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

TÍTULO:

"DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SALAPA BAJO SECTOR III Y IV, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013"

Tesis previa a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería

AUTORA:

Srta. Andrea Cristina Ortiz Loayza

DIRECTORA:

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

Loja - Ecuador

2013

CERTIFICACIÓN

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA

DIRECTORA DE TESIS:

CERTIFICO.

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

Loja, Enero del 2014

Atentamente

.....

Lic. Mgs Sonia Caraguay Gonzaga
Directora de Tesis

AUTORÍA

Yo, Andrea Cristina Ortiz Loayza, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autora: Andrea C. Ortiz L.

Firma: .....

Cédula: 1105171738

Fecha: Loja, Enero del 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Andrea Cristina Ortiz Loayza, declaro ser autora, de la tesis titulada: **"DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SALAPA BAJO SECTOR III y IV, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DEL 2013".** Como requisito para optar al grado de Licenciada de Enfermería; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, a los 9 días del mes de enero del dos mil catorce. Firma la autora.

Firma:.....

Autor: Andrea Cristina Ortiz Loayza

Cédula: 1105171738

Dirección: México y Pio Jaramillo, barrió San Pedro de Bellavista.

Correo Electrónico: andreacristiortiz@hotmail.com

Teléfono: 2588-257 o 0985944293

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga.

TRIBUNAL DE GRADO: Lic. Mgs. María del Cisne Agurto

Lic. Mgs. Wilma Montaño Bravo

Dra. Carmelina Severino.

DEDICATORIA

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres Luis Ortiz y Eugenia Loayza, que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mis hermanos/as porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos y a mis amigas que gracias a su apoyo y conocimientos hicieron de esta experiencia una de las más especiales.

Andrea Cristina Ortiz Loayza

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios quien me dio la vida y me ha llenado de bendiciones en todo este tiempo, a él que con su infinito amor me ha dado la sabiduría suficiente para culminar mi carrera universitaria.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento, reconocimiento y cariño a mis padres por todo el esfuerzo que hicieron para darme una profesión y hacer de mí una persona de bien, gracias por los sacrificios y la paciencia que demostraron todos estos años; gracias a ustedes he llegado a donde estoy.

Pongo en consideración mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por haberme brindado la oportunidad de formarme como profesional para así contribuir con la sociedad.

A mi Directora de tesis Mg. Sc. Sonia Caraguay Gonzaga, quien con sus sabios conocimientos, apoyo, tiempo y dedicación contribuyo para culminar el trabajo investigativo. Sin dejar pasar por alto también dejo un claro agradecimiento a la Comunidad de “Salapa Bajo”, quienes aportaron para la realización del presente trabajo.

¡Gracias!

Andrea Cristina Ortiz Loayza

1. TITULO

"DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SALAPA BAJO 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 BAJO SECTOR III Y IV".**

El universo estuvo constituido por 55 familias y 203 habitantes, la presente investigación es de tipo descriptivo, en el cual se detallan hechos y características relacionadas con la población y su entorno, el instrumento para la recolección de información fue la ficha familiar elaborada por el MSP y un anexo a esta ficha, el formulario de entrevista permitió completar la información, además se analizó los datos, obteniendo resultados que servirán como línea de base.

Entre los datos más relevantes destacamos; el sexo que prevalente es el femenino, el nivel de educación que sobresale es el Básico, se encontró 4 Analfabetos de los cuales son jefes de familia, se identificó 1 niño con esquema de inmunización incompleto y algunos con problemas de nutrición, en cuanto escolares y adolescentes gran parte de ellos esta con buen estado nutricional y estudian, en lo que respecta a mujeres con vida sexual activa, el método del ritmo es el más utilizado para la planificación familiar.

En cuanto al perfil epidemiológico destacamos que la Hipertensión es la patología crónica que más prevalece afectando a edades comprendidas entre los 20 y 64 años, y lo que respecta a discapacidades se encontró una discapacidad visual. Se respalda la investigación con bibliografía y anexos que contempla el desarrollo de la misma.

Palabras Claves: Diagnóstico comunitario de salud del Barrio **"Salapa Bajo Sector III y IV"** y sus resultados.

ABSTRACT

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

The universe was constituted by 55 families and 203 inhabitants, the present investigation is of descriptive type, in which facts and characteristic related with the population and its environment are detailed, the instrument for the gathering of information was the family record elaborated by MSP and an annex to this record, the interview form allowed to complete the information, it was also analyzed the data, obtaining results that they will serve as base line.

Among the most outstanding data we highlight; that the sex more prevalent is the feminine one, the level of more excellent education it is the Basic one, he/she was 4 Illiterates of which some are heads of household, it was identified 1 children with incomplete immunization outline and some with nutrition problems, as soon as school and adolescents great part of them this with nutritional good state and most studies, in what concerns women with sexual active life, the method of the rhythm is the more used for the family planning.

As for the epidemic profile we highlight that the Hypertension is the chronic pathology that more prevails affecting to ages understood between the 20 and 64 years, and disability regarding found visually impaired.

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

Keywords: Community health diagnosis Barrio Low **"Salapa Sector III and IV"** and results.

3. INTRODUCCIÓN

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

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

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

Como personal de salud, en calidad de egresada de la carrera de enfermería el objetivo de 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 de "**Salapa Bajo 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)

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

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

4.1.3. Mapeo de Actores

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

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

4.1.4. Mapeo del Sector

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

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

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

- Mapa Parlante.
- Sala Situacional.

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

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

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

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

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

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 el Ecuador en el año 2010 y según los indicadores de salud una de las enfermedades más comunes y que ocupan uno de las primeras causas de morbilidad son las Enfermedades Infecciones Respiratorias Agudas con 1.703.083 casos y en segundo lugar constan las Enfermedades Diarreicas Agudas con 516.567 casos; así mismo se encuentran las Enfermedades Crónicas Transmisibles como la Tuberculosis Pulmonar BK- con 480 casos, referente a las enfermedades prevenibles por vacunación tenemos la Hepatitis B con 236 casos, Tosferina con 125 casos y Tétanos 13 casos; siendo estas las principales causas de consulta externa en las unidades operativas del **MSP**.

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

Así mismo la Hipertensión es un problema de salud, que se ubica en el sexto puesto con una tasa de 17,1% en los hombres con relación a las diez principales causas de mortalidad y en el quinto puesto en las mujeres con relación a los datos del **INEC** 2010. Según datos actuales del **INEC**, las Enfermedades Cardiovasculares ocupan las primeras causas de muerte en el país, produciendo más de 15.000 defunciones al año, lo que la define como la epidemia del siglo en el Ecuador.

De igual forma en nuestra provincia de Loja las principales causas de morbilidad son las Enfermedades Respiratorias Agudas con 55.424 casos notificados, seguidamente están las Enfermedades Diarreicas Agudas con 19.492 casos notificados especialmente en los grupos más vulnerables que son los niños menores de 5 años.

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

4.3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

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

[3] Carcavallo RU, Martínez A (1985). Biología, ecología, distribución geográfica de los triatominos americanos, pp. 149-157 en (Carcavallo RU, Rabinovich JE, Tonn RJ eds.) Factores biológicos y ecológicos en enfermedades Prevalentes, Vol. II. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud OPS/OMS – Ministerio de Salud y Acción Social, Ecuador.
[4] Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4ta Edición, Septiembre 2012

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

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

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

4.3.1. Distribución poblacional de la Provincia de Loja

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

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

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

4.4. NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

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

4.4.1. Analfabetismo

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

---

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

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

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

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

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

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

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.[11]

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

4.5. OCUPACIÓN

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

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**), realizado en el 2010, señala que los empleados públicos se ubican en el primer lugar a nivel nacional con el 33%, después están los comerciantes

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

representando el 28,5% y después están los agricultores o jornaleros con el 13%.[13]

"Según el Censo del 2001, la provincia de Loja está dedicada mayoritariamente a la agricultura y ganadería (19%), seguida del comercio (17%) y por el grupo humano que está dedicado a la enseñanza (17%), el resto del porcentaje (30%) de la población económicamente activa (**PEA**) está ubicado en actividades tales como construcción, administración pública, industrias manufactureras, transporte y comunicaciones".[14]

4.6. FACTORES DE RIESGO

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

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

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.

[13]Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf Consultado: 09-12-2013
[14]Loja (Ecuador). Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja Consultado: 09-12-2013

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

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

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

4.6.1.3. Embarazadas con problemas: Según los datos estadísticos, en los 6 primeros meses del 2010, se atendieron 748 madres embarazadas; de las que resultó sólo un nacimiento con un niño enfermo.[15]

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

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

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

En el ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, tras finalizar la primera evaluación de la situación en el país, para lo cual el personal médico llego 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%.[16]

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

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

4.6.2. Riesgos sanitarios

4.6.2.1. Consumo de agua insegura: Según datos derivados del Censo 2010, 28% de la población ecuatoriana no tiene acceso al líquido vital por red pública y el 22% no tiene saneamiento adecuado (alcantarillado o pozo séptico). Más de cuatro millones de personas

[16]Disponible en: http://solnacientenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html 10/12/13, 10:15
[17]Disponible en: http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html 10/12/13 9:

se proveen de agua a través de pozos, ríos, vertientes, carros repartidores y agua lluvia.[18]

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

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

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

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

4.6.3. Riesgos socio-económicos

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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.[21]

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

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

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

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

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

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

4.7. ENFERMEDADES CRÓNICAS

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

[22]Disponible en: http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx 10/12/2013, 8:20
[23]Disponible en: https://www.google.com.ec/?gws_rd=cr&ei=viynUpOAI8efkQepzoCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador 10/12/2013.

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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos: [24]

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

4.7.1. Impacto de las Enfermedades Crónicas

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

[24] 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, las Enfermedades Hipertensivas, las Enfermedades Cerebro-Vasculares y la Influenza y Neumonía, responsables de 25% de las muertes totales. A estas causas le siguieron las Enfermedades Isquémicas del corazón, los padecimientos Cerebro-Vasculares, la Influenza y Neumonía, las Enfermedades Hipertensivas y la Diabetes Mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales”.[25]

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

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

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.[26]

Los tipos de enfermedades degenerativas son:

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

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

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

- **Tumores Benignos y Malignos:** Es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen del órgano afectado independientemente de que sean de carácter benigno o maligno.

[26] 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

Generalmente pueden retirarse o extirparse y, en la mayoría de los casos, no reaparecen".[27]

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.[28]

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.[29]

[27]Enfermedades crónicas: Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php consultado a las 10:45
[28]Enfermedades infecciosas disponibles en: http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx consultado 5/12/13

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

Entre las ITS más comunes encontramos:

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

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

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

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

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

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

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

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

Entre ellas destacan:

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

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

- **Infección Respiratoria Aguda:** Es una enfermedad causada por una infección aguda de la tracto respiratorio superior: nariz, senos nasales, faringe o laringe, la mayor parte de las infecciones

respiratorias altas son causadas por virus, especialmente el rinovirus.

4.10. DISCAPACIDAD

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

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

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

"Muchas discapacidades se desarrollan por hipoxia, asociada a partos no tradicionales, además producto de traumatismos, prematuridad, y eventos postnatales asociados", explicó Gamez al tiempo que destacó el aporte del estudio de 651 muestras en el Centro Nacional de Genética de Cuba.[30]

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

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

4.10.1. Personas con Discapacidad Carnetizadas.

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

4.10.2. Tipos de discapacidad

- **Discapacidad Física:** Limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectada son los brazos y piernas.
- **Discapacidad Cognitiva:** Presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y en el aprendizaje.
- **Discapacidad Sensorial:** Corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.
- **Discapacidad Intelectual:** Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.[31]

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

4.11. TRASTORNOS MENTALES

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

Entre estos problemas tenemos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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.[34]

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%.[35]

[33] Depresión, Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html , Citado: 06/12/2013
[34] PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf . Consultado: 09-12-2013
[35] Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/ . Consultado: 09-12-2013

4.13. TAMIZAJE NEONATAL

"Con pie derecho, la huella del futuro" es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.[36]

Este programa inició en diciembre del 2011, bajo la supervisión de la Vicepresidencia de la República. El objetivo del proyecto es prevenir el retardo mental y otras discapacidades provocadas por enfermedades metabólicas hereditarias y trastornos relacionados; a través de la detección oportuna y tratamiento temprano, para la consecución del buen vivir de la población.

Estadísticas revelan que hasta el año 2012 "Se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos"[37] lo que se puede destacar que la prueba del talón ha sido oportuna en cuanto a la detección temprana de las discapacidades en las que se puede corregir a tiempo estos errores genéticos.

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

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

[36]Con Pie Derecho "La Huella del Futuro". Disponible en: http://www.conpiederecho.com.ec Consultado: 09-12-2013.
[37] 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

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

- **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** Se da cuando los recién nacidos carecen de una enzima para producir cortisol y aldosterona. Esto produce más andrógenos, lo que ocasiona la masculinización de fetos femeninos y una potencial pérdida salina en ambos sexos.[38] 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

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

toda persona desnutrida es un individuo inmunocomprometido, y viceversa, y que se presenta principalmente en la infancia.

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

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

La medición de este evento se centra en la antropometría nutricional, apoyado en las técnicas antropométricas usuales. Además se ha comprobado en varios estudios, que la probabilidad de tener problemas relacionados con nutrición como es el caso de los déficit de micronutrientes, es mayor en la población que tiene déficit del consumo de alimentos (población con máxima vulnerabilidad) y por lo tanto alteraciones del crecimiento.

Es así que el menor tamaño corporal y la disminución de las necesidades nutricionales de niños sometidos a la pobreza urbana no

[39] Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38.Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1YlYuZ

puede considerarse una adaptación saludable, sino la consecuencia epidemiológica de fenómenos sociales complejos como pobreza, marginalidad, mala alimentación temprana, infecciones frecuentes o una combinación de todas ellas.

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

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

4.15. LACTANCIA MATERNA

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

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

A nivel mundial, se estima que solo el 38% de los bebes reciben lactancia materna exclusiva durante sus 6 primeros meses.[40]

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.[41]

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

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

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

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

Ya analizado el crecimiento y desarrollo del niño pasamos al aspecto de las inmunizaciones (vacunas). Por ello los padres deben recibir la información actual acerca de todas las enfermedades que se previenen con el esquema básico que nos ofrece el Sector Salud.[42]

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.

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

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

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

4.17.1.2. Valoración del Estado Nutricional

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

4.17.1.3. Datos estadísticos

En el Ecuador es evidente la emergencia del sobrepeso y la obesidad: el exceso de peso se caracteriza por bajas tasas durante los primeros años de vida, 6,5% en la edad infantil; aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar, 14% de sobrepeso/obesidad en escolares ecuatorianos de ocho años de

edad que habitan en el área urbana incremento sostenido durante la adolescencia en un 22% a nivel nacional.[43]

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".[44] El mismo considera que, los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

4.17.2. Vacunación dT (Difteria y Tétanos)

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

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

4.17.3. Agudeza visual en escolares y adolescentes

La agudeza visual es la capacidad del sistema de visión para percibir, detectar o identificar objetos especiales con unas condiciones de iluminación buenas. Para una distancia al objeto

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

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

constante, si el paciente ve nítidamente una letra pequeña, tiene más agudeza visual que uno que no la ve.

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

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

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.[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 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

[45] 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

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

la base de una propuesta pedagógica que responda a las necesidades de la sociedad del conocimiento e información en base a estándares nacionales e internacionales de calidad, potenciando el desarrollo de competencias generales, básicas y específicas en los estudiantes que les permitan un desenvolvimiento exitoso en su entorno.

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

4.17.4.2. Datos estadísticos

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

4.17.4.3. Educación media

La creciente cobertura de la educación primaria (6 años) y posteriormente de la educación básica (10 años) debía traer como consecuencia lógica, el incremento de la demanda sobre la educación media, que permitiría a los niños/as terminar la

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

educación secundaria. Sin embargo dicha expansión marcó aún más las diferencias y la inequidad entre los y las adolescentes.

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

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

Si bien algunos expertos señalan que la educación media está en crisis debido a que el modelo institucional y pedagógico no responde a las características del mundo globalizado de hoy ni al perfil de los y las adolescentes que llegan a sus aulas, nadie puede cuestionar el valor de la educación media.
Esto se debe a que constituye el espacio de aprendizaje de conocimientos socialmente significativos, que habilitan el acceso a los niveles superiores–técnicos o universitarios- de educación.

4.17.4.4. Datos estadísticos: No hay diferencias significativas entre adolescentes hombres y mujeres en el acceso a la educación media. Seis de cada diez mujeres e igual número de hombres asisten al bachillerato. Las proporciones entre los que están en el

sistema escolar sin importar el nivel básico y secundario tampoco arroja diferencias de género.[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 embrago son esos mismos factores lo que propician también el éxito escolar, en los cuales tenemos:

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

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

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

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

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".

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.

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

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

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

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

El trastorno de conducta ha sido asociado con:

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

El trastorno de conducta a menudo está asociado con el trastorno de déficit de atención, también puede ser un signo inicial de depresión o trastorno bipolar.
Los niños con trastorno de conducta pueden llegar a desarrollar trastornos de personalidad como adultos, en particular el trastorno de personalidad antisocial. A medida que sus comportamientos empeoran, estos individuos también pueden desarrollar problemas a nivel legal o de drogas.

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

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

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

4.17.7. Problemas de conducta del adolescente

Los problemas de conducta en adolescentes hacen referencia a conductas rebeldes, conflictivas y mal vistas por la sociedad que, al igual que en los niños, son observables, medibles y modificables.[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.
  - ✓ 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.

[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

- **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]

4.18. ATENCIÓN MATERNA

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

La misma que comprende:

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

[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

- **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]

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

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

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. “Todas las mujeres en edad fértil deberían estar inmunizadas frente a las enfermedades más comunes que pueden suponer un riesgo durante el embarazo.

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

“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

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

vacuna contra la influenza puede proteger a las mujeres embarazadas y a sus futuros bebés, antes y después del parto".[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 antipoliomielítica.
- Vacuna contra las fiebres amarilla y tifoidea.
- Vacuna contra la viruela.

4.18.3. Problemas relacionados con el embarazo

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

Otras complicaciones del embarazo:

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

- **Anemia:** Es considerada la enfermedad más frecuente del estado grávido puerperal, pues ocurren cambios fisiológicos en la volemia y aumenta el consumo de hierro elemental por las necesidades

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

del feto en desarrollo y la placenta, siendo la más frecuente la anemia por déficit de hierro.

- **Depresión:** La depresión durante el embarazo es una enfermedad mental grave que afecta todo el cuerpo, el humor y el proceso de pensamiento. Afecta entre el 10 y el 20 por ciento de las mujeres embarazadas.

- **Diabetes gestacional:** Es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo. No se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina. El resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia).

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

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

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

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

4.19. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

4.19.1. Vacunación en las mujeres de edad fértil

La inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dT), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.[56] El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos. Es muy frecuente en países de bajos ingresos y se produce por la protección insuficiente que pasa de la madre al feto junto con infección que entra en el recién nacido a través del cordón umbilical. La revisión de estudios que evalúan la vacunación de mujeres en edad fértil mostró menos casos de tétanos neonatal al aplicarse dos o tres dosis.[57]

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

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

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 ETS.

a) Métodos Naturales

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

b) Métodos de Barrera

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

c) Métodos Hormónales

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

[58]Disponible en: http://apps.who.int/rhl/fertility/es/ Fecha: 05/12/2013.

Entre ellos se encuentran:[59]

- La Píldora
- Inyectables
- Implante

4.19.3. Papanicolaou

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

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

La toma para el estudio orgánico o la pesquisa del cáncer cérvico-uterino se debe hacer directamente del exocérvix en la zona escamocolumnar mediante raspado superficial, con la espátula de Ayre o un depresor. Luego se tomará otra muestra del fondo del saco posterior.[60] "Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes, con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres".[61]

[59]Disponible en: http://tvncanal.com/index.php Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45min.
[60] Disponible en: GINECOLOGIA DE RIGOL. CAP. 5 Pág. 41-42. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h15min.
[61]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 utilizo fue la establecida en la Atención Primaria de Salud que incluye estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: visita domiciliaria, ficha familiar, criterios de dispensarización.

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

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

5.1. Tipo de estudio.

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

5.2. Universo

El universo estuvo conformado por las familias de barrio "**Salapa Bajo 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 de AUTOCAD el cual fue apoyado por el mapa físico que fue elaborado durante toda la jornada laborada en el Barrio "**Salapa Bajo 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. CARACTERISTICAS DE LA COMUNIDAD.

El Barrio "**Salapa Bajo**" se encuentra ubicado al Norte de esta Ciudad, aproximadamente a 8 Km del Hospital de Motupe, (15 minutos) desde de la localidad.

Se encuentra limitada al Norte con el barrio Salapa Bajo, al Sur con el barrio Motupe Bajo, al Este con los barrios San Juan y San Francisco y al Oeste con Salapa Alto y el Canal de Riego Santiago.

Por corresponder a la región sierra Salapa Bajo se dispone de climas variados, con temporadas de lluvia más intensas en los meses de enero a mayo y con vientos en los meses de julio y agosto. Su temperatura promedio en invierno es de 15ºC y en verano de 25ºC.

Salapa Bajo se caracteriza por ser un sector agrícola y ganadero. Debido a las características climáticas en la zona, generalmente tiene un clima templado y además coexiste gran presencia de suelos orgánicos que pueden almacenar humedad óptima para pastizales y agricultura; razón por las cual es declarado por Ordenanza Municipal expedida en el año 2008, como zona de uso agrícola y ganadera y por lo tanto se excluye de la expansión urbana de la ciudad.

En cuanto a la agricultura tiene la producción de maíz, fréjol, arveja, legumbres, frutas y hortalizas. Encontramos también que esta área se crían animales domésticos, aves de corral, porcinos, equinos, ovinos y ganado vacuno.

6.1 Contexto Histórico

A decir de los moradores del sector, de quienes se obtuvo la información, se sabe que en años atrás lo que actualmente se conoce como el Barrio "**Salapa Alto y Bajo"**, era un conjunto de tres grandes haciendas, pertenecientes a personas muy acomodadas de nuestra ciudad como: el sr. Ramón Burneo, sra. Virginia Riofrío y el sr. Emiliano Mora; estas haciendas posteriormente fueron heredadas por los familiares de mencionados personajes.

Al inicio la comunidad contaba con muy pocos pobladores, quienes eran precaristas, es decir arrimados; los cuales tenían que trabajar dos a tres días a la semana, para los dueños de la hacienda, con el fin de poder vivir en las tierras que les habían sido asignadas.

Con el pasar del tiempo; gracias a la implementación de la Reforma Agraria en 1964, estos minifundios fueron avaluados, repartidos y vendidos por escrituras públicas a quienes allí habitaban, esto en cierta manera se puede decir que "elevó el nivel de vida del trabajador" y que además de contar con terrenos propios percibían un salario mínimo que si bien no era el adecuado, en algo cubría sus necesidades.

Es así que hace unos 60 años se funda el Barrio Salapa llamado así en honor a la existencia de una fruta muy parecida al babaco, la cual era muy apetecida por los moradores de ese sector. Salapa se inicia con unas 30 familias y con el pasar de los años la población ha aumentado notoriamente, por lo que para facilitar su limitación se ha subdividido en sectores: Salapa Alto y Bajo; este último a la vez tiene dos sectores más Salapa Capulí y Salapa Lagunas.

El Barrio Salapa Bajo cuenta en la actualidad con una escuela de Educación Básica e inicial llamada Ramón Burneo, en honor a dicho personaje. En cuanto a servicios básicos, señalamos que esta localidad no dispone de todos los servicios básicos; los pobladores tienen luz eléctrica, recolección

de basura cada semana, la misma que no da cobertura suficiente para toda la población y línea telefónica fija de CNT y móvil de CLARO.

No cuentan con sistema de alcantarillado ni recolección de aguas residuales. Cabe señalar que la población accede al servicio de agua entubada procedente de las quebradas de la Cordillera Tierra Blanca, en convenio con la Secretaría Nacional de Agua (SENAGUA).

6.2 Creencias y Costumbres

Es muy característico dentro de las costumbres autónomas las fiestas religiosas aquí se reunen las familias de los priostes para preparar comida, como cuy con papas, caldo de gallina con mote, “chocolatito” con pan y queso y estos sean ofrecidos a los feligreses.

Los habitantes de este sector son muy creyentes; celebran alrededor de 10 fiestas al año que están organizadas de la siguiente manera:

- 03 de Mayo: fiesta de la Cruz (Capilla del Salapa Lagunas)
- 2do Domingo de Junio: fiesta de Corpus Cristi
- 1er Domingo de Julio: fiesta del Señor de la agonía
- 31 de Septiembre: fiesta de Nuestra Señora de la Macarela
- 04 de Octubre: fiesta de San Francisco
- 13 de Octubre: fiesta de Nuestra señora del Cisne
- 25 de Diciembre: fiesta del Divino Niño y de San José
- 31 de Diciembre: fiesta de Nuestra Señora del Rocío y Nuestra Señora de la Nube.

Entre la medicina tradicional existente tenemos que los pobladores utilizan algunas plantas medicinales o aromáticas con el objeto de curar ciertas

dolencias: como la infusión de manzanilla utilizado para el dolor de “barriga” y “ojos irritados”, también tenemos la *malva,* el *tilo* y la *borraja,* las cuales para estos pobladores presentan grandes beneficios para los tratamientos de enfermedades como tos, estados gripales, bronquitis y pulmonía.

6.3 Vías De Comunicación y Transporte

La vía que comunica Salapa Bajo con el sector urbano de la ciudad es la vía principal; esta a su vez tiene derivaciones para cada uno de los sectores establecidos, Salapa Capulí y Salapa Lagunas. Las carreteras son de segundo orden; siendo esto un factor que causa molestias ya que en presencia de lluvias dificultan el tránsito y la movilidad.

Los habitantes de esta comunidad cuentan con buses de Transporte Urbanos 24 de mayo, transurbasur, urbaexpress, de lunes a viernes en horarios de: 05:00, 08:00, 10:00, 13:00, 15:00, 17:00, 19:00; mientas que sábados y domingos los horarios son: 05:00, 08:00, 10:00, 13:00, 15:00, 17:00. Otros medios de transporte utilizados por los moradores son taxis y camionetas. Sin embargo, para trasladarse desde sus casas hasta el lugar donde se encuentran los conocidos “potreros” utilizan caballos, yeguas, mulas, etc.

6.4 Organizaciones Sociales

Los habitantes de este sector cuentan con una directiva para el Barrio Salapa Alto y Bajo y un presidente del comité de agua entubada por cada sector, estos son los portavoces de la comunidad con instituciones como el Ilustre Municipio de Loja, la Secretaría Nacional de Agua (SENAGUA), entre otras.

Salapa Bajo cuenta con un Comité Pro-mejoras conformado por:

- **Presidente:** Sr. Víctor Humberto Quinche
- **Vicepresidente:** Sr. Guillermo Quezada
- **Secretario:** Dr. Jorge Puchaicela
- **Tesorero:** Sr. Carlos Tigre

Presidente de Agua Entubada

- **Salapa Bajo:** Sr. Víctor Humberto Quinche
- **Salapa Alto:** Sr. Enrique González
- **Salapa Capulí:** Sr. Guillermo Quezada

El barrio, también tiene un club de jóvenes, quienes los representan en actos, culturales y deportivos.

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

7.1. Datos referenciales generales de población

- Número de familias del barrio: **55**
- Número total de habitantes: **203**

Total de habitantes por sexo:

- Masculino: **93**
- Femenino: **110**

- Casas Fallidas: **10**
- Familias que no colaboran: **5**
- Casas no habitadas: **20**

7.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

TABLA N° 1

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

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	2	0,99	2	0,99	4	1,97
1-4 años	8	3,94	11	5,42	19	9,36
5-9 años	7	3,45	13	6,40	20	9,85
10-19 años	14	6,90	17	8,37	31	15,27
20-64 años	55	27,09	61	30,05	116	57,14
65 años y más	7	3,45	6	2,96	13	6,40
TOTAL POBLACIÓN	**93**	**45,81**	**110**	**54,19**	**203**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

En cuanto a los datos obtenidos se puede identificar que en la población de "Salapa Bajo sector III y IV", existe en un **54,19 %** mujeres, seguido de un **45,81 %** de hombres evidenciándose que en estos sectores existen más mujeres que hombres, predominando la población comprendida entre las edades de 20 a 64 años con el **57,14%.**

TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV" SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	f	%
Analfabeto	4	2.0
Sin Escolaridad	26	12.8
Pre básica	2	1.0
Básica	135	66.5
Bachillerato	27	13.3
Superior	9	4.4
Especial	0	0.0
TOTAL	**203**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: sin escolaridad pertenecen los niños menores de 3 años.

ANÁLISIS:

En cuanto al nivel de escolaridad tenemos que el **66,5%** tienen educación básica, seguido del bachillerato con un **13,3%,** esto se debe a la gran accesibilidad que tienen los pobladores a los diferentes servicios educativos, se encontró 4 analfabetos que representan al **2,0%** el cual corresponde a algunos jefes de familia (padre o madre).

TABLA N° 3

RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV"

RIESGOS BIOLOGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Personas con vacunación incompleta	1	0.35	22	95.65	23	100
Personas con mala nutrición	1	0.49	202	99.51	203	100
Personas con discapacidad	1	0.49	202	99.51	203	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio "Salapa Bajo Sector III y IV".
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
NOTA: se elimina la categoría "personas con enfermedad de impacto, "embarazadas con problemas y "personas con problemas mentales" por no existir casos.

ANÁLISIS:

Dentro de los riesgos biológicos encontramos que el **0,35%** de las personas tienen vacunación incompleta esto se debe a que cierta población no tiene la edad para ser administrado el biológico, el **0,49%** corresponde a las personas con mala nutrición se manifiesta cuando el organismo no consume los alimentos adecuados por lo tanto los nutrientes que necesita diariamente, es cuando entonces empieza a manifestar ciertas irregularidades en su crecimiento, función. Se encontró también el **0,49%** correspondiente a personas discapacitadas.

TABLA N° 4

RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV"

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de agua insegura	55	100	0	0	55	100
Mala eliminación de basura y excretas	55	100	0	0	55	100
Mala eliminación de desechos líquidos	55	100	0	0	55	100
Animales intra-domiciliarios	47	85,45	8	14.55	55	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio "Salapa Bajo Sector III y IV".
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: Se elimina la categoría "Impacto Ecológico por Industrias" por no existir datos estadísticos.

ANÁLISIS:

Dentro de los riesgos sanitarios encontramos el **100%** de las personas que consumen agua insegura, presentan mala eliminación de basura y excretas, mala eliminación de desechos líquidos, mientras que en un **85,45%** la población convive con animales intra-domiciliarios.

Al hacer el análisis en base a los datos obtenidos se determina que la mala eliminación de basura, excretas y desechos líquidos son aquellos materiales que ha sido generados durante un proceso de producción orgánica, siendo este un factor de riesgo para su salud.

TABLA N° 5

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV"

RIESGOS SOCIO-ECONÓNICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Pobreza	36	65,45	19	34,55	55	100
Desempleo o empleo informal por parte del jefe de familia	30	54,55	25	45,45	55	100
Analfabetismo del padre y de la madre	3	5,45	52	94,55	55	100
Desestructuración familiar	9	16,36	46	83,64	55	100
Violencia, Alcoholismo, Drogadicción	17	30,91	38	69,09	55	100
Malas condiciones de la vivienda	23	41,82	32	58,18	55	100
Hacinamiento	15	27,27	40	72,73	55	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio "Salapa Bajo Sector III y IV".
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

De acuerdo con los datos obtenidos se identificó que en el Barrio "Salapa Bajo sector III y IV" tenemos como principal riesgo socio-económico la pobreza con el **65,45%.**

En esta comunidad se encontró el **54,55%** de jefes de familia tienen empleo informal los mismos que no aseguran una estabilidad laboral para satisfacer las necesidades de las familias; por último también se evidencia un porcentaje de viviendas con características físicas inadecuadas a su estructura.

TABLA N° 6

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV"

TAMIZAJE	f	%
Si	3	13,04
No	20	86,96
TOTAL	23	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

De acuerdo a los datos obtenidos se evidenció que el **13,04%** de niños menores de 5 años se realizaron el tamizaje neonatal y con el **86,96%** no se realizaron esta prueba debido a que este programa inició en diciembre del 2011.

"El Tamizaje Metabólico Neonatal es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé después 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".[62]

[62] Con Pie Derecho "La Huella del Futuro". Disponible en: http://www.conpiederecho.com.ec. Consultado: 9-12-2013.

TABLA N° 7

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

ESQUEMA DE VACUNAS	f	%
Esquema Completo	22	95,65
Esquema Incompleto	1	4,35
TOTAL	**23**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

En la presente tabla se observa que el **95,65%** de los/as niños/as menores de 5 años cumplen el esquema de vacunación completo para la edad y con el **4,35 %** tienen el esquema incompleto, esto fue constatado mediante la revisión del carnet de vacunas de estos niños.

Los esquemas que no se cumplen en el 100%, se debe a que cierta población no tienen la edad para ser administrado el biológico y en otros casos el biológico no era parte dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública.

TABLA N° 8

ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV" DE ACUERDO AL TIPO DE BIOLÓGICO

VACUNACIÓN	DOSIS		f	%
B.C.G.	1	EC	23	100
H.B.	1	EC	3	9.68
ROTAVIRUS	1	EC	23	100
	2	EC	0	-
OPV - PENTAVALENTE (DPT-HB-Hib)	1	EC	23	100
	2	EC	0	-
NEUMOCOCO CONJUGADA	1	EC	20	64.52
	2	EC	0	-
		EI	0	-
S.R.	1	EC	7	22.58
		EI	1	3.23
TRIPLE VIRAL (SRP)	1	EC	21	67.74
NEUMOCOCO CONJUGADA 3ERA DOSIS	3	EC	18	58.06
VARICELA	1	EC	16	51.61
		EI	1	3.23
F.A.	1	EC	13	41.94
		EI	1	3.23
OPV - DPT REFUERZOS	4	EC	16	51.61
		EI	1	3.23

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

De acuerdo con los datos obtenidos tenemos el esquema de vacunación que fue aplicado a estos niños; BCG, Rotavirus y OPV con el **100%**, Neumococo con el **64,52 %**, SR con el **22,58 %,** SRP con el **67,74%**, Neumococo Conjugada con el **58,06%,** Varicela con el **51,61%,** FA con el **41,94%** y Refuerzos con el **51,61%.**

Los esquemas que no se cumplen en el 100%, se debe a que cierta población no tiene la edad para ser administrado el biológico.

TABLA N° 9

OCUPACIÒN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV"

OCUPACIÒN	f	%
Estudiante	56	27.6
Haceres Domésticos	49	24.1
Agricultor	38	18.7
Sin Ocupación	21	10.3
Albañil	18	8.9
Empleado Privado	2	1.0
Comerciante	8	3.9
Chofer	4	2.0
Empleado Público	4	2.0
Artesano	1	0.5
Mecánico	2	1.0
TOTAL	**203**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: la categoría "sin ocupación" corresponde a niños menores de 5 años.

ANÁLISIS:

El desempleo es variable que muestra la realidad social del país, los resultados obtenidos indican que la ocupación de la población se presenta una marcada elevación de concentración en actividades primarias, haceres domésticos con el **24,1%,** las otras ocupaciones se distribuyen en actividades generadoras de ingresos económicos directos entre los que tenemos la agricultura con el **18,7%,** albañil con el **8,9%** y comerciantes **3,9%.**

TABLA N° 10

LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÒN DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV"

LUGAR DE ATENCION	f	%
HOSPITAL DE MOTUPE	149	73.40
OTROS	22	10.84
CENTRO Nº 3	20	9.85
IESS	9	4.43
HOSP.ISIDRO AYORA	3	1.48
TOTAL	**203**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: la categoría "otros" abarca clínica, policlínicos, ISSFA, ISSPOL y médicos privados.

ANÁLISIS:

Los datos obtenidos, reflejan una realidad bastante satisfactoria ya que la población de "Salapa Bajo Sector III y IV" el **73,40%** de la población se hacen atender en el Hospital de Motupe, el **9,85%** se atienden en el Centro de Salud N° 3 y en un **10,84 %** de la población optan por hacerse atender en consultorios o clínicas privadas.

"La cobertura de salud en el primer nivel de atención, ha dado enfoques sobre la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, mejorando la gestión y calidad de la información para lograr una planificación territorial equitativa". [63]

[63] Disponible en http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/.

TABLA N° 11

ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV"

ESTADO NUTRICIONAL	f	%
Normal (12.9 A 18.5)	23	100
TOTAL	23	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: se elimina la categoría "desnutrición moderada, Sobrepeso y obesidad" por no existir casos

ANÁLISIS:

En los niños/as del barrio "Salapa bajo Sector III Y IV", se identificó que el **100%** de niños menores de 5 años cuentan con un estado nutricional normal.

"Un estado nutricional óptimo favorece el crecimiento y el desarrollo, mantiene la salud en general, brinda apoyo a las actividades cotidianas y protege al individuo de las enfermedades y trastornos. Cualquier situación de desequilibrio por deficiencia o exceso de nutrientes, comprometerá el estado nutricional y sus funciones vitales".[64]

[64] 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.

TABLA N° 12

LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

LACTANCIA MATERNA	f	%
SI	23	100
TOTAL	23	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

"La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable, la OMS recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida, después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años"[65], es por ello que el **100%** de niños menores de 5 años fueron alimentados con leche materna.

[65] OMS, Lactancia Materna disponible en: http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/

TABLA N° 13

CONTROLES MÉDICOS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV"

NÙMEROS DE CONTROLES MÉDICOS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
PRIMERO	23	100	0	0,00	23	100
SEGUNDO	23	100	0	0,00	23	100
TERCERO	19	82,6	4	17,39	23	100
CUARTO	5	21,7	18	78,26	23	100
QUINTO	3	13,0	20	86,96	23	100
SEXTO	1	4,3	22	95,65	23	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

En lo que respecta al control médico observamos que en el grupo de población menor de 5 años el **100%** acudieron al primero y segundo control y el **82,6%** que acudieron al tercer control respectivamente.

Sin embargo los demás controles disminuyen ya que las madres deciden llevar a sus hijos luego de completado el esquema de vacunas al médico cuando presentan patologías que son prevalentes en la infancia.

TABLA N° 14

ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV" EVALUADO MEDIANTE ÍNDICE DE MASA CORPORAL.

IMC	f	%
Normal(18.5-24.99)	50	98,0
Des. Leve(17.00-18.49)	1	2,0
TOTAL	51	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: Se elimina la categoría "desnutrición moderada," "sobrepeso" y "obesidad" por no existir casos.

ANALISIS:

Según los datos obtenidos tenemos que el **98,0%** se encuentran con el IMC normal mientras que el **2,0%** tienen desnutrición leve. Los hábitos alimentarios durante la infancia pueden afectar las preferencias y prácticas de la alimentación en etapas posteriores como la adolescencia.

"Si el niño permanece sano y asegura una fuente adecuada de nutrientes durante sus etapas críticas de crecimiento físico, lograra cumplir todo su potencial genético".[66]

[66] Disponible en: *Perfiles* Nutricionales *por Países:* Ecuador *resumen , 27 de Noviembre del 2013, 19:30, Disponible en;* www.fao.org/ag/agn/nutrition/ecu_es.stm.

TABLA N° 15

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

VACUNACIÒN	f	%
Completo	46	90,20
Incompleto	5	9,80
TOTAL POBLACIÓN	**51**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

"Las inmunizaciones consisten en la administración de microorganismos vivos atenuados, con el objeto de producir una respuesta inmunológica similar a la de la infección natural".[67]

Las políticas del MSP se cumplen en cuanto a cobertura por parte del Hospital Universitario Motupe, puesto que el **90,20%** de escolares y adolescentes tienen el esquema de vacuna DT completo para la edad y en un **9,80%** que es en un porcentaje bajo tienen vacunación incompleta.

[67] VACUNA ANTITETÁNICA, DOCUMENTO DE POSICION DE LA OMS. Disponible en: http://www.who.int/immunization/Tetanus_vaccine_SP.pdf 06/11/13 22:55

TABLA N° 16

AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV"

AGUDEZA VISUAL	f	%
NORMAL	49	96,08
CON PROBLEMAS	2	3,92
TOTAL	**51**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

En el barrio "Salapa Bajo Sector III y IV" se determinó que el **96,08%** de escolares y adolescentes tienen agudeza visual normal y en un porcentaje del **3,92 %** tienen problemas visuales.

"Se debe vigilar la agudeza visual ya que en algunas ocasiones los trastornos de visión implican problemas en el rendimiento escolar o puede dar complicaciones más graves como el desprendimiento de retina o del humor vítreo".[68]

[68] Revista médica; "Examen de Agudeza visual; publicado el 02/07/2013; Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003396.htm; consultado: 27/11/2013

TABLA N° 17

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

ESTUDIA	f	%
SI	48	94,12
NO	3	5,88
TOTAL	**51**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

De la información disponible en este ámbito se identificó que el **94,12%** de los niños y adolescentes estudian y en un porcentaje menor con el **5,88%** no estudian debido a la falta de recursos económicos.

La educación es uno 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.

TABLA N° 18

RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV" SEGÚN FAMILIAR INFORMANTE

RENDIMIENTO ESCOLAR	f	%
BUENO	47	92,16
MALO	4	7,84
TOTAL	**51**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

De la información disponible en este ámbito se identificó, el **92,16 %** de los niños y adolescentes tienen un buen rendimiento académico y en un porcentaje el **7,84%** tienen un rendimiento malo.

"El rendimiento académico es el nivel de conocimiento expresado en una nota numérica que obtiene un alumno como resultado de una evaluación que mide el producto del proceso enseñanza aprendizaje en el que participa, es alcanzar la máxima eficiencia en el nivel educativo donde el alumno puede demostrar sus capacidades cognitivas, conceptuales y procedimentales".[69]

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

TABLA N° 19

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

PROBLEMAS DE CONDUCTA	f	%
NO	51	100
TOTAL	**51**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

En relación a problemas de conducta en escolares y adolescentes del Barrio "Salapa Bajo sector III y IV", el **100%** no tiene ningún problema. "La conducta de los escolares y adolescentes depende de las expectativas de los padres, se puede establecer límites en casa por medio de reglas y rutinas para que su hijo/a adquiera hábitos de responsabilidad, empatía y disciplina".[70]

.

[70] La conducta. Disponible en: http://hijos.about.com/od/Conducta./

TABLA N° 20

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

METÒDOS	f	%
Método del Ritmo	20	54,05
Esterilización Tubárica	2	5,41
Implantes	5	13,51
Inyectable	5	13,51
T de Cobre	4	10,81
Orales	1	2,70
TOTAL	37	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

En la presente tabla el **54,05%** de mujeres con vida sexual activa utilizan como método de regulación de la fecundidad al método del ritmo, seguido con el **13,51%** correspondiente a mujeres que adoptaron el método de implantes sub-dérmicos e inyectables; en relación a los resultados es importante resaltar la promoción de la planificación familiar.

"La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar, la autonomía de las mujeres y al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades".[71]

[71] Disponible en : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/

TABLA N° 21

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

Numero de Dosis Recibidas	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Primera	61	100	0	0	61	100
Segunda	50	82	11	1	61	100
Tercera	34	56	27	1	61	100
Cuarta	4	7	57	1	61	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: Se elimina las filas de quinta dosis y refuerzos de dT por no existir datos estadísticos.

ANÁLISIS:

En relación a la vacunación con dT en mujeres de edad fértil el **100%** de ellas se han administrad la primera dosis de la vacuna, la segunda dosis se han administrado un **82%,** en relación a la tercera y cuarta dosis va disminuyendo la concentración en cuanto a la administración de la vacuna esto se debe a que por lo general se administran las 2 dosis en el embarazo y una sola vez en las campañas de vacunación.

TABLA N° 22

REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV"

PAPANICOLAOU	f	%
SI	21	56,76
NO	16	43,24
TOTAL	37	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

En la presente tabla se determina que el **56**,76% de mujeres con vida sexual activa de este barrio se realizan el Papanicolaou y el **43,24%** no se han realizado este examen debido a la falta de información o por miedo.

Las pruebas de detección del cáncer cervical se deben iniciar aproximadamente a los tres años de que la mujer comenzó a tener relaciones sexuales. Las mujeres deberían someterse a una prueba de Papanicolaou por lo menos una vez cada tres años. [72]

[72] Disponible en: http://nyp.org/espanol/library/gyneonc/papt.html.

TABLA N° 23

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

INDICADORES	f	%
Enfermedades Crónicas	16	7,88
Discapacidades	1	0,49
Ninguna	186	91,63
TOTAL	**203**	**100**

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: Se elimina la categoría "enfermedades de impacto" por no existir casos.

ANÁLISIS:

"Teniendo en cuenta la definición de 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". [73]

En esta población, el **7,88%** padecen de alguna enfermedad crónica degenerativa no transmisible, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoporosis etc, mientras que el **0,49 %** padecen alguna discapacidad.

[73] [73] OMS "Enfermedades Crónicas" Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_disease

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

TABLA N° 24

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV"

GRUPO ETÀRIO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	MENORES DE 1 AÑO		1-4 AÑOS		5-9 AÑOS		10-19 AÑOS		20-64 AÑOS		65 Y MÁS AÑOS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
HTA									8	3,94	6	2,96	14	6,90
OSTEOPOROSIS									2	0,99		-	2	0,99
DMT2									2	0,99		-	2	0,99
RINITIS									1	0,49		-	1	0,49
ULCERA GASTRICA									1	0,49		-	1	0,49
OSTEOPENIA									1	0,49		-	1	0,49
GASTRITIS									1	0,49		-	1	0,49
PROSTATA									1	0,49		-	1	0.49
NINGUNA	4	1,97	19	9,36	20	9,85	31	15,27	99	48,77	7	3,45	180	88,67
TOTAL	4	1,97	19	9,36	20	9,85	31	15,27	116	57,14	13	6,40	203	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

Según datos obtenidos se pudo identificar que la enfermedad que más prevalece en el Barrio de "Salapa Bajo Sector III y IV", se encuentra la HTA con el **6.90 %** afectando a las personas de 20 – 64 años de edad, siendo esta enfermedad una de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculare.[74]En relación a la osteoporosis y DMT2 se encuentran con el **0.99%.**

[74] Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos43/enfermedades-ecuador/enfermedades-ecuador.shtml#ixzz2n5xSg.

TABLA N° 25

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS DISCAPACIDADES DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR III Y IV"

DISCAPACIDADES	MENORES DE 1 AÑO		1-4 AÑOS		5-9 AÑOS		10-19 AÑOS		20-64 AÑOS		65 Y MÁS AÑOS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
D. Visual	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,49	-	-	1	0,49
Ninguno	4	1,97	19	9,36	20	9,85	31	15,27	115	56,65	13	6,40	202	99,51
TOTAL	4	1,97	19	9,36	20	9,85	31	15,27	116	57,14	13	6,40	203	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo. Sector III y IV.
ELABORADO POR: Andrea Ortiz, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

En cuanto a los datos obtenidos se identificó que la discapacidad visual se encuentra con el **0.49 %.**

Para la OMS, discapacidad es "Cualquier restricción o carencia (resultado de una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o grado que se considera normal para un ser humano. Se refiere a actividades complejas e integradas que se esperan de las personas o del cuerpo en conjunto, como pueden ser las representadas por tareas, aptitudes y conductas." [75]

[75] Disponible en: http://www.who.int/topics/disabilities/es/

8. DISCUSIÓN.

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

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

Cada ciudad, Cantón, Parroquia tiene sus propias características socioeconómicas es así que en este trabajo de investigación se analizó la población del Barrio **Salapa Bajo** del Cantón Loja, **en los sector III y IV** , en la cual se aplicó una **Ficha Familiar de 9 ítems más un anexo aplicado a los grupos vulnerables dentro de las familias que habitan dentro de estos sectores (47 familias encuestadas),** cada ítem contenía preguntas acerca del grupo etario de cada miembro de la familia además la **calificación de riesgos biológicos, sanitarios y socioeconómicos** que iba de 0 a 5 (0= Sin Riesgo, 1= Riesgo Muy Bajo, 2= Riesgo Bajo, 3= Riesgo Moderado, 4= Riesgo Alto). A parte de esto un **anexo** donde existían ítems que consisten en: **Protección al niño menor de 5 años** (Vacunación, control del niño sano), **Atención al escolar y adolescente** (Grupo de edad, estado nutricional, vacunación, agudeza visual, educación, rendimiento escolar), **Protección de la mujer** (atención materna, atención a mujeres en

edad fértil), **Problemas de salud crónicos.** Este sector se encuentra habitado en un mayor porcentaje por el sexo femenino en los rango de edad de 20 – 64 años, que dan un porcentaje del **54.19%** si se correlaciona estos datos con una investigación realizada en la población de la Parroquia Sinincay del Cantón Cuenca los datos son casi similares ya que las mujeres predominan con el 50.0%.[76] Según datos de INEC del 2010 en el Ecuador el 50,4% predominan las mujeres, y los hombres el 49, 6% esta realidad se relaciona con los datos obtenidos en la comunidad.[77]

En lo referente a la escolaridad de la población del barrio Salapa Bajo Sector III y IV, el nivel de educación básica sobresalió en un **66.5%** mientras que el bachillerato se encuentra en un **13.3%** si se relaciona los datos con la investigación realizada en la parroquica Sinincay se encuentra que el nivel de escolaridad de los pobladores llegan al bachillerato con el 50% y el 42.7 % aún se encuentra estudiando determinando que el nivel de educación de los pobladores de esta comunidad está en un nivel avanzado comparado al estudio del barrio Salapa Bajo Sector III y IV.

Con respecto a los riesgos tanto: socioeconómico, sanitario y biológico, los que más sobresalen son los riesgos socioeconómicos con la pobreza el **65.45%** y el desempleo o empleo informal del jefe de familia con el **54.55 %**. Según datos del INEC la pobreza en el área Urbana cerró en el 2011 en 17,36% 8,5 puntos menos que lo registrado en diciembre del 2006 cuando llegó a 25,9% mientras que la pobreza Rural estuvo en el 50,9%. Sin embrago si comparamos estos resultados con el estudio realizado en la Parroquia Sinincay, la pobreza se ubica en el 28,8% este resultado es menor que el encontrado en la comunidad de Salapa Bajo Sector III y IV.

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

Referente al riesgo sanitario el **85.45%** de las familias tienen animales intra-domiciliarios los mismos que son factores de riesgo que predisponen a los habitantes del sector a contraer alergias y enfermedades respiratorias, datos alentadores ya que según estudios comparativos señalan que la provincia de cuenca el porcentaje de tener animales intra-domiciliarios es menor con el 50,5% en relación al estudio realizado en el Barrio Salapa Bajo Sector III y IV.

En lo referente a la cobertura de vacunas en el Barrio Salapa Bajo Sector III y IV, el **95.65 %** de los niños menores de 5 años tiene un esquema de vacunación completo, sin embargo la cobertura de vacunas en México llegan al 97,3%[78] mientras que en el Ecuador el 79% completaron el esquema de vacunación, la meta del PAI es que la vacunación tenga una cobertura del 90% a nivel nacional y cubra, por lo menos, el 80% de cada distrito o de la unidad administrativa.[79] Al comparar estos datos con los del Barrio Salapa Bajo y teniendo en cuenta que sobrepasa el 90% se determina que la aplicación del PAI por los servicios de salud brinda una amplia cobertura a toda la población.

En cuanto a la educación de los escolares y adolescentes tenemos que la mayoría estudian obteniéndose el **94.12 %** y el **5.88 %** no estudian. Esta realidad concuerda con la del Ecuador en cuanto a la educación ya que se ha registrado mejoras con respecto a la calidad Educativa, como la ampliación de la cobertura en el nivel de Educación General Básica, media y superior así también como el programa de becas a los estudiantes que ha logrado que millones de ecuatorianos cumplan con sus sueños de convertirse en profesionales, cursando sus estudios dentro y fuera del país.[80] Considerando los datos al 2010, la tasa neta para el Nivel Básico, en relación a la población entre los 5 y 14 años de edad es del 94,61%. La tasa para el Nivel Medio, tomando en cuenta la población entre los 15 y 17 años,

[78] Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2012 Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/VacunacionNinos.pdf consultado 10/12/13
[79] UNICEF Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/immunization/index_coverage.html Consultado : 10/12/2013
[80] Instituo Ecuatoriano de Crédito y Becas Disponible en: http://www.institutobecas.gob.ec/historia-del-iece/ Consultado 9/02/2014

es del 59,75% y en el Nivel Superior, la tasa neta de matriculación para la población entre 18 y 24 años, es del 28,34%.[81]

La planificación familiar y el derecho de la mujer a decidir su calendario reproductivo promueven la igualdad. Cuando una mujer puede planificar sus embarazos también puede planificar su vida y tomar decisiones. En América Latina un porcentaje variable de mujeres comienza a utilizar métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo. Este porcentaje sólo es superior al 50% de las mujeres en los casos de Colombia, Paraguay y la República Dominicana.[82] Esta realidad es diferente a la población de estudio debido que la mayoría de las mujeres optan por métodos de regulación tradicional como el método del ritmo con el **54.04 %**, los implantes con el **13.51%**.

El Papanicolaou o citología del cuello del útero es un examen realizado a las mujeres cuyo objetivo es detectar de manera precoz alguna alteración en el cuello uterino. En la población de Salapa Bajo Sector III y IV el **43.24 %** no se han realizado la prueba del Papanicolaou y el **56.76 %** si se lo han realizado los últimos años. Estas cifras son similares con un estudio en chile ya que la cobertura del examen Papanicolaou (PAP) en mujeres de riesgo ha sufrido un descenso sostenido en los últimos 4 años, de 68% a 59% entre los años 2008 y 2011.[83]

Finamente se concluye que la población investigada el **7,88%** presentan enfermedades crónicas y el **0.49 %** presentan algún tipo de discapacidad, se debe tomar en cuenta que el tener unos buenos hábitos de vida, hace que disminuyan los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas esto se evidencia en el **91.63 %** de la población que no presentan ninguna enfermedad crónicas- degenerativas. Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en la mayoría de los países de América Latina. En

[81] INEC Dirponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf Consultado 10/12/13
[82] Planificación Familiar Disponible en http://www.unfpa.org.co/portal/uploadUNFPA/file/FINAL%20PLANIFICION%20FAMILIAR.pdf Consultado: 10/12/2013
[83] Campaña para aumento cobertura PAP en mujeres de 25 a 64 años. Disponible en: http://www.colegiodematronasdechile.cl/documentos/InsumoCampanaPAP_SSy%20SEREMIS_2012.pdf Consultado 10/12/13

el 2002 representaban el 44% de las defunciones en hombres y mujeres menores de 70 años,[84] datos que llenan de confianza ya que demuestran un nivel de conocimiento en cuanto a su autocuidado por parte de los habitantes de este sector.

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

9. CONCLUSIONES.

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

- Mediante el presente trabajo investigativo se aporta con datos estadísticos sobre la situación de salud de los pobladores de esta localidad, estos datos a su vez están orientados a introducir propuestas significativas por parte de los Equipos de Atención Integral de Salud, para con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población.

- Se realizó el levantamiento de 55 fichas familiares en el Barrio "Salapa Bajo Sector III y IV" y se identifica que la mayoría de población de esta localidad corresponde al sexo femenino 54,19%, el nivel de escolaridad de los pobladores corresponde al 66,5% al nivel básico.

- En los riesgos sanitarios se identificó que el 100% de las familias consumen agua insegura, tienen mala eliminación de basura y excretas, mala eliminación de desechos líquidos poniendo en peligro su salud.

- En cuanto a los riesgos socio-económicos se encuentra la pobreza con 65,45%, es una situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso y/o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades.

- En cuanto a la accesibilidad a Salud el 73,40% acuden al Hospital Universitario de Motupe, que es un ente prestador de Salud de Primer Nivel.

- Los métodos de regulación de fecundidad que utilizan las mujeres del barrio es el método del ritmo con el 54,05%, este método es muy preferido por las mujeres y las parejas.

- En cuanto al perfil epidemiológico se identificó que la enfermedad que más prevalece en este barrio es la hipertensión arterial con el 6.90%, seguida la osteoporosis y DMT2 con el 0,99%, en cuanto a las discapacidades se identificó que el 0,49% tienen discapacidad visual.

10. RECOMENDACIONES.

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

- Los Equipos de atención integral de salud deben trabajar conjuntamente, con las organizaciones sociales del barrio (actores locales), con la finalidad de identificar los problemas de salud de la población e intervenir y trabajar de manera efectiva y participativa con la comunidad.

- Efectivizar las actividades de los comités de salud con la finalidad de que trabajen de manera conjunta con las autoridades competentes para obtener acceso a los servicios básicos como alcantarillado, agua potable y recolección de basura; así mismo enfatizar a la comunidad que acudan al Hospital Universitario de Motupe, el mismo que brinda servicios de salud de manera integral a toda la población.

- Actualizar de manera continua el mapa parlante, el mismo que sirve como instrumento de apoyo para la planificación, intervención y seguimiento a la población o familias con riesgos, por parte de los Equipos de Atención Integral de Salud del Hospital Universitario de Motupe.

11. BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

- MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 48-53; 60-63.

- 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.

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

- Discapacidad en Ecuador Disponible en:

  http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html consultado el 10/12/13 9:20

- Hacinamiento y mala condición de las viviendas. Disponible en: http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx Consultado el 10/12/2013, 8:20

- 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.

- Enfermedades infecciosas Disponible en: http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx consultado 5/12/13

- CORPOALEGRIA, Tipos de discapacidad, Disponible en:

  http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/, Consultado: 09/12/13, Hora: 18h30pm.

- Depresión, Disponible en:

  http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html Consultado: 06/12/2013, Hora: 11h30 am.

- PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones Disponible en:

  http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf Consultado: 09-12-2013

- Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en:

http://www.conpiederecho.com.ec. Consultado: 09-12-2013

- La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS. Disponible en:

  http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivencia-infante-segun consultado el 09-12-2013

- MSP. Normas de Nutrición para la prevención secundaria de sobrepeso y la obesidad en niños y niña adolescentes. Disponible en:

  http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDARIA.pdf consultado el 09-12-2013.

- Agudeza Visual. Disponible en:

  http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/ Consultado el: 10/12/2013

- UNICEF. La Educación. Disponible en:

  http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf.Consultado el 10/12/2013

- Universidad de cuenca “Determinantes Sociales De La Salud Familiar” Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3512/1/MED146pdf Consultado 04/12/2013

12. ANEXOS

CERTIFICADO DEL PRESIDENTE

MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja 06-Octubre-2013

Sr. Víctor Humberto Quinche Lozano

Presidente del Barrio Zalapa Bajo

CERTIFICO:

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

PRESIDENTE DEL BARRIO

CI: 1100534954

Andrea Cristina Ortiz Loaiza

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

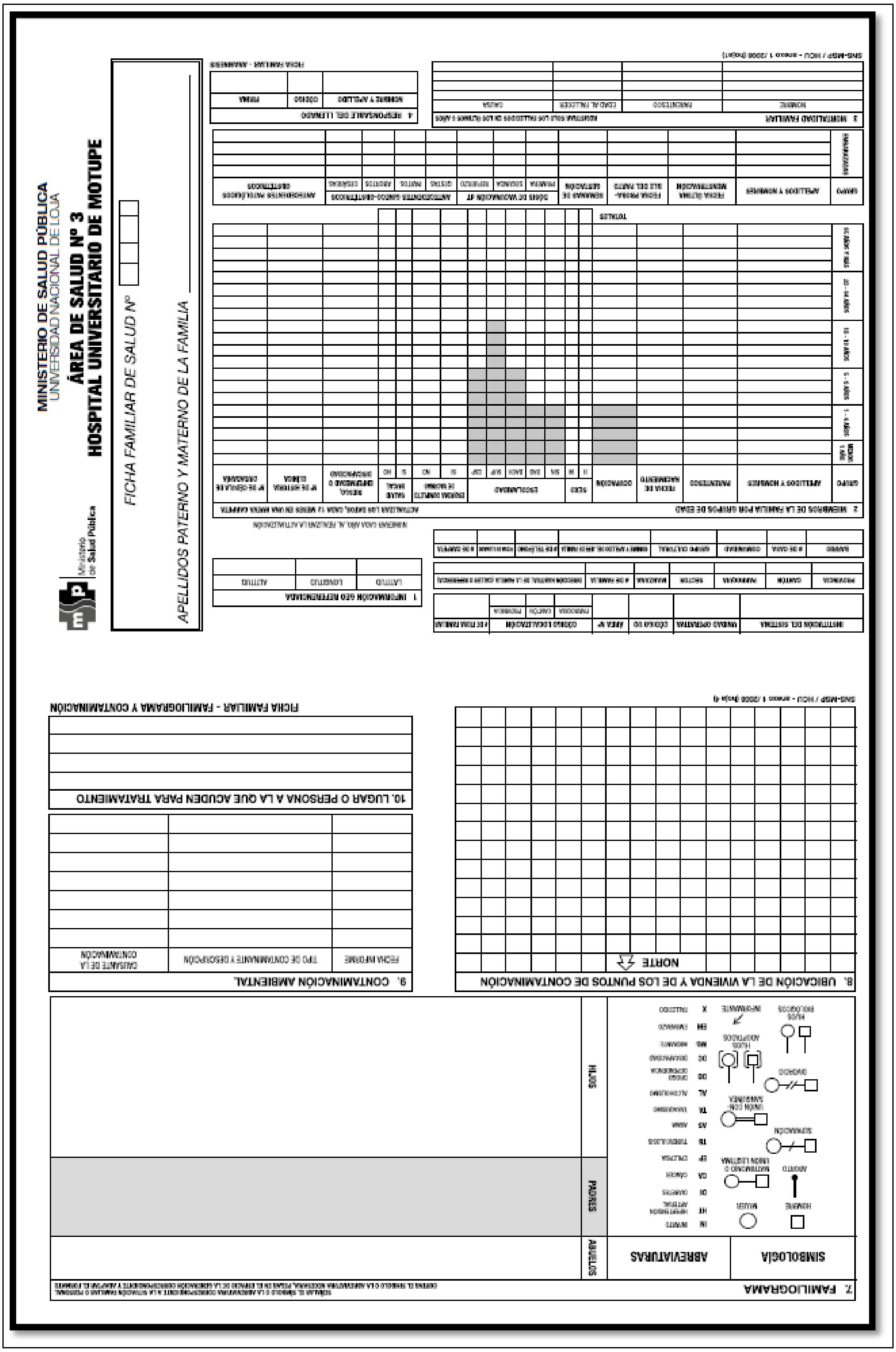
CI: 1105131336

Carolina Verónica Medina M.

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

CI: 1105083128

Ficha familiar


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD Nº 3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE
FICHA FAMILIAR DE SALUD Nº
APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA
Ministerio de Salud Pública

FICHA FAMILIAR - FAMILIOGRAMA Y CONTAMINACIÓN
10. LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO
9. CONTAMINACIÓN AMBIENTAL
8. UBICACIÓN DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN
NORTE
7. FAMILIOGRAMA
SIMBOLOGÍA
ABREVIATURAS
HIJOS
PADRES
ABUELOS

5 CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

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

		GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES	FECHAS DE CALIFICACIÓN							
A RIESGOS BIOLÓGICOS	1	PERSONAS CON VACUNACIÓN INCOMPLETA								
	2	PERSONAS CON MALA NUTRICIÓN (SOBREPESO O DESNUTRICIÓN)								
	3	PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO								
	4	EMBARAZADAS CON PROBLEMAS								
	5	PERSONAS CON DISCAPACIDAD								
	6	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES								
B RIESGOS SANITARIOS	7	CONSUMO DE AGUA INSEGURA								
	8	MALA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS								
	9	MALA ELIMINACIÓN DE DESECHOS LÍQUIDOS								
	10	IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS								
	11	ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS								
C RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS	12	POBREZA								
	13	DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA								
	14	ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE								
	15	DESESTRUCTURACIÓN FAMILIAR								
	16	VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN								
	17	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA								
	18	HACINAMIENTO								
			TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
		NIVEL DE RIESGO TOTAL	SIN RIESGO / BAJO / MEDIO / ALTO		SIN RIESGO / BAJO / MEDIO / ALTO		SIN RIESGO / BAJO / MEDIO / ALTO		SIN RIESGO / BAJO / MEDIO / ALTO	
		CALIFICACIÓN (SUMAR EL VALOR DEL RIESGO DE LOS COMPONENTES EN LA CELDA DE "TOTAL" Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE SEGÚN EL RANGO TOTAL)								

CALIFICACIÓN DEL RIESGO – RANGO TOTAL: 0 –SIN RIESGO 1 – 14–RIESGO BAJO 15 – 34–RIESGO MEDIO 36 – 72–RIESGO ALTO

RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN			

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

FICHA FAMILIAR – RIESGOS

6. EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

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

SNS-MSP / HCU – anexo 1 /2008 (hoja 3)

FICHA FAMILIAR – EVOLUCIÓN

ANEXO DE FICHA FAMILIAR

ANEXO A LA FICHA FAMILAR

BARRIO: …….. N° DE FICHA FAMILIAR……..

APELLIDO PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA……

PROTECCION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

1. VACUNACION

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

2. CONTROL DEL NIÑO SANO

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

ATENCION INTEGRAL DEL ESCOLAR Y ADOLESCENTE

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

PROTECCION DE LA MUJER

1. ATENCIÓN MATERNA

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

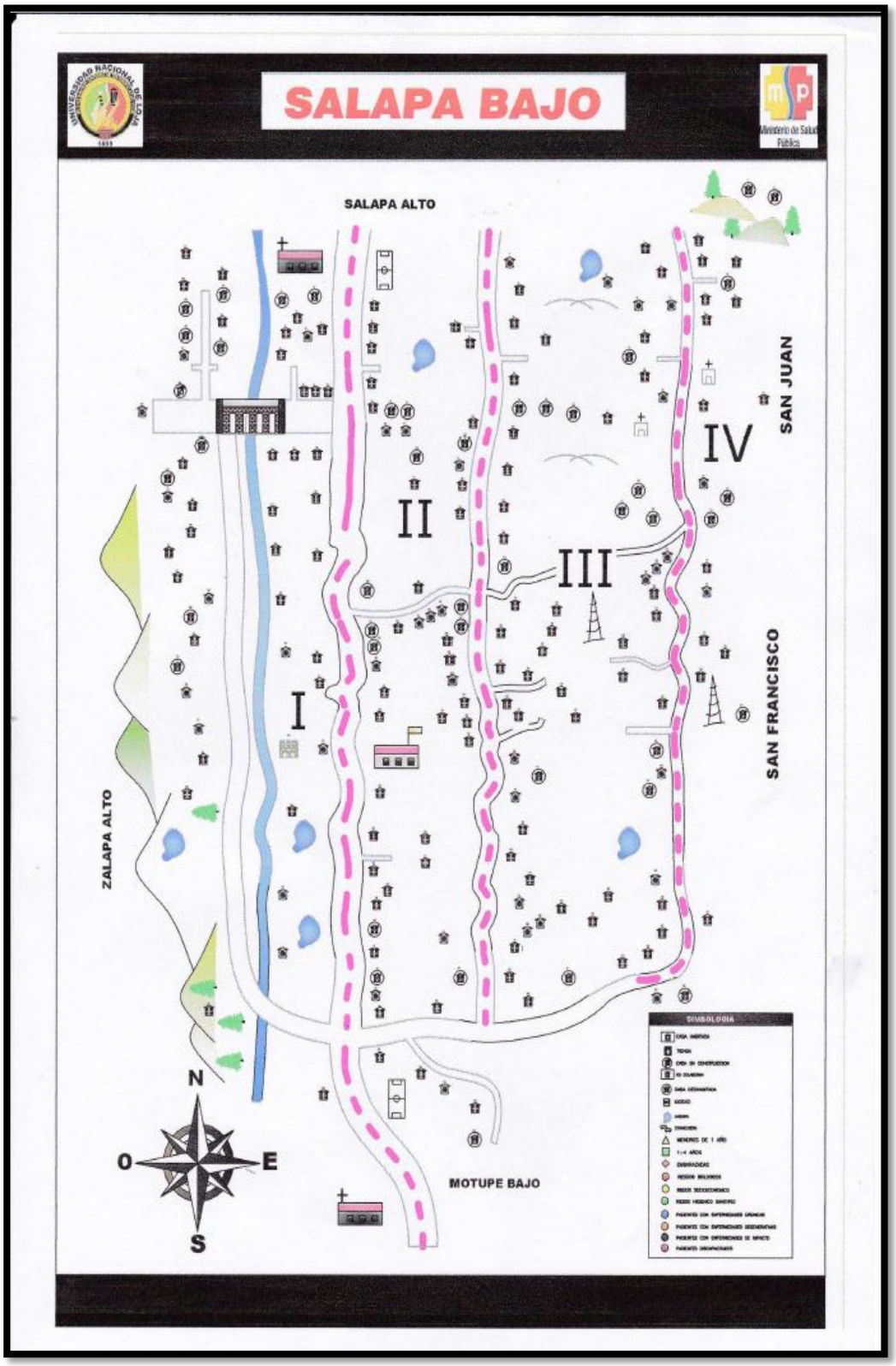
2. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

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

PROBLEMAS DE SALUD CRONICOS

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

MAPA PARLANTE



EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Foto1: Vista panorámica del Barrio “Salapa Bajo”

Foto 2: Acercamiento con las familias

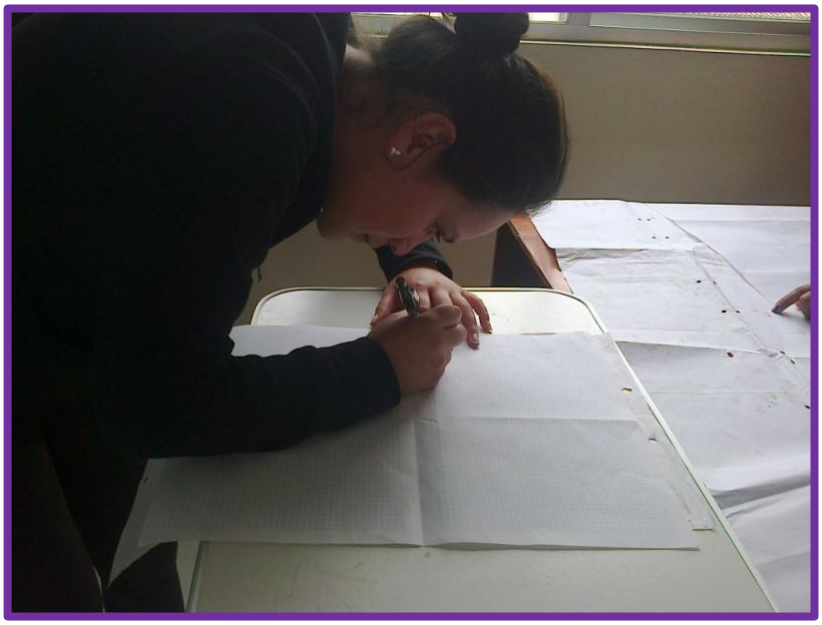
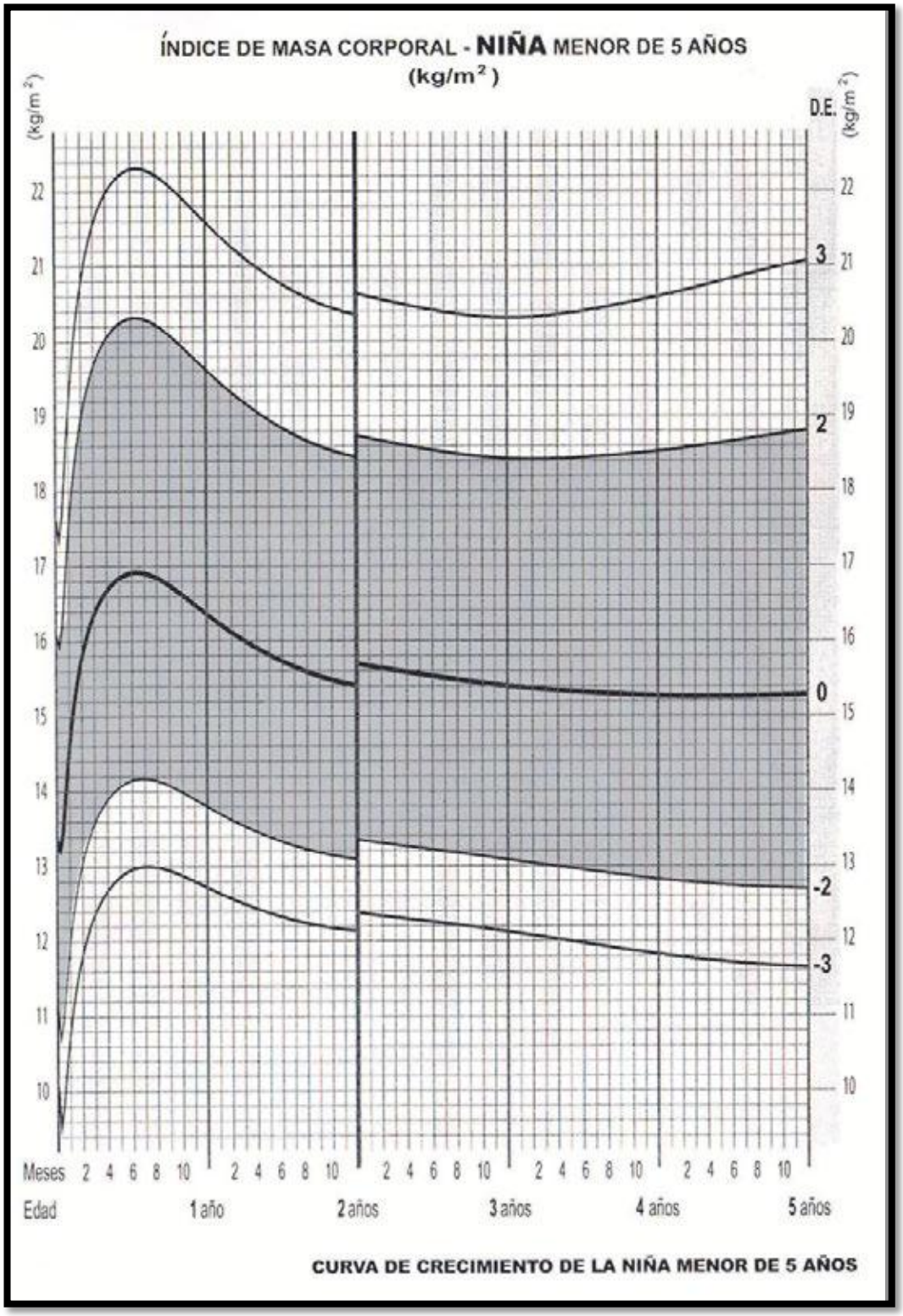
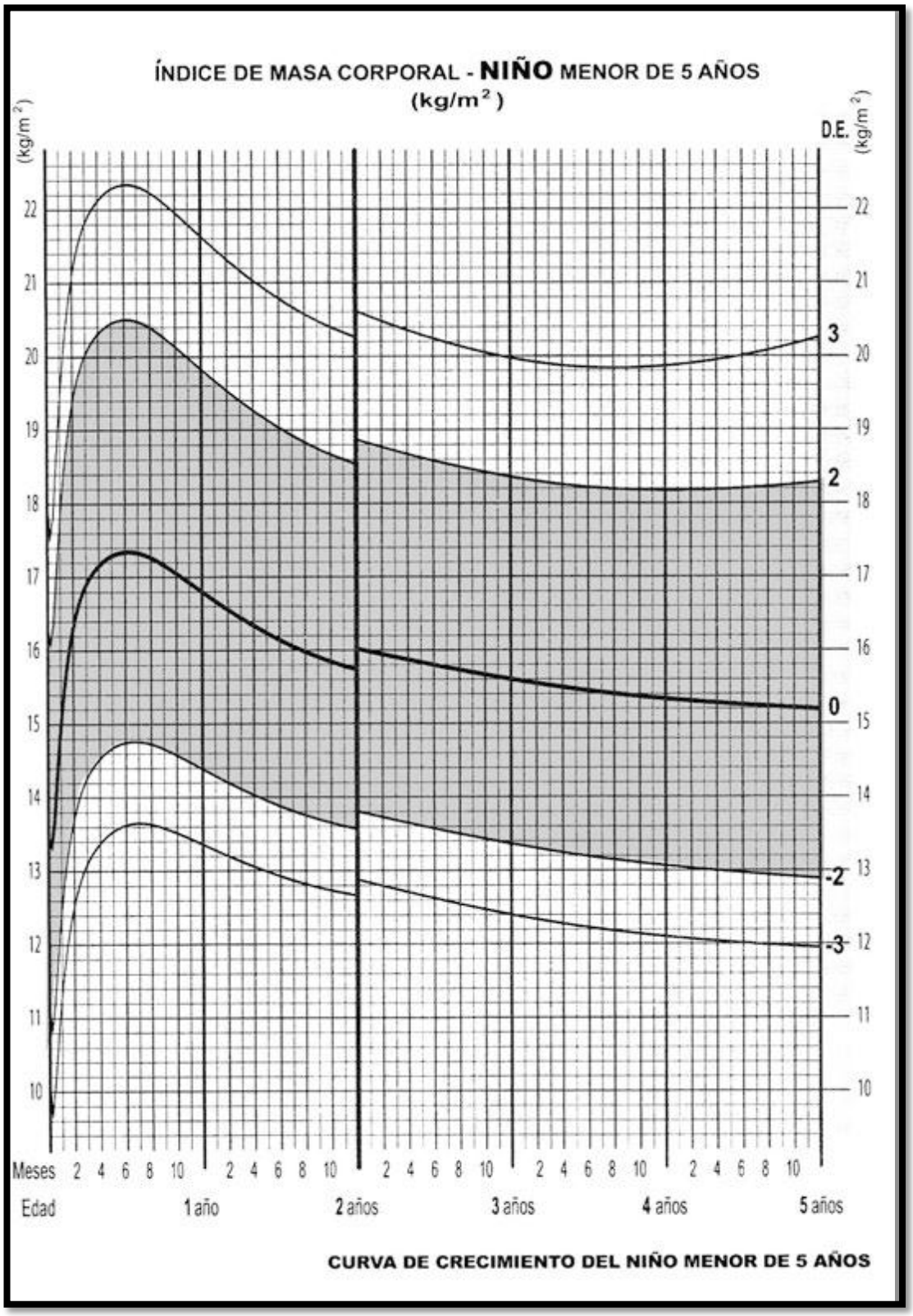


Foto 3: Elaboración de Croquis del Barrio **"Salapa Bajo Sector III y IV"**

Foto 4: Acercamiento con la comunidad en la aplicación de las FICHAS FAMILIARES

ÍNDICE DE MASA CORPORAL - NIÑA MENOR DE 5 AÑOS




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

INIDCE DE MASA CORPORAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Peso [Kilograms]

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

http://www.freebmicalculator.net

Infrapeso | Nomal | Sobrepeso | Obeso

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

TABLA DE SNELLE

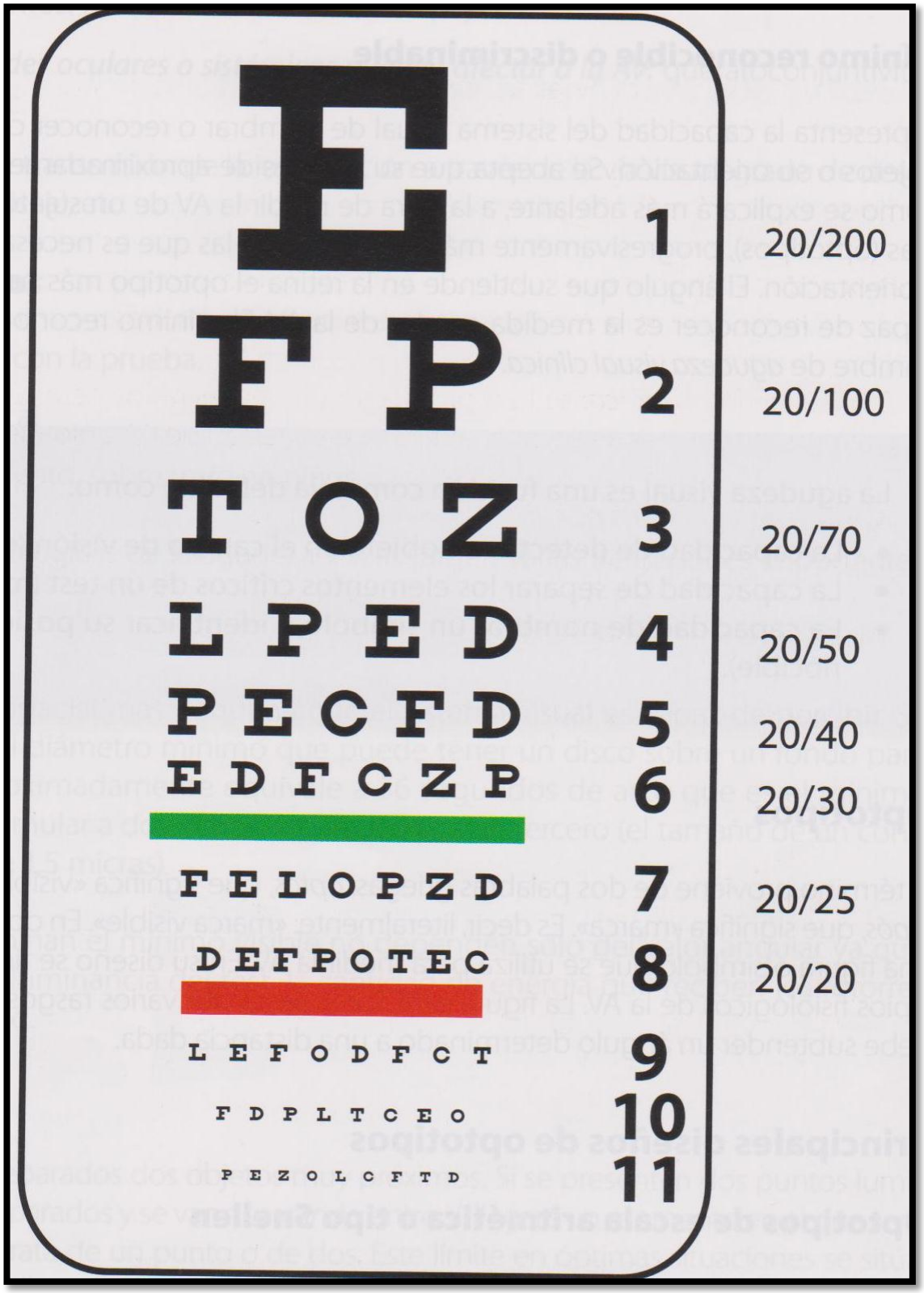


TABLA DE FPP

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

ANEXO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO

Nombre y Apellidos	Edad	Dirección, Nº de casa de la familia
Sandoval Chuncho David Orlando	8 meses	Salapa Bajo Sector IV Casa 19
Márquez Granda María del Cisne	11 meses	Salapa Bajo Sector III Casa 12
Escola Quezada Daniela Estefanía	11 meses	Salapa Bajo Sector IV Casa 15

ANEXO DE NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES

Nombre y Apellidos	Edad	Dirección, Nº de casa de la familia
Naula Quezada Cristina del Carmen	1 a 2 m	Salapa Bajo Sector IV
Cuenca Ponce María José	1 a 2 m	Salapa Bajo Sector IV
Yunga Poma Steven Patricio	1 a 5 m	Salapa Bajo Sector III
Guachizaca Granda Isis Estefanía	1 a 7 m	Salapa Bajo Sector III

ANEXO DE NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 4 AÑOS

Nombre y Apellidos	Edad	Dirección, Nº de casa de la familia
Patiño ponce Evelyn yakeline	4 años	Sector III casa 10
Márquez Granda Rosa Estefanía	3 años	Sector III casa 12

Cevallos poma Valeria del Carmen	2 años	Sector III casa 13
Guachizaca romero Wilson Alexander	1 año	Sector III casa 30
Morado Ponce Andrés Alejandro	3 años	Sector III casa 31
Morales Quizphe Matias Eduardo	2 años	Sector III casa 38
Quizhpe Pogo Nayeli Abigail	4 años	Sector III casa 39
Guiracocha Isis Estefania	1 año	Sector III casa 41
Guiracocha María Fernanda	4 años	Sector III casa 41
Poma Lalangui Justin Sebastián	2 años	Sector III casa 58
Yunga poma Steven patricio	1 año	Sector III casa 62
Cangor Bermeo Matías Javier	2 años	Sector III casa 65
Cuenca Puglla Emily Analia	2 años	Sector III casa 66
Cuenca Puglla Mateo Yadiel	4 años	Sector III casa 66
Chuncho Medina Joselin Estefanía	2 años	Sector III casa 67
Yunga Qhizhpe Jhostin Mateo	2 años	Sector IV casa 21
Granda Chucho Joseth Stalin	4 años	Sector IV casa 10
Quezada Armijos Dana Mishell	3 años	Sector IV casa 5

Naula Quezada Cristina Carmen	1 año	Sector IV casa 5
Cuenca Ponce María José	1 años	Sector IV casa 3

ANEXO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Nombre y Apellidos	Edad	Dirección, Nº de casa de la familia	Patología
Cabrera Alulima Rosa Luzmila	68 años	Salapa Bajo(vía Salapa capulí tienda) Sector III	HTA
Erraez Capelo Sara de los Ángeles	63 años	Salapa Bajo Sector III	Diabetes Mellitus Tipo 2
Rosa Esterfilia Cuenca Cuenca	62 años	Salapa Bajo Sector III	HTA
José Celiano Lima	67 años	Salapa Bajo Sector III	HTA
Filandro Alulima Granda	79 años	Salapa Capulí Sector III	HTA
Yolanda Alulima Alulima	49 años	Salapa Capulí Sector III	HTA
María Dolores Poma Benítez	82 años	Salapa Capulí Sector III	HTA
Lorenzo Quinche Cuenca	76 años	Salapa Capulí (Cerca de la Tienda Leydi) Sector III	HTA
María Flora Urgilez González	80 años	Salapa Capulí Sector III	HTA
Serafina Quizhpe Uchuari	56 años	Salapa Capulí Sector III	DMT2
Eulogio Jaramillo Urgíles	57 años	Salapa Capulí Sector III	HTA

Etelmina Poma Minga	63 años	Salapa Capulí Sector III	HTA
Juanita Amgamarca	52 años	Salapa Capulí Sector III	HTA
Jorge Yunga Alulima	61 años	Salapa Capulí Sector III	HTA
Lauro Yunga	58 años	Salapa Lagunas Sector IV	HTA
Lindaura Cuenca Albito	54 años	Salapa Lagunas Sector IV	HTA

ANEXO DE DISCAPACITADOS

Nombre y Apellidos	Edad	Dirección, Nº de casa de la familia	Patología
Segundo Alberto puchaicela quizhpe	49 años	Salapa Capulí Sector III casa 20	Discapacidad 20 %

ANEXO DE ANALFABETOS

Nombre y Apellidos	Edad	Dirección, Nº de casa de la familia
Poma Benítez María Dolores	82 años	Salapa Bajo sector III
Esparza Rojas Vicente	52 años	Salapa Bajo Sector IV
Jaramillo Tenezaca Rosaura	78 años	Salapa Bajo Sector IV
Zúñiga Jaramillo Narcisa de Jesús	48 años	Salapa Bajo Sector IV

ÍNDICE

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

PRELIMINAR	PÁGINAS
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN.	2
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	6
5. MATERIALES Y MÉTODOS	56
6. CARACTERISTICAS DE LA COMUNIDAD	58
7. RESULTADOS	63
8. DISCUSIÓN	89
9. CONCLUSIONES	94
10. RECOMENDACIONES	96
11. BIBLIOGRAFÍA	97
12. ANEXOS	100
13. ÍNDICE	116