

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



TÍTULO:

*“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO
DE SALUD DEL BARRIO
SAN JACINTO SECTOR I y II,
SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”*

Tesis previa a la obtención
del Título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

Beatriz Alejandrina Gómez Camacho

DIRECTORA :

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

Loja - Ecuador

2013

CERTIFICACIÓN

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

DIRECTORA DE TESIS:

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación de tesis titulado: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR I Y II, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”** de autoría exclusiva de la egresada Beatriz Alejandrina Gómez Camacho, 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.

Loja, Enero del 2014

Atentamente.



Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga
DIRECTORA DE TESIS



AUTORÍA

Yo, Beatriz Alejandrina Gómez Camacho, declaro ser autora del trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

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



Beatriz Alejandrina Gómez Camacho

CI: 1105154510

Loja, Enero del 2014



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

Yo, Beatriz Alejandrina Gómez Camacho, declaro ser autora de la tesis titulada: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR I Y II 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 Digital Institucional – Biblioteca Virtual), en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 29 días del mes de Febrero del dos mil catorce. Firma de autora.

Firma: Beatriz Gómez Camacho

Autora: Beatriz Alejandrina Gómez Camacho

Cédula: 1105154510

Dirección: Catamayo, Avenida Padre Eliseo Arias Carrión

Correo electrónico: beatrizgomez_1991@hotmail.es

Teléfonos: 0939174037

Datos complementarios

Directora de tesis: Mg. Sonia Caraguay Gonzaga.

Tribunal de grado: Mg. Balbina Contento Fierro.

Mg. Bertila Tandazo Agila

Mg. Patricia Chávez Poma



DEDICATORIA

Este trabajo investigativo dedico a mi Dios porque me dio la fuerza, fortaleza y valentía. A mis padres Beatriz y Bolívar, quienes han sido los pilares fundamentales en mi vida, gracias por ser además de padres amigos, por su apoyo incondicional, por su formación en valores y haber estado en los momentos más difíciles.

A mi esposo Byron por su apoyo y comprensión; a mi hijo Mateo quien con su llegada ha sido el motor para mi vida y lucha por seguir adelante.

Beatriz Alejandrina Gómez Camacho



AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Dios, Padre Celestial, quien me dio la sabiduría, fuerza coraje para hacer este sueño realidad y me ha guiado durante todo este tiempo para salir adelante en los momentos más difíciles.

A mis Padres y seres queridos, quienes me han guiado por el camino correcto, por su paciencia y apoyo incondicional, sus consejos, amor, comprensión, preocupación y ayudarme alcanzar esta meta.

Pongo en consideración mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por haberme brindado la oportunidad de formarme como profesional para así contribuir con la sociedad, a mi directora de tesis, Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga, por su apoyo, tiempo y dedicación que contribuyó para culminar mi tesis. Sin dejar pasar por alto también hago un claro agradecimiento a la Comunidad de San Jacinto, quienes aportaron para la realización del presente trabajo.

Gracias.....!!!

Beatriz Alejandrina Gómez Camacho



TÍTULO

**“DIAGNÓSTICO
COMUNITARIO DE SALUD
DEL BARRIO SAN
JACINTO SECTOR I Y II,
SEPTIEMBRE- DICIEMBRE
DE 2013”**

RESUMEN

La realización del trabajo investigativo contribuye al fortalecimiento del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural que tiene como desafío trabajar con las familias y se realiza un diagnóstico comunitario, perfil epidemiológico y mapa parlante, que sirva de base para la formulación del Proyecto de Desarrollo en Salud y 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.

Se trata de un estudio descriptivo se trabajó con 296 habitantes, el instrumento fue la ficha familiar del Ministerio de Salud Pública y un anexo. La población se caracteriza por ser joven, predomina el sexo femenino, tienen un nivel de escolaridad básica. Existe casos de desnutrición leve y sobrepeso, discapacitados, familias con mala eliminación de basura, excretas y líquidos, animales intradomiciliarios, consumo de agua insegura. Como riesgos socio económico, desempleo o empleo informal del jefe de familia. Existe además pobreza, malas condiciones de la vivienda, hacinamiento, casos de consumo de alcohol y violencia intrafamiliar. Acuden a servicios de Salud tanto públicos como privados. Las mujeres con vida sexual activa utilizan métodos de regulación de fecundidad, muchas mujeres no se han realizado el Papanicolaou. El alcoholismo, la diabetes e hipertensión arterial son las primeras causas de Morbimortalidad.

Se brinda consejería respondiendo a las necesidades de Salud de la comunidad. Se estima el desarrollo de intervenciones estableciendo prioridades reorientando hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Palabras claves: Determinantes de Salud. Estudios comunitarios. Atención Primaria en Salud. Factores de Riesgo. Prevención. Promoción

ABSTRACT

The completion of the research work contributes to strengthening the comprehensive care model of the National Intercultural Community and Family Health at the University Hospital of Motupe , providing statistics and data that enable basic health teams develop local proposals aimed at improving the quality of life of the sectors I and II of the San Jacinto Neighborhood conducting a community diagnosis , epidemiological profile and talking map , as a basis for formulating the Health Development Project and provide specific nursing services , designed to ensure the exercise of right to health of disadvantaged groups as a form of community outreach and linking strategy with the health service.

This is a descriptive study worked with 66 families and 296 habitants; the instrument was the family record of MSP and an annex.

The population is young, with a level of primary school. There is mild under nutrition and overweight, disabled, families with poor garbage disposal, excreta and liquid intradomiciliary animals, consumption of unsafe water, environmental impact industries. Unemployment or informal employment of the household head was found engaged in masonry and trade. There is also poverty, poor housing, overcrowding, cases of alcohol and domestic violence. Health services attending both public and private. The sexually active women using fertility control methods, many women were not performed Pap. Alcoholism, diabetes and hypertension are the leading causes of morbidity and mortality.

Counseling is provided in response to the needs of Community Health. Developing interventions is estimated prioritizing reoriented towards health promotion and disease prevention.

Keywords: Determinants of Health. Community Studies. Primary Health Care. Risk Factors. Prevention. Promotion.

INTRODUCCIÓN

La salud, derecho fundamental garantizado por el Estado y eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir establece políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de las necesidades individuales y colectivas.

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

En el Ecuador el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de Salud, la preminencia del enfoque biologista- curativo en la atención, centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria, con programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población. El actual proceso de corte neoliberal ha sido eficaz ha conllevado a profundizar la inequidad en el acceso a los servicios de salud de los grupos poblacionales en situación de pobreza y extrema pobreza.

La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación, en este ámbito su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país y superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud, consolidar la articulación de la Red Pública y complementaria, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel.

La Universidad Nacional de Loja, Carrera de Enfermería no es ajena a estas realidades ante ello, se propone la planificación y ejecución de trabajos de investigación como la presente, con la finalidad de aportar a la sociedad la misma en que se plantea los siguientes objetivos.

Contribuir al fortalecimiento del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural en el Hospital Universitario de Motupe, con la participación de egresados de la Carrera de Enfermería y los Equipos Básicos de atención de Salud, para la formulación de propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de las comunidades del sector de Motupe

Realizar un diagnóstico comunitario del área de influencia del Hospital Universitario de Motupe con su respectivo perfil epidemiológico y mapa parlante, 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 presente trabajo de investigación consta primeramente de un modo detallado el marco teórico tomando en cuenta conceptos básicos, la coherencia con el objetivo a investigar y el instrumento que se aplicó a la comunidad la ficha familiar y anexo. 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 y que me permitieron llegar a las conclusiones y recomendaciones.

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 por el Talento Humano.
- ④ Optimizar la prestación de servicios en los tres niveles de atención.
- ④ Organizar el Sistema Único de Información en Salud.
- ④ Fomentar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.¹

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

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

que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos.

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

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: un número de población, familia, acceso geográfico, cultural y social.

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:

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

Fases y herramientas para la implementación del Modelo de Atención

- Ⓢ Mapa Parlante.
- Ⓢ Sala Situacional.

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

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.²

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

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

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

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

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.

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

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

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

En la actualidad, nuestro país tiene un territorio de 283 560 Km², cuenta con 14.306.876 habitantes que se hallan distribuidos en las distintas provincias.⁴

En cuanto a la densidad demográfica es de 55,6 habitantes por Km², las provincias con mayor densidad poblacional son Pichincha con 269,5

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

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

habitantes por Km² y Guayas con 227,5; mientras que las de menor densidad son Pastaza y Galápagos con 2,8 habitantes por Km² cada una.⁵

Es un país multiétnico destacando las siguientes:

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

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

0-14 años: 30,1% (hombres 2.301.840/mujeres 2.209.971).

④ 15-64 años: 63,5% (hombres 4.699.548/mujeres 4.831.521).

④ 65 años y más: 6,4% (hombres 463.481/mujeres 500.982).⁶

Distribución poblacional de la Provincia de Loja

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

La distribución de la población con respecto al sexo se encuentra en un 49,2% a los hombres y el 50,8% mujeres. El 31,5% de la población de la provincia es menor de quince años; el 26,5% comprende las edades de

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

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

15 a 29 años y un 32,8% está entre los 30 y 64 años. La población adulta mayor representa aproximadamente el 9,1%.⁷

NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

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

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

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

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

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

escribir es una descripción sencilla y breve de su vida cotidiana" (**UNESCO** 1958). "Una persona es funcionalmente analfabeta cuando no puede dedicarse a las actividades en las que hace falta saber leer y escribir para el funcionamiento efectivo del grupo o la comunidad a la que pertenezca la persona, para su desarrollo propio y de la comunidad" (**UNESCO** 1978).

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

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

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

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

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

desenvuelve. A esta se juntan la migración y la economía de la familia, ya que la desintegración familiar o la falta de recursos económicos perjudica notablemente la estabilidad del niño/a.

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

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

OCUPACIÓN

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

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**) realizado en el 2010, señala que los empleados públicos se ubican en el primer lugar a

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

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

nivel nacional con el 33% después están los comerciantes representando el 28,5% y después están los agricultores o jornaleros con el 13%.¹²

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

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

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

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

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

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

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

En el Ecuador, según la ministra de Inclusión Económica y Social (**MIES**), 14 de cada 100 niños tienen problemas de obesidad y sobrepeso, además manifestó que entre 2007 y 2010 el porcentaje de desnutrición bajó de 27% a 23,2%.

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

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

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

¹⁴Datos estadísticos de la Provincia de Loja (Ecuador) Disponible en: <http://solnaciencenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html> 10/12/13, 10:15

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

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

Riesgos Sanitarios

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

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

¹⁵Discapacidad en el Ecuador. Disponible en: <http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html> 10/12/13 9:
¹⁶ Consumo de agua Insegura. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/AguapotableysaneamientoenEcuador> 10/12/13, 8:11

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

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

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

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

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

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

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

La encuesta revela que aproximadamente 8 de cada 10 empleos en el área urbana son generados por el sector privado, tendencia que se ha mantenido en los últimos años.¹⁸

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

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

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

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

procesos de desestructuración del núcleo familiar influyen, además; las condiciones que obligan a que ambos cónyuges trabajen fuera del hogar, pues de esta manera el sistema extra familiar puede crear o exacerbar los conflictos entre la pareja.

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

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

Hacinamiento: el término hacinamiento hace referencia a la situación lamentable en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. El hacinamiento es un problema de gran importancia en la

actualidad, ya que la población mundial es muy numerosa y la densidad de la misma es extremadamente alta en algunos espacios del planeta.²⁰

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.²¹

ENFERMEDADES CRÓNICAS

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

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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos: ²²

- Ⓢ Accidentes Cerebrovasculares
- Ⓢ Enfermedades Respiratorias Crónicas
- Ⓢ Obesidad
- Ⓢ Diabetes
- Ⓢ Trastornos Neuropsiquiátricos

²⁰ Hacinamiento y las malas condiciones de la vivienda.

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

²¹Hacinamiento en el Ecuador.

Disponible en: https://www.google.com.ec/?gws_rd=cr&ei=viynUpOAI8efkQepzoCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador 10/12/2013.

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

- Ⓢ Afecciones Digestivas
- Ⓢ Discapacidad Visual y Auditivas
- Ⓢ Enfermedades Osteoarticulares
- Ⓢ Afecciones Bucodental
- Ⓢ Enfermedad Renal

Impacto de las Enfermedades Crónicas

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

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

A nivel mundial existen más de 347 millones de personas viviendo con Diabetes. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**) correspondientes al año 2011, esta enfermedad es la primera causa de muerte en el Ecuador. Los 35 millones de muertes que provocan anualmente las Enfermedades Crónicas equivalen al 60% del número total de defunciones en el mundo, porcentaje que podría escalar a más de un 75% para el 2030.

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

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

Las Enfermedades Crónicas aquejan casi en igual proporción a hombres y mujeres, si bien se las suele asociar principalmente a personas mayores, los estudios indican que un 25% de las muertes causadas por esta epidemia corresponden a personas menores de 60 años. Así mismo, la prevalencia de factores de riesgo entre niños y adolescentes ha experimentado un incremento 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.²⁴

Los tipos de enfermedades degenerativas son:

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

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

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

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

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

ENFERMEDADES DE IMPACTO

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

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

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

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

Entre las ITS más comunes encontramos:

- Ⓢ **VIH – SIDA** (Virus de la Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). El virus de la inmunodeficiencia humana (**VIH**) es responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (**SIDA**) y ataca a los linfocitos T-4 disminuyendo la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otros tipos de infecciones.
- Ⓢ **Hepatitis B:** es una enfermedad infecciosa del hígado causada por un virus y caracterizada por necrosis hepatocelular e inflamación, puede causar un proceso agudo o un proceso crónico, que puede acabar en cirrosis.
- Ⓢ **Gonorrea:** es causada por la bacteria Neisseria Gonorrhoeae y la puede contraer cualquier persona que tenga algún tipo de actividad sexual. La infección se puede diseminar por contacto con la boca, la vagina, el pene o el ano.
- Ⓢ **Candidiasis:** es un hongo que vive en casi todas partes, la Candidiasis Vulvovaginal, es una infección común que ocurre cuando hay un crecimiento acelerado del hongo llamado Cándida Albicans. La

²⁶Enfermedades infecciosas disponibles en:
<http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx> consultado 5/12/13

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

Cándida siempre está presente en el organismo en pequeñas cantidades.

- Ⓢ **Sífilis:** es una Enfermedad de Transmisión Sexual (**ETS**) causada por una bacteria, infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a los hombres como a las mujeres.
- Ⓢ **Chancro Blanco:** un chancro es una lesión primaria de la sífilis, indolora, que aparece en el lugar de entrada de la infección, se presenta como una pápula pequeña o como una erosión.
- Ⓢ **Herpes:** el herpes es una infección causada por un virus herpes simple (**VHS**). Puede afectar los genitales, las nalgas o el área del ano.

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

“Muchas discapacidades se desarrollan por hipoxia, asociada a partos no tradicionales, además producto traumatismos, prematuridad, y eventos postnatales asociados”, según Gámez al tiempo y destaca el aporte del estudio de 651 muestras en el Centro Nacional de Genética de Cuba.²⁸

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

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

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.
- Ⓜ **Discapacidad Cognitiva:** presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y el aprendizaje.
- Ⓜ **Discapacidad Sensorial:** corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.
- Ⓜ **Discapacidad Intelectual:** se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.²⁹

ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

El Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) tiene como finalidad asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del Programa usando vacunas de calidad, gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de una gerencia y vigilancia epidemiológica efectiva y eficiente en todos los niveles, que involucre a los diversos actores del Sistema Nacional de Salud.³⁰

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

³⁰PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en:

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%.³¹

TAMIZAJE NEONATAL

“Con pie derecho, la huella del futuro” es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.³²

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

Estadísticas revelan que hasta el año 2012. “Se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos”,³³ lo que se puede destacar que la prueba del talón ha sido oportuna en cuanto a la detección temprana de las discapacidades en las que se puede corregir a tiempo estos errores genéticos.

Las cuatro enfermedades detectadas mediante esta prueba son:

Ⓜ **Hipotiroidismo Congénito:** 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.

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

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

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

³³ Programa de Tamizaje Neonatal: proyecto coordinado por el MSP y la Vicepresidencia de la República, disponible en: <http://www.elciudadano.gob.ec/>, Consultado 27-11-2013

- Ⓢ **Fenilcetonuria:** es un desorden del metabolismo debido a que el cuerpo no sintetiza adecuadamente la fenilalanina, por la deficiencia o ausencia de una enzima llamada fenilalanina hidroxilasa. Como consecuencia se acumula y resulta tóxica para el sistema nervioso central, ocasionando daño cerebral. Es una enfermedad autosómica recesiva ambos padres son portadores y el riesgo de recurrencia de la enfermedad es de un 25%.
- Ⓢ **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** se da cuando los recién nacidos carecen de una enzima para producir cortisol y aldosterona, esto produce más andrógenos lo que ocasiona la masculinización de fetos femeninos y una potencial pérdida salina en ambos sexos.³⁴
- Ⓢ **Galactosemia:** se produce cuando el organismo no puede metabolizar la galactosa, un azúcar simple de la lactosa presente en la leche animal y humana. Es una enfermedad hereditaria causada por una deficiencia enzimática y se manifiesta con incapacidad para metabolizar la galactosa en glucosa lo cual provoca una acumulación dentro del organismo produciendo lesiones en el hígado, sistema nervioso central, cerebro, riñones y ojos.

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.

³⁴ Tamizaje, pinchazo vital contra la discapacidad, disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contra-la-discapacidad/Consultado 27-11-2013>.

La valoración del estado nutricional, se relaciona con la medición del crecimiento, el cual está determinado genéticamente para el incremento de masa corporal libre de grasa. Si el niño permanece sano y asegura una fuente adecuada de nutrimentos durante sus etapas críticas de crecimiento físico, lograría cumplir todo su potencial genético.³⁵

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

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

³⁵ Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#ixzz2ly1YIYuZ>

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

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

La **OMS** recomienda que a los seis meses (180 días) se empiece a dar a los lactantes alimentos complementarios, además de leche materna: 2-3 veces al día entre los 6 y 8 meses de edad y 3 veces al día más un refrigerio nutritivo de los 9 a los 11 meses, entre los 12 y 24 meses, deben

³⁶ La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS. Disponible en <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivencia-infante-segun>

administrar tres comidas y puede ofrecerles otros dos refrigerios nutritivos si lo desean.

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

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: 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”.

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

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 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.³⁸

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”.³⁹ El mismo considera que los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

³⁸ MSP. Normas de Nutrición para la prevención secundaria de sobrepeso y la obesidad en niños y niña adolescentes. http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDA%20RIA.pdf

³⁹ Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC <http://www.alimentatecuador.gob.ec>

VACUNACIÓN DT (Difteria y Tétanos)

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

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.

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

Ⓢ **Test de Snellen:** son los más populares y están formados por filas de letras que van de tamaño más grande a más pequeño conforme bajamos la mirada; cuanto más abajo logre ver nítido el paciente mayor agudeza visual tendrá. ⁴⁰

⁴⁰ Agudeza Visual. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/> Citado el: 10/12/2013

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

El Proyecto busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población pre-escolar y escolar la discapacidad visual, finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual.⁴¹

ESTUDIO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

Datos estadísticos: el 95% de los niños y niñas de 5 a 14 años está en el sistema escolar, mientras que el 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. 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.⁴²

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.

Factores que influyen en el rendimiento académico.

⁴¹ 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.

⁴² UNICEF. La Educación. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf Ciado el 10/12/2013

Existen factores asociados al fracaso escolar; sin embargo son esos mismos factores los que propician el éxito escolar entre ellos tenemos:

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

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

Ⓜ **Factores familiares:** el rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante porque es importante la percepción que tengan acerca de la valoración positiva o negativa de su familia hacia ellos, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.

Ⓜ **Factores personales:** se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recurriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales.⁴³

Ⓜ **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

⁴³Torres 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.

- Ⓢ **Conflictos propios de la adolescencia:** el adolescente entra en conflicto con los valores de su infancia, cuestiona normas y orientaciones que recibió durante sus años anteriores.

- Ⓢ **Mala alimentación:** los adolescentes en esta etapa de su vida requieren una mayor cantidad de nutrientes ya que las consecuencias de una mala nutrición ocasiona bajo rendimiento escolar, falta de atención, concentración, entre otros problemas que impiden gravemente que desarrollen adecuadamente las habilidades previstas por el sistema educativo”.

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES

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

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

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

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

El trastorno de conducta ha sido asociado con:

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

El trastorno de conducta a menudo está asociado con el trastorno de déficit de atención, también puede ser un signo inicial de depresión o trastorno bipolar. Los niños con trastorno de conducta pueden llegar a desarrollar trastornos de personalidad en la vida adulta, en particular el trastorno 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 en adolescentes hacen referencia a conductas rebeldes, conflictivas y mal vistas por la sociedad que al igual que en los niños son observables, medibles y modificables.⁴⁴

⁴⁴ Taller para adolescentes "Aprendiendo a comunicarnos, resolver conflictos y tomar decisiones disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado6_2.pdf

Entre problemas de conducta tenemos:

Ⓢ **Conducta Agresiva:** es la forma de expresar los sentimientos, creencias y opiniones sin considerar la autoestima, sensibilidad o respeto hacia los demás.

Ⓢ **Conducta Pasiva:** los demás se aprovechan de él fácilmente (además, fomenta esta actitud).

Ⓢ Suele tener sentimientos de inseguridad y de inferioridad, que se esfuerzan siempre que entra en contacto con una persona agresiva.

✓ Está enfadado consigo mismo porque sabe que los demás se aprovechan de él.

✓ Es un experto en ocultar sus sentimientos.

✓ Es tímido y reservado cuando esta con otras personas.

✓ No sabe aceptar cumplidos.

✓ Se agota y no tiene mucha energía.

✓ Su actitud acaba irritando a los demás.

✓ Se reconoce por su típico lenguaje corporal y verbal.

Ⓢ **Conducta Asertiva:** es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los 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 amerite.

Ⓢ **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.⁴⁵

ATENCIÓN MATERNA

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

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, 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.

⁴⁵Problemas 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, procedimientos sistemáticos periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los riesgos y complicaciones del embarazo que amenazan la vida de la madre y el feto, comprende el control de salud tanto de la madre como del niño antes del parto, para prevenir los riesgos que se pueden presentar en esta etapa.

Los objetivos de los controles médicos son:

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

Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), se considera saludable un embarazo si tiene cinco o más controles prenatales.⁴⁶ 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.

⁴⁶CASINI 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”.⁴⁷

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

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

Otras complicaciones del embarazo:

- Ⓢ **Aborto espontáneo:** es la pérdida del embarazo por causas naturales antes de las 20 semanas. Hasta un 20% de los embarazos terminan en aborto espontáneo.
- Ⓢ **Anemia:** es considerada la enfermedad más frecuente del estado grávido puerperal, pues ocurren cambios fisiológicos en la volemia y aumenta el consumo de hierro elemental por las necesidades del feto en desarrollo y la placenta, siendo la más frecuente la anemia por déficit de hierro.
- Ⓢ **Depresión:** la depresión durante el embarazo es una enfermedad mental grave que afecta todo el cuerpo, el humor y el proceso de pensamiento. Aqueja entre el 10 y el 20% de las mujeres embarazadas.
- Ⓢ **Diabetes gestacional:** es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo, no se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la

⁴⁷Incidencia y Factores de Riesgo asociados al Tétanos Neonatal en el Ecuador: Principales determinantes que influyen en las bajas coberturas de vacunación con DT en las mujeres en edad fértil en el año 2009-2010 disponible: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1030/1/98048.pdf>

capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina, el resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia).

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

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.⁴⁸ El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos.

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

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

Métodos Naturales

Ⓢ Método del Calendario o del Ritmo

Ⓢ Método del moco cervical

Métodos de Barrera

Ⓢ Dispositivo Intrauterino

Ⓢ Barrera o preservativos (masculino y femenino).

⁴⁸Alimentación. Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE Fecha: 05/12/2013.

⁴⁹OMS. Regulación de la Fecundidad. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013.

Métodos Hormonales: actualmente, son los más utilizados a nivel mundial, ya que ofrecen las tasas más altas de eficacia anticonceptiva.

Entre ellos se encuentran:

- Ⓢ La Píldora
- Ⓢ Inyectables
- Ⓢ Implante

PAPANICOLAOU

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

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

“Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres”.⁵⁰

⁵⁰ 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

La presente investigación fue planteada en un proyecto desde una visión de contribuir al fortalecimiento del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural y ejecutada desde estas mismas concepciones, utilizando metodología cuantitativa, lo que nos permitió una indagación a profundidad del tema a cuestión.

El desarrollo del trabajo tuvo como punto de partida el acercamiento con los líderes comunitarios del barrio, para conjuntamente con la comunidad establecer el diagnóstico participativo tendiente a determinar las características de la comunidad, sus fortalezas y necesidades.

Como herramienta para obtener los datos, se aplicó en la comunidad la ficha familiar elaborada por el Ministerio de Salud Pública, de igual forma se anexo a esta ficha un formulario que permitió complementar la información requerida para la línea de base.

A continuación se da paso a la recolección de información mediante las visitas domiciliarias a la comunidad, participando las familias, a quienes se les aplicó la ficha familiar y el anexo. Cabe destacar que en algunos casos hubo familias que no colaboraron y casas deshabitadas.

Finalmente, se analiza los datos e información que nos permitió conocer la realidad del sector I y II y una vez terminada la investigación con su línea de base queda el mapa parlante de la Comunidad.

TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio corresponde a descriptivo, se detalla sistemáticamente hechos y características relacionadas con la población y su entorno, información que sirvió para elaborar el diagnóstico comunitario de Salud del Barrio “San Jacinto Sector I y II”.

ÁREA DE ESTUDIO

El Barrio San Jacinto (Sector I y II), se encuentra ubicado a 6 km del Hospital de Motupe. Sus límites son al Norte con Pucacocha, Sur con Labanda Alto, Este Labanda Bajo y Oeste Turupamba.

UNIVERSO

El universo está constituido por 296 habitantes del Barrio San Jacinto sector I y II.

TÉCNICAS

Entrevista

Realizada al individuo, familia y comunidad para la detección de problemas que rodean a la familia: biológico, psicológico, social y ambiental, dando opción al descubrimiento de factores de riesgo.

Observación

Permitió obtener información directa de la realidad empírica del individuo, la familia, la comunidad y su entorno.

INSTRUMENTOS

Ficha Familiar y Anexo

Permite conocer la realidad social de la comunidad, clasificar a la población en grupos de riesgos y realizar un diagnóstico de salud.

TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los resultados son presentados en tablas y se derivan los análisis correspondientes.

**ANÁLISIS
DE
RESULTADOS**

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS QUE COLABORARON EN EL ESTUDIO DEL BARRIO “SAN JACINTO SECTOR I y II”

FAMILIAS	f	%
Familias que colaboraron	66	97,06
Familias que no colaboraron	2	2,94
TOTAL	68	100

Fuente: fichas familiares del sector I y II del Barrio San Jacinto.

Elaborado por: Beatriz Gómez Camacho, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: se elimina la categoría “Familias que no se encontraron” por no existir casos

Existen 68 familias, de las cuales el 97,06% colaboraron y el 2,94% no, motivos que se desconocen en la falta de su participación en el estudio. También se identificó 9 casas deshabitadas las mismas que ya no son habitables debido al déficit del estado en el que se encuentran.

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL
BARRIO “SAN JACINTO SECTOR I y II”

RANGOS DE EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	3	1,01	1	0,34	4	1,35
1- 4 años	12	4,05	13	4,39	25	8,45
5-9 años	25	8,45	20	6,76	45	15,20
10-19 años	36	12,16	42	14,19	78	26,35
20-64 años	61	20,61	68	22,97	129	43,58
65 años y más	7	2,36	8	2,70	15	5,07
TOTAL	144	48,65	152	51,35	296	100

Fuente: fichas familiares del sector I y II del Barrio San Jacinto.

Elaborado por: Beatriz Gómez Camacho, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: la tabla poblacional de acuerdo a los rangos de edad está establecida en base al MSP⁵¹

El grupo poblacional en estudio se encuentra dentro de la clasificación del Modelo de Atención Integral en Salud establecida por el Ministerio de Salud Pública, así el 51,35% corresponde a mujeres y el 48,65% a hombres. La población se caracteriza por ser joven, abarca a los menores de un año hasta los 19 años está representando el 51,35% predominando a diferencia de la población adulta y adulta mayor. Se auto identifican como mestizos.

⁵¹ MSP. Manual del Modelo del Atención Integral de Salud- MAIS. Ciclos de Vida. Pág.: 62.

TABLA Nº 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “SAN JACINTO
SECTOR I y II”, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	f	%
Analfabetos	9	3,04
Sin Escolaridad	16	5,41
Básica	178	64,53
Bachillerato	72	24,32
Superior	8	2,70
TOTAL	296	100

Fuente: fichas familiares del sector I y II del Barrio San Jacinto.

Elaborado por: Beatriz Gómez Camacho, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: se elimina la categoría “Según el nivel de escolaridad a la especialidad” por no existir casos

Según los datos obtenidos el nivel de escolaridad en orden de frecuencia es la educación básica con un 64,53% en las que se incluyen pre escolares, escolares, adulto joven y adulto mayor, bachillerato con 24,32% donde están los adolescentes, la población cuenta con algún grado de educación. El 3,04% son analfabetos, corresponde a los adultos mayores, este analfabetismo es porque anteriormente solo se dedicaban a la agricultura pues la falta de establecimientos educativos y la desigualdad social fueron factores primordiales para que haya un alto porcentaje de analfabetismo, es un porcentaje minoritario, tiene la tendencia disminuir, la finalidad del gobierno es de erradicarlo.

TABLA N° 4
RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “SAN JACINTO SECTOR I y II”

RIESGOS BIOLÓGICOS	Con riesgo		Sin riesgo		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Habitantes con mala Nutrición	7	2,36	289	97,64	296	100
Habitantes con discapacidad	9	3,04	287	96,96	296	100

Fuente: fichas familiares del sector I y II del Barrio San Jacinto.

Elaborado por: Beatriz Gómez Camacho; egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: se elimina la categoría “Riesgos biológicos a personas con enfermedad de impacto y embarazadas con problemas, personas con vacunación incompleta, personas con problemas mentales” por no existir casos

En la población en estudio el 97,64% se encuentran con un buen estado nutricional, en un 2,36% con mala nutrición tanto como desnutrición leve y sobrepeso; determinándose mediante las variables antropométricas que son peso y talla; esta población se representa en niños menores de 5 años, escolares y adolescentes.

Los problemas nutricionales afectan a proporciones importantes de la población se agrupan en tres categorías: a) el retardo en talla en menores a cinco años, que se inicia en el periodo fetal y continúa hasta los dos años; b) las deficiencias específicas de micronutrientes, representadas por la falta de hierro, en menores a cinco años; c) el sobrepeso y la obesidad, como problema emergente de las últimas décadas, que afecta en cualquier etapa del ciclo de vida, dichos problemas están presentes en los segmentos más pobres de la población y afectan a un individuo o a más miembros de una familia.

También se identificó personas con discapacidad en un 3,04% de la población total de tipo físico, intelectual y visual con distintos grados en las que se encuentran adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores, discapacidades que han sido debido a trastornos genéticos, cromosómicos, causas biológicas y a enfermedades crónicas.

La persona con discapacidad, se considera “persona con deficiencia o condición discapacitante a toda aquella que presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales e intelectuales manifestándose en ausencias, anomalías o defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse, oír, ver, comunicarse o integrarse a las actividades esenciales de la vida diaria limitando el desempeño de sus capacidades y en consecuencia el goce y ejercicio pleno de sus derechos”.⁵²

⁵² Ley Orgánica de Discapacidades. Disponible en: <http://www.plataformaconadis.gob.ec/ley.html>. Citado el: 20/11/2013

TABLA Nº 5
RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO “SAN JACINTO SECTOR I y II”

RIESGOS SANITARIOS	Con riesgo		Sin riesgo		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Mala eliminación de basura y excretas	41	62,12	25	37,88	66	100
Mala eliminación de desechos líquidos	17	25,76	49	74,24	66	100
Animales intra- domiciliarios	13	19,70	53	80,30	66	100
Consumo de agua insegura	4	6,06	62	93,94	66	100
Impacto ecológico por Industrias	1	1,52	65	98,48	66	100

Fuente: fichas familiares del sector I y II del Barrio San Jacinto.

Elaborado por: Beatriz Gómez Camacho; egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

En los riesgos sanitarios, como primer indicador tenemos la mala eliminación de basura y excretas con un 62,12%; la comunidad no cuenta con un depósito final de basura y es un solo día a la semana que el recolector de basura va al barrio.

Un segundo indicador, mala eliminación de desechos líquidos con el 25,76% que a pesar de contar con el alcantarillado, las familias en condiciones socioeconómicas bajas no han realizado la conexión a los acueductos o tuberías a las viviendas.

Tercer indicador, los animales intra- domiciliarios con el 19,70% lo que asociándose a un déficit de ventilación adecuada de la vivienda representa un riesgo para la salud.

El 93,94% de los habitantes de los sectores consumen agua potable el porcentaje restante consume agua insegura debido a que es almacenada en tanques que no son los adecuados, aumentando la incidencia de enfermedades por contaminación microbiana del agua, a lo que se añade la mala higiene personal y doméstica constituyendo un grave problema de salud pública.

Finalmente el 98,48% corresponde a las familias que no se encuentran expuestas a ningún riesgo de impacto ecológico por industrias sin embargo existe una familia que se encuentra expuesta a una carpintería, según la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer “los trabajadores de serrerías y otras industrias relacionadas con la madera están expuestos a diversos riesgos para el sistema respiratorio, causados por el polvo, además de otras sustancias como el formaldehído. Sin lugar a duda, el más preocupante es el riesgo de varios tipos de cáncer como es el Cáncer Sinonasal”⁵³.

⁵³ El Riesgo de Cáncer en los trabajadores de madera. Disponible en: http://riesgoslaborales.wke.es/noticias_base/el-riesgo-de-c%C3%A1ncer-en-los-trabajadores-de-la-madera. Citado el: 09/02/2014

TABLA Nº 6
RIESGOS SOCIO- ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO
“SAN JACINTO SECTOR I y II”

RIESGOS SOCIO ECONÓMICOS	Con riesgo		Sin riesgo		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Desempleo o empleo informal del Jefe de familia	52	78,79	14	21,21	66	100
Pobreza	50	75,76	16	24,24	66	100
Malas condiciones de la vivienda	36	54,55	30	45,45	66	100
Hacinamiento	32	48,48	34	51,52	66	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	16	24,24	50	75,76	66	100
Analfabetismo del padre y de la madre	4	6,06	62	93,94	66	100
Desestructuración familiar	4	6,06	62	93,94	66	100

Fuente: fichas familiares del sector I y II del Barrio San Jacinto.

Elaborado por: Beatriz Gómez Camacho; egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

En los riesgos socios económicos, principalmente tenemos los indicadores de desempleo o empleo informal del jefe de familia con un 78,79%, la pobreza un 75,76%, malas condiciones de vivienda en un 54,55% y hacinamiento el 48,48%.

La comunidad cuenta con un nivel de escolaridad básico; se dedican a la albañilería en el caso de los hombres y las mujeres a los quehaceres domésticos no remunerado por lo tanto el aporte económico no es lo suficiente para tener una vivienda en buenas condiciones

considerándose con características deficitarias de las viviendas pues estas son de tabla, adobe y minoritariamente de hormigón.

Existe hacinamiento, las viviendas no cumplen simultáneamente con todos los componentes dando cabida a la presencia de un déficit cualitativo habitacional, careciendo de lo necesario y básico que debería poseer una vivienda confortable.

En un 24,24% pertenece a familias que sufren de violencia intrafamiliar y consumen alcohol siendo así que las mujeres han recibido agresiones verbales por parte de su pareja, violencia física siendo el resultado de la acción recíproca de algunos factores en el que se evidenció el dominio masculino sobre la mujer y el niño destacando el machismo, que comprende al hombre como un ser viril, agresivo y autoritario.

El 6,06% corresponde al analfabetismo de padre o madre debido a que anteriormente las personas no deseaban estudiar o se retiraron, a la falta de establecimientos educativos en esos años, los analfabetos corresponden a una población adulta mayor que por situaciones de pobreza y desigualdades sociales no pudieron acceder al sistema educativo.

Finalmente tenemos la desestructuración familiar con el 6,06% que afecta a esta comunidad, los informantes manifestaron que dentro de los factores que influyeron son la migración, divorcios y alcoholismo. La familia es una de las instituciones sociales tradicionales más importante en dejar huella en el desarrollo de la infancia, siendo el agente de socialización primaria, es fuente de transmisión de valores, la seguridad en el seno de la familia y el compromiso de los padres hacia sus hijos son necesarios para garantizar el desarrollo emocional adecuado de los niños/as.

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL BARRIO “SAN JACINTO SECTOR I y II”

Los niños de la población en estudio de acuerdo a su edad el 100% les han realizado el Tamizaje Metabólico Neonatal “Pie derecho” la huella del futuro impulsado por el Ministerio de Salud Pública y la Vicepresidencia de la República del Ecuador, el mismo que entra en vigencia desde diciembre del 2011, con el objetivo de evitar la discapacidad intelectual y/o muerte prematura de los infantes.

TABLA N° 7
ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN GRUPOS POBLACIONALES
DEL BARRIO “SAN JACINTO SECTOR I y II”

GRUPOS POBLACIONALES/ ETÁREOS	ESQUEMA DE VACUNACIÓN					
	Esquema completo		Ningún esquema		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 5 años	29	9,80	-	-	29	9,80
Escolares y adolescentes(5-19 años)	123	41,55	-	-	123	41,55
Mujeres en edad fértil (10-49 años)	80	27,03	-	-	80	27,03
Embarazadas	3	1,01	-	-	3	1,01
Adultos (20- 64 años)	-	-	46	15,54	46	15,54
Adulto mayor (65 y mas)	-	-	15	5,07	15	5,07
TOTAL	235	79,39	61	20,61	296	100

Fuente: fichas familiares del sector I y II del Barrio San Jacinto.

Elaborado por: Beatriz Gómez Camacho; egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: se elimina la categoría “Esquema incompleto” por no existir casos

De los grupos poblacionales; menores de 5 años, escolares y adolescentes, mujeres en edad fértil y embarazadas representan el 79,39% que se encuentran inmunizados con sus esquemas completos y se constató mediante la revisión de los carnets de vacunación, en el 20,61% no se identificó los esquemas de vacunación debido a que no contaban con un carnet de respaldo.

El Ministerio de Salud Pública con el Programa Ampliado de Inmunizaciones tiene como misión 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”⁵⁴.

⁵⁴MSP. PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones). Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. Citado el: 05/11/2013

TABLA Nº 8
OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO “SAN JACINTO
SECTOR I y II”

OCUPACIÓN	f	%
Estudiante	116	39,19
Quehaceres domésticos	55	18,58
Sin ocupación	29	9,80
Albañil	36	12,16
Comerciante	15	5,07
Agricultor	13	4,39
Chofer	8	2,70
Artesano	5	1,69
Empleado público	5	1,69
Desempleado	10	3,38
Empleado privado	1	0,34
Mecánico	1	0,34
Jubilado	2	0,67
TOTAL	296	100

Fuente: fichas familiares del sector I y II del Barrio San Jacinto.

Elaborado por: Beatriz Gómez Camacho; egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: la categoría “Sin ocupación” corresponde a los niños < de 5 años.

La Población Económicamente Inactiva (estudiantes, quehaceres domésticos, jubilados, desempleados y sin ocupación) representa el 70,95% y la Población Económicamente Activa (albañil, comerciante,

agricultor, chofer, artesano, empleado público y privado, mecánico) el 29,05%.

La comunidad se dedica más a la albañilería y comercio, estos ámbitos de ocupación evidencia el pago de un salario mínimo exigido por la Ley o en muchos de los casos, sueldos semanales que no permitan satisfacer sus necesidades básicas.

La realidad que se refleja en un problema preocupante del nivel de educación alcanzado, la mayoría de la población tienen escolaridad básica, lo cual agrava su situación y discriminación en el momento de buscar un empleo en el ámbito de ocupación formal, lo cual ha desembocado en formar parte del mercado laboral informal y subempleo. Es así que ante esta realidad las nuevas disposiciones constitucionales establecen cambios en diversos ámbitos, persiguiendo mejorar su calidad de vida la construcción de la igualdad y el respeto a la vida respectivamente.

ATENCIÓN MÉDICA DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “SAN JACINTO SECTOR I y II”

En un 100% la población en estudio acude a la atención médica en algún Servicio de Salud tanto públicos como privados.

TABLA Nº 9
ESTADO NUTRICIONAL POR GRUPOS POBLACIONALES DEL
BARRIO “SAN JACINTO SECTOR I y II”

GRUPOS POBLACIONALES/ ETÁREO	ESTADO NUTRICIONAL						No valorados		TOTAL	
	Normal		Desnutrición Leve		Sobrepeso					
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Menores de 5 años	25	8,45	4	1,35	-	-	-	-	29	9,80
Escolares y adolescentes(5-19 años)	120	40,54	1	0,34	2	0,68	-	-	123	41,55
Adultos (20- 64 años)	-	-	-	-	-	-	129	43,58	129	43,58
Adulto mayor (65 y mas)	-	-	-	-	-	-	15	5,07	15	5,07
TOTAL	145	48,99	5	1,69	2	0,68	144	48,65	296	100

Fuente: fichas familiares del sector I y II del Barrio San Jacinto.

Elaborado por: Beatriz Gómez; egresadas de la carrera de Enfermería de la UNL

Nota: se elimina la categoría “Estado nutricional a desnutrición moderada, desnutrición grave, sobrepeso, obesidad” por no existir casos

Las variables antropométricas, particularmente el peso y la talla, son las medidas del estado nutricional que se utilizó en el estudio poblacional por su simplicidad y facilidad en la aplicación. Pero además, porque nos permite generar indicadores para el cuidado de la salud, la antropometría es uno de los mejores indicadores definidos a nivel internacional para evaluar en forma general el estado nutricional de los individuos.

El 48,99% de la población de menores de 5 años, escolares y adolescentes tienen un estado nutricional normal y en un porcentaje mínimo tienen desnutrición leve y sobrepeso.

El 1,35% de la población menor de 5 años tienen desnutrición leve presentando bajo peso para la edad y talla baja para la edad. Este grupo poblacional ha sido alimentado en un 100% con leche materna destacada como una política fundamental por el MSP para la erradicación de la desnutrición infantil.

El 0,34% desnutrición leve y 0,68% sobrepeso de los escolares y adolescentes el aumento en las cifras de malnutrición por exceso en la etapa escolar que se ha asociado a los estilos de vida de esta población caracterizados al igual que en el adulto, por sedentarismo, con un gran número de horas frente al televisor y hábitos alimenticios inadecuados afectando más primordialmente la salud de enfrentado a los cambios que trae consigo la pubertad y la adolescencia haciéndolos más vulnerables como grupos de riesgo que debemos vigilar y proteger.

La población de adultos y adultos mayores que están representando el 48,65% no se le realizó la valoración del estado nutricional ya que así fue planteado de acuerdo a las necesidades del Hospital Universitario de Motupe.

TABLA N° 10
AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO
“SAN JACINTO SECTOR I y II”

AGUDEZA VISUAL	f	%
Normal	118	95,93
Con problemas	5	4,07
TOTAL	123	100

Fuente: fichas familiares del sector I y II del Barrio San Jacinto.
Elaborado por: Beatriz Gómez Camacho; egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

La valoración visual realizada en los escolares y adolescentes determinó que el 95,93% esta normal y un porcentaje del 4,07% tienen déficit visual mediante la aplicación de la prueba con la cartilla de Snellen. Realizada la evaluación conociendo el número de casos con problemas de la visión, fueron remitidos para su atención prioritaria a los centros de atención médica del Ministerio de Salud Pública para que de ser necesario se les dotara de ayudas técnicas visuales previo diagnóstico y confirmación

El Proyecto de Detección Temprana e Intervención de Discapacidad busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población escolar y adolescente la discapacidad visual y finalmente se propone apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje, autonomía para las personas con discapacidad visual.

TABLA Nº 11
RENDIMIENTO ACADÉMICO Y PROBLEMAS DE CONDUCTA EN
ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO “SAN JACINTO
SECTOR I y II”, SEGÚN INFORMANTE

RENDIMIENTO ACADÉMICO	PROBLEMAS DE CONDUCTA				TOTAL	
	Si		No		f	%
	f	%	f	%		
Bueno	-	-	98	79,67	98	79,67
Malo	1	0,81	24	19,51	25	20,33
TOTAL	1	0,81	122	99,19	123	100

Fuente: fichas familiares del sector I y II del Barrio San Jacinto.
Elaborado por: Beatriz Gómez Camacho; egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

El rendimiento académico en los escolares y adolescentes según familiares o representantes consideran en un 79,67% que es bueno y 20,33% malo. Las causas del mal rendimiento escolar se deben a múltiples factores que van desde factores internos de tipo genético o la propia motivación del niño a acudir a clase, a condicionantes ambientales como el entorno socio-cultural o el ambiente emocional de la familia, algunos necesitan más tiempo para integrar la información, otros son más rápidos.

Existen además factores sociales y económicos que se traducen en elevadas tasas de repetición, deserción escolar, mala calidad de la educación, deficiente infraestructura educativa y limitado material

didáctico que obstaculizan el desarrollo de la educación en las comunidades rurales, los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone el actual proceso de apertura y globalización de la economía⁵⁵.

En relación a problemas de conducta en escolares y adolescente de la población en estudio el 99,19% no tiene ningún problema; el 0,81% si tiene problemas de conducta que se atribuye a una adolescente con discapacidad de tipo intelectual.

⁵⁵Economía del Ecuador. Situación de la Educación en el Ecuador. Disponible en: <http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>. Citado el: 04/11/2013

TABLA N° 12
MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES
CON VIDA SEXUAL ACTIVA

MÉTODO DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD	f	%
Método natural	30	61,22
Método artificial	13	26,54
Método irreversible	6	12,24
TOTAL	49	100

Fuente: fichas familiares del sector I y II del Barrio San Jacinto.
Elaborado por: Beatriz Gómez Camacho; egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

De las 49 mujeres con vida sexual activa en el 100% han utilizado un método anticonceptivo. El método natural (método del ritmo) es el más utilizado con el 61,22% seguido de los métodos artificiales (implantes, inyectable, T de cobre, método de barrera, orales) en un 26,54% y el método irreversible (esterilización tubárica) ocupa un 12,24%.

En relación a los resultados es importante resaltar el derecho que tiene la pareja e individuo de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como de tener la información y los métodos para concretar sus deseos y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva.

TABLA Nº 13
REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN LAS MUJERES CON VIDA
SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO “SAN JACINTO SECTOR I y II”

PAPANICOLAOU	f	%
Si	30	61,22
No	19	38,78
TOTAL	49	100

Fuente: fichas familiares del sector I y II del Barrio San Jacinto.

Elaborado por: Beatriz Gómez Camacho; egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

El 61,22% de las mujeres con vida sexual activa de esta comunidad se han realizado el Papanicolaou, el 38,78% no se han realizado este examen lo cual determina un alto riesgo. Entre las razones que refirieron las mujeres para nunca haberse hecho la citología, las más comunes fueron las de tipo cultural como miedo, temor, pereza y descuido.

En relación con el esquema de tamización encontramos mujeres que se han realizado la citología una sola vez en la vida, hace 4 años atrás, hace un año y otras en los últimos seis meses, se destaca que el nivel educativo bajo se asocia a la falta de conocimientos que conlleva la importancia de realización de este examen. La citología consiste en la recolección de células del cuello uterino para observarlas luego al microscopio en búsqueda de cambios celulares que puedan sugerir lesiones precancerosas o cáncer.

Se realiza en mujeres asintomáticas con vida sexual activa, como agente principal de cáncer cérvico uterino causado principalmente por el VPH (Virus de Papiloma Humano) que es un virus de transmisión sexual; la infección es muy frecuente en hombres y mujeres al iniciar su vida sexual, siendo una infección en general transitoria. Sin embargo, algunas veces la infección no se elimina y puede volverse persistente, la persistencia de los virus de alto riesgo es una causa para el desarrollo del cáncer de cuello uterino. El Papanicolaou es actualmente la principal estrategia para la prevención del cáncer cervical.

TABLA N° 14

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS
DEL BARRIO “SAN JACINTO SECTOR I y II”**

E N F E R M E D A D E S	RANGOS DE EDAD													
	< 1 año		1- 4 años		5- 9 años		10- 19 años		20-64 años		65 y más años		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Alcoholismo	-	-	-	-	-	-	-	-	15	5,07	1	0,34	16	5,41
Diabetes	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,35	-	-	4	1,35
HTA	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1,01	-	-	3	1,01
Artritis Reumatoide	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,34	2	0,68	3	1,01
HTA, Artritis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,34	1	0,34
Asma	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,34	-	-	1	0,34
Soplo cardíaco	-	-	-	-	1	0,34	-	-	-	-	-	-	1	0,34
HTA, ACV	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,34	-	-	1	0,34
Hipotiroidismo	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,34	-	-	1	0,34
Ninguna	4	1,35	25	8,45	44	14,86	78	26,35	103	34,80	11	3,72	265	89,53
TOTAL	4	1,35	25	8,45	45	15,20	78	26,35	129	43,58	15	5,07	296	100

Fuente: fichas familiares del sector I y II del Barrio San Jacinto.

Elaborado por: Beatriz Gómez Camacho; egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

De la población en estudio constituida por 296 habitantes un 5,41% de la población son alcohólicos afectando la integridad física, emocional de 16 familias siendo la primera causa de morbilidad en el barrio. La diabetes se presenta con el 1,35%, esta es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.

También se encuentra la HTA y artritis reumatoide con el 1,01% de la cuales en el caso de la HTA se encuentran bajo control médico y con sus antihipertensivos disminuyendo el riesgo de complicaciones y de mortalidad; además es uno de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad. Por grupos etáreos la población de este barrio con mayor riesgo a padecer estas enfermedades crónicas son las comprendidas de 20- 64 años.

El 80% de las muertes por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios, estas muertes afectan en igual número a hombres y mujeres. La amenaza es cada vez mayor, el número de personas, familias y comunidades afectadas está aumentando y constituyen una causa subestimada de pobreza y dificulta el desarrollo económico.

APARTADO

Para dar cumplimiento con el tercer objetivo del proyecto se brindaron los siguientes servicios:

Educación:

Información educativa a padres o a cuidadores de menores de 5 años sobre:

- Importancia de la vacunación, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, mixta a partir de los seis meses y completaría

Información educativa a padres y escolares y adolescentes sobre:

- Esquema de vacunación, nutrición, higiene.

Información educativa a la población de 20 a 64 años sobre:

- Atención preventiva en Riesgos Cardiovasculares, HTA, Infecciones de transmisión sexual.

Información educativa a cuidadores o adulto mayor de 65 años sobre:

- Envejecimiento activo, cuidados en casos de postración o discapacidad

Información educativa a mujeres embarazadas sobre:

- Importancia del control prenatal, lactancia materna y cuidado del recién nacido.

También se realizó valoración visual, toma de peso y talla, vacunación de niños para completar esquemas, control de la Presión arterial.

DISCUSIÓN

El Diagnóstico Comunitario de Salud es fundamental para trabajar con familias desarrollando intervenciones orientadas hacia los resultados de impacto social. Ante esta perspectiva, se han llevado a cabo diversas investigaciones referentes al presente tema y se señalan los siguientes datos:

En el presente estudio prevalece con el 51,35% las mujeres, la población se caracteriza por ser joven en un 51,35%. Se auto identifican como mestizos. En un estudio en Cascorba Sector la Sarai 17 de Octubre de Colombia las mujeres predominan con un 54,78% y en un 53,85% la población es joven habiendo similitud en los estudios a diferencia que en esta población pertenecen a la etnia afro descendiente en un 92%.

En el mismo estudio en Cascorba Sector Sarai 17 de Octubre tienen un nivel de educación básica en un 41% y 6% de analfabetos. En el estudio los resultados demuestran diferencias ya que existe más población con un nivel de educación básica en un 64,53% y menos casos de analfabetismo en un 3,04%.

Del total de la población estudiada el 2,36% tienen problemas de nutrición tanto como desnutrición leve y sobrepeso. En el estudio de Asentamientos de Lago Occidente de Colombia la población en un 11% hay alteraciones nutricionales siendo así que por lugar de residencia en zona rural aumentan el riesgo de problemas de mala nutrición.

De acuerdo al INEC en el Ecuador la misión “Manuela Espejo, registró más de 294.000 personas con discapacidad representando un 6,8% y en el presente estudio un 3,04% de la población total. Las discapacidades se han asociado a las enfermedades crónicas como HTA, Diabetes es preocupante por el aumento de las mismas.

Las personas Kayambis perteneciente a la provincia de Pichincha el 57,3% dispone de agua entubada por red pública y el 42,7% restante de hogares se abastece del líquido vital a través de otros medios. En lo que corresponde a eliminación de excretas, 24,80 no tienen y en el mismo porcentaje tienen pozo séptico, el 20,6% cuentan con alcantarillado, letrina 7,8, descarga directa 0,80. En la investigación la mala eliminación de basura y excretas con un 62,12%; el 93,94% de los habitantes de los sectores consumen agua potable. Riesgos Sanitarios muy parecidos de los estudios agravando el riesgo de contraer enfermedades.

En el estudio del barrio Cascorba la Sarai 17 de Octubre en los riesgos socioeconómicos se dedican al trabajo informal en un 82%, a la albañilería, minería, existiendo mayor pobreza, las familias tienen un ingreso mensual menos de un salario mínimo legal vigente. El 16% de las viviendas se encuentra en mal estado, existe en su mayoría hacinamiento. Como un problema social hay drogadicción con un 29%, seguido la violencia con un 17%. En el diagnóstico comunitario de Salud hay predominio del desempleo informal con el 78,79% a ello se suma la pobreza en el 75,76%, malas condiciones de la vivienda 54,55%, el hacinamiento con el 48,48% violencia y alcoholismo en un 24,24% reflejando en los dos estudios que es evidente las Necesidades Básicas insatisfechas siendo comunidades en desventaja sobre la atención que deben dar las autoridades pertinentes.

En el Diagnóstico Comunitario de Salud en el Asentamiento Lagos de Occidente la población por grupos etáreos esta inmunizada en un 80% y en un 79,39% la presente investigación con datos muy semejantes siendo la población en riesgo que esta inmunizada en los dos estudios.

En el pueblo Kayambi el 57% corresponde a Población Económicamente Activa y el 43% a Población Económicamente Inactiva. Se dedican a la

actividad agrícola y ganadera, seguido por la construcción en menor porcentaje, manufactura y comercio. En el presente estudio la Población Económicamente Inactiva representa el 70,95% y la Población Económicamente Activa el 29,05%. La realidad que se refleja en los estudios es diferencial sin embargo es un problema preocupante básicamente es una economía de subsistencia.

En base a la atención médica a la que acude la población en los estudios a discusión en Cascorba sector Sarai 17 de Octubre muestra que tan solo el 89% se encuentran vinculadas a diferentes servicios de salud y el 11% hace uso de la medicina ancestral ámbito que difiere al presente estudio que en un 100% la población acude a servicios de salud tanto públicos como privados.

La valoración visual realizada en los escolares y adolescentes en la investigación se determinó que un 4,07% tienen déficit visual en el mismo estudio en Asentamientos de Lago Occidente presentan alteraciones visuales en un 16% diferenciándose ya que en la presente investigación solamente se remitió para valoraciones respectivas.

En el Diagnostico Comunitario en Asentamientos de Lago Occidente la población de 5 a 14 años se detectó que el 25% presenta agresividad, retraimiento, baja autoestima, en la presente investigación existe un solo caso de problemas conducta que representa el 0,81% por lo que se diferencia en cuanto a sus resultados.

De las Mujeres con vida sexual activa el 100% utiliza algún método anticonceptivo y predomina el método natural (método del ritmo) con el 61,22%. En el Diagnostico Comunitario en Asentamientos de Lago Occidente el método más utilizado es el quirúrgico 44% diferenciándose

en la utilización de métodos de regulación de la fecundidad pero si compartiendo que la sexualidad es responsabilidad a nivel de pareja.

Las mujeres con vida sexual activa de la comunidad estudiada el 38,78% no se han realizado el Papanicolaou. De acuerdo a la Sociedad Ecuatoriana de patología del tracto genital inferior y Colposcopia 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical, en Loja alcanza cifras alarmantes (32 mujeres /100.000 habitantes); el cáncer cérvico-uterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres. Por lo que es un problema preocupante y la citología es la principal estrategia para la prevención secundaria del cáncer cervical.

Finalmente en el estudio del barrio Cascorba la Sarai 17 de Octubre las enfermedades que forman parte del perfil epidemiológico son las enfermedades respiratorias seguidas de la HTA. En el presente estudio el alcoholismo, la diabetes y la HTA son las primeras causas de morbimortalidad. En los dos estudios la pobreza está estrechamente ligada al padecer estas enfermedades son un obstáculo para las iniciativas de reducción de la misma y en particular porque disparan los gastos familiares, las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas.

CONCLUSIONES
Y
RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La población se caracteriza por ser joven. Cuentan con un nivel de escolaridad básica. En los riesgos por familias se identificó personas con desnutrición leve y sobrepeso, discapacitados, familias con mala eliminación de basura, excretas y líquidos, animales intradomiciliarios representando un riesgo para la salud. En las necesidades básicas insatisfechas se determinó el desempleo o empleo informal del jefe de familia, pobreza, malas condiciones de vivienda, hacinamiento y casos de consumo de alcohol y violencia intrafamiliar. Predomina la Población Económicamente Inactiva y la comunidad se dedica principalmente a la albañilería y comercio. Hacen uso de los servicios de Salud tanto públicos como privados. En la valoración del estado nutricional existen casos de desnutrición leve y sobrepeso. Los grupos poblacionales en riesgo se encuentran inmunizados con sus esquemas completos. Las mujeres con vida sexual activa utilizan métodos de regulación de fecundidad, muchas mujeres no se han realizado el Papanicolaou por razones de tipo cultural. El alcoholismo, la diabetes e hipertensión arterial son las primeras causas de Morbimortalidad
- Se brindó servicios específicos de enfermería como consejería y control de la Presión arterial respondiendo a las necesidades de Salud de las personas, las familias y la comunidad.
- Del total de familias del estudio quedan 2 familias pendientes por trabajar en el Barrio San Jacinto sector I y II.

RECOMENDACIONES

- A la comunidad que se organice para que en forma conjunta gestionen a las autoridades pertinentes para que les ayuden con un depósito final de basura y el carro recolector acuda dos o tres veces en la semana.
- Al Hospital Universitario de Motupe trabaje en base a los resultados obtenidos, desarrollando intervenciones y estableciendo prioridades de atención en la comunidad reorientando hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- A la misma entidad de Salud que planifiquen actividades a ejecutarse con un equipo interdisciplinario con las dos familias que no se logró obtener la información lo que permitirá el beneficio hacia la familia y comunidad constituyendo por el Equipo Básico de Salud un compromiso en el desempeño máximo con dedicación, eficacia y calidez.

BIBLIOGRAFÍA

Según APA

- Angelino A. y Rosato A. (2009) *Discapacidad e Ideología de la normalidad*. Primera Edición. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Black H. Willian J. (2013) *Hipertensión*. Segunda Edición. España: Editorial Elseiver.
- Cabero L. Saldivar D. (2010) *Obstetricia y Medicina Materno Fetal*. Editorial Panamericana.
- Marcdante K y Kliegman Robert. (2011) *Pediatría Esencial*. Sexta Edición. España: Editorial Elseiver.
- Martin A y Cano J. (2010) *Atención Primaria en Salud*. Tercera Edición. España: Editorial Elseiver.
- MSP. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador). (2013) *Manuel del Modelo del Atención Integral de Salud- MAIS Familiar Comunitario e Intercultural*. Distrito Metropolitano de Quito. Ecuador. Pág. 35, 60, 61, 62, 63
- MSP (Ministerio de Salud Pública del Ecuador). (2010) *Coordinación Nacional de Nutrición). Propuesta para el Fortalecimiento Institucional en el Área de Nutricional en Salud*. Distrito Metropolitano de Quito. Ecuador. Pág. 15, 16, 21, 24, 25, 28, 39, 44, 45.
- MSP (Ministerio de Salud Pública) (2010) *Componente Normativo Neonatal*. Distrito Metropolitano de Quito. Ecuador. Pág. 9-13

- Ruiz, M. y Rodríguez, J. (2011) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) *División de Población de la CEPAL. Familia y nupcialidad en los censos latinoamericanos recientes: una realidad que desborda los datos*, (Serie 99), 21 – 22
- Cango P y Quisintuña M. (2010) *Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en las parroquias del cantón Saraguro*. Revista- Análisis. Pág.: 15-18
- Pintag S y Zhunaula S. (2010) *Características económicas y educacionales de la población indígena de Chimborazo radicada en Pichincha*. Revista- Análisis. Pág.: 2-6
- Pijal L y Quisintuña M. (2010) *Breve análisis descriptivo de la situación socioeconómica y demográfica de la población autoidentificada como Kayambi*. Revista- Análisis. Pág.: 7-12
- CONADIS. *Ley Orgánica de Discapacidades*. Recuperado el: 20 de Noviembre del 2013 el, <http://www.plataformaconadis.gob.ec/ley.html>.
- El Diario (03 de Diciembre del 2010). *La discapacidad en el Ecuador*. Recuperado el 04 de Noviembre del 2013, el: <http://www.ultimasnoticias.ec/noticias/834-la-discapacidad-enecuador.html>. Publicado: 03/12/2010.
- Frente Provincial del Azuay. (04 de Septiembre del 2012). *47.000 recién nacidos se beneficiaron con la prueba del Tamizaje Metabólico Neonatal*. Recuperado el 21 de Noviembre del 2013 el, <http://fpsca.blogspot.com/>.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Fascículo Nacional. Estructura de la población*. Recuperado el 04 de Noviembre

del 2013, de
http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Fascículo Provincial. Estructura de la población*. Recuperado el 04 de Noviembre del 2013, de http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculos_provinciales/loja.pdf.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2013). *El ingreso mínimo familiar en Ecuador cubre el 98,7% de la Canasta Básica*. Recuperado el 11 de Noviembre del 2013 el, http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=564%3AEl-ingreso-minimo-familiar-en-ecuador-cubre-el-987-de-la-canasta-basica&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Coordinación Nacional de Nutrición (2011). *Propuesta para el Fortalecimiento Institucional en el Área de Nutricional en Salud*. Distrito Metropolitano de Quito. Ecuador. Pág. 15, 16, 21, 24, 25, 28, 39, 44, 45.
- Ministerio de Salud Pública (2012). *Proyecto de detección temprana e intervención de Discapacidad Visual en el Ecuador. Estudio de OACDH sobre el derecho de los niños y niñas a la Salud, Defensoría del pueblo ecuatoriano*. Distrito Metropolitano de Quito. Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. *Programa Ampliado de Inmunizaciones*. Recuperado el: 21 de Noviembre del 2013 el: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>.

- Organización Mundial de la Salud. (Abril 2012) *Diez datos sobre Inmunización*. Recuperado el 05 de Noviembre del 2013 el, <http://www.who.int/features/factfiles/immunization/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (06 de Septiembre del 2013). *MSP destaca la lactancia materna como una política fundamental para la erradicación de la desnutrición infantil*. Recuperado el: 12 de Noviembre del 2013 el: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=985:m-sp-destaca-la-lactancia-materna-&catid=297:events&Itemid=360.

- OMS (2013). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado el 11 de Diciembre del 2013 el: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es>

- Sociedad Ecuatoriana de patología del tracto genital inferior y Colposcopia (2013). *Declaración sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador*. Ecuador.

- Salcedo. Cruz., (24 de Julio del 2011) *La pobreza en Ecuador: más allá de un Salario*. Ecuador Economía. Recuperado el 20 de Noviembre del 2013 el: <http://www.ecuadoreconomica.com/2011/07/la-pobreza-en-ecuador-mas-alla-de-un.html>

- UNICEF (Mayo 2010). *La Campaña Niño Esperanza apoya el crecimiento y desarrollo Infantil ¿Para qué sirve el control del niño sano?* Recuperado el 05 de Noviembre del 2013, de http://www.unicef.org/ecuador/media_17790.htm

- UNICEF. (2013) *Estado Mundial de la Infancia 2013. Niños y niñas con discapacidades*. Recuperado el 12 de Noviembre del 2013 el: http://www.unicef.org/lac/SOWC2013_excsummary_esp.pdf.

- UNICEF (2010). *La Educación*. Recuperado el 10 de Diciembre del 2013 el:http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf

- UNICEF (2010). *La Salud, control prenatal*. Recuperado el 10 de Diciembre del 2013 el:http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf

- Viteri. G., (2013). Situación de la Educación del Ecuador. *eumed.net*. Recuperado el 31 de Noviembre del 2013 el: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>

ANEXOS

CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE



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

Loja, 05 de Octubre del 2013

Sr.

Thayr Guillermo Guay

PRESIDENTE DEL BARRIO SAN JACINTO

CERTIFICO:

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

Atentamente:

Thayr Guillermo Guay
PRESIDENTE DEL BARRIO
CI.....1101305773.....

ANEXO DE LA FICHA FAMILIAR

ANEXO A LA FICHA FAMILIAR

BARRIO: N° DE FICHA FAMILIAR.....
 APELLIDO PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA.....

PROTECCION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

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

2. CONTROL DEL NIÑO SANO

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

ATENCIÓN INTEGRAL DEL ESCOLAR Y ADOLESCENTE

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

PROTECCION DE LA MUJER

1. ATENCIÓN MATERNA

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

2. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	METODO DE REGULACION DE FECUNDIDAD							VACUNACION				PAPANICOLAOU	
		INJECTABLE	ORAL	SUPLENTE	T DE COBRE	METODO DEL RITMO	DI				FECHA	DIAGNOSTICO		
							Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta dosis			Quinta dosis	Retraso (Cada 10 años)

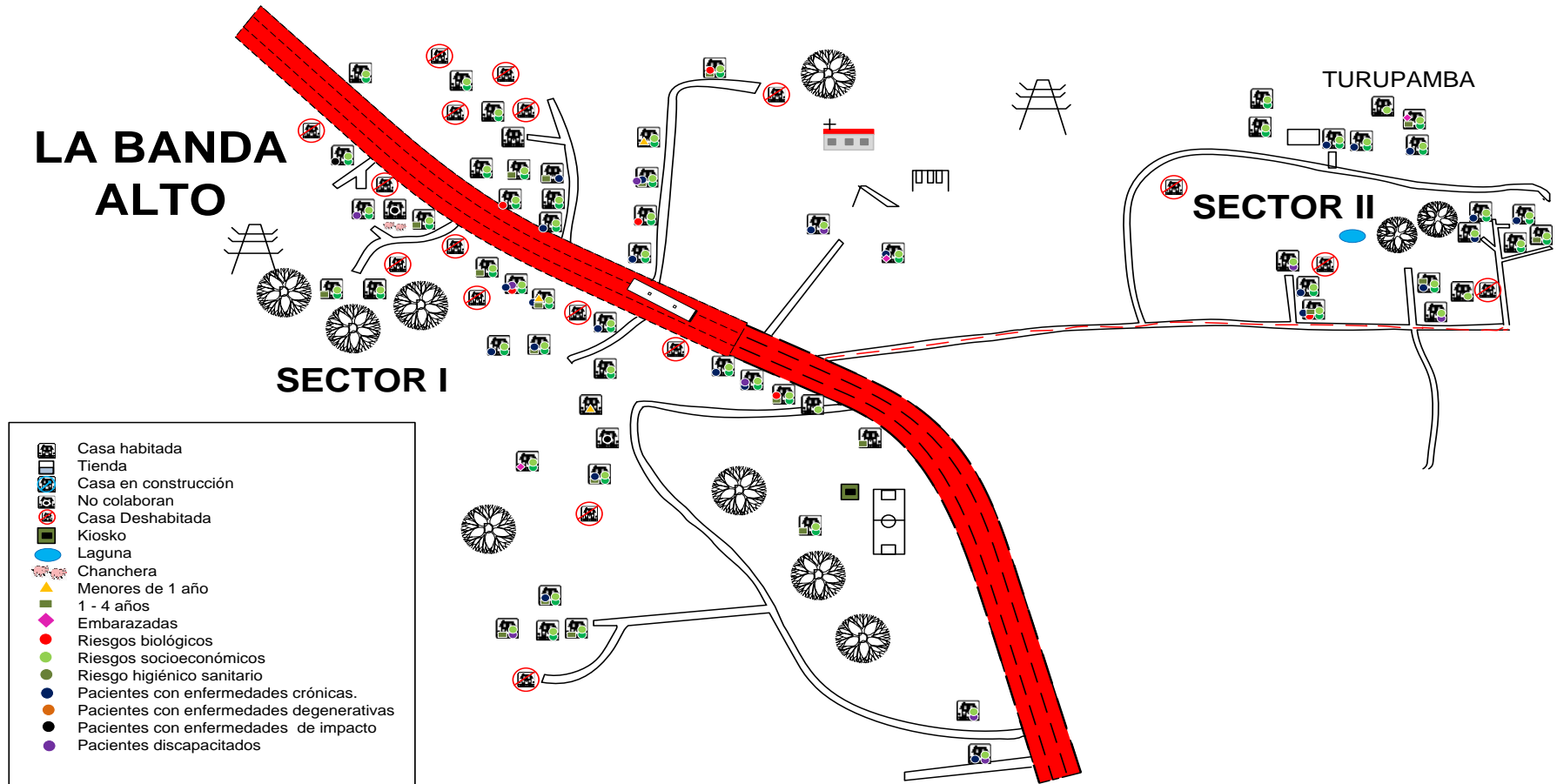
PROBLEMAS DE SALUD CRONICOS

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

MAPA DEL BARRIO SAN JACINTO





















MAPA PARLANTE DEL BARRIO SAN JACINTO SECTOR I Y II

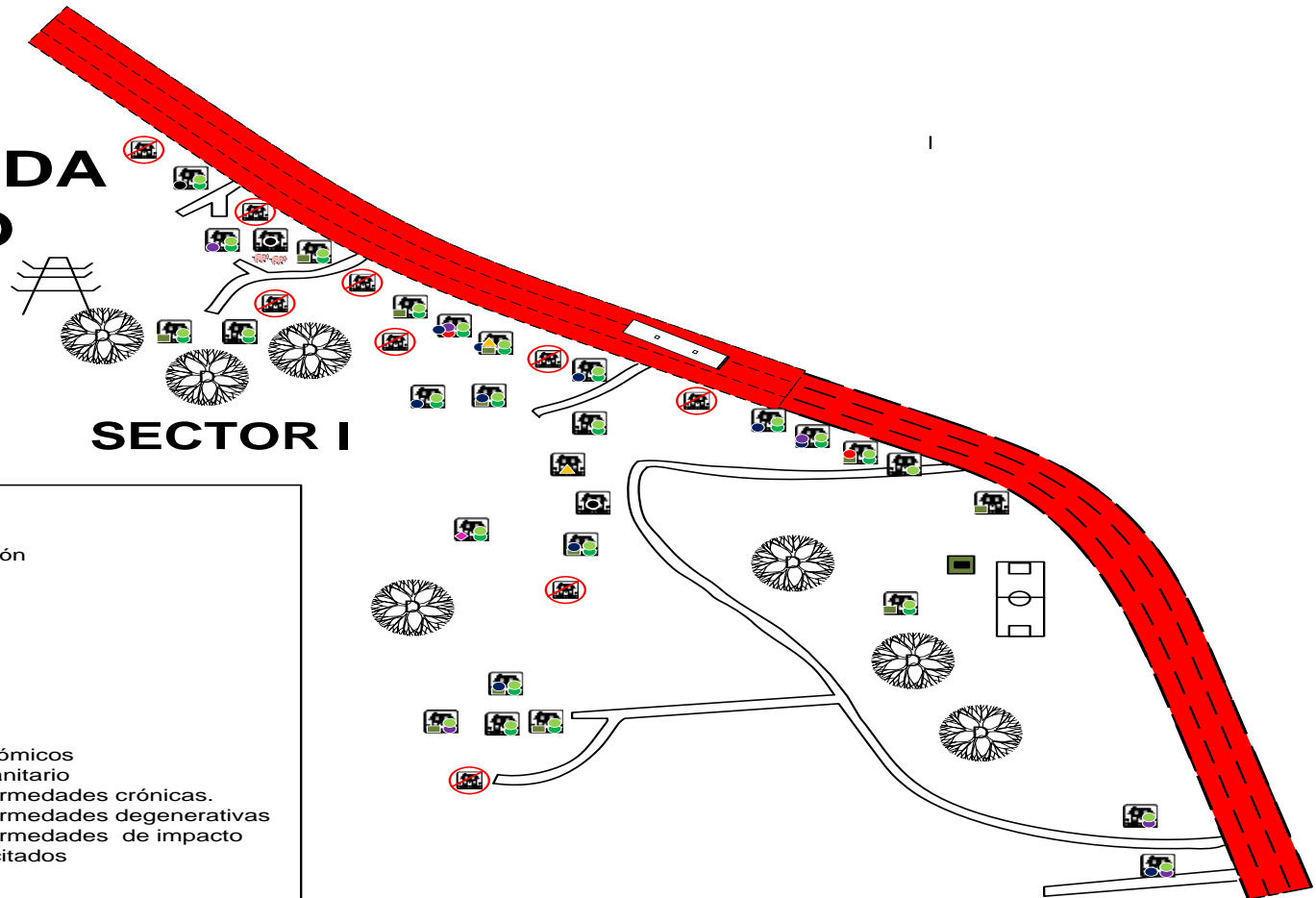


MAPA PARLANTE DEL BARRIO SAN JACINTO (SECTOR I)

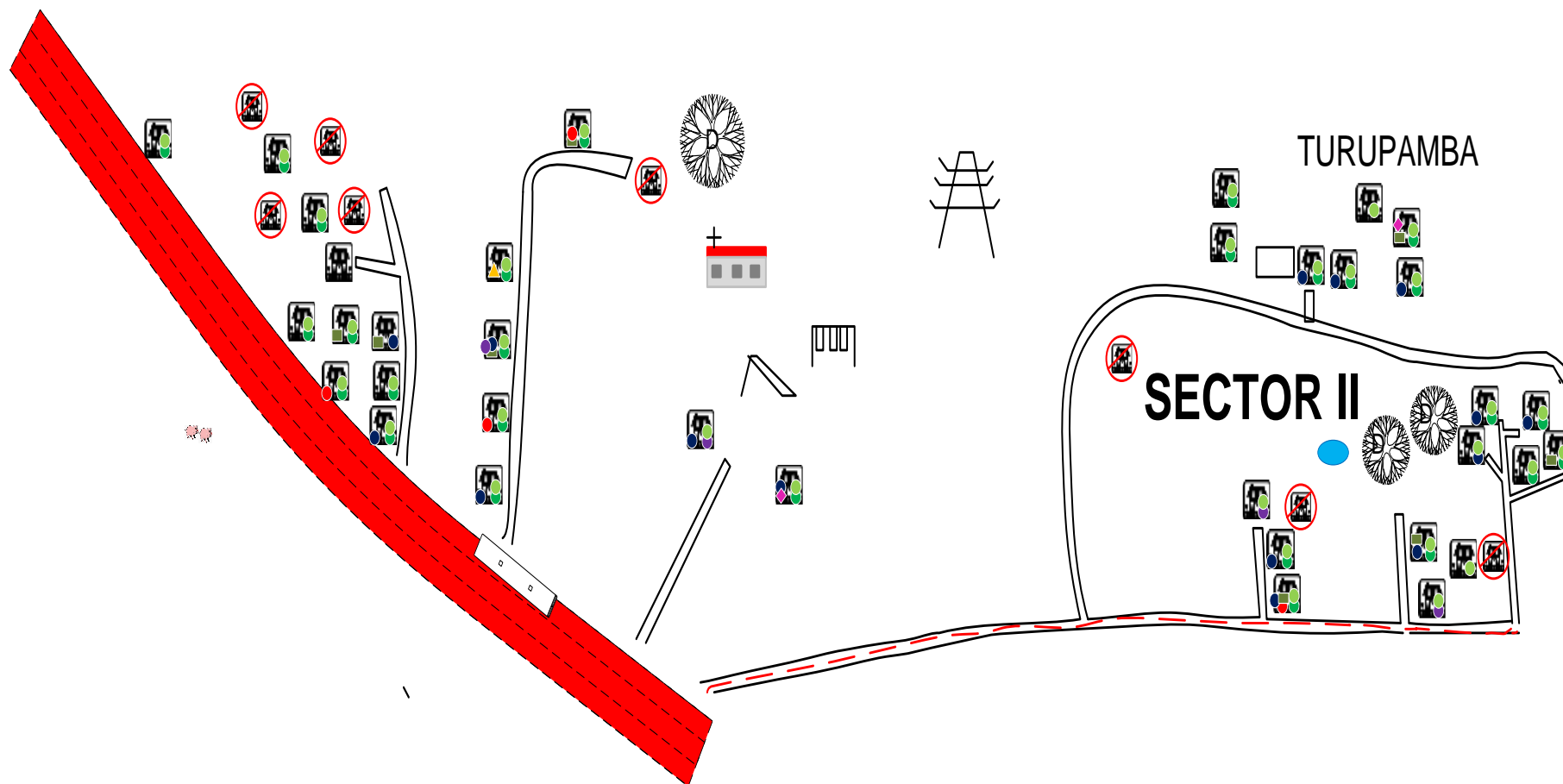
**LA BANDA
ALTO**

SECTOR I

	Casa habitada
	Tienda
	Casa en construcción
	No colaboran
	Casa Deshabitada
	Kiosko
	Laguna
	Chanchera
	Menores de 1 año
	1 - 4 años
	Embarazadas
	Riesgos biológicos
	Riesgos socioeconómicos
	Riesgo higiénico sanitario
	Pacientes con enfermedades crónicas.
	Pacientes con enfermedades degenerativas
	Pacientes con enfermedades de impacto
	Pacientes discapacitados



MAPA PARLANTE DEL BARRIO SAN JACINTO (SECTOR II)



FOTOGRAFÍAS



Entrevista con el señor Eliseo Guillermo Godoy presidente del Barrio San Jacinto



Firma de certificación de la Entrevista con el presidente del Barrio San Jacinto



Reconocimiento del Barrio San Jacinto



Aplicación de la Ficha Familiar y el anexo a las familias del Barrio San Jacinto



Tomando la Presión arterial a una moradora del Barrio San Jacinto



Letrinas en el Barrio San Jacinto

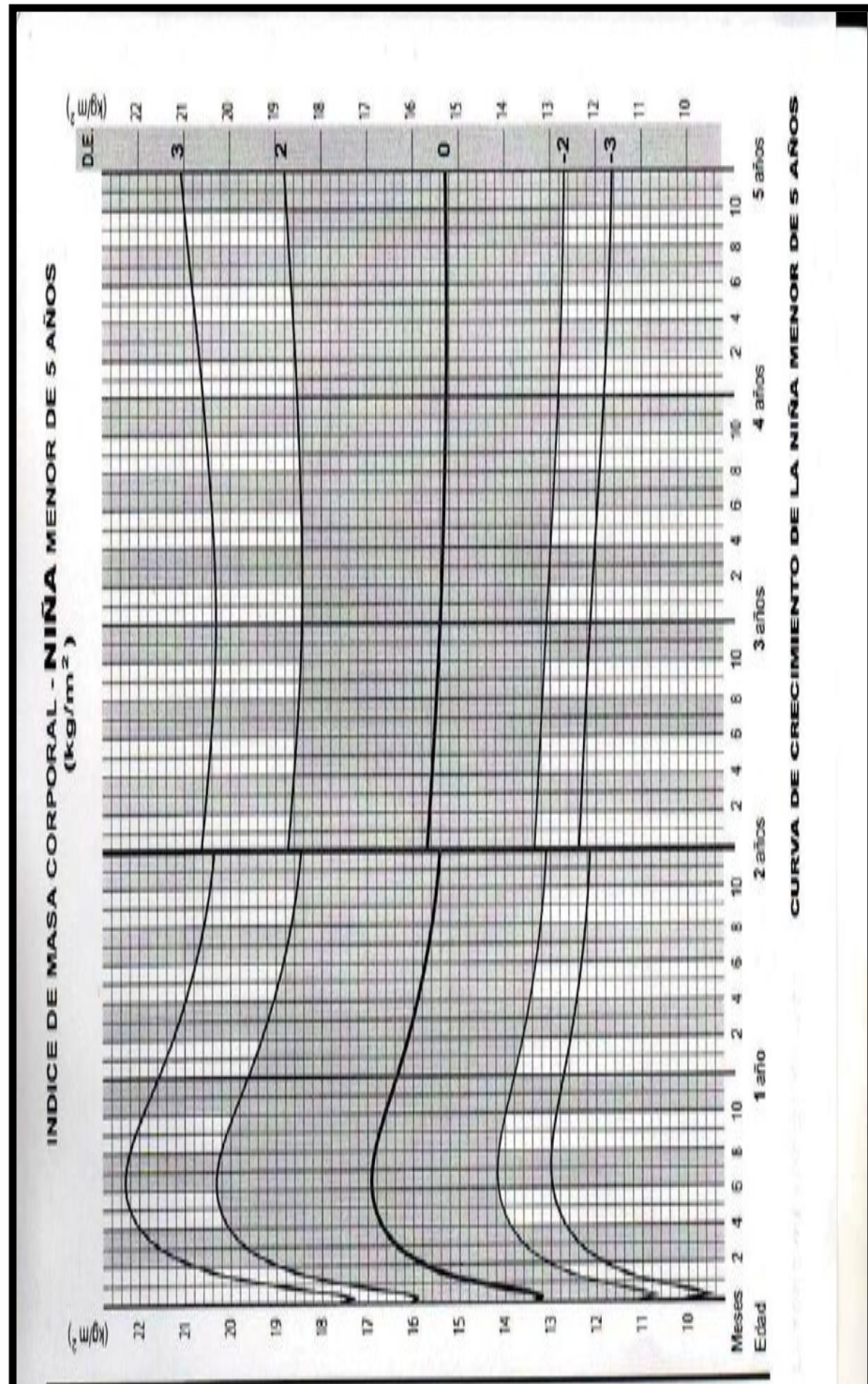


Niña discapacitada perteneciente al Barrio San Jacinto sector I y II

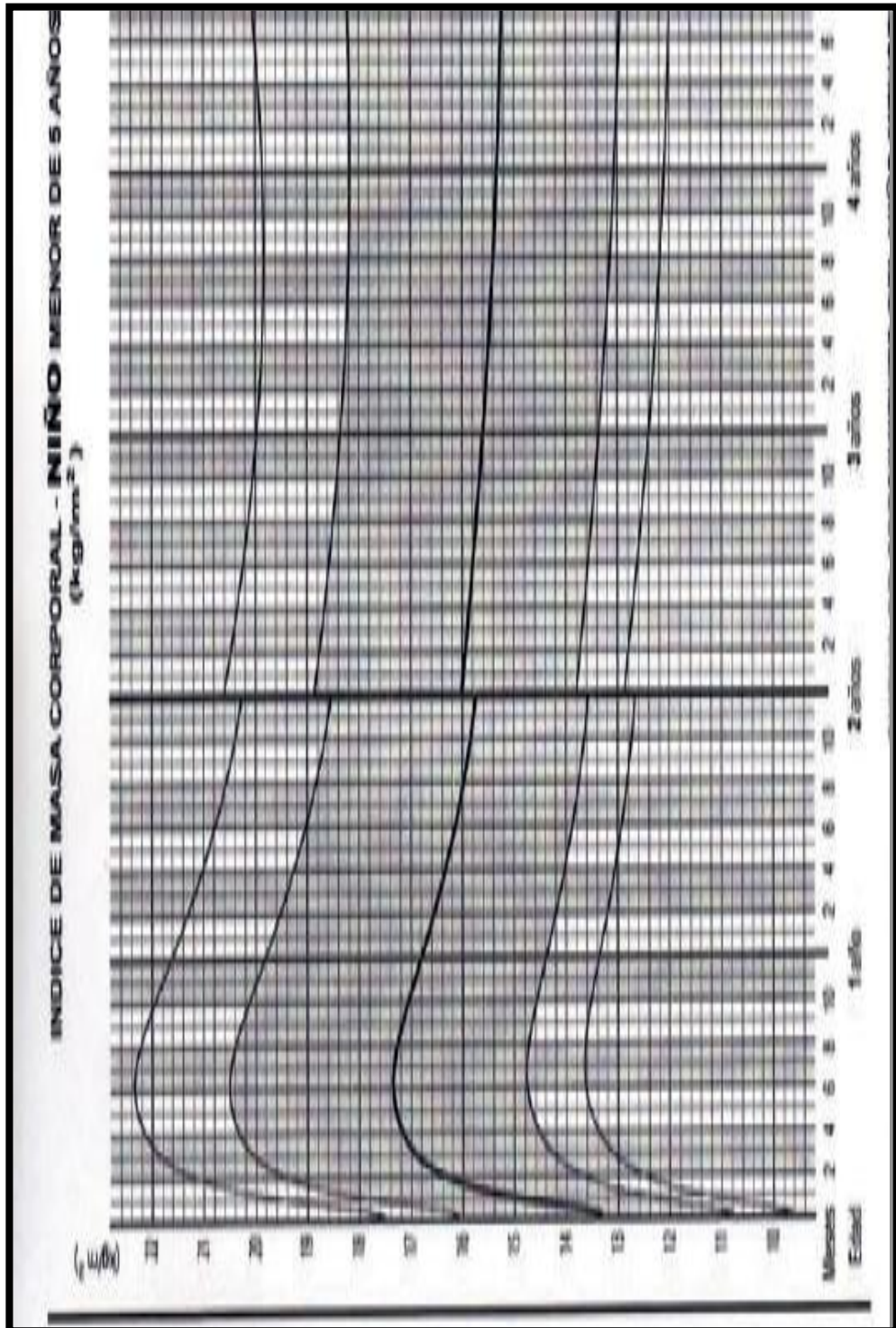


Charla Educativa a una familia del Barrio NOS **COMUNITARIO**

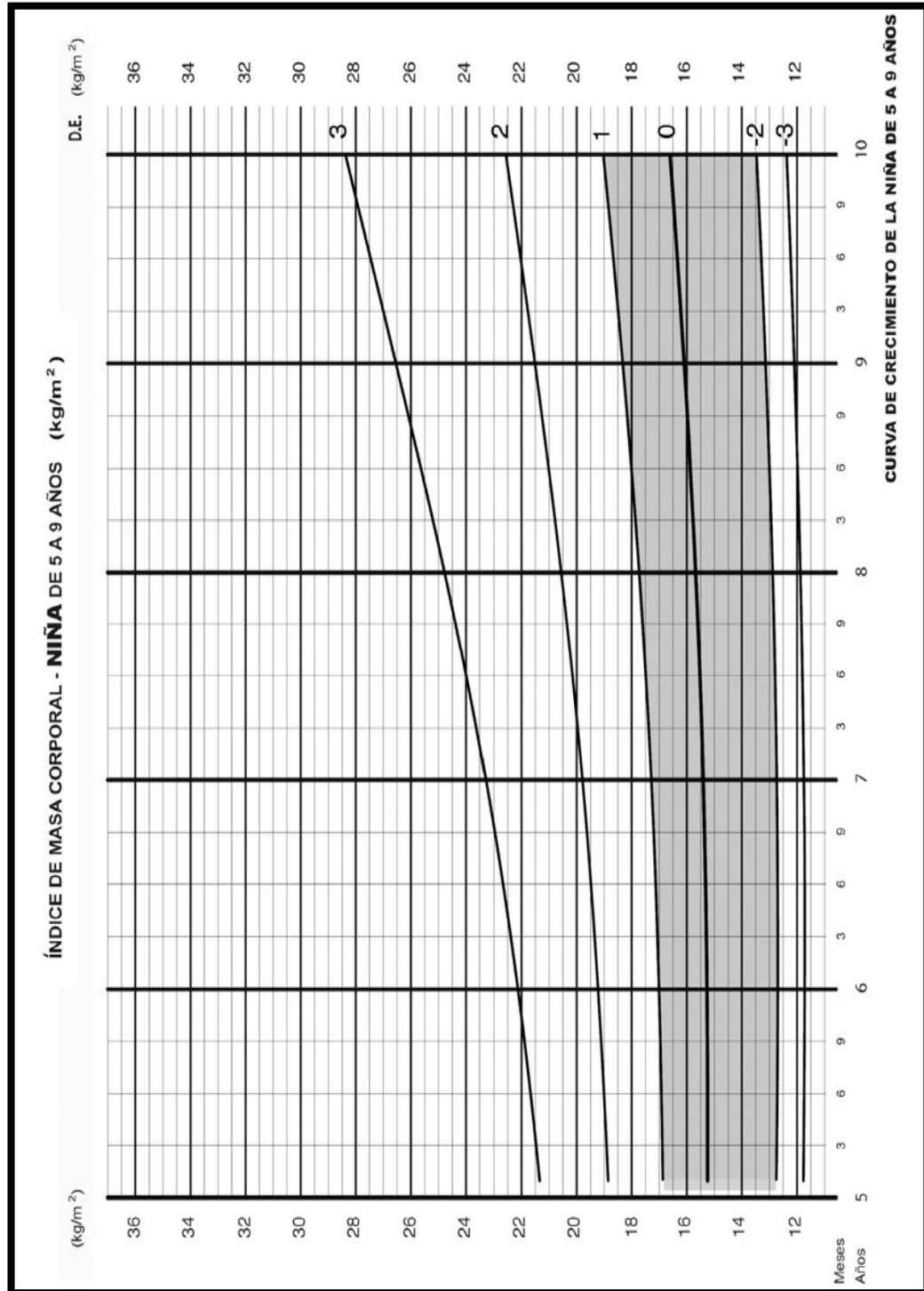
ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS



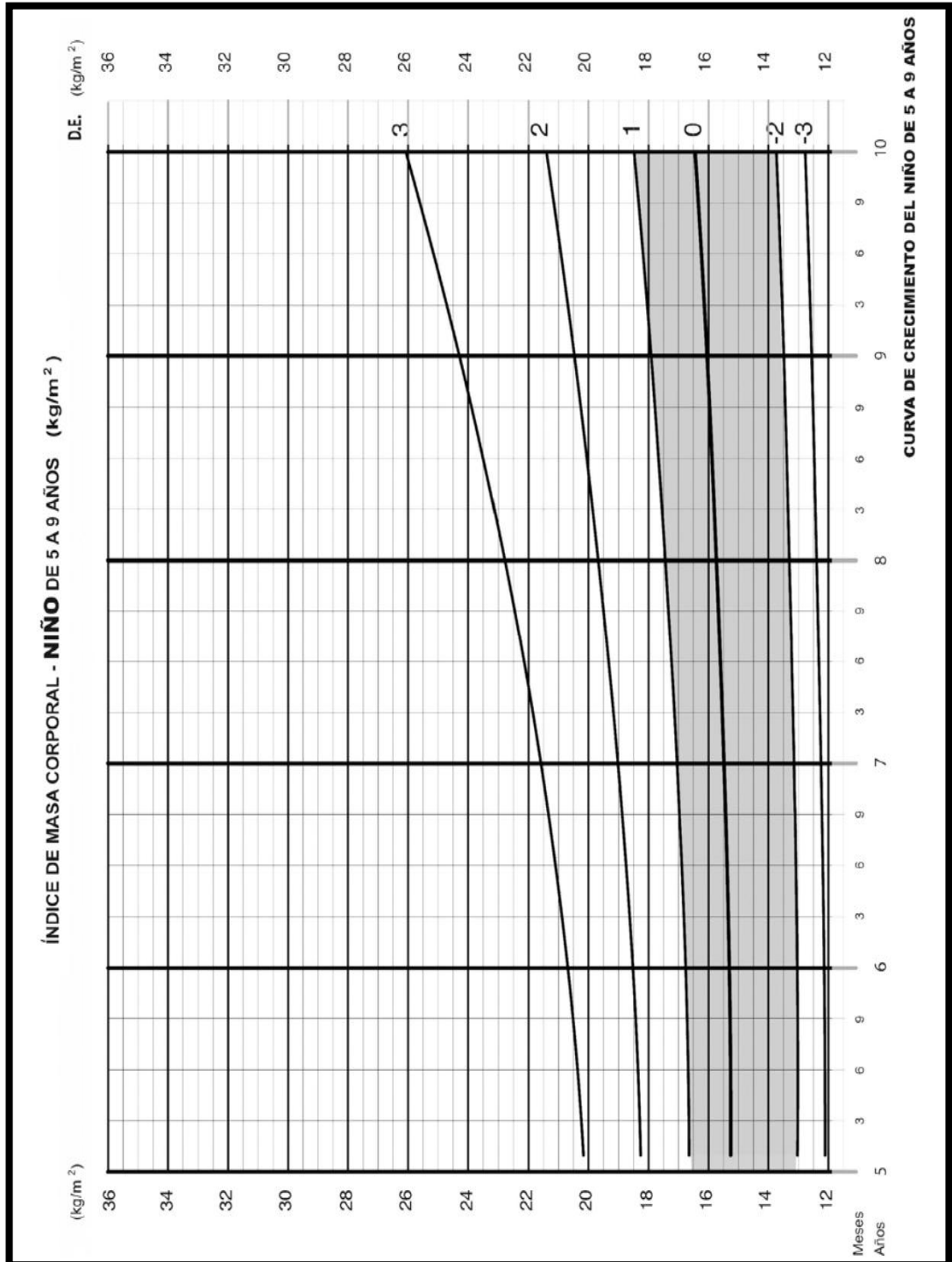
ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS



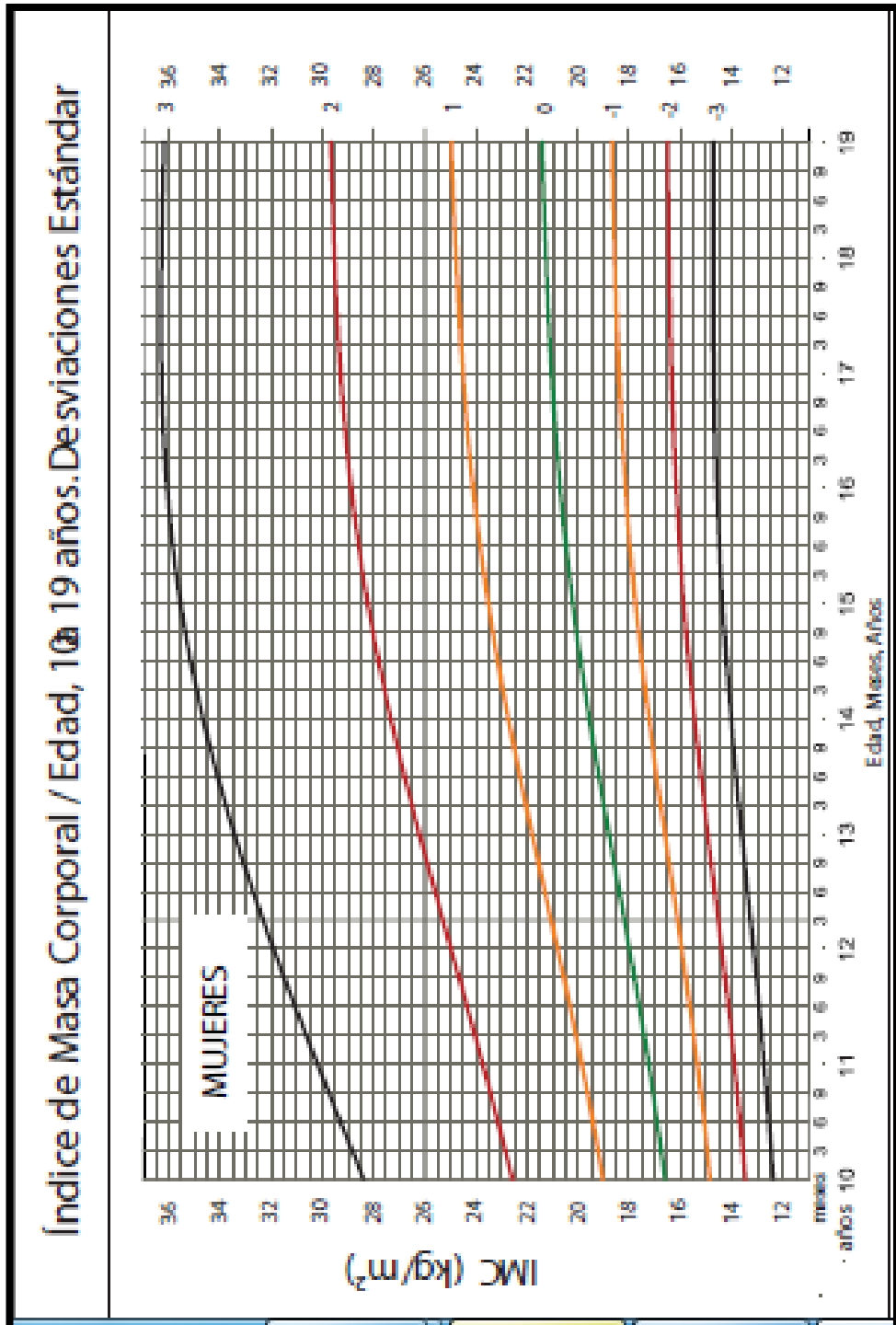
ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LA NIÑA DE 5 A 9 AÑOS



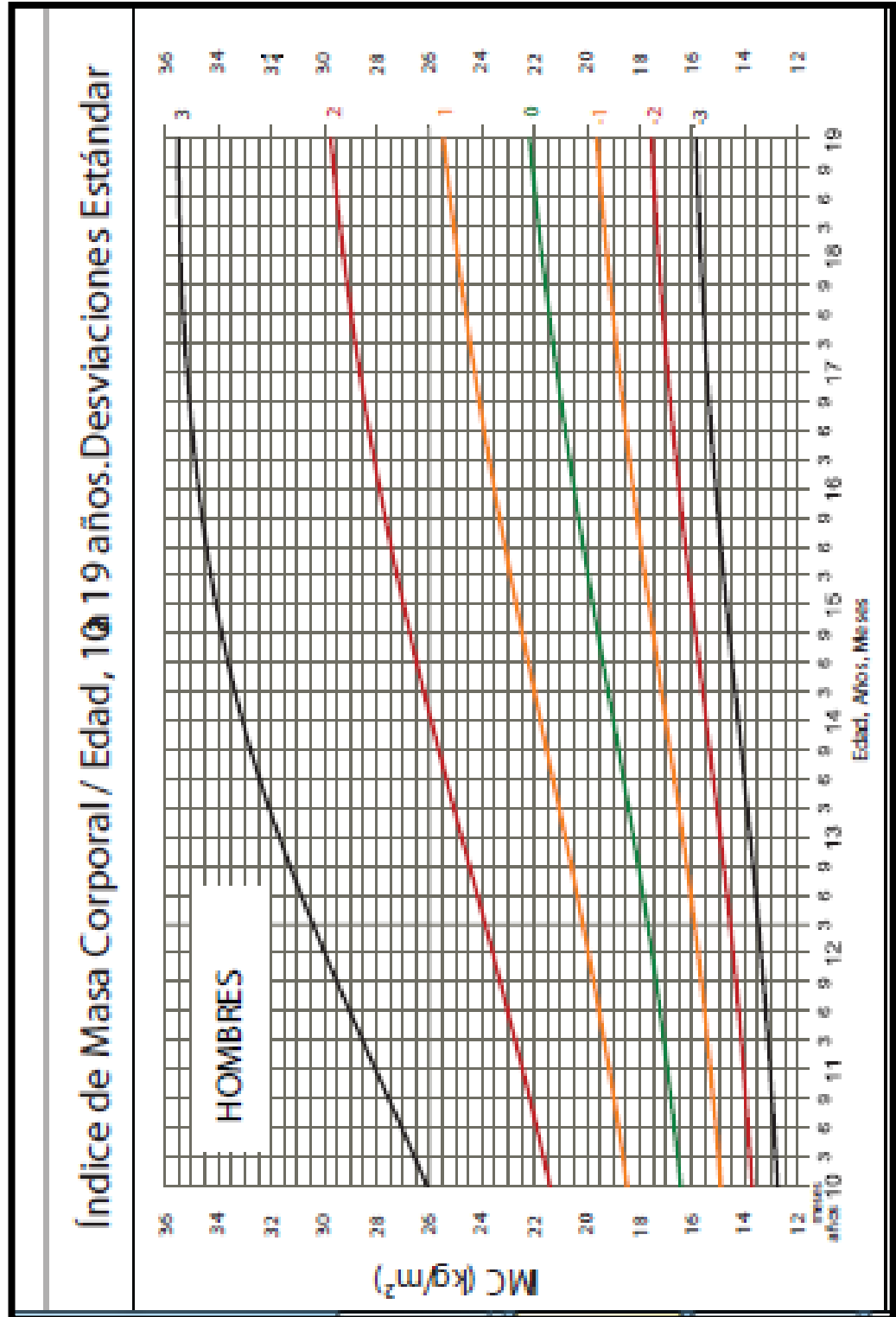
ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL NIÑO DE 5 A 9 AÑOS



ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA MUJERES DE 10 A 19 AÑOS



ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA HOMBRES DE 10 A 19 AÑOS



INTERPRETACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR EL INDICADOR IMC/EDAD EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

Z score	Índice IMC/edad
Sobre 3	Obesidad
Sobre 2	Sobrepeso
Sobre 1	Posible riesgo de sobrepeso
0 (mediana)	Normal
Bajo 1	Normal
Bajo 2	Emaciado
Bajo 3	Severamente emaciado

INTERPRETACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR EL INDICADOR IMC/EDAD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 5 A 19 AÑOS DE EDAD

Z score	Índice IMC/edad
Sobre 3	Obesidad
Sobre 2	Obesidad
Sobre 1	Sobrepeso
0 (mediana)	Normal
Bajo 1	Normal
Bajo 2	Emaciado
Bajo 3	Severamente emaciado

INTERPRETACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS

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

TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLEN)

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

TABLA DE TAMIZAJE VISUAL EN NIÑOS ESCOLARES



PERSONAS DISCAPACITADAS DEL BARRIO SAN JACINTO

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD (años)	NUMERO DE CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO	GRADO DE DISCAPACIDAD
Aguilar Godoy Joselyn Dayana	13	-	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 3 casa de hormigón armado a un lado de la capilla y a pocos pasos de la casa del presidente barrial.	0996955395	Discapacidad intelectual del 40 %
Puccha Quinche Natividad	55	1101420451	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 7 casa de adobe a un lado del camino principal y subiendo a la capilla.	0939462244	Discapacidad Física el 41 %
Granda Ordoñez María Dolores	89	-	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 12 a un lado de la entrada del barrio a mano izquierda.	-	Discapacidad Física 60%
Hidalgo Japón Jostin Sebastián	9	-	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 13. en la esquina de la entrada del barrio y al frente del letrero de los vergeles.	-	Discapacidad Intelectual del 41 %
Uchuari Uchuari Juan Diego	9	1105827800	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 16. del MIDUVI a mano izquierda de la entrada	-	Discapacidad

			del Barrio.		Intelectual del 71 %
Quinche Lima Asunción	79	1100145521	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 30 casa de hormigón armado a un filo del carretero y yendo a Pucacocha.	0994495612	Discapacidad Física 20%
León Guachizaca Vanesa Estefanía	13	1105772188	Barrió San Jacinto. Sector I. Casa N° 33. Casa de hormigón armado rodeada de un platanal.	-	Discapacidad Intelectual del 80 %
Quezada Medina Miguel Ángel	33	1103671812	Barrio San Jacinto Sector II. Casa N° 12 del MIDUVI cerca de la laguna del salado	0985481606	Discapacidad Física 20%
Chamba Cuenca José Manuel	82	1100284973	Barrio San Jacinto Sector II Casa N° 16 de hormigón armado al frente de la capilla	2-540-288	Discapacidad Física 60%

MUJERES EMBARAZADAS EN EL BARRIO SAN JACINTO

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD (años)	NUMERO DE CEDULA	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS	TELÉFONO	DIRECCIÓN
Criollo Rojas Silvia Vanesa	24	110499533	-	0959131866	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N°19 de tabla por una entrada a mano izquierda del letrero del barrio.
Tenicela naranjo María Elizabeth	37	-	-	-	Barrio San Jacinto. Sector II. Casa N°03 de color blanco al final de la lapidería
Granda Puccha Margarita María	29	1104435316	-	-	Barrio San Jacinto. Sector II. Casa N°15B de 2 pisos frente a la capilla y junto a los juegos recreativos.

ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE AGUDEZA VISUAL DEL BARRIO SAN JACINTO

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD (años)	NUMERO DE CEDULA	OD	OI	TELÉFONO	DIRECCIÓN
Hidalgo Japón Cinthya Nicole	15	-	20/40	20/40	-	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 13 en una esquina y frente a l letrero de los Vergeles.
Lavanda Romero Kevin Leonardo	8	-	20/40	20/30	0997290986	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 38 de color verde al filo de la carretera y a pocos pasos de la capilla.
Ponce Romero Cesar Ajusto	13	1150232773	20/40	20/30	2-541-838	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 40 de tabla a pocos pasos de la capilla.
Iñiguez Tenicela Xiomara Vanesa	-	-	20/40	20/40	-	Barrio San Jacinto. Sector II. Casa N° 03 de adobe de color blanca a pocos pasos de la lapidería
Sinchire Jiménez Anthony Michael	10	-	20/20	20/70	0959223230	Barrio San Jacinto. Sector II. Casa N° 09 de hormigón armado de color blanco cerca de la laguna del salado.

ANEXO ANALFABETISMO EN EL JEFE DE FAMILIA DE EL BARRIO SAN JACINTO

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD (años)	NUMERO DE CEDULA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Pullaguari Quinche María Natividad	73	1100460029	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 9 casa adobe de color blanco esquinera con cerramiento de color negro	-
Granda Quiñones María Dolores	89	-	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 12 casa de hormigón armado a mano izquierdo de la entrada del barrio.	-
Uchuari Paccha Delia Margarita	37	1103631709	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 16, casa del MIDUVI de color crema a mano izquierda de la entrada del barrio.	-
Uchuari Uchuari Juan Diego	9	1105827800	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 16, casa del MIDUVI de color crema a mano izquierda de la entrada del barrio.	-
Alulima Sinchire Enma	67	-	Barrio San Jacinto Sector I. Casa N° 31, casa tabla y hormigón armado de color naranja al filo del camino principal.	-
Guamán Castillo Josefina	79	1100296878	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 36, casa de adobe con jardín en una subida y al filo de la carretera principal.	-
Castillo Palacios Rogelio	77	1100120375	Barrio San Jacinto. Sector I. Casa N° 36, casa de adobe con jardín en una subida y al filo de la carretera principal.	-

Ríos Reyes Rosa Elvia	60	-	Barrio San Jacinto. Sector II. Casa N° 15. Casa de 2 pisos frente a la capilla.	-
Humberto Carlos Morales	62	-	Barrio San Jacinto. Sector II. Casa N° 15. Casa de 2 pisos frente a la capilla.	-

PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS - DEGENERATIVAS EN EL BARRIO SAN JACINTO

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD (años)	NUMERO DE CEDULA	ENFERMEDAD, CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Aguilar Albito José Miguel	33	-	HTA	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 3 casa amarilla a un lado de la capilla.	0996955395
Sarmiento Granda Jorge Eleuterio	67	-	Artritis reumatoide	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 5 casa de hormigón armado de color blanca a un lado de la capilla.	2-541-843
Paccha Quinche Rosa Isabel	52	1102064068	DMT2	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 6 de adobe de color blanco en una tienda esquinera y a una cuadra de la capilla.	2-541-849
Granda Paccha José Daniel	67	1722004833	Alcoholismo		
Uchuari Quinche José María	59	1101419859	ACV, HTA	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 7 casa de adobe a pocos pasos de la tienda y al filo de la carretera.	093946244
Paccha Quinde Natividad	55	1101420451	DMT2		

Japón Taday Marina	32	1103532659	Asma	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 13 a mano izquierda de la entrada del barrio	-
Pullaguari Tamay Hugo Victoriano	47	-	Alcoholismo	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 17 casa de color verde a mano izquierda de la entrada del barrio	-
Morocho Artiaga Luis Alberto	25	-	Alcoholismo	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 18 casa de hormigón armado a mano izquierda de la entrada del barrio.	0968432662
Villavicencio Placencio Mariana de Jesús	74	-	HTA Artritis reumatoide	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 23 casa de hormigón armado de color blanco con plomo al filo del carretero	2-541-835
Paccha Quinche Manuel Cruz	23	-	Alcoholismo	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 25 casa de adobe por un camino vecinal y cerca de la carretera principal.	0989782439
Uchuari Garrochamba Medardo Uchuari Segundo	35 -	-	Alcoholismo	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 26 casa de adobe por un camino vecinal cerca de las antenas.	-

Alejandro					
Sinchire Chamba Mario Vinicio	32	1103729057	DMT2	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 29 casa de 2 pisos alado de una casa en construcción y al filo de la carretera.	0985356580
Quinche Quizpe Segundo Mariano	55	-	Alcoholismo	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 30 casa de hormigón armado sin pintar y al filo de la carretera.	0999449512
Armijos Zavala Zoila	37	-	Hipotiroidismo	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 35 casa de hormigón armado en construcción y al filo de la carretera. Y a pocos pasos de la casa del discapacitado.	2-541-828
Lavanda Romero José Manuel	50	-	Alcoholismo	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 37 casa de hormigón armado sin pintar y al filo de la carretera a una cuadra de la capilla.	0999194064
Romero Lavanda Vinicio Rodrigo	32	1103815930	Alcoholismo	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 42 casa de hormigón armado s a una	098983590

				cuadra de la capilla.	
Tenezaca Zúñiga Marcelo Victoriano	51	1101398970 -	Artritis reumatoide Artritis reumatoide	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 04 casa de adobe a 2 casas de la lapidería.	-
Naranjo Benítez Laura María	65				
Vivanco Jaramillo Ángel Edgar	37	0703556027	Alcoholismo	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 05 de color verde de tabla cerca de la laguna del salado.	0992328108
Huanca Yanangomez Flavio Minos	43	1103028740	Alcoholismo	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 06 de color amarillo de tabla al final de los límites y a una 2 cuadras de la laguna del salado	-
Sinchire Pullaguari José	34	-	Alcoholismo	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 09 de color blanco de hormigón armado y cerca de la laguna del salado	0959223230
Medina Gueledel Gladys Lindaura	44	1102744198	HTA	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 13 casa de 2 pisos cerca atrás de la casa del discapacitado.	-
				Barrio San Jacinto Sector II	

Pugo Cañarte Darwin Geovanny	30	1104324353	Alcoholismo	casa N° 14 casa de tabla en un caserío y cerca de la laguna del salado.	-
Morales Ríos Moisés Humberto	26	1104689441	Alcoholismo	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 15B casa de 2 pisos frente a la capilla y a un lado de los juegos.	-
Chamba Pullaguari Rosa Esperanza	57	1101471033	DMT2	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 16 casa de hormigón armado frente a la capilla.	2-540288
Tigre Ponce Manuel German	36	-	Alcoholismo	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 18 casa de hormigón armado a un lado de la lapidería	-
Benítez Gloria Estefanía	58	-	HTA	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 19 casa de adobe a una casa de la lapidería	-
Puga Alulima José María	59	1102190756	Alcoholismo	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 20 casa de adobe y tabla en un caserío y cerca de la laguna del salado.	-
Alvarado Pugo Mario Ibón	9	1105067084	SOPLO CARDIACO	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 22 casa de tabla a un lado de la laguna del salado.	2-541-852

ANEXO DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DEL BARRIO SAN JACINTO

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD (Meses)	VACUNACIÓN COMPLETA	DIRECCIÓN
Armijos Godoy Jostin Gabriel	8	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 2 A casa de color amarillo del presidente del barrio y a un lado de la capilla
Ramírez Hidalgo Doménica Nicole	4	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 13 casa de hormigón armado en una esquina y frente al letrero de los vergeles.
Cuenca Cárdenas Benjamín Isabel	3	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 21 casa de 2 pisos de color naranja por un camino y cerca de las antenas.
RN Sinchire Quinde	1	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 29 casa de 2 pisos junto a una casa en construcción y al filo del carretero.

ANEXO DE NIÑOS DE 12 A 23 AÑOS DEL BARRIO SAN JACINTO

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	VACUNACIÓN COMPLETA	DIRECCIÓN
Tenicela Uchuari Edison Fabián	1 año 4 meses	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 8 de tabla a una casa de la tienda y al filo de la carretera principal.
Cuenca Carrillo Isabel Monserrat	1 años	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 10 de color verde alado de las canchas del Sr: Quinde.
Quinde Quinche Jordán Rafael	1 años 1 mes	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 11 C de adobe junto a las canchas del Sr: Quinde.
Uchuari Sánchez Leslie Carolina	1 años 11 meses	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 14 casa de tabla a mano izquierda de la entrada del barrio.
Pacha Chuncho Damaris Priscila	1 años 6 mese	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 25 casa de adobe por un camino y cerca de la tienda.
Torres Pardo Emerson Jordán	1 año 8 meses	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 27 casa de hormigón armado por una quebrada y cerca de las antenas
Iñiguez Tenicela Lady	1 año 11 meses	X	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 03 casa de color blanca y a dos casas de la lapidería.
Aguilar Sinchire Yair Mateo	1 años 11 meses	X	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 07 casa de tabla de color amarillo entre los límites de San Jacinto
Pogo Aguilar Maitte Marisol	1 año 8 meses	X	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 14 casa de tabla y cerca de la laguna del salado.

ANEXO DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS DEL BARRIO SAN JACINTO

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	VACUNACIÓN COMPLETA	DIRECCIÓN
Lima Salinas Milagros Valentina	2 años	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 1 atrás de la capilla.
Aguilar Godoy Andrea Estefanía	3 años	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 3 de color amarillo a un lado de la capilla.
Cuenca Carrillo José David	2 años	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 10 de color verde alado de las canchas del Sr: Quinde.
Uchuari Uchuari Yessenia Liliana	2 años	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 16 casa del MIDUVI a mano izquierda de la entrada del barrio.
Pullaguari Taday Milton Geovanny	3 años 5 mese	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 17 casa de color verde a mano izquierda de la entrada del barrio.
Morocho Chamba Jair Alberto	3 años	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 18 color naranja a mano izquierda derecha del letrero de los Vergeles.
Pacha Chuncho Nataly Lorena	3 años	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 25 casa de adobe por un camino y cerca de la tienda.
Sinchire Quinde Elvis Mario	2 años	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 29 casa de 2 pisos junto a una casa en construcción y al filo del carretero.
Medina Granda Naidely Jazmín	3 años	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 31 casa tabla y hormigón armado de color naranja
Vicente Rosillo Wilmer Daniel	3 años	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 32 casa adobe al filo de la carretera como yendo a Turupamba.
Ponce Lavanda Evelyn Adriana	4 años	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 39 casa tabla junto a un caserío y a una cuadra de la capilla.

Romero Jaramillo Steven David	2 años 3 meses	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 41 casa de 2 pisos en construcción y a una cuadra de la capilla.
Romero Lavanda Lenin Rodrigo	4 años	X	Barrio San Jacinto Sector I casa N° 42 casa de hormigón armado y a una cuadra de la capilla.
Iñiguez Tenicela Lady	2 años	X	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 03 casa de color blanca y a dos casas de la lapidería.
Aguilar Sinchire Yair Mateo	2 años	X	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 07 casa de tabla de color amarillo entre los límites de San Jacinto y empezando Pucacocha.
Alulima Moreno Damaris Lisbeth	4 años	X	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 13 casa de 2 pisos atrás del discapacitado.
Pogo Aguilar Edison Daniel	4 años	X	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 14 casa de tabla y cerca de la laguna del salado.
Alvarado Pogo Nayhelli Yamileth	4 años	X	Barrio San Jacinto Sector II casa N° 22 casa de tabla y cerca de la laguna del salado.

ÍNDICE

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

PRELIMINAR	PÁGINAS
TÍTULO	1
RESUMEN.	2
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	6
METODOLOGÍA	47
ANÁLISIS DE RESULTADOS	49
DISCUSIÓN	75
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES	80
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	86
ÍNDICE	125