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO												
3	EMBARAZADAS CON PROBLEMAS												
4	PERSONAS CON DECAJAMIENTO												
5	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES												
6	CONSUMO DE ALCOHOL INSEGURO												
7	MALA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS												
8	MALA ELIMINACIÓN DE DESECHOS LÍQUIDOS												
9	IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS												
10	ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS												
11	POBREZA												
12	DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA												
13	ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE												
14	DESESTRUCTURACIÓN FAMILIAR												
15	VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN												
16	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA												
17	Hacinamiento												
18													

NIVEL DE RIESGO TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0 = SIN RIESGO 1 = RIESGO BAJO 2 = RIESGO MODERADO 3 = RIESGO ALTO		EN RIESGO	NO EN RIESGO	EN RIESGO	NO EN RIESGO	EN RIESGO	NO EN RIESGO	EN RIESGO	NO EN RIESGO	EN RIESGO	NO EN RIESGO	EN RIESGO	NO EN RIESGO
RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN													

SNS-MSD / INCU - Versión 1 / 2008 Página 28

FICHA FAMILIAR - RIESGOS

MAPA PARLANTE
Anexo N° 4



EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Anexo N° 5

Realización del Mapa Parlante



Reconocimiento del Barrio



Vía y Transporte del Barrio



Encuesta a los Moradores del Barrio



Tamizaje Visual a escolares



● INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Anexo N° 6

Escolares y Adolescentes.

Peso [Kilograms]

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

<http://www.freebmiccalculator.net>

Infrapeso
 Normal
 Sobrepeso
 Obeso

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

TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLEN)
 Anexo N° 7

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

● TABLA DE TAMIZAJE VISUAL SNELLEN (MENORES DE 5 AÑOS)

Anexo N° 8



TABLA DE FECHA PROBABLE DE PARTO

Anexo N° 9

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

● LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Anexo N° 10

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	DIRECCION,SECTOR	PATOLOGÍA
Flavio Medardo Salinas Palacios	52 años	Salapa Alto cerca de la laguna, sector III	Hipertensión arterial
María Teresa Ordoñez Esparza	50 años	Salapa alto cerca de la laguna, sector III	Hipertensión arterial
Liduvina Jaramillo Aguirre	70 años	Salapa alto por el canal de riego Santiago, sector IV	Hipertensión arterial
Querubín Esparza Lavanda	97 años	Por el canal de riego Santiago cerca de la capilla San José, sector IV	Hipertensión arterial
Teresa Lavanda Quezada	83 años	Por el canal de riego Santiago cerca de la capilla San José, sector IV	Hipertensión arterial
Ángel Benigno Quezada Naranjo	74 años	Por el canal de riego Santiago una cuadra de la capilla San José, sector IV	Hipertensión arterial
Lilia Salinas Castro	71 años	Por el canal de riego Santiago una cuadra de la capilla San José, sector IV	Hipertensión arterial,
Luz Beatriz Sucunuta López	48 años	Por el canal de riego Santiago cerca de la capilla San José, sector IV	Hipertensión arterial
Segundo Antonio Yunga Granda	77 años	Por el canal de riego Santiago cerca de la escuela, sector IV.	Hipertensión arterial
Rafael Alulima Paltin	72 años	Salapa Alto, sector IV, cerca de la escuela	Hipertensión arterial
Raúl Urbano Palacios Yunga	51 años	Salapa Alto, sector IV, entrando por lo calle chuquiribamba	Hipertensión arterial
Maura Elena Sarango Sarango	49 años	Salapa Alto, sector IV, entrando por la calle chuquiribamba	Hipertensión arterial
Vitalino Vélez Cumbicus	69 años	Salapa Alto, sector IV, cerca de la urna	Hipertensión arterial
Rosa María Cuenca Granda	68 años	Salapa Alto, sector IV, cerca de la urna	Hipertensión arterial

Jorge Salinas Tapia	74 años	Salapa Alto, sector IV, cerca de la urna	Hipertensión arterial
Manuel Aurelio Palacios Cuenca	87 años	Salapa Alto, sector IV, cerca de la cuarta laguna , calle chuquiribamba	Asma
Margarita Salinas Castro	84 años	Salapa Alto, sector IV, cerca de la cuarta laguna , calle chuquiribamba	Hipertensión arterial
Teresa Balbina Palacios Zuñiga	65 años	Vía principal del bus, junto al poste de iluminación	Diabetes
Víctor Ángel Poma Yunga	33 años	Salapa alto cerca de la hacienda san isidro	Hipertensión arterial
María Mercedes Yunga Medina	66 años	Salapa alto, unas 3 cuadras mas arriba a la izquierda	Hipertensión arterial
Luis Eduardo Palacios Zuñiga	68 años	Salapa alto, sector iv, cerca de la iglesia	Hipertensión arterial
Lia Salinas Castro	73 años	Salapa alto, sector iv, cerca de la iglesia	Artritis

● LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

Anexo N° 11

NOMBRE	EDAD	DIRECCION,SECTOR	PATOLOGIA
Lilia Salinas Castro	71 años	Por el canal de riego Santiago una cuadra de la capilla San José, sector iv	Cáncer gástrico

● LISTA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Anexo N° 12

NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN, SECTOR	%
María De Jesús Paccha Garrochamba	35 años	Salapa Alto, Sector IV cerca del puente	Discapacidad física del 20%
Humberto Palacios Cuenca	74 años	Salapa Alto, Sector IV, entrando por la vía chuquiribamba	Discapacidad física del 73%
Luis Chamba Yunga	61 años	Salapa Alto, Sector IV, cerca de la calle chuquiribamba	Discapacidad intelectual del 69%
Luis Leonardo Quezada Palacios	30 años	Salapa Alto, Sector IV vía principal del bus, junto al poste de iluminación	Discapacidad física, no se sabe el porcentaje por no presentar el carnet del conadis

● LISTA DE MENORES DE 1 AÑOS DEL BARRIO SALAPA ALTO

SECTOR III Y IV

Anexo N° 13

NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN	VACUNAS
SN Albito Cuenca	3m	Salapa alto sector iv, ficha familiar n° 110	Completa

**● LISTA DE NIÑOS DE 12 A 23 MESES DEL BARRIO SALAPA
ALTO SECTOR III Y IV.**

Anexo N° 14

NOMBRE	EDAD	SECTOR	VACUNA
Joel Vladimir Tango Jaramillo	1a 11m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 001	Completa
María José Salinas Palacios	1a 7m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 059	Completa
Ricardo David Quishpe	1a	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 076	Completa
Justin Daniel Ogoño Quezada	1a 5m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 078	Completa
Paula Valentina Palacios Palacios	1a 8m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 084 a	Completa
Juan Pablo Medina Quezada	1a 2m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 092	Completa

**● LISTA DE NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS DEL BARRIO SALAPA ALTO
SECTOR III Y IV.**

Anexo N° 15

NOMBRE	EDAD	SECTOR	VACUNA
Patricio Alejandro Palacios Esparza	4a 6m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 014	Completa
Daybi Xavier Velásquez Yunga	2a 6m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 016	Completa
Janner Vélez Poma	3a 1m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 034	Completa
Antony Samuel Martínez Yunga	3a 9m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 039	Completa
Nadia Granda Iñiguez	3ª 1m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 041	Completa
Bryan Granda Iñiguez	4a 11m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 041	Completa
Lisbeth Estefanía Morocho Granda	4a 10m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 042	Completa
Kevin Alexis Morocho Granda	2a 1m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 042	Completa
Antony Geovanny Silva Bermejo	3a 11m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 062	Completa
José Matías Salinas Quezada	4a 6m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n°	Completa

		069	
Rubén Quezada Palacios	3a 5m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 075	Completa
Dilan Ariel Alulima Lima	4a 7m	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 083	Completa
Junior Rodrigo Silva Poma	2a	Salapa Alto Sector IV, ficha familiar n° 086	Completa

12. ÍNDICE

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

PRELIMINAR	PÁGINAS
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN. ABSTRACT	2
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	6
5. MATERIALES Y MÉTODOS	57
6. RESULTADOS	59
7. DISCUSIÓN	88
8. CONCLUSIONES	94
9. RECOMENDACIONES	96
10. BIBLIOGRAFÍA	98
11. ANEXOS	104
12. ÍNDICE	123