

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

TÍTULO:

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

Tesis previa a la obtención
del Título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

Sra. Doris Carolina Jumbo Jumbo

DIRECTORA :

Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

Loja - Ecuador

2013



CERTIFICACIÓN

Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICO.

Que el presente trabajo de investigación de tesis titulado: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO FLORENCIA, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”** de autoría exclusiva de la egresada la Sra. Doris Carolina Jumbo Jumbo, ha sido dirigida, analizada y revisada detenidamente en todo su contenido y desarrollo bajo su dirección por tales razones autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal de grado asignado.

Atentamente.

Loja, Febrero del 2014


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

AUTORÍA

Yo, Doris Carolina Jumbo Jumbo, 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 o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el repositorio institucional-biblioteca virtual.

AUTORA: Doris Carolina Jumbo Jumbo

FIRMA: 

N° DE CEDULA: 1105065690

FECHA: Febrero 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, Doris Carolina Jumbo Jumbo, declaro ser autora, de la tesis titulada: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO “FLORENCIA”, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013.”** Como requisito para optar al grado de Licenciada de Enfermería; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

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

Firma: 

Autor: Doris Carolina Jumbo Jumbo

Cédula: 1105065690

Dirección: La Inmaculada II, entre Manteña y Secoyas

Correo Electrónico: doriscarinajumbo@hotmail.com

Teléfono: 0994949171

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis:

Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

Tribunal de Grado:

Lic. Mg. Balbina Contento Fierro

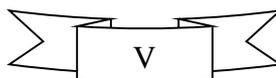
Lic. Mg. Bertila Tandazo Agila

Lic. Mg. Patricia Chávez Poma

DEDICATORIA

Dedico este trabajo investigativo primeramente a mis padres que han sido mi ejemplo, que con esfuerzo, amor, comprensión y cariño han estado siempre conmigo, gracias por todo papá y mamá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome gracias a ellos he ido avanzando día a día para cumplir una meta más en mi vida. A mi esposo e hijo que son el motivo y la razón que me ha llevado a seguir superándome, a quienes llena de tristeza tuve que robarles horas de convivencia. Ha mis hermanas y abuelitos que a pesar de todo siempre supieron darme ese empujoncito, depositando su entera confianza en cada momento.

Doris Carolina Jumbo Jumbo



AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios, quien me dio fortaleza y sabiduría, para afrontar todos los obstáculos y por estar en cada momento de mi vida. A mis Padres, quienes me llevaron por el camino correcto, enseñándome los valores dentro y fuera de la familia, por su paciencia y apoyo incondicional que me ayudo a alcanzar esta meta tan anhelada.

A mi Esposo e Hijo, que son los seres más maravillosos que la vida me ha dado, por el apoyo moral, su cariño y comprensión por ser las personas que marcan mi camino, por el tiempo que he tenido que sacrificar, gracias los amo, y espero sigan apoyándome como lo han hecho.

Pongo en consideración mi más sincero agradecimiento a mi directora de la Tesis Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga, quien con sus sabios conocimientos y dedicación contribuyo para culminar esta investigación, sin dejar pasar por alto un claro agradecimiento a la Comunidad de “Florencia”, quienes aportaron para la realización del presente trabajo.

¡...Gracias

Doris Carolina Jumbo Jumbo

TITULO

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

RESUMEN

La presente investigación “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO FLORENCIA, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013**” tiene como objetivos: Realizar diagnóstico comunitario del área de influencia del Hospital Universitario de Motupe con sus respectivos perfiles epidemiológicos y mapas parlantes, que sirva de base para la formulación del Proyecto de Desarrollo en salud del sector con lo que se brindará sostenibilidad a las propuestas de trabajo de la unidad de salud. Brindar servicios específicos de enfermería, orientados a procurar el ejercicio del derecho a la salud de los grupos menos favorecidos, como forma de acercamiento a la comunidad y estrategia de vinculación con el servicio de salud.

El estudio es de carácter descriptivo con un universo de 164 habitantes 89 mujeres y 75 hombres, entre los datos más relevantes se destacan; el 83.44% de familias colaboraron, un 2.08% no se encontraron y el 14.58% corresponde a casas deshabitadas, entre los riesgos biológicos se ubican el 3.05% de escolares y adolescentes con problemas de nutrición en los riesgos sanitarios el consumo de agua insegura en el 100%, en riesgo socioeconómico la pobreza con el 95%, se encontró el 4.27% de analfabetos, en lo que respecta a mujeres con vida sexual activa el 84.61% utilizan método natural para la planificación familiar. En cuanto al perfil epidemiológico se destaca; enfermedades crónicas lo que permitió la actualización del cuadro de clasificación de las enfermedades catastróficas.

Con los resultados obtenidos se recomienda a los equipos de salud que planteen estrategias dirigidas a mejorar la situación de la comunidad, insistiendo en las familias que no entraron en este estudio.

La información se consolidó, utilizando tablas y gráficas para llegar al levantamiento definitivo del mapa parlante, el cual fue apoyado por el mapa físico que fue realizado durante toda la jornada en la comunidad.

Palabras Claves: Estudio de salud, investigación del Barrio “Florencia”, comunidad, situacional.

ABSTRACT

The present investigation " DIAGNOSIS COMMUNITY HEALTH DISTRICT FLORENCE, SEPTEMBER- DECEMBER 2013 " aims to: Conduct community assessment of the influence area of the University Hospital of Motupe with their epidemiological profiles and talking maps, as a basis for the formulation Development Project in the health sector which sustainability proposed work health unit will be provided . Provide specific nursing services, designed to ensure the exercise of the right to health of disadvantaged groups as a form of community outreach and linking strategy with the health service.

The study is descriptive in a universe of 164 inhabitants 89 women and 75 men, among the most important data stand out, the 83.44% of families contributed a 2.08% not found and 14.58% are vacant houses, among biological hazards are located on 3.05% of children and adolescents with nutrition problems in the health risks of unsafe water consumption at 100%, in socioeconomic risk poverty with 95%, 4.27% illiteracy was found, as concerning sexually active women the 84.61% use natural family planning method. Regarding the epidemiological profile is highlighted, chronic diseases and disabilities which allowed the update of the classification of catastrophic illnesses and disabilities.

With the results obtained health teams to raise strategies aimed at improving the situation of the community, insisting that no families entered this study and then incorporate recommended.

The information is consolidated, using tables and charts to reach the final lifting of talking map, which was supported by the physical map that was done throughout the day in the community.

Keywords: Health Study, research Barrio "Florence", community, situational.

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 se insertan al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural en Salud tiene como desafío trabajar con las familias y con ellas desarrollar intervenciones concretas y eficaces en salud.

La presente investigación denominado: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO FLORENCIA, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”**, tiene como finalidad aportar con conocimientos técnicos y científicos que contribuirán a establecer proyectos de intervención viables y efectivos.

El Diagnóstico permite determinar la naturaleza de los problemas que la comunidad tiene en las áreas de salud y educación, establecer relaciones entre problema, causas, efectos y soluciones, estimar las necesidades de atención en salud que no han sido satisfechas, los recursos de la comunidad disponibles, la visión que los individuos involucrados tienen acerca de la situación, con el propósito de incrementar los recursos hacia la solución de los problemas.

Como personal de salud, en calidad de egresada de la carrera de enfermería mi objetivo con la presente investigación es: Contribuir al fortalecimiento del **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL** en el Hospital Universitario de Motupe, aportando con estadísticas y datos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud - EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud) formular propuestas locales, tendientes a mejorar la calidad de vida, que involucre un compromiso entre las autoridades locales, personal de salud y comunidad.

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 Salud¹.

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. 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.

El presente trabajo de investigación consta de las siguientes partes: En la primera se describe de modo detallado el marco teórico tomando en cuenta conceptos básicos, la coherencia con los objetivos, la ficha familiar y anexo que se llenó con las familias de la comunidad de Florencia.

En la segunda parte se presenta una exposición amplia de resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos ya mencionados

Los resultados están presentados en tablas de frecuencia con sus respectivos análisis que me permitieron llegar a las conclusiones y recomendaciones.

Al finalizar se presenta las conclusiones y recomendaciones que se deducen de las interpretaciones y análisis obtenidos de la bibliografía y anexos presentados.

¹ MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MS MAIS-FCI Ecuador 2013 capitulo IV pág. 45.

MARCO TEÓRICO

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.

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.

Objetivos de Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

- ④ Reorientar los servicios de salud y fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria.
- ④ Fortalecer la calidad de atención del Talento Humano.
- ④ Optimizar la prestación de servicios en los tres niveles de atención.
- ④ Organizar el Sistema Único de Información en Salud.
- ④ Fomentar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.²

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

² MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 48-53

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.

Mapeo del Sector

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: 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.

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:

- ② Conformación y/o fortalecimiento de la Organización Comunitaria de Salud –comité Local de Salud.
- ② Diagnóstico situacional.
- ② Diagnóstico dinámico.

Fases y herramientas para la implementación del Modelo de Atención

- ② Mapa parlante.
- ② 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.

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

Estas acciones se desarrollarán a través de visitas domiciliarias programadas mensualmente dentro del cronograma de actividades de la unidad operativa y de los **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.³

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

³ MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 60-63

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.⁴

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

En la actualidad nuestro país tiene un territorio de 283 560 km², cuenta con 14.306.876 habitantes que se hallan distribuidos en las distintas provincias.⁵

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

Es un país multiétnico destacando las siguientes:

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

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:

- ② 0-14 años: 30,1% (hombres 2.301.840/mujeres 2.209.971).
- ② 15-64 años: 63,5% (hombres 4.699.548/mujeres 4.831.521).
- ② 65 años y más: 6,4% (hombres 463.481/mujeres 500.982).⁷

Distribución poblacional de la Provincia de Loja

⁴ Carcavallo RU, Martínez A (1985). Biología, ecología, distribución geográfica de los triatomos americanos, pp.149-157 en (Carcavallo RU, Rabinovich JE, Tonn RJ eds.) Factores biológicos y ecológicos en enfermedades Prevalentes, Vol. II. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud OPS/OMS – Ministerio de Salud y Acción Social, Ecuador.

⁵ Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^{ta} Edición, Septiembre 2012

⁶ Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC; Disponible en: <http://www.inec.gob.ec>; Consultado: 28/11/2013; Hora: 15h00

⁷ Ecuador Distribución por edad - Población - Mundi; Disponible en: http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.htm Consultado: 9/12/2013; Hora: 19h00

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

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

NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

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

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

⁸ 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

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

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).¹⁰

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.¹¹

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

Consultado: 9/12/2013; Hora: 22h30

¹⁰ Analfabetismo Y Alfabetización en el Ecuador Unesco; Disponible en:portal.unesco.org/.../4bd91bd98b34ee5f8d3a2059dc4cb3cdTorres; Consultado: 9/12/2013; Hora: 22h45

¹¹ 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

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

Deserción escolar

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

A su vez, la afectividad juega un papel importante en el niño, ya que de esta dependen las buenas o malas relaciones que tenga en la escuela y su entorno, a más de la afectividad, en la vida de un niño, cuenta su autoestima, pues si presenta una baja autoestima dificulta sus posibilidades de aprendizaje. Otros factores escolares como la pedagogía y metodología, son decisivos, ya que deben desarrollarse metodologías acordes a las necesidades de los alumnos y una pedagogía basada en su formación crítica que despierte el interés del escolar.¹²

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.¹³

OCUPACIÓN

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

¹³Educación en la Provincia de Loja; Disponible en:<http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109>; Consultado:28/11/2013; Hora:10h

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

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**), realizado en el 2010, señala que los empleados públicos se ubican en el primer lugar a nivel nacional con el 33%, después están los comerciantes representando el 28,5% y después están los agricultores o jornaleros con el 13%.¹⁴

“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”.¹⁵

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:

Riesgos Biológicos

¹⁴Resultados 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

¹⁵ Loja (Ecuador). Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja. Consultado: 09-12-2013

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

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

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%.

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

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

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

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

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

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

Riesgos Sanitarios

Consumo de agua insegura: Según datos derivados del Censo 2010, más del 28% de la población ecuatoriana no tiene acceso al líquido vital por red pública y más del 22% no lo tiene a saneamiento adecuado (alcantarillado o pozo séptico). Más de cuatro millones de personas se proveen de agua a través de pozos, ríos, vertientes, carros repartidores y agua lluvia.¹⁸

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

¹⁶Datos estadísticos de la provincia de Loja (Ecuador). Disponible en:<http://solnacientenews.blogspot.com/2010/12/enecuadorexisteasi-personas.html>10/12/13,10:15

¹⁷Discapacidad en Ecuador. Disponible en:<http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-ecuador.html>10/12/13 9:20

¹⁸Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Agua_potable_y_saneamiento_en_Ecuador10/12/13,8:11

millones de desechos cloacales sin ser tratados, los cuales perjudican al medio ambiente y diseminan enfermedades.

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

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

Riesgos Socio-económicos

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 Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**).¹⁹

¹⁹Economía y pobreza del Ecuador. Disponible en:<http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyopobreza-rural-423-puntos-relacion-ano-anterior.html>10/12/13, 9:25

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

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

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

²⁰ Instituto nacional de estadísticas y censo. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3Adeempleo-urbano-en-ecuador-se-ubica-en-46-en-marzo-de2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es10/12/13,5.4
²¹Tasa de analfabetismo del Ecuador. Disponible <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-684.html10/12/13,9:45>

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.

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

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.

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

²²Hacinamiento y mala condición de las viviendas. Disponible en:<http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx10/12/2013>, 8:20

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

ENFERMEDADES CRÓNICAS

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

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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos: ²⁴

- ④ Accidentes cerebrovasculares
- ④ Enfermedades respiratorias crónicas
- ④ Obesidad
- ④ Diabetes
- ④ Trastornos neuro psiquiátricos
- ④ Afecciones digestivas
- ④ Discapacidad visual y auditivas
- ④ Enfermedades osteo articulares
- ④ Afecciones bucodental
- ④ Enfermedad renal

²³Hacinamiento en el Ecuador. Disponible en: https://www.google.com.ec/?gws_rd=cr&ei=viynUpOAI8efkQepzOCIA

²⁴Centro 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)

Impacto de las Enfermedades Crónicas

En 2008 las Enfermedades Crónicas (diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y cirrosis) fueron las principales causas de muerte en la población general de Ecuador.

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

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

estudios indican que un 25% de las muertes causadas por esta epidemia corresponden a personas menores de 60 años. Asimismo, la prevalencia de factores de riesgo entre niños y adolescentes ha experimentado un incremento inusitado en los últimos años.

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).

²⁶ Ecuador y las enfermedades no Transmisibles. Disponible en <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html> consultado el 09/12/13

- ② **Tumores Benignos y Malignos:** Es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen del órgano afectado independientemente de que sean de carácter benigno o maligno. Generalmente pueden retirarse o extirparse y, en la mayoría de los casos, no reaparecen”.²⁷

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:

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, alas 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:

- ② **VIH – SIDA** (Virus de la Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). El virus de la inmunodeficiencia humana (**VIH**) es responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (**SIDA**) y ataca a los linfocitos T-4, disminuyendo la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otros tipos de infecciones.

- ② **HEPATITIS B:** Es una enfermedad infecciosa del hígado causada por un virus y caracterizada por necrosis hepatocelular e inflamación. Puede causar un proceso agudo o un proceso crónico, que puede acabar en cirrosis.

- ② **Gonorrea:** Es causada por la bacteria 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.

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

- ② **Sífilis:** Es una **ETS** causada por una bacteria, Infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a los hombres como a las mujeres.

- ② **Chancro Blanco:** Un chancro es una lesión primaria de la sífilis, indolora, que aparece en el lugar de entrada de la infección. Se presenta como una pápula pequeña o como una erosión.

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

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.

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 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

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.

Personas con Discapacidad Carnetizadas.

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

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.

³⁰LAZARUM, Disponible en: <http://www.lazarum.com/2/web.php?search=datos+estadisticos+ecuador>. Citado: 10/12/2013, Hora: 10h25am.

- ② **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.

- ② **Discapacidad Sensorial:** Corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

- ② **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

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:

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.

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.

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

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

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

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

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.

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

³² MEDICINE PLUS ,Disponible en :<http://www.nlm.gov/medlineplus/spanish/.htm>,Citado:06/12/2013,Hora:11h30am

³³Depresión, Disponible en :<http://www.who.int/mental/managem/depressi/es/htm>Citado:06/12/2013,Hora:11h30am

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

Tamizaje Metabólico Neonatal

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

³⁴PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. Consultado: 09-12-2013

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

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

³⁷Programa 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

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.

- ④ **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.

- ④ **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%.

- ④ **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 sexos³⁸. La prueba previene la muerte antes del primer mes de vida y de alteraciones del sexo.

- ④ **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

³⁸Tamizaje, 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.

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.

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

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

La valoración del estado nutricional, se relaciona con la medición del crecimiento, el cual está determinado genéticamente por el incremento de la 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

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-ninosescuela2.shtml#1757>.

estudios, que la probabilidad de tener problemas relacionados con nutrición como es el caso de los déficit de micronutrientes, es mayor en la población que tiene déficit del consumo de alimentos (población con máxima vulnerabilidad) y por lo tanto alteraciones del crecimiento.

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

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

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

LACTANCIA MATERNA

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



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

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

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

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.

⁴⁰ La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS. Disponible en http://www.eluniverso.com/vidae_stilo/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/es/html2013>

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

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

ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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.

Crecimiento del Niño y el Adolescente

⁴² Pediatría control del niño sano disponible en: <http://pediatria.org/?p=214> 2013

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

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

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

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.

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.

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.

Agudeza visual en escolares y adolescentes

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

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

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

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

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

Estudio en escolares y adolescentes

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

Educación Básica

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

⁴⁵ Agudeza Visual. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-enninos-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.

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

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.

Educación media

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

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

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

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.

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

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.

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

Factores que influyen en el rendimiento académico.

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

- ④ **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.
- ④ **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.).
- ④ **Factores familiares:** El rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante, porque es importante la percepción que tengan acerca de la valoración positiva o negativa de su familia hacia ellos, su percepción del apoyo que ella les presta, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.
- ④ **Factores personales:** Se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recorriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales⁴⁹.
- ④ **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

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

frecuencia el adolescente se siente fatigado y le es más difícil concentrarse.

- ② **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.

- ② **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”.

Problemas de conducta en escolares

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

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

- ② Se siguen produciendo a pesar de la edad.
- ② No cumplen con las expectativas familiares.
- ② No se enseñan los hábitos adecuados.
- ② 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:

- ② 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.

Problemas de conducta del adolescente

Los problemas de conducta hacen referencia a conductas rebeldes, conflictivas y mal vistas por la sociedad que son observables, medibles y modificables tanto en niños como en adolescentes.⁵⁰

⁵⁰Aprendiendo a comunicarnos, y tomar decisiones disponible en: [http://www.gob.es/ciudadanos/protección Salud/adolescencia](http://www.gob.es/ciudadanos/protección%20Salud/adolescencia).

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 refuerzan siempre que entra en contacto con una persona agresiva.

- ✓ Está enfadado consigo mismo porque sabe que los demás se aprovechan de él.
- ✓ Es un experto en ocultar sus sentimientos.
- ✓ Es tímido y reservado cuando esta con otras personas.
- ✓ No sabe aceptar cumplidos.
- ✓ Se agota y no tiene mucha energía.
- ✓ Su actitud acaba irritando a los demás.
- ✓ Se reconoce por su típico lenguaje corporal y verbal.

- 👁️ **Conducta Asertiva:** Es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los 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

ATENCIÓN MATERNA

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

La misma que comprende:

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

- 👁️ **Infantil:** El Plan Materno Infantil prevé la realización obligatoria de estudios para detección de la fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística del recién nacido. Además ofrece cobertura de consultas, seguimiento y control, inmunización y medicación requerida para los primeros 12 meses de vida, según el listado de medicamentos esenciales.

- 👁️ **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.

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

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:

- ② Reducir la morbi-mortalidad perinatal.
- ② Disminuir la incidencia de bajo peso al nacimiento.
- ② Disminuir el número de abortos.
- ② Disminuir la morbi-mortalidad de causa obstétrica.
- ② Promover la lactancia materna.
- ② Proporcionar educación sanitaria básica.

Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), se considera saludable un embarazo si tiene cinco o más controles prenatales.⁵³ El control del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que, existe mayor receptividad materna para las actividades de educación de la salud.

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.

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

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

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 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:

- ④ Triple viral (sarampión, rubéola y paperas).
- ④ Vacuna contra la varicela.
- ④ Vacuna antipoliomielítica.
- ④ Vacuna contra las fiebres amarilla y tifoidea.
- ④ Vacuna contra la viruela.

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 en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1030/1/98048.pdf>

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

Problemas relacionados con el embarazo

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

Otras complicaciones del embarazo:

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

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

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

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

- 👁️ **Embarazo ectópico:** Es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocisto se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente), en el

ovario, en el canal cervical, en la cavidad pélvica o en la abdominal. El embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que lleva a la muerte fetal, y es la principal causa de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre con 2 o 3 semanas del embarazo.

- ② **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.

- ② **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.

- ② **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.

ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Vacunación en las mujeres de edad fértil

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

sin problemas.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

Regulación de la fecundidad

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

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

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

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

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

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

b) Métodos de Barrera

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

c) Métodos Hormonales

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

Entre ellos se encuentran:⁵⁹

- ⓐ La Píldora
- ⓐ Inyectables
- ⓐ Implante

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

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

otra muestra del fondo del saco posterior⁶⁰. “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 cérvico-uterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres”⁶¹.

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”

MATERIALES Y MÉTODOS

METODOLOGÍA

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.

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 “Florencia”.

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

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

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

Área de estudio.

El Barrio “Florencia”, se encuentra ubicado al norte de la ciudad de Loja, a 10km del Hospital universitario de Motupe, se formó hace aproximadamente 36 años (1976 - 1977). Cuenta con 164 habitantes 89 mujeres y 75 hombres, 40 familias que colaboraron en la recolección de información, 1 familia que no se la encontró y 7 casas deshabitadas. Este barrio cuenta con una directiva quien ayuda a gestionar las necesidades de la población.

Los habitantes de este barrio son personas de recursos económicos bajos, la mayor parte trabaja en la agricultura y criando animales (pollos, chanchos, vacas), esto ayuda a cubrir sus necesidades económicas, también cuentan con puestos en el mercado de la ciudad.

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 “Florencia”, conjuntamente con la línea de base y perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas, de impacto y degenerativas de la comunidad.

Universo

El universo estuvo conformado por 40 familias y 164 habitantes del Barrio “Florencia”.

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 “Florencia”.

Materiales.

Recursos materiales

 Computador

 Infocus

 Archivadores

 Material bibliográfico

 Fichas familiares

 Material de escritorio: engrapadora, perforadora, esferográfico, adhesivos, etc.



Material de consultorio: balanza de pie, cinta métrica, tensiómetro, fonendoscopio, etc.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1
NUMERO DE FAMILIAS DEL BARRIO “FLORENCIA”

FAMILIAS	f	%
Colaboraron	40	97.56
No se encontraron	1	2.44
TOTAL	41	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “Florenxia”.
Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL
Nota: se elimina la categoría “No colaboraron” por no presentar casos.

El **97.56%** de las familias colaboraron brindando información para llenar la ficha familiar y el anexo, estas representan el universo de estudio.

Entre las familias que no entraron al estudio se encuentran las que no se encontraron en un **2.44%** con las que el HUM debe trabajar para incluirlas, además el barrio cuenta con 7 casas deshabitadas, en las que se ha considerado las que no se las puede habitar por las condiciones desfavorables en las que se encuentran y las que han sido abandonadas.

Las viviendas son propias hechas en hormigón armado, adobe y madera, algunas mixtas, mediagua, cuartos, etc.

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO
“FLORENCIA”

EIDADES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	f	%	F	%	f	%
Menores de 1 año	1	0.61	1	0.61	2	1.22
Niños 1-4 años	5	3.05	3	1.83	8	4.88
Niños 5-9 años	6	3.66	11	6.71	17	10.37
Adolescentes 10-19 años	26	15.85	29	17.68	55	33,53
Adultos 20-64 años	34	20.73	37	22.56	71	43.29
Adultos mayores 65 años y más	3	1.83	8	4.88	11	6.71
TOTAL POBLACIÓN	75	45.73	89	54.27	164	100

Fuente: fichas familiares del Barrio "Florescia".
Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

El **54,27%** corresponde a la población del sexo femenino y el **45,73** al sexo masculino. Según INEC 2010 la supremacía de mujeres con el 50.4% ante el 49.6% de hombres se ha mantenido en los últimos años, no alejándose de esta realidad la comunidad de Florescia⁶².

En el transcurso de las dos últimas décadas se observa una constante disminución en la población joven, esto se debe a la tendencia decreciente del promedio de hijos que tienen las mujeres. Por otro lado, la población de 40 años y más se ha incrementado debido a que son generaciones sobrevivientes

⁶² Estructura de la población INEC 2010 disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf fecha de consulta 30-01-2014 hora: 22h00

con altos índices de natalidad. Esto nos da indicios de que la población del Ecuador está iniciando un proceso de envejecimiento⁶³.

TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “FLORENCIA”
SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

INSTRUCCIÓN	f	%
Analfabetos	7	4.27
Sin Escolaridad	7	4.27
Básica	90	54.87
Superior	60	36.59
TOTAL	164	100%

Fuente: fichas familiares del Barrio "Florencia".

Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

Nota: En la categoría "sin escolaridad" corresponde a los niños menores de 3 años.

En el nivel de instrucción el **54.87%** corresponde a educación básica y el **36.59%** a superior, de esta manera se observa el avance educativo de los habitantes del barrio, ya que la población en su mayoría cuenta con algún grado de educación. En relación a los datos de INEC 2012 el 46.04% de las personas tienen como nivel de instrucción básica, el 18.3% no tienen ningún nivel de instrucción, mientras el 3.7% tienen una instrucción superior.

Se encontró 7 analfabetos que representan el **4,27%** del total de la población investigada, que corresponde a jefes de familia y cónyuges (adultos mayores). Los esfuerzos del gobierno por incluir la alfabetización ha disminuido en gran parte el número de analfabetos en esta comunidad lo que facilitará disponer de

⁶³ Estructura de la población INEC 2010 disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf fecha de consulta 30-01-2014 hora: 22h00

una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone el actual proceso de apertura y globalización de la economía⁶⁴.

En la provincia de Loja, de acuerdo a los tres últimos censos de población y vivienda, se observa el analfabetismo en el 6,8% (INEC censo 2010).⁶⁵

TABLA N° 4
RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “FLORENCIA”

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Habitantes con problemas de mala nutrición	5	3.05	159	96.95	164	100
Embarazadas con problemas	1	0.61	163	99.39	164	100
Habitantes con discapacidad	3	1.83	161	98.17	164	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “Floresncia”.

Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

Nota: Se eliminan las categorías “habitantes con vacunación incompleta, habitantes con enfermedad de impacto y Problemas mentales”, por no existir casos

ANÁLISIS:

El **3.05%** de la población presenta problemas de nutrición; siendo estas desnutrición leve y moderada. Según el estilo de vida en los habitantes se llegó a la conclusión que entre los principales factores que causan la desnutrición tenemos la mala alimentación, poco acceso a servicios de salud, dieta y costumbres alimenticias inapropiadas.

Se encontró dos embarazadas una presenta riesgo obstétrico que culminó con una cesárea hace 11 meses dando un porcentaje del **0.61%** en el indicador de embarazada con riesgo, es importante mencionar que la cesárea conlleva a complicaciones como: infección, hemorragia peligrosa, etc.

⁶⁴ TORRES DEL CASTILLOLA Rosa María. alfabetización en el Ecuador: Evolución histórica, información actualizada y **mapa nacional del analfabetismo**, UNESCO-Ministerio de Educación, Quito, septiembre 2009 pag: 16, 20, 36, 40

⁶⁵ INEC 2010 Disponible en: http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=35 fecha de consulta: 07/11/2013

Además se encontró tres personas con discapacidad que corresponde al **1.83%** de la población total, estas discapacidades son: intelectual en una niña de 8 años, auditiva en una niña de 7 años y física en una adolescente de 13 años, todas estas discapacidades son desde el nacimiento.

TABLA N° 5
RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO “FLORENCIA”

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de agua insegura	40	100	-	-	40	100
Mala eliminación de basuras y excretas	40	100	-	-	40	100
Mala eliminación de desechos líquidos	40	100	-	-	40	100
Animales Intradomiciliarios	26	65	14	35	40	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “Florencia”.

Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

Nota: Se ha eliminado la categoría de “Impacto ecológico por industrias” por no presentar casos.

ANÁLISIS:

El **100%** de las familias consumen agua entubada. El consumo de agua insegura es un riesgo para la salud puede llevar a graves infecciones intestinales, este tipo de agua contiene microorganismos patógenos, principalmente Escherichia Coli, resultando perjudicial para la salud de la población⁶⁶. Cabe mencionar que los habitantes se turnan para limpiar el tanque una vez por mes, esto se pudo observar en el momento de recolectar la información, para esto utilizan un cepillo y cloro disminuyendo en parte este riesgo.

⁶⁶ INEC Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis3.pdf>. 14/11/2013

Además el **100%** realiza una mala eliminación de la basura y excretas, se debe a que no cuentan con el servicio de recolección, razón por la cual las familias utilizan la basura orgánica para la producción de abono para sus sembríos, otros la desechan al aire libre lo que acarrea la proliferación de las moscas y cucarachas así como también a la reproducción de roedores y la basura inorgánica la queman y entierran. Además el **100%** de familias no poseen una buena eliminación de desechos líquidos.

Gran parte de la población tiene animales intradomiciliarios especialmente perros y gatos que corresponde al **65%** además se pudo observar la presencia de criaderos de pollos, patos, chanchos y vacas que ocasiona contaminación del ambiente por el olor que éstas generan. Sin embargo la convivencia con animales domésticos no está exenta de riesgos para la salud. El pelo de gatos, perros, roedores, conejos etc., puede ser un factor sensibilizante para presentar una alergia y los animales que no estén estrictamente controlados por un veterinario y convenientemente vacunados, pueden ser causa de enfermedades en las personas.⁶⁷

⁶⁷ OMS. "Determinantes sociales de la salud", disponible en:http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html. Consultado: 27/11/2013 (21h:30)

TABLA N° 6
RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO
“FLORENCIA”

RIESGOS SOCIOECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Pobreza	38	95	2	5	40	100
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	27	67.50	13	32.50	40	100
Analfabetismo del Padre y de la Madre	5	12.50	35	87.50	40	100
Desestructuración Familiar	5	12.50	35	87.50	40	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	18	45	22	55	40	100
Malas condiciones de la Vivienda	22	55	18	45	40	100
Hacinamiento	8	20	32	80	40	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “Florencia”.
 Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

ANÁLISIS:

Uno de los Riesgos Socioeconómicos es la pobreza en un **95%** algo alarmante ya que el ingreso económico no satisface las necesidades de estas familias. El INEC ubicó a la pobreza en el 15.29% en el 2012, frente al 14.93% en junio del 2013 datos mucho menores a los encontrados en esta comunidad.

Así mismo el Desempleo o empleo informal del jefe de familia se encuentra en un **67.50%**, algunos de ellos no cuentan con un empleo estable y se dedican la mayor parte a la agricultura y a la crianza de animales. Según datos del INEC

2013 indica que entre las cifras laborales, el desempleo se ubicó en 5.20% en junio de 2012 frente al 4.89% en junio del 2013.⁶⁸

Se reitera que se encontró el **12.50%** de analfabetos que corresponde a Jefes de Familia (adultos mayores).

En cuanto a la desestructuración familiar el **12.50%** han sido abandonadas o están separados de sus parejas y en otros casos tienen conflictos con los padres de sus hijos, siendo este un riesgo ya que altera la armonía de la familia.

Otro riesgo que se encontró en estas familias es el Alcoholismo en un **45%**. El cual es aceptado universalmente como un problema principal de salud pública y representa una grave amenaza al bienestar y a la vida de la humanidad. Como se ha mencionado anteriormente el uso de las bebidas alcohólicas tiene una repercusión nociva para la salud, la familia y la sociedad.⁶⁹

Más de la mitad de las familias el **55%** habitan en viviendas con malas condiciones (techos destruidos, paredes caídas, sin ventanas, cerca de criaderos de animales, casas en barrancos) y existe Hacinamiento en un **20%**. La vivienda inadecuada o de mala calidad y el hacinamiento figuran entre las manifestaciones más visibles de la pobreza. De hecho, el hacinamiento o "sobrepoblación" es un reflejo indirecto de las condiciones sociales, económicas y sanitarias de la población. El hacinamiento puede provocar problemas de salud y la falta de privacidad en el hogar.⁷⁰

⁶⁸ INEC Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis3.pdf>. 14/11/2013

⁶⁹ Bienestar Familiar. Disponible en: <http://www.slideshare.net/llfamutpl/bienestar-de-la-familia-en-los-barrios-marginales-de-la-ciudad-de-loja>. Consultado el: 27/11/2013

⁷⁰ Indicadores del SIISE. Disponible en: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/POBREZA/ficpob_P05.htm. Citado el: 27/11/2013

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

Todos los niños menores de 2 años han tenido acceso al Tamizaje Metabólico Neonatal ya que el Ministerio de Salud Pública lo incluyó desde Diciembre de 2011.⁷¹ Este examen tiene como objetivo evitar discapacidades de tipo intelectual y/o muerte prematura y permite tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles como la galactosemia, hipertiroidismo, hiperplasia suprarrenal congénita y la fenilcetonuria.

⁷¹OMS. Disponible en:<http://www.conpiederecho.com.ec> fecha de consulta:20/11/2013

TABLA N° 7
ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN LOS HABITANTES DEL BARRIO
“FLORENCIA”

GRUPO ETÁREO/ POBLACIONAL	ESQUEMA COMPLETO		ESQUEMA INCOMPLETO		NO REGISTRADO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Menores de 5 años	10	6.09	-	-	-	-	10	6.09
Escolares y adolescentes(5-19 años)	38	23.17	5	3.05	-	-	43	26.22
Mujeres en edad fértil (10-49 años)	55	33.54	-	-	-	-	55	33.54
Embarazadas	2	1.22	-	-	-	-	2	1.22
Personas adultas (20 a 64 años)	-	-	-	-	43	26.22	43	26.22
Adultos mayores (65 años y mas)	-	-	-	-	11	6.71	11	6.71
TOTAL	105	64.02	5	3.05	54	32.93	164	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “Florencia”.

Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

Nota: en la categoría “Escolares y Adolescentes” se excluye al sexo femenino por ubicarse en el grupo de población de MEF y Embarazadas.

ANÁLISIS:

Revisados los carnets de vacunación de acuerdo al grupo etáreo y poblacional el **64.02%** de la población tiene un esquema de vacunación completo el **6.09%** corresponde a niños menores de 5 años que han recibido todas las vacunas para la edad, lo que refleja la responsabilidad de los padres en acudir a hacer vacunar a sus hijos a tiempo y además se pudo comprobar la efectividad y la

eficacia del Hospital Universitario de Motupe; en lo concerniente al manejo de inmunizaciones en la población.

Las coberturas del Programa de Inmunizaciones superan los alcances año a año, en todos los biológicos, cumpliendo así el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio y reduciendo la morbi-mortalidad producida por enfermedades inmunoprevenibles en niños menores de 5 años.⁷²

La inmunización con la vacuna DT en los escolares y adolescentes cubre el **23.17%** de la población, y solo el **3.05%** no cumple con el esquema, es importante mencionar que ellos también necesitan inmunizarse pero no lo han hecho por descuido, miedo o porque no acuden con tanta frecuencia a controles médicos. El objetivo de la vacunación consiste en procurar resistencia inmune frente a un organismo infeccioso y evitar la morbi-mortalidad en niños y adolescentes.

El **33.54%** corresponde a mujeres en edad fértil que han recibido vacunación, y un **1.22%** a embarazadas que cumplieron con la atención materna en forma oportuna, esta atención incluye el control y la vacunación. El control prenatal es el cuidado del desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, que disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto, por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita y obstétrica.⁷³

El **26.22%** corresponde a personas de 20 a 64 años que no se obtuvo registro del esquema de vacunas, de igual manera los adultos mayores con el **6.71%**.

⁷²Objetivos del Milenio. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai>. fecha de consulta 24/11/2013
⁷³ Dra. Bernarda Salas M. Dr. Eduardo Yépez Dra. María de Lourdes Freire COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL 2008
Pag 7-10

TABLA N° 8
OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO “FLORENCIA”

OCUPACIÓN	f	%
Estudiante	63	38.41
Quehaceres domésticos	40	24.39
Albañil	30	18.29
Sin ocupación	10	6.10
Agricultor	10	6.10
Emp. Privado	7	4.27
Chofer	2	1.22
Artesano	1	0.61
Desempleado	1	0.61
TOTAL	164	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “Floresncia”.

Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

Nota: Se eliminan las categorías “Comerciante, Emp. Público, Mecánico y Jubilado”, por no existir datos, en el caso de la Categoría sin ocupación corresponde a niños menores de 5 años.

ANÁLISIS:

En la ocupación el 69.51% corresponde a la población pasiva que agrupa a estudiantes, quehaceres domésticos, sin ocupación y desempleados esta población no genera ingresos económicos a la familia, seguidamente se encuentra la población económicamente activa con un 30.49% aquí se ubican los albañiles, agricultores, empleado privado, chofer y artesano estas ocupaciones determinan el ingreso económico de la familia.

Según el INEC 2012 a nivel nacional el agricultor o peón como profesión ocupa el 13%,⁷⁴ aumentando el comercio, quehaceres domésticos, construcción, empleados públicos y privados.⁷⁵

⁷⁴ INEC Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis3.pdf>. 14/11/2013

⁷⁵ Empleo Disponible en: <http://www.elcomercio.ec/negocios/empleo>. fecha de consulta.22/11/2013

TABLA N°9
LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL
BARRIO “FLORENCIA”

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
Hospital Universitario de Motupe	69	42,07
CENTRO N 3	42	25,61
Hospital Isidro Ayora	14	8,54
IESS	1	0,61
OTROS	38	23,17
TOTAL DE POBLACIÓN	164	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “Floresncia”

Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

Nota: la categoría otros abarca “clínicas, policlínico y Médicos privados”.

ANÁLISIS.

Frente a problemas de salud el 76.83% de la población acuden a instituciones públicas por existir mayor accesibilidad sin ningún costo y el **23,17%** a instituciones privadas como clínicas particulares, policlínicos y médicos privados.

Se debe considerar que la salud es un derecho que incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud tiene como finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho de la salud.⁷⁶

⁷⁶ Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://websistema+nacional+de+salud>& fecha de consulta: 11/12/2013

TABLA N°10
VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LOS HABITANTES DEL
BARRIO “FLORENCIA”

ESTADO NUTRICIONAL/ ÍNDICE DE MASA CORPORAL	MENORES DE 5 AÑOS		ESCOLARES Y ADOLESCENTES		PERSONAS DE 20 a 64 AÑOS		65 AÑOS Y MAS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Normal	10	6.10	67	40.85	-	-	-	-	77	46.95
Desnutrición leve	-	-	4	2.44	-	-	-	-	4	2.44
Desnutrición moderada	-	-	1	0.61	-	-	-	-	1	0.61
No valorado	-	-	-	-	71	43.29	11	6.71	82	50
TOTAL	10	6.10	72	43.90	71	43.29	11	6.71	164	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “Florencia”

Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

Nota: Se elimina la categoría “sobrepeso y obesidad” por no presentar casos. En la categoría “no valorado” se incluye la población que no se valoró el estado nutricional.

ANÁLISIS:

El **46.95%** de la población tienen un estado nutricional normal el **6.10%** corresponde a niños menores de 5 años y el **40.85%** a escolares y adolescentes, se valoró mediante el índice de masa corporal, en niños menores de 5 años el rango normal va de **12.9 a 18.5 IMC** para escolares y adolescentes es de **18.5 a 24.99 IMC**

El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En esta comunidad se encontró que los niños menores de 5 años han sido alimentados con leche materna lo que beneficia que en la actualidad no tengan problemas de desnutrición. La lactancia materna es altamente beneficiosa debido a que proporciona la mejor nutrición y reduce riesgos de contraer enfermedades, esta leche presenta en su

composición sustancias grasas que son esenciales para el desarrollo neurológico del niño, traduciéndose en las capacidades intelectuales futuras.⁷⁷ La OMS recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. Luego debe continuársela y otros alimentos hasta los dos años.

El **2.44%** de escolares y adolescente mantienen una desnutrición leve, que se ve reflejado entre **17.00 a 18.49 IMC** que se interpreta como delgadez o peso insuficiente seguido de un **0.61%** que corresponde a desnutrición moderada, entre valores de **16.00-16.99 IMC**, convirtiéndose en un factor de riesgo originado por una mala alimentación que va de la mano con la crisis económica de cada una de las familias, repercutiendo en la salud de los niños y adolescentes. En el 50% de la población no se valoró el esto nutricional.

De los estudios realizados sobre el estado nutricional en nuestro país revelan desnutrición en un 9% de escolares y adolescentes. Estadísticas muy superiores a las encontradas en esta comunidad referente a desnutrición⁷⁸.

⁷⁷ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Documento de promoción de la Lactancia Materna, Quito, 2011, pág. 2-15

⁷⁸Becerra, M.; F. Bahamonde y D. Sánchez (2008) Agenda para la Igualdad de Niñas, Niños y Adolescentes Pag.150-171

TABLA N° 11
AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO
“FLORENCIA”

AGUDEZA VISUAL	f	%
Normal	68	94.44
Con problemas	4	5.56
TOTAL POBLACIÓN	72	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “Florencia”
 Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

ANÁLISIS:

De los escolares y adolescentes un **5.56%** presentan problemas de agudeza visual y el **94.44%** están normal. Cabe mencionar que en algunos hogares de estos niños no cuentan con las condiciones económicas necesarias para obtener lentes, ya que no tenían conocimiento del programa “plan visión que ofrece el MIES con el MSP y el ministerio de educación”, además este plan abarca intervenciones quirúrgicas para superar complicaciones graves de visión; como terigios y cataratas.⁷⁹

La agudeza visual es una medida de la capacidad del sistema visual para detectar y reconocer detalles espaciales en un test de alto contraste, que se lo realiza con un buen nivel de iluminación. Según los datos del Ministerio de Salud Pública en el Ecuador un 11% de escolares y adolescentes presentan errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos relacionando así problemas con el rendimiento académico.⁸⁰

⁷⁹ MSP. Agudeza Visual. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-plan-vision/> fecha de Consulta 22/11/2013

⁸⁰ MSP. Agudeza Visual. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-plan-vision/> fecha de Consulta 22/11/2013

TABLA N° 12
RENDIMIENTO ACADÉMICO Y PROBLEMAS DE CONDUCTA EN
ESCOLARES Y ADOLESCENTES SEGÚN INFORMANTE

RENDIMIENTO ACADÉMICO	PROBLEMAS DE CONDUCTA				TOTAL	
	SI		NO		f	%
	f	%	f	%		
Bueno	-	-	71	98.61	71	98.61
Malo	1	1.39	-	-	1	1.39
TOTAL	1	1.39	71	98.61	72	100

Fuente: fichas familiares del Barrio "Florencia".
Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

ANÁLISIS:

En el rendimiento académico, el **98.61%** de escolares y adolescentes demuestra un buen rendimiento académico sin problemas de conducta a diferencia del **1.39%** que presenta un rendimiento escolar malo relacionado con la desestructuración familiar y los problemas de conducta rebelde y conflictiva.

El bajo rendimiento escolar se lo relaciona con diferentes circunstancias, en muchos hogares los padres no están enterados que los problemas por los que atraviesa la familia pueden afectar el rendimiento escolar, entre otros factores que agravan el problema tenemos la disminución de la autoestima, la baja situación socio-económica, el descuido de los padres y del escolar en el cumplimiento de obligaciones estudiantiles, lo que termina reprimiendo a que desarrollen un hábito de estudio⁸¹.

⁸¹INEC. Niños y adolescentes Disponible en : <http://www.odna.org.ec/Provinciales/loja>. Fecha de consulta 20/11/2013

TABLA N° 13
MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES CON
VIDA SEXUAL ACTIVA

PLANIFICACIÓN FAMILIAR	f	%
Métodos Naturales	22	84.61
Métodos Artificiales	3	11.54
Métodos Irreversibles	1	3.85
TOTAL	26	100

Fuente: fichas familiares del Barrio "Florencia"

Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

Nota: Se eliminan las categorías "T de cobre, Orales", por no existir casos

ANÁLISIS:

El **84.61%** de mujeres con vida sexual activa utilizan como planificación familiar métodos naturales como el método del ritmo el mismo que ha sido totalmente positivo debido a que no se han presentado embarazos no deseados pese a que ha sido utilizado por muchos años. La planificación familiar es el derecho de la mujer a decidir su calendario reproductivo.

También se encontró el **11.54%** que utilizan métodos artificiales a manera de implantes e inyectables y el **3.85%** métodos irreversibles como esterilización tubárica, este método anticonceptivo es el más común ya que lo utilizan una quinta parte de las mujeres casadas en todo el mundo. Se debe tomar en cuenta que el desconocimiento de la planificación familiar y el incremento de los embarazos adolescentes, son dos grandes y complejos problemas que causan diversos impactos negativos en las mujeres ecuatorianas, es por ello que el Gobierno Nacional ha puesto en marcha desde el Estado, la iniciativa conocida como ENIPLA (Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente).⁸²

⁸² ENIPLA. Disponible en: <https://www.Salud.com/Ecuador> fecha de consulta: 18/11/2013

TABLA N° 14
REALIZACIÓN DE PAPANICOLAOU EN LAS MUJERES CON VIDA
SEXUAL ACTIVA

PAPANICOLAOU	f	%
Si	7	26.92
No	19	73.08
TOTAL	26	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Florencia
Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

ANÁLISIS:

El **73,08%** de mujeres con vida sexual activa del Barrio “Florencia” no se han realizado el examen de Papanicolaou el mismo que examina las células recolectadas del cuello uterino, esta prueba puede mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales o cáncer, y el **26,92%** de estas mujeres si se han realizado este examen es porque ellas si saben de la enorme importancia que tiene el Papanicolaou, ya que conocen que una mujer se lo realiza regularmente para detectar las células malignas que con un tratamiento adecuado puede ser 100% curable.

El PAP debe practicarse anualmente en todas las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa, la población programática es la mujer de treinta años y más se debe realizar una vez cada tres años o cada año, situación que en muchos de los casos no se cumple por diversos factores como: falta de conocimiento, falta de accesibilidad económica y miedo lo que imposibilita la adecuada práctica de la prueba del Papanicolaou. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes, en Loja alcanza cifras alarmantes por cada 100.000 habitantes se presentan 32 casos.⁸³

⁸³ OMS (Papanicolaou) Departamento de Salud Reproductiva. Fecha de consulta:22/11/2013

TABLA N° 15
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS
DEGENERATIVAS DEL BARRIO “FLORENCIA” SEGÚN LA EDAD

ENFERMEDADES CRÓNICAS	RANGO DE EDAD												TOTAL	
	< 1 año		1-4 Años		5-9 Años		10-19 años		20-64 años		> 65 años			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Síndrome nefrótico	-	-	-	-	1	0.6	-	-	-	-	-	-	1	0.6
Epilepsia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.6	-	-	1	0.6
Insuficiencia cardíaca	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.6	-	-	1	0.6
Diabetes	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.6	-	-	1	0.6
Osteoporosis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.6	1	0.6
Ninguno	2	1.2	8	4.9	16	9.8	55	33.6	68	41.5	10	6.1	159	97
TOTAL	2	1.2	8	4.9	17	10.3	55	33.6	71	43.3	11	6.7	164	100

Fuente: fichas familiares del Barrio “Floresncia”
 Elaborado por: Doris Jumbo, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL

ANÁLISIS:

El **97%** de la población investigada está sana y el **3%** tienen enfermedades crónicas tales como: osteoporosis, diabetes mellitus, epilepsia, síndrome nefrótico e insuficiencia cardíaca en un 0.6%. Cabe mencionar que muchas de las enfermedades crónicas son causa de discapacidad.

La OMS define como enfermedades crónico-degenerativas a aquellas enfermedades que presentan 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. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las

principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes⁸⁴.

Estudios indican que el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios y estas muertes afectan en igual número a hombres y mujeres⁸⁵. La amenaza es cada vez mayor: el número de personas, familias y comunidades afectadas está aumentando. Esta amenaza creciente constituye una causa subestimada de pobreza y dificulta el desarrollo económico de muchos países⁸⁶.

⁸⁴OMS. Disponible en: <http://www.who.> Enfermedades Crónicas .es/ fecha de consulta:18/11/2013

⁸⁵ OMS Enfermedades crónicas Disponible en:http://www.who.int/chp/chronic_disease_Report/part1 /es/ fecha de consulta: 12/11/2013

⁸⁶ OMS Enfermedades crónicas Disponible en:http://www.who.int/chp/chronic_disease_Report/part1 /es/ fecha de consulta: 12/11/2013

APARTADO

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA REALIZADAS

Para dar cumplimiento al tercer objetivo se realizaron las siguientes actividades de enfermería:

- **VACUNACIÓN.**

- ❖ **Revisión de carnet de vacunas:** niños menores de 5 años, escolares y adolescentes, mujeres en edad fértil y embarazadas.

- **EDUCACIÓN.**

- ❖ **Alimentación**

- ✓ En niños menores de 5 años
- ✓ Escolares y adolescentes
- ✓ Adultos mayores

- ❖ **Planificación familiar**

- ✓ Métodos anticonceptivos que ofrece el MSP

- ❖ **Educación prenatal**

- ✓ Controles médicos
- ✓ Vacunación
- ✓ Preparación de los pezones

- **CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL (PERSONAS DE 20 AÑOS EN ADELNTE).**

- ❖ **Alimentación en la Hipertensión arterial**

DISCUSIÓN

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

En cuanto a la caracterización sociodemográfica de la población (Tabla 2), se encontró que el 54.27% de los habitantes corresponden al sexo femenino, por la presencia de hogares con mujeres jefes de familia y el 45.73% al sexo masculino, al relacionar estos datos con el estudio titulado **DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD EN POPAYÁN**⁸⁷ se observa similitud entre ellos; el porcentaje del sexo femenino es mayor con 53% al del sexo masculino con 47%. En relación a la edad, existe un mayor porcentaje del 43.29% en adultos de 20 a 64 años lo que indica que es la población económicamente activa, sin embargo en su nivel de instrucción el 54.87% (Tabla 3) solamente han culminado con el básico y tan solo el 36.59% tienen estudios superiores a diferencia del analfabetismo que ocupa el 4.27% del total de la población, en comparación al estudio antes mencionado los resultados son similares ya que el nivel básico tiene un 41%, superior el 36% y analfabetismo un 3% de la población, lo que impide acceder a otras fuentes de trabajo diferentes a las ofrecidas por la economía informal y el rebusque (peones, vendedores ambulantes, etc). Un nivel educativo bajo, es además factor de riesgo social en la adquisición de comportamientos saludables.

Con respecto a la presencia de riesgos biológicos (Tabla 4) el 3,05% corresponde habitantes con problemas de mala nutrición, un 0.61% de embarazadas presentan riesgo y el 1.83% son discapacitados, al comparar estos datos con INEC 2010 en Ecuador el 26,6% de los niños tiene desnutrición, sólo el 1,7 % tiene bajo peso-por-talla.⁸⁸ El 6.8% tienen discapacidad datos más relevantes a los descubiertos en esta comunidad. Para

⁸⁷ ALARCÓN Ana Luisa, MIRANDA Gloria Amparo, PALACIOS Nohemy DIAGNÓSTICO COMUNITARIO EN SALUD. Asentamiento Lagos de Occidente. Popayán. 2009

⁸⁸ OPS. 2012 Disponible en: www.desnutrición-ecuador.ht 18/11/2013

los riesgos sanitarios (Tabla 5) el 100% de las familias investigadas consumen agua insegura, existe una mala eliminación de basura, excretas y desechos líquidos, en el caso de presencia de animales intradomiciliarios el 65% lo ostentan, estos datos son alarmantes pues a nivel del país el 72% de toda la población ya cuenta con agua potable y solamente el 28% que corresponde áreas rurales no tienen este servicio, en el caso de la eliminación de basura el 77% lo realiza el carro recolector, el 20% lo queman y utilizan para abono, solo el 3% la entierran. Para la eliminación de excretas y desechos líquidos el 53% red pública el 32.7% en pozo séptico y el 14.3% al aire libre lo que se convierte en riesgo para la salud de los habitantes. Los riesgos socio-económicos (Tabla 6) se ven afectados por la pobreza en el 95%, desempleo o empleo informal en un 67.50%, violencia y alcoholismo en 45%, malas condiciones de la vivienda con 55%, hacinamiento el 20%, analfabetismo del padre o la madre y desestructuración familiar con 12.50%. Al relacionar con el estudio de Popayán; la pobreza ocupa el 85%, el desempleo o empleo informal el 39%, violencia y alcoholismo el 11%, analfabetismo 3% y desestructuración familiar el 17%, datos menores a los encontrados en la comunidad de Florencia.

La identificación de las condiciones de salud de la población por grupos etáreos, facilitó la verificación en cobertura de inmunizaciones del 100% en la población menor de cinco años, que presentó el respectivo carné de vacunación. En la población de escolares y adolescentes de 5 a 19 años, se detectó que el 40.85% tienen esquema completo y el 3.05% no han recibido la vacuna contra el toxoide tetánico, por falta de información y descuido en las madres. En el caso de mujeres en edad fértil el 34.76% se han administrado las vacuna y el 0.61% correspondiente a mujeres embarazadas están inmunizadas. El diagnostico de salud de Popayán permitió establecer las siguientes diferencias en los niños menores de 5 años el 80% tienen esquema de vacunas completo, en la población de 5 a 19 años el 66% están inmunizados y el 20% de la población corresponde mujeres de edad fértil que se han vacunado. En cuanto a la presencia de mujeres embarazadas, solo una de las dos gestantes identificadas, asiste a control prenatal pero las dos están inmunizadas lo que favorece su salud materno-fetal.

En la ocupación (Tabla 8), la población económicamente activa refleja el 18.29% de albañiles, el 6.10% agricultores, el 4.27% empleado privado, el 1.22% chofer y el 0.61% artesanos. Frente al 69.51% de población que no genera ingresos, en la que se ubican los estudiantes con 38.41%, los quehaceres domésticos el 24.39%, sin ocupación el 6.10% correspondiente a niños menores de 5 años y desempleados con el 0.61%. Según el INEC 2011 a nivel nacional el agricultor o peón como profesión ocupa el 13%.⁸⁹ Relacionando los datos estadísticos del INEC el agricultor o peón se encuentra en relación a los datos obtenidos en la comunidad de “Florencia”, aunque el porcentaje es superior, los resultados del último censo de población y vivienda, muestran una disminución en la agricultura, ganadería en relación al 2012, aumentando el comercio, quehaceres domésticos, construcción, empleados públicos y privados.⁹⁰

En relación al Sistema en Salud, el 76.83% de la población frente a problemas de salud acuden a instituciones públicas como el HUM, área N°3, HIA e IESS. El 23.17% asisten a instituciones privadas como clínicas, policlínicos y médicos privados. En Popayán el 84% de la población se vinculan con sistema público y un 15% pertenecen a instituciones privadas.

El estado nutricional normal en niños, escolares y adolescentes representa el **93.90%** de la población, el **12.19%** corresponde a niños menores de 5 años y el **81.71%** a escolares y adolescentes. El **4.88%** de escolares y adolescente mantienen una desnutrición leve, que se interpreta como delgadez o peso insuficiente seguido de un **1.22%** que corresponde a desnutrición moderada. En Ecuador la desnutrición afecta al 9%, el sobrepeso al 10% de escolares y adolescentes, estadísticas superiores a las encontradas en la comunidad de Florencia. Con respecto al rendimiento académico y problemas de conducta el 1.39% presenta un rendimiento académico malo causado por conductas rebeldes, conflictivas y desestructuración familiar. Relacionando con el estudio

⁸⁹ INEC Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis3.pdf>. 14/11/2013

⁹⁰ Empleo Disponible en: <http://www.elcomercio.ec/negocios/empleo>. fecha de consulta.22/11/2013

en Popayán los datos son más altos, pues el 25% presenta agresividad, retraimiento, baja autoestima y manifestaciones de violencia doméstica.

El 84.61% de población en edad fértil usan como planificación familiar métodos naturales como el método del ritmo, seguido de los métodos artificiales con el 11.54% y métodos irreversibles con un 3.85%. Al relacionar estos datos con el diagnóstico de Popayán se muestra que hay diferencia pues el método más frecuente es el irreversible con 44%, el método artificial en un 41%, el de barrera con 10% y los naturales 4%. En el grupo de mujeres con vida sexual activa el 26.92% se han realizado el examen del Papanicolaou y el 73.08% no lo han hecho al comparar con los datos del estudio antes mencionado se detectó que el 57% no se realiza la citología cervico-vaginal datos menores a lo de la comunidad Florencia.

En el perfil epidemiológico se identifica enfermedades crónicas en el 3.1%, discapacidades con el 1.8% y población sana con el 95.1%. La morbilidad detectada en Popayán se relaciona con la presencia enfermedades crónicas un el 3% y discapacidades el 1.2% problemas que coinciden en gran medida con el mosaico epidemiológico del estudio.

Los resultados obtenidos tienen una connotación trascendental, por lo tanto es amplia por lo que dejo a consideración de los próximos investigadores estos aportes para que puedan intervenir en la problemática encontrada, con propuestas efectivas que mejoren el estado de salud y la calidad de vida de esta comunidad.

CONCLUSIONES

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

- ② En el Barrio “Florencia” se trabajó con 40 familias quedo pendiente una que por varias ocasiones la visitamos y no se encontró. Existen 164 habitantes, 89 mujeres y 75 hombres. Todas las familias están expuestas a riesgo medio .El nivel de instrucción que más prevalece es el básico, además se encontró 7 analfabetos. Entre las ocupaciones el 30.49% corresponde a población económicamente activa (Albañil, agricultor, Emp. Privado, chofer y artesano). En 38 familias de esta comunidad existe pobreza. Se encontró que el 15,39% utiliza métodos anticonceptivos ofertados por el MSP ya que en su mayoría estos son gratuitos, cabe recalcar que la mayoría de esta población esta inmunizada. Ante problemas de salud acuden a instituciones tanto públicas como privadas.

- ② Mediante el perfil epidemiológico se pudo contribuir con el Hospital Universitario de Motupe para la actualización del cuadro de clasificación de las enfermedades catastróficas y discapacidades.

- ② Para dar cumplimiento al objetivo se realizaron actividades de enfermería tales como: control de presión arterial, revisión de carnets, educación de nutrición y planificación familiar lo que sirvió para que las personas se informen y despejen sus inquietudes, además que permitió anunciar el sistema del call center que permite facilitar la atención médica evitando las molestas filas.

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:

- ② Con los resultados obtenidos se recomienda a los equipos de salud del Hospital Universitario de Motupe que planteen estrategias dirigidas a mejorar la situación de la comunidad, insistiendo en las familias que no entraron en este estudio para luego incorporarlas. Además que participe brindando educación a la comunidad trabajado con los grupos más vulnerables para mantener un control y seguimiento, como también verificar el cumplimiento de los controles periódicos de las diferentes personas con enfermedades crónicas para planear visitas domiciliarias.

- ② Que se continúe prestando apertura a estudiantes para que realicen este tipo de estudios, debido a que ayudan a fortalecer conocimientos, formando personas capaces de desenvolverse como futuros profesionales de la Salud.

- ② A la comunidad de Florencia que siga gestionando para que se les provea de agua potable, que disminuirán los riesgos sanitarios existentes en esta comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias de libros

- Aramburú, CE. Métodos y técnicas de investigación social. Gerencia social. Diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales. 1^{ra} edición Lima-Perú: Universidad del Pacífico.2008.
- Carcavallo RU, Martínez A. Biología, ecología, distribución geográfica de los territorios americanos, 2010.
- Cassini C. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. N° 213.Sardá. 2012.
- Garza G. Rodolfo J, Pediatra General, Monterrey N.L. México 2011.
- Lucio R. Sistema de salud de Ecuador, vol.53; México. 2011.

Referencias de PDF

- Alarcón AL, Miranda GA, Palacios N. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO EN SALUD Asentamiento Lagos de Occidente.Popayán.2009
- Bonilla G. Aguilar V. Cañizares R. Moreira D. Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^{ta} Edición, Septiembre 2012
- Calderón S. Manual de Lactancia Materna, Universidad Nacional de Chile 2010.
- DRA. Carrasco C. DRA. Costales P.DRA. Molina D MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI capítulo IV. Ecuador. 2013
- Dra. Chang C. Dr. Torres E. Dr. Cañizares R. Dra. Laspina C. Dra. Salas BM.Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Documento de promoción de la Lactancia Materna, Quito, 2011.
- Dra. Chang C. Dr. Torres E. Dr. Cañizares R. Dra. Laspina Ministerio de Salud Pública. Guías alimentarias en escolares y adolescentes de la sierra. Quito.2012
- Dra. Fernández C. Dr. Manzur JL. Dr. González G. Dra. Báez Rocha S. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino. Argentina. 2010.

- Granga P. Villacres N. Andrade M. 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.2013.

Referencias de páginas de internet

- Bastidas C. Agudeza Visual. [Internet] 2012 [citado 07/12/2013] 2007: Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/>
- Delgado G. Problemas de Conducta en Escolares Y Adolescentes. [Internet] [citado 05/12/2013] 2008 .Disponible: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000919.htm>
blogspot.com/2008/03/trastornos-de-conducta-en-nios-y.html
- Heymann DL. Inmunización dT. 18ª Edición [Internet] [citado 15/12/2013] 2009 Disponible: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>.
- Mendoza R. Hacinamiento y mala condición de las viviendas. [Internet] 2012 [citado 10/12/2013]8:20 Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx>
- MSP. Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. [Internet] 2013 [citado 27/11/2013] Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contr-la-discapacidad/>
- MSP. Enfermedades crónicas [Internet] 2010 [citado 10/12/2013] 10:45 Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php.
- MSP. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) [Internet] 2013 [citado 09/12/2013]: Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>.
- OMS. La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS. [Internet] 2012 [citado 18/12/2013] Disponible en <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivencia-infante>.

- OMS. Planificación Familiar. [Internet] 2013 [citado 05/12/2013]
Disponibile en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>
- Papanicolaou. [Internet] 2012 [citado 05/12/2013 Hora: 20h45min.]
Disponibile en: <http://tvncanal.com/index.php>.
- Zazueta R. Pediatría control del niño sano [Internet] 2008 [citado 11/12/2013] disponible en: <http://pediatria.org/?p=> consultado el 12/12/2013

ANEXOS

CERTIFICADO DEL BARRIO

CERTIFICADO DEL BARRIO



MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja..... 16 de 10 - 2023

Sr. Vicente Cevallos Benitez

Presidente del Barrio..... Florencia

CERTIFICO:

Habernos reunido con las egresadas de la Carrera de Enfermería y haber acordado brindar el apoyo para el trabajo que van a realizar en la comunidad..... del Hospital Universitario de Motupe

.....
PRESIDENTE DEL BARRIO

Ci.....
110 093 07 1206

.....
EGRESADORA RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci.....

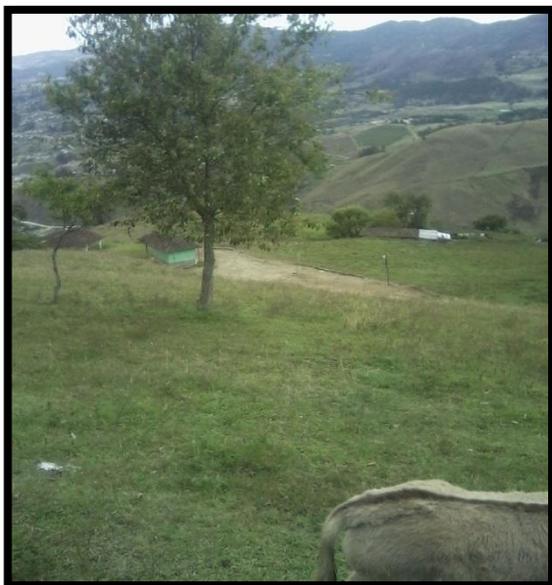
.....
EGRESADORA RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci..... 110 462 0352

MAPA DE COBERTURA DEL BARRIO "FLORENCIA"



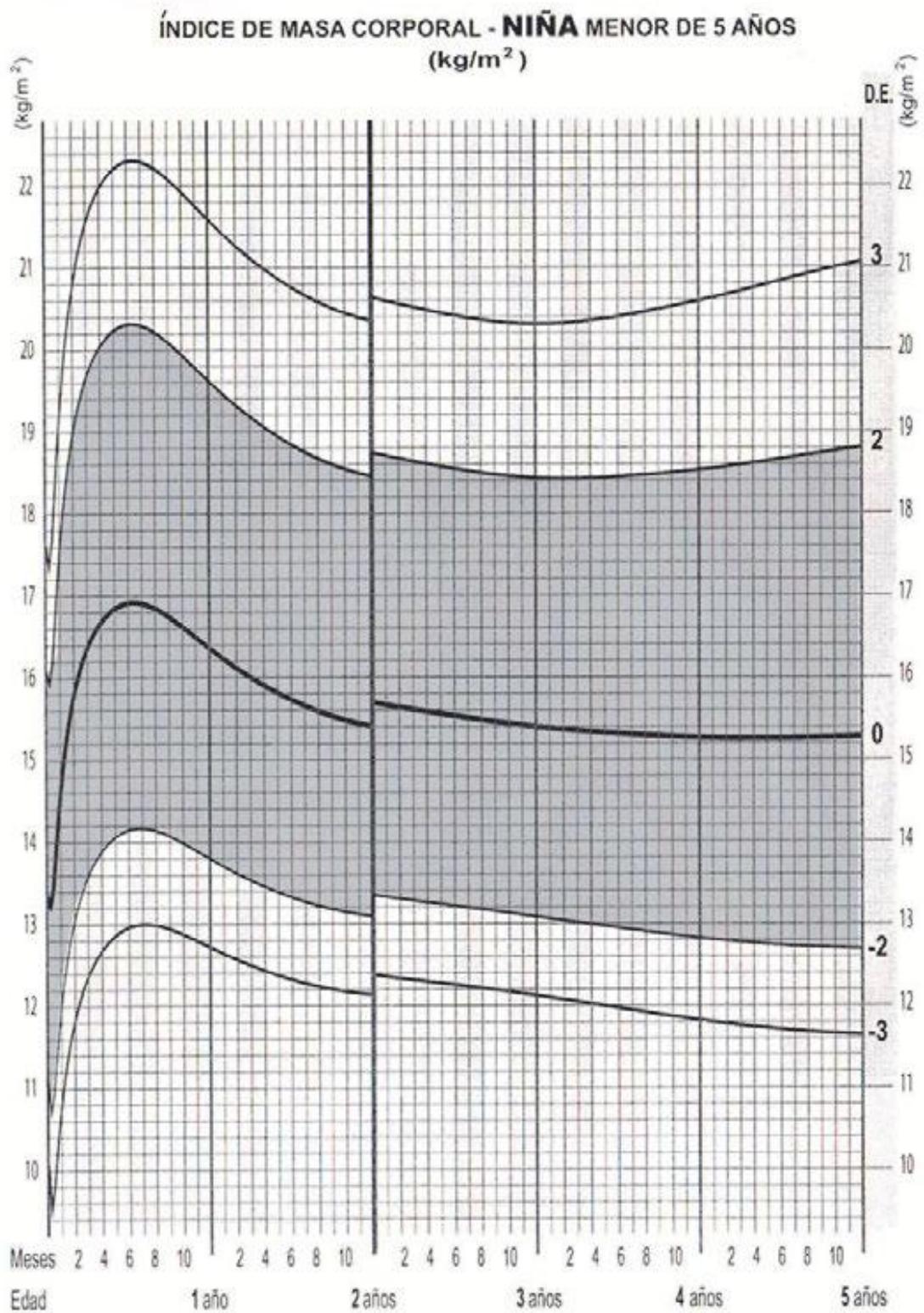
RECONOCIMIENTO DEL BARRIO FLORENCIA



RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

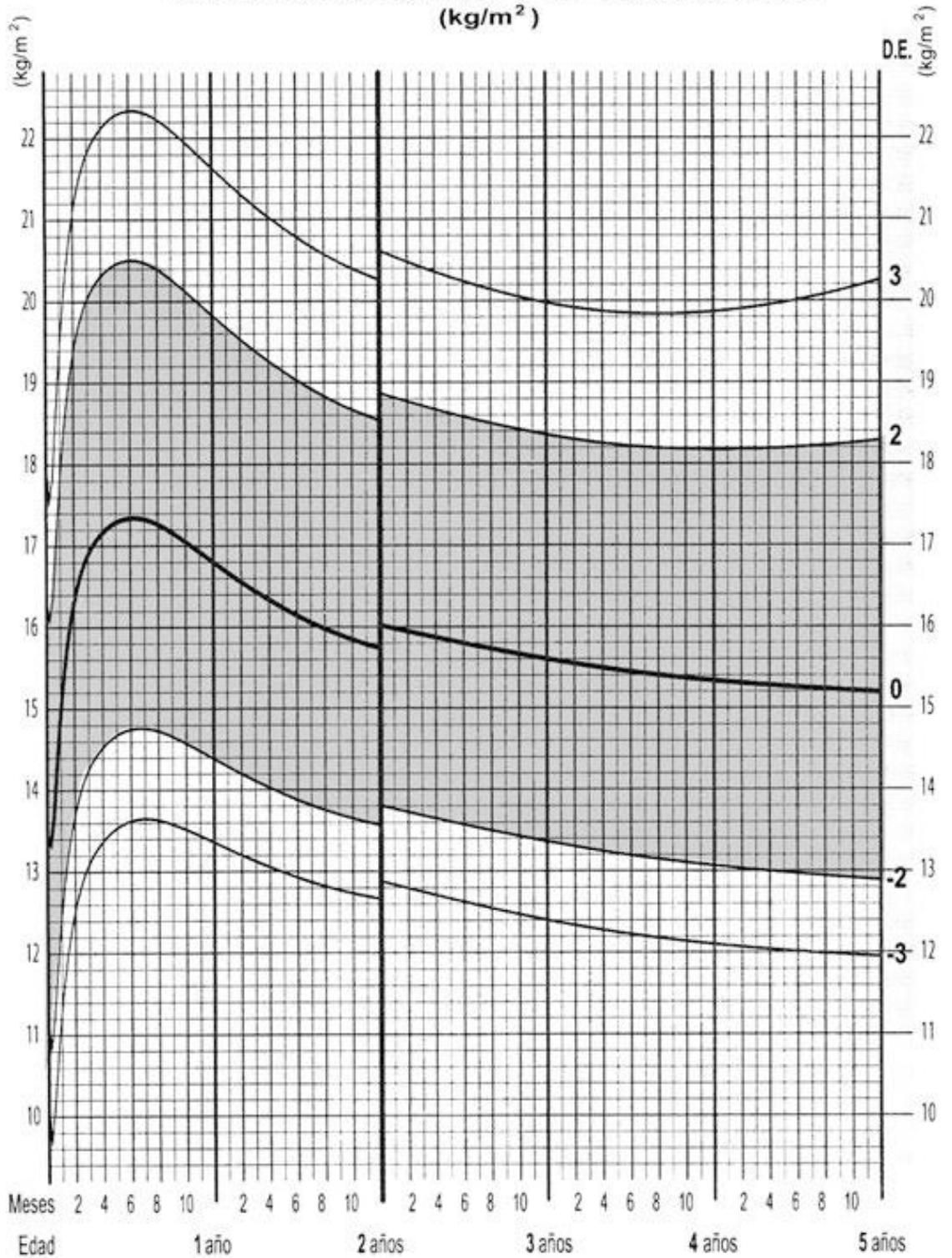


ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS



CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

ÍNDICE DE MASA CORPORAL - NIÑO MENOR DE 5 AÑOS
(kg/m²)



CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

INDICE DE MASA CORPORAL

A	Clasificación	IMC (Kg/m ²)
A	Desnutrición	<18,50
B	Desnutrición grave	<16,00
C	Desnutrición moderada	16,00 - 16,99
D	Desnutrición leve	17,00 – 18,49
E	Normal	18,50 - 24,99
F	Sobrepeso	≥25,00 – 29,99
G	Obeso	≥30,00

ZAJE VISUAL (SNELLE)

Peso [Kilograms]

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

<http://www.freebmiccalculator.net>

Infrapeso
 Nomal
 Sobrepeso
 Obeso

TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLE)

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

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	LUGAR DE RESIDENCIA	FICHA FAMILIAR
López Granda Kimberly Paola	4 a 4 m	Cerca de la antigua iglesia de Florencia	001
Cevallos López Daysi Anahí	1 a 10 m	En el segundo piso de la casa del presidente	014B
Arévalo Cevallos Dilan Jancarlos	2 a 3 m	A lado de la casa del presidente	015
Contento López Édison Joel	4 a	A lado de la quebrada del castillo	019
Cevallos Vera Luz María	11 m	Frente a una cancha antes de llegar a la iglesia.	024
Cevallos Ramón María Daniela	3 a 11 m	A lado de un tanque de agua	028
Gualán Cevallos Dany Josué	3 a 9 m	A lado de un potrero tiene un letrero que dice zañe	045
Sinche Cevallos Jonatán Andrés	2 a 2 m	Frente al potrero	046
Ojeda Cevallos Russbel Mateo	7 m	En un camino en la primera curva	047
Cevallos Cevallos Camilo Adrián	2 a 8 m	En la primera curva.	048

PERSONAS CON ENFERMEDADES CRONICAS

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	LUGAR DE RESIDENCIA	ENFERMEDAD	FICHA FAMILIAR
Paute Carreño María Esterfilia	69	Atrás de la capilla de Florencia al lado de unas plantas de guineo	Osteoporosis	12
Contento López Claudia Alexandra	8	Limitando con el Castillo	Síndrome Nefrótico	19
Valverde Valverde Anibal Medardo	31	De la capilla luego de una casa hacia arriba	Epilepsia	21
Granda Pullaguari Rosario María	48	Al lado de la capilla	Diabetes	23
Uracocha Cevallos Laura de Jesús	47	De donde dan vuelta los carros 2 casas más arriba	Insuficiencia Cardíaca	35

MUJERES EMBARAZADAS

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	LUGAR DE RESIDENCIA	RIESGO	FICHA FAMILIAR
Vera Gonzalez Nancy Soledad	21	En las canchas antes de la capilla de Florencia	Cesárea anterior hace 11 meses	24
Sanmartín Guaricocha Cecilia Maribel	18	A lado de una casa de adobe y tablas	No	34

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	LUGAR DE RESIDENCIA	DISCAPACIDAD	FICHA FAMILIAR
Valverde Valverde María del Cisne	8	Detrás de la capilla de Florencia	Discapacidad intelectual	17
Gualán Ramón Gladys Elizabeth	13	Hasta donde llegan los carros a la derecha segunda casa	Discapacidad Física	40
Guiracocha Gualán Deisy Paola	7	Hasta donde llegan los carros a la derecha en la cuarta casa	Discapacidad Auditiva 48%	43

ÍNDICE

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

PRELIMINAR	PÁGINAS
TÍTULO	1
RESUMEN.	3
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	10
MATERIALES Y MÉTODOS	58
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	62
APARTADO	84
DISCUSIÓN	85
CONCLUSIONES	90
RECOMENDACIONES	92
BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXOS	98
ÍNDICE	118