

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



TEMA:

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE
SALUD DEL BARRIO MOTUPE
BAJO SECTOR: VIII, IX, X, XI Y XII,
SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE
2013”**

Tesis previa a la obtención
del Título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

- Srta. Rosa Maricela Lima Morocho

DIRECTORA:

- Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

Loja - Ecuador

2013

CERTIFICACIÓN

Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga.

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

CERTIFICO.

Que el presente trabajo de investigación de tesis titulado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013**” de autoría exclusiva de la egresada Sta. Rosa Maricela Lima Morocho, ha sido dirigida, analizada y revisada detenidamente en todo su contenido y desarrollo bajo su dirección por tales razones autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal de grado asignado.

Atentamente.

Loja, Enero del 2014



Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

Directora de tesis

AUTORÍA

Yo, Rosa Maricela Lima Morocho, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de los posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

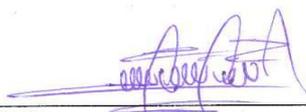
Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de este trabajo en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Rosa Maricela Lima Morocho

Firma:

Cedula: 1104988611

Fecha: Loja, Enero del 2014



Rosa Maricela Lima Morocho

CI: 1104988611

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

Yo, Rosa Maricela Lima Morocho, declaro ser autora, de la tesis titulada; **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**. Como requisito para optar al grado de Licenciada de Enfermería; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

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

Firma:

Autora: Rosa Maricela Lima Morocho

Cédula: 1104988611

Dirección: Obra Pía

Correo Electrónico: rosel_only@hotmail.com

Teléfono: 0980909373

Datos complementarios

Directora de tesis: Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

Tribunal de grado: Lic. Mg. Balbina Contento Fierro

Lic. Mg. Bertila Tandazo Agila

Lic. Mg. Patricia Chávez Poma

DEDICATORIA

Con sincero orgullo este trabajo va dedicado a Dios sobre todas las cosas, a mi madre por su incansable amor y apoyo, a mis hermanas sobrinos, cuñados por su cariño siempre oportuno y a todos quienes de una u otra manera me brindaron su ayuda para culminar con éxito este trabajo.

Rosa Maricela Lima Morocho

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Enfermería. Al personal docente por compartir sus conocimientos y experiencias, en particular mi gratitud a mi directora de tesis la Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga, quien me orientó en el desarrollo de esta investigación.

De manera muy especial al presidente del Barrio Motupe Bajo y al Sr. José Rodrigo González, también a los habitantes del Barrio por brindarme su apoyo, colaboración y toda la información necesaria, lo que permitió concluir con éxito la presente investigación.

A mi Familia: Porque sin su apoyo, no hubiese logrado hacer realidad mi meta propuesta y hacer de mi ejemplo de futuras generaciones, estoy segura que no los he defraudado.

Gracias..!!

Rosa Maricela Lima Morocho

TEMA

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO
MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII, SEPTIEMBRE-
DICIEMBRE DE 2013”**

RESUMEN

El diagnóstico comunitario de salud es el proceso de recolección de datos y su posterior análisis, para determinar cuáles son las necesidades de salud de la población que los servicios sanitarios deben atender estableciendo operaciones y acciones que permiten enfrentar los problemas y necesidades detectadas, dada la importancia se ha decidido realizar la presente investigación denominada: “DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XII Y XII, SEPTIEMBRE–DICIEMBRE DE 2013”. Planteándose los siguientes objetivos: Realizar diagnósticos comunitarios del área de influencia del Hospital Universitario de Motupe con sus respectivos perfiles epidemiológicos y mapas parlantes, que sirva de base para la formulación del Proyecto de Desarrollo en salud del sector con lo que se brindará sostenibilidad a las propuestas de trabajo de la unidad de salud 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.

El presente es un estudio de carácter descriptivo con un universo de 615 habitantes 324 mujeres y 291 hombres.

Finalizado el trabajo se establece las siguientes conclusiones:

El grupo etario que predomina es la población joven, referente al sexo es el femenino (52.68), el nivel de educación es el básico (45.36%), el método de planificación familiar más utilizado es el método del ritmo y las mujeres con vida sexual activa que no se realizan el papanicolaou (45.95%).

En cuanto al perfil epidemiológico las patologías crónicas encontradas son: la hipertensión arterial y diabetes mellitus, en las discapacidades se encuentran la visual, física e intelectual. Se respalda la investigación con bibliografía y anexos que contempla el desarrollo de la misma.

Palabras Claves: Estudio de salud, Diagnostico de Salud.

ABSTRACT – SUMMARY

The community diagnosis of health is the process of gathering of data and its later analysis, to determine which they are the necessities of the population's health that the sanitary services should assist establishing operations and stocks that you/they allow to face the problems and detected necessities, given the importance has decided to carry out the present denominated investigation: "DIAGNOSTIC COMMUNITY OF HEALTH OF THE NEIGHBORHOOD MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XII AND XII, SEPTEMBER-DECEMBER OF 2013". Thinking about the following objectives: To carry out diagnostic community of the area of influence of the University Hospital of Motupe with their respective epidemic profiles and speaking maps that it serves as base for the formulation of the Development project in health of the sector with what you will offer sostenibilidad to the working proposals of the unit of health and to offer specific services of infirmary, guided to offer the exercise from the right to the health of the less privileged group, like approach form to the community and linking strategy with the service of health.

The present is a study of descriptive character with an universe of 615 inhabitants 324 women and 291 men.

Concluded the work settles down the following summations:

The group etario that prevails is the young population, with respect to the sex it is the feminine one (52.68), the education level is the basic one (45.36%), the most utilized method of family planning is the method of the rhythm and the women with active sexual life that you/they are not carried out the papanicolaou (45.95%).

As for the epidemic profile the opposing chronic pathologies are: the arterial hypertension and diabetes mellitus, in the discapacidades the visual one, physics and intellectual are. The investigation is supported with bibliography and annexes that it contemplates the development of the same one.

INTRODUCCIÓN

“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, familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud.”¹

Ante estos problemas encontrados se plantea el presente estudio denominado **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”** en la cual se utilizó una metodología de estudio de tipo descriptivo.

En calidad de egresada de la carrera de enfermería mis objetivos son: realizar el diagnóstico comunitario del área de influencia del Hospital Universitario de Motupe con sus respectivos perfiles epidemiológicos y mapas parlantes, que sirva de base para la formulación del Proyecto de Desarrollo en salud del sector con lo que se brindará sostenibilidad a las propuestas de trabajo de la unidad de salud y brindar servicios específicos de enfermería.

El presente trabajo de investigación consta de las siguientes partes: En la primera se describe de modo detallado el marco teórico tomando en cuenta conceptos básicos y la coherencia con los objetivos.

En la segunda parte se presenta una exposición amplia de resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos como la ficha familiar y anexo.

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

La información obtenida a través de las entrevistas del barrio en estudio está presentada en tablas simples y su análisis se relaciona con las fundamentaciones teóricas.

Como siguiente apartado se presenta una discusión en la que se comparan los resultados obtenidos en este estudio con otros similares.

Finalmente se describen conclusiones a las que se llegó y relacionadas a ellas se presentan las recomendaciones con las que se pretende contribuir a mejorar la salud de las personas.

REVISIÓN DE LITERATURA

DIAGNOSTICO 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)

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

Mapeo de Actores

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

- ② Conformación y/o fortalecimiento de la organización comunitaria de salud
–Comité local de salud.
- ② Diagnóstico Situacional.
- ② Diagnóstico Dinámico.

Fases y herramientas para la implementación del Modelo de Atención

- ② Mapa Parlante.
- ② Sala Situacional´.

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

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

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

Con el objetivo de garantizar el acceso y la continuidad de la atención se asigna un **EAIS** a un grupo de familias de acuerdo al estándar establecido por la autoridad sanitaria quienes tienen la responsabilidad de implementar la ficha familiar, identificar riesgos y factores protectores, establecer planes de intervención en conjunto con el resto del equipo de la unidad de salud más cercana.³

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

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

En el Ecuador en el año 2010 y según los indicadores de salud una de las enfermedades más comunes y que ocupan uno de las primeras causas de morbilidad son las Enfermedades Respiratorias Agudas con 1.703,083 casos y en segundo lugar están las Enfermedades diarreicas agudas con 516,567 casos,

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

así mismo se encuentran las Enfermedades Crónicas Transmisibles como la Tuberculosis Pulmonar BK- con 480 casos, referente a las enfermedades prevenibles por vacunación tenemos la hepatitis B con 236 casos, tosferina con 125 casos y tétanos 13 casos, siendo estas las principales causas de consulta externa en las unidades operativas del **MSP**.

Según el **INEC** (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador) en el 2010 las Infecciones de Vías Urinarias son un problema de salud que se ubica en el octavo puesto con una tasa de 10.3% en las mujeres con relación a las diez principales causas de morbi-mortalidad.

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

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

Las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos, se evidencian en aspectos biológicos; se explican, fundamentalmente, por el tipo y forma de la actividad productiva, en los porcentajes alarmantes de poblaciones con necesidades básicas insatisfechas, la pobreza de consumo, el acceso a los servicios de salud, las distintas culturas, la forma y consumo de alimentos, el

clima, y, otras más que constituyen un complejo variante (condicionantes-determinantes) que exige superar el enfoque biológico⁴.

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 provincias⁵.

En cuanto a la densidad demográfica es de 55,6 habitantes por Km², las provincias con mayor densidad poblacional son Pichincha con 269,5 habitantes por Km² y Guayas con 227,5; mientras que las de menor densidad son Pastaza y Galápagos con 2,8 habitantes por Km² cada una⁶

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 de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

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. Al igual que en el país, la estructura por edades presenta proporciones variables según el censo realizado en 2010. El 31,5% de la población de la provincia es menor de quince años; el 26,5% comprende las edades de 15 a 29 años y un 32,8% está entre los 30 y 64 años. La población adulta mayor representa aproximadamente el 9,1%⁸.

NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

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

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

⁸ Resultados provinciales, Loja; Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>; Consultado: 05/11/2013; Hora: 19h00

educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone la actual sociedad⁹.

ANALFABETISMO

En el Ecuador, la noción de analfabetismo se vincula a personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir. Las nociones de analfabetismo y alfabetización siguen apegadas a la definición acuñada por el **UNESCO** (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), "Una persona analfabeta no puede leer entendiendo lo que lee ni escribir una descripción sencilla y breve de su vida cotidiana" (**UNESCO** 1958). "Una persona es funcionalmente analfabeta cuando no puede dedicarse a las actividades en las que hace falta saber leer y escribir para el funcionamiento efectivo del grupo o la comunidad a la que pertenezca la persona, para su desarrollo propio y de la comunidad" (UNESCO 1978).¹⁰

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

Una de las principales causas del analfabetismo es la pobreza, debido a que las condiciones de vida en las que se encuentran las familias ecuatorianas ocasionan que no todos los niños y adolescentes tengan la posibilidad de acceder a una educación. Primero se busca satisfacer las necesidades básicas de un hogar, antes que un miembro de la familia asista a una escuela. Los hogares tienen como objetivo generar dinero por medio del trabajo, incluso infantil, apartándolos del acceso a la educación¹¹.

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

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

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

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 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 escolar¹².

En la provincia de Loja la deserción escolar constituye un problema, pues la condición económica de algunas familias no permite que sus hijos continúen sus estudios, limitando sus posibilidades de desarrollo. La deserción en los niños matriculados en primer año de Educación Básica alcanza el 5,8%, sin embargo en los cantones de Olmedo y Chaguarpamba este índice alcanza el 12,2 y 11,1%, lo que evidencia la pobreza existente en estas zonas.¹³

¹² La *deserción*; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf>; Consultado: 09/12/2013; Hora: 22h00

¹³ Educación en la Provincia de Loja; Disponible en :<http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109>; Consultado: 28/11/2013; Hora: 10h00

OCUPACIÓN

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

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

“Según el Censo del 2001, la provincia de Loja está dedicada mayoritariamente a la agricultura y ganadería (19%), seguida del comercio (17%) y por el grupo humano que está dedicado a la enseñanza (17%), el resto del porcentaje (30%) de la población económicamente activa (**PEA**) está ubicado en actividades tales como construcción, administración pública, industrias manufactureras y transporte y comunicaciones.”¹⁵

FACTORES DE RIESGO.

Características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya existencia en los individuos o familias incrementa la probabilidad de presentar algún daño en salud. El ministerio de Salud Pública ha considerado clasificar los factores de riesgo en grupos y componentes los cuales son los siguientes:

¹⁴ Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf. Consultado: 09-12-2013

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

RIESGOS BIOLÓGICOS

Personas con vacunación incompleta:

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

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

Personas con mal nutrición (sobrepeso o desnutrición):

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

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

Embarazadas con problemas:

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

Todas estas mujeres embarazadas estuvieron dentro del Programa de 7 Controles Prenatales. Mientras que en el mes de Junio, estuvieron dentro del

programa, 155 mujeres, las que al término del embarazo, dieron a luz a niños completamente sanos, lo que habla del éxito de que un buen control prenatal va en directo beneficio del binomio madre e hijo.

Personas con discapacidad:

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

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

Personas con problemas mentales:

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

Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. En Ecuador un estudio realizado por los médicos Santiago Luna, Flor María Bazurto, Inés del Pino integrantes de la Misión Solidaria Manuela Espejo, reveló que la discapacidad mental por demencia en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad¹⁷.

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

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

RIESGOS SANITARIOS

Consumo de agua insegura:

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

Mala eliminación de desechos líquidos:

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

Impacto ecológico por industrias:

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

Animales intradomiciliarios:

Las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes y dan como resultado infecciones localizadas; sin embargo, existen otras infecciones que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud informe a la familia que tenga en su domicilio mascotas, las posibles

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

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

Desempleo o empleo informal del jefe de familia:

Es una de las principales causas la migración, lo que desintegra núcleos familiares, hijos sin la presencia de ambos padres.

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

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

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

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

Analfabetismo del padre o de la madre:

El analfabetismo aumenta la vulnerabilidad socioeconómica presente y futura de los adultos, pero también es un importante agente de reproducción de dicha condición a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones. El Ministerio de Educación de Ecuador trabaja para reducir la tasa de analfabetismo del 6,8% según datos entregados por el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC) para llegar al 4%.²¹

Desestructuración familiar:

En la última década, el porcentaje de familias desestructuradas ha ido en vertiginoso aumento en el mundo entero, y de manera especial en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados. Las causales principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos. En los procesos de desestructuración del núcleo familiar influyen, además, las condiciones que obligan a que ambos cónyuges trabajen fuera del hogar, pues de esta manera el sistema extra familiar puede crear o exacerbar los conflictos entre la pareja.

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

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

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

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 la canasta básica, estimada en 450 dólares mensuales.

Hacinamiento:

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

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

²²Disponible en:<http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx10/12/2013>, 8:20

²³Disponible en:https://www.google.com.ec/?gws_rd=cr&ei=viynUpOAI8efkQepzoCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador10/12/2013.

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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos: ²⁴

- Ⓢ Accidentes cerebrovasculares.
- Ⓢ Enfermedades respiratorias crónicas.
- Ⓢ Obesidad.
- Ⓢ Diabetes.
- Ⓢ Trastornos neuropsiquiátricos.
- Ⓢ Afecciones digestivas.
- Ⓢ Discapacidad visual y auditiva.
- Ⓢ Enfermedades osteoarticulares.
- Ⓢ Enfermedad renal.

Impacto de las Enfermedades Crónicas

En 2008 las enfermedades crónicas (Diabetes mellitus, enfermedades Cerebrovasculares, Enfermedades Hipertensivas, Cardiopatía Isquémica,

²⁴ Centro de nutrición molecular y enfermedades crónicas. Facultad de medicina. Universidad católica de Chile (disponible en: http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas_.php. Consultado: 09/12/13)

Insuficiencia Cardíaca y Cirrosis) fueron las principales causas de muerte en la población general de Ecuador. “En el caso del sexo femenino las principales causas de mortalidad eran la diabetes mellitus, las Enfermedades Hipertensivas, las Enfermedades Cerebro-Vasculares y la Influenza y Neumonía, responsables de 25% de las muertes totales. A estas causas le siguieron las Enfermedades Isquémicas del corazón, los padecimientos Cerebro-Vasculares, la Influenza y Neumonía, las enfermedades Hipertensivas y la Diabetes Mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales.”²⁵

A nivel mundial existen más de 347 millones de personas viviendo con diabetes. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**) correspondientes al año 2011, esta enfermedad es la primera causa de muerte en el Ecuador.

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

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

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

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

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 2030, a escala mundial, aumentarán las defunciones ocasionadas por enfermedades no transmisibles (ENT). Las enfermedades cardiovasculares aumentarán de 17 millones a 25 millones, mientras que las muertes ocasionadas por el cáncer aumentarán de 7,6 millones a 13 millones.²⁶

Los tipos de enfermedades degenerativas son:

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

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

²⁷Enfermedades crónicas: Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php, a las 10:45

ENFERMEDADES DE IMPACTO.

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

Las muertes por el **SIDA** y la tuberculosis, la malaria, las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias representan una gran parte de la carga de las enfermedades infecciosas²⁸.

Entre ellas tenemos:

Enfermedades de transmisión sexual:

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

Entre las ITS más comunes encontramos:

- ② **VIH – SIDA.** 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

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

²⁹Control 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>

- Ⓢ **HEPATIS 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 *Candida albicans*. La *Candida* siempre está presente en el organismo en pequeñas cantidades.
- Ⓢ **Sífilis.** Es una ETS causada por una bacteria, Infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a los hombres como a las mujeres.
- Ⓢ **Chancro Blanco.** Un chancro es una lesión primaria de la sífilis, indolora, que aparece en el lugar de entrada de la infección. Se presenta como una pápula pequeña o como una erosión.
- Ⓢ **Herpes.** El herpes es una infección causada por un virus herpes simple (VHS). Puede afectar los genitales, las nalgas o el área del ano.

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:** La 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.** La enfermedad diarreica aguda es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas.
- Ⓢ **Infección Respiratoria Aguda.** Es una enfermedad causada por una infección aguda de la tracto respiratorio superior: nariz, senos nasales, faringe o laringe, la mayor parte de las infecciones respiratorias altas son causadas por virus, especialmente el rinovirus.

DISCAPACIDAD

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

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

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

Muchas discapacidades se desarrollan por hipoxia, asociada a partos no tradicionales, además producto traumatismos, prematuridad, y eventos

postnatales asociados", explicó Gamez al tiempo que destacó el aporte del estudio de 651 muestras en el Centro Nacional de Genética de Cuba.³⁰

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

Personas con Discapacidad Carnetizadas

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

Tipos de discapacidad

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

- Ⓢ **Discapacidad Cognitiva:** presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y en el aprendizaje.
- Ⓢ **Discapacidad Sensorial:** corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.
- Ⓢ **Discapacidad Intelectual:** se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.³¹

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

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

TRANSTORNOS MENTALES

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

Entre estos problemas tenemos:

Ansiedad:

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

Pánico:

Son sensaciones repentinas de terror sin un motivo aparente, pueden presentarse síntomas físicos como: taquicardia, dolor en el pecho, dificultad para respirar y mareos. Es más común entre las mujeres que entre los hombres. Algunas veces comienza cuando una persona se encuentra sometida a mucho estrés.³²

Estrés Postraumático:

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

Fobias:

Es un temor fuerte e irracional de algo que representa poco o ningún peligro real. Existen muchas fobias específicas. La acrofobia es el temor a las alturas, la agorafobia es el temor a los lugares públicos y la claustrofobia es el temor a los espacios cerrados.³³

Trastorno Bipolar:

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

Depresión:

Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.³⁴

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.³⁵

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

³³MEDICINE PLUS. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/phobias.html>, Citado: 06/12/2013, Hora: 11h30 am

³⁴Depresión, Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html, Citado: 06/12/2013, Hora: 11h30 am

³⁵ PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. Consultado: 09-12-2013

el año 2009 alcanza el 97% de cobertura, SRP el 15%, el menor incremento reportado es en BCG 2%.³⁶

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 futuro³⁷.



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”³⁸ lo que se puede destacar que la prueba del talón ha sido oportuna en cuanto a la detección temprana de las discapacidades en las que se puede corregir a tiempo estos errores genéticos.

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

³⁶ Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>. Consultado: 09-12-2013

³⁷ Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec>. Consultado: 09-12-2013.

³⁸ 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

- Ⓢ **Hipotiroidismo Congénito:** Es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un RN, es la causa más común de retardo mental prevenible. Con la prueba se pretende prevenir el retraso mental.
- Ⓢ **Fenilcetonuria:** Es un desorden del metabolismo debido q 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%. La prueba de tamizaje previene el retraso mental.
- Ⓢ **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 sexos³⁹. La prueba previene la muerte antes del primer mes de vida y de alteraciones del sexo.
- Ⓢ **Galactosemia:** Se produce cuando el organismo no puede metabolizar la galactosa, un azúcar simple de la lactosa presente en la leche animal y humana. Es una enfermedad hereditaria causada por una deficiencia enzimática y se manifiesta con incapacidad para metabolizar la galactosa en glucosa lo cual provoca una acumulación dentro del organismo produciendo lesiones en el hígado, sistema nervioso central, cerebro, riñones y ojos. El tamizaje previene el retraso mental y la muerte antes del primer mes de vida.

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

³⁹ 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.

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

La valoración del estado nutricional, se relaciona con la medición del crecimiento, el cual está determinado genéticamente para el incremento de masa corporal libre de grasa. Si el niño permanece sano y asegura una fuente adecuada de nutrimentos durante sus etapas críticas de crecimiento físico, lograría cumplir todo su potencial genético.⁴⁰

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.

⁴⁰ 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 la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida.

A nivel mundial, se estima que solo el 38% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva durante sus 6 primeros meses.⁴¹

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

⁴¹ La lactancia materna garantiza salud y subviviencia 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>

los 9 a los 11 meses. Entre los 12 y los 24 meses, deben dárseles tres comidas y pueden ofrecérsele otros dos refrigerios nutritivos, si lo desean. Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento.

Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica para evitar al máximo el riesgo de contaminación. Alimentar a un niño pequeño requiere una atención activa y estimulación para animarlo a comer.⁴²

CONTROL DEL NIÑO SANO

La Norma Oficial de la **OMS** establece que durante el primer año, un niño (a) debe revisarse clínicamente al momento del nacimiento, a la semana de vida y al mes de edad y posteriormente, a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses. Durante el segundo año de vida, debe ser evaluado cada 3 meses; de los 2 a los 5 años por lo menos de 2 a 3 veces al año y a partir de entonces, de 1 a 2 veces al año. La revisión clínica debe ser ajustada a cada paciente.



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

⁴² Hata que edad es importante alimentar al bebe solo con leche materna disponible en <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html> 2013

Ya analizado el crecimiento y desarrollo del niño pasamos al aspecto de las inmunizaciones (vacunas). Por ello los padres deben recibir la información actual acerca de todas las enfermedades que se previenen con el esquema básico que nos ofrece el Sector Salud.⁴³

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”.

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

⁴³ Pediatría control del niño sano disponible en: <http://pediatria.org/?p=214> 2013

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

Valoración del Estado Nutricional IMC:

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

DATOS ESTADÍSTICOS

En el Ecuador es evidente la emergencia del sobrepeso y la obesidad: el exceso de peso se caracteriza por bajas tasas durante los primeros años de vida, 6,5% en la edad infantil, aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar, 14% de sobrepeso/obesidad en escolares ecuatorianos de ocho años de edad que habitan en el área urbana incremento sostenido durante la adolescencia en un 22% a nivel nacional.⁴⁴

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”.⁴⁵ El mismo considera que, los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

VACUNACIÓN DT (Difteria y Tétanos)

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

⁴⁴ MSP. Normas de Nutrición para la prevención secundaria de sobrepeso y la obesidad en niños y niña adolescentes. http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDARIA.pdf

⁴⁵ Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC <http://www.alimentatecuador.gob.ec>

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

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

AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

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

- ② **Test de Snellen**: son los más populares. Están formados por filas de letras que van de tamaño más grande a más pequeño conforme bajamos la mirada. Cuanto más abajo logre ver nítido el paciente, mayor agudeza visual tendrá. ⁴⁶

Proyecto de Detección Temprana e Intervención de Discapacidad Visual Ecuador

El Proyecto de Detección Temprana e Intervención de Discapacidad Visual a través del mismo busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población pre-escolar y escolar

⁴⁶ 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

la discapacidad visual y finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual.⁴⁷

ESTUDIO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

Educación Básica

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

Los conocimientos que deben ser logrados por los niños y niñas entre 5 y 14 años en la educación básica tendrán que estar asociados con la modernización productiva, la tecnología de la información y el desempeño de una nueva ciudadanía. Todo ello bajo el desarrollo de capacidades que los lleven a resolver problemas, tomar decisiones e integrar el arte y la comunicación a sus procesos formativos.⁴⁸

Datos estadísticos:

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

⁴⁷ 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.

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

el acceso a la educación básica. Uno de los logros de la equidad es lo que este indicador señala. Tanto el 95% de las niñas como de los niños ecuatorianos asisten al sistema escolar.⁴⁹

Educación media

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

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

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

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

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

Datos estadísticos:

No hay diferencias significativas entre adolescentes hombres y mujeres en el acceso a la educación media. Seis de cada diez mujeres, e igual número de hombres asisten al bachillerato. Las proporciones entre los que están en el sistema escolar, sin importar el nivel básico y secundario tampoco arroja diferencias de género.⁵⁰

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.

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

- ② **Factores sociales y culturales:** la clase social (determinada por el ingreso familiar, la escolaridad de la madre y del padre, el tipo y ubicación de la vivienda) ha sido reprobada como una variable relacionada con el hecho de que los alumnos sufran fracasos escolares.
- ② **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.).

⁵⁰ UNICEF. La Educación. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf. Creado el 10/12/2013

- ② **Factores familiares:** el rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante, porque es importante la percepción que tengan acerca de la valoración positiva o negativa de su familia hacia ellos, su percepción del apoyo que ella les presta, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.
- ② **Factores personales:** se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recorriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales⁵¹.
- ② **Pereza:** Las transformaciones físicas (como aumento de estatura, aparición de caracteres sexuales secundarios, etc.) junto con la inestabilidad de emociones y sentimientos. Explican por qué con frecuencia el adolescente se siente fatigado y le es más difícil concentrarse.
- ② **Conflictos propios de la adolescencia:** El adolescente entra en conflicto con los valores de su infancia, cuestiona normas y orientaciones que recibió durante sus años anteriores.
- ② **Mala alimentación:** Los adolescentes en esta etapa de su vida requieren una mayor cantidad de nutrientes ya que las consecuencias de una mala nutrición ocasiona bajo rendimiento escolar, falta de atención, concentración, entre otros problemas que impiden gravemente que desarrollen adecuadamente las habilidades previstas por el sistema educativo”.

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES

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

⁵¹ Torres L. Rodríguez N. Rendimiento académico y contexto familiar. Disponible en :<http://www.orienta.org.mx/docencia/Docs/Sesion-7-8/Torres.pdf>

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

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

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

El trastorno de conducta ha sido asociado con:

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

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

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

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

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

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

PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL ADOLESCENTE

Los problemas de conducta 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.⁵²

Entre problemas de conducta tenemos:

- ② **Conducta Agresiva:** Es la forma de expresión de los sentimientos, creencias y opiniones, sin considerar la autoestima, sensibilidad o respeto hacia los demás.
- ② **Conducta Pasiva:** Los demás se aprovechan de él fácilmente (además, fomenta esta actitud).
- ② 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.

⁵² 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

- ② **Conducta Asertiva:** Es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y profundamente respetuosa. Su meta es: Lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo amerita.
- ② **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.
- ② **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.⁵³

ATENCIÓN MATERNA

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

La misma que comprende:

- ② **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%.
- ② **Infantil.** El Plan Materno Infantil prevé la realización obligatoria de estudios para detección de la fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito y enfermedad fibro quística del recién nacido. Además ofrece cobertura de consultas, seguimiento y control, inmunización y medicación requerida

⁵³Problemas típicos de adolescentes, consejos para padres, e intercambio de casos e ideas disponible en: <http://adolescentes.euroresidentes.com/2012/07/adolescentes-agresivos.html>

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.

CONTROLES MÉDICOS EN EL EMBARAZO

El control prenatal un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los riesgos y complicaciones del embarazo, que amenazan la vida de la madre y el feto, comprende el control de salud tanto de la madre como del niño antes del parto, para prevenir los riesgos que se pueden presentar en esta etapa.⁵⁴

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.⁵⁵ 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.

⁵⁴Dra. MARTÍNEZ. A. <http://ginecologaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05embarazoz.html>

⁵⁵CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.

VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS

La inmunización materna es una intervención potencial para prevenir muchas enfermedades durante el embarazo y protege a la madre como al feto. Se considera que las mujeres embarazadas son especialmente vulnerables a las infecciones. “Todas las mujeres en edad fértil deberían estar inmunizadas frente a las enfermedades más comunes que pueden suponer un riesgo durante el embarazo.

En el Ecuador, el tétanos neonatal ha sido eliminado como problema de salud pública nacional y provincial (**OPS**, 2008). El impacto a la fecha, se demuestra con la disminución de la tasa de TNN a 0.02 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. A pesar de ser la vacunación un método sencillo y económico para prevenir el tétanos neonatal, aún existen en nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tétanos.”⁵⁶

“Es más probable que las mujeres embarazadas se enfermen gravemente de influenza que aquellas que no están embarazadas. Los cambios que ocurren durante el embarazo en el sistema inmunitario, el corazón y los pulmones hacen que las mujeres embarazadas sean más propensas a enfermarse gravemente de influenza, lo cual puede llevar a una hospitalización e incluso a la muerte. Una mujer embarazada y que tiene influenza también tiene una probabilidad más alta de que su futuro bebé presente problemas graves, incluido un aborto espontáneo o un parto prematuro. La vacuna contra la influenza puede proteger a las mujeres embarazadas y a sus futuros bebés, antes y después del parto.”⁵⁷

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

⁵⁶Incidencia 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>

⁵⁷Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza; disponible en:<http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/>

Éstas son:

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

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

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

Otras complicaciones del embarazo:

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

insulina. El resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia).

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

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.⁵⁸ El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos.

Es muy frecuente en países de bajos ingresos y se produce por la protección insuficiente que pasa de la madre al feto junto con infección que entra en el recién nacido a través del cordón umbilical. La revisión de estudios que evalúan la vacunación de mujeres en edad fértil mostró menos casos de tétanos neonatal al aplicarse dos o tres dosis.⁵⁹

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.⁶⁰

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.

⁵⁸Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

⁵⁹Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959> Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

⁶⁰Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

a) Métodos Naturales

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

b) Métodos de Barrera

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

c) Métodos Hormonales

Actualmente, los métodos anticonceptivos Hormonales son los más utilizados a nivel mundial, ya que ofrecen las tasas más altas de eficacia anticonceptiva entre ellos se encuentran:⁶¹

- Ⓢ La Píldora.
- Ⓢ Inyectables.
- Ⓢ Implante.

PAPANICOLAOU

En nuestro medio este examen se conoce con el nombre de prueba citológica, pero su nombre es prueba de Papanicolaou, y en muchos países se le dice el Papa-test o Papa-smear.

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

La toma para el estudio orgánico o la pesquisa del cáncer cérvico-uterino se debe hacer directamente del exocérvix en la zona escamocolumnar mediante raspado superficial, con la espátula de Ayre o un depresor. Luego se tomará otra muestra del fondo del saco posterior⁶². “Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical.

⁶¹ Disponible en: <http://tvncanal.com/index.php>. Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45min.

⁶² Disponible en: GINECOLOGIA DE RIGOL. CAP. 5 Pag 41-42. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h15min.

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”⁶³.

⁶³RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia “Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador”

METODOLOGÍA

El desarrollo del trabajo con miras a la elaboración del diagnóstico comunitario, tuvo como punto de partida el acercamiento con los líderes comunitarios del sector, para conjuntamente con la comunidad establecer el diagnóstico participativo tendiente a determinar las características de la comunidad, sus fortalezas y necesidades. En esta investigación se consideró, que un diagnóstico comunitario es un proceso de recolección, ordenamiento, estudio y análisis de datos e información que nos permitió conocer mejor la realidad de la comunidad.

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

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

En lo referente al levantamiento del mapa del sector para la sectorización se estableció el criterio técnico de numeración de viviendas que se la realizó en forma factible para trabajar en base a la realidad de las comunidades.

Área de Estudio

EL Barrio Motupe Bajo se encuentra ubicado al norte de la ciudad de Loja a 7 km del Hospital Universitario de Motupe, es el más antiguo de esta ciudad tiene 140 años de creación, se cree que su nombre es procedente del Perú, de una tribu llamada motupex, hace unos 500 años. El nombre Motupe significa punto de encuentro o lugar despuntado. Se denomina punto de encuentro porque

donde actualmente se encuentra la iglesia, anteriormente existía un santuario que era visitado por las personas de los pueblos del norte.

Tipo de estudio

El estudio que se aplicó en este trabajo fue el descriptivo, tiene como principal objetivo el detallar hechos y características relacionadas con la población y su entorno.

Universo

El universo estuvo conformado por 155 familias y 615 habitantes del Barrio "Motupe bajo sector: VIII, IX, X, XI Y XII.

Técnica e Instrumento

Para la recolección de la información se realizó la visita domiciliaria y se aplicó la ficha familiar y su anexo.

Análisis de la información

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

Los resultados obtenidos fueron analizados e interpretados en tablas con su respectivo análisis e interpretación de la realidad de la comunidad.

Se realizó el levantamiento definitivo del mapa parlante, utilizando el programa de AUTOCAD el cual fue apoyado por el mapa físico que fue en el Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI Y XII.

Recursos materiales

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

RESULTADOS

TABLA N° 1

**FAMILIAS DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII”,
SEGÚN NIVEL DE COLABORARÓN.**

FAMILIAS	f	%
Familias que no colaboran	5	2.89
Casas no habitadas	13	7.51
Total de familias que colaboraron	155	89.59
TOTAL	173	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI Y XII
ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

Las familias que no colaboraron con la información para llenar la ficha familiar es el 2.89%, estas personas manifestaron que no tenían tiempo y que además no hacían uso de los servicios que brinda el Hospital Universitario de Motupe.

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD DEL BARRIO
“MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII”.**

SEXO EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	7	1.14	8	1.30	15	2.44
1- 4 años	33	5.37	27	4.39	60	9.76
5-9 años	25	4.07	35	5.69	60	9.76
10-19 años	60	9.76	57	9.27	117	19.02
20-64 años	171	27.80	150	24.39	321	52.20
65 años y más	28	4.55	14	2.28	42	6.83
TOTAL	324	52.68	291	47.32	615	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI Y XII
ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El grupo poblacional con mayor porcentaje en cuanto al sexo son las mujeres con 27.80% en relación a los hombres con 24.39% en el grupo de 20 a 64 años, en cuanto al grupo etario el 40.98% representa la población joven, en este grupo están incluidos los menores de 1 año hasta los 19 años.

Según estudios nacionales, en el transcurso de las dos últimas décadas se observa una constante disminución en la población menor de 5 años, esto se debe a la tendencia decreciente del promedio de hijos que tienen las mujeres en el Ecuador. Por otro lado, la población de 40 años y más se ha incrementado debido a que son generaciones sobrevivientes con altos índices de natalidad.⁶⁴

⁶⁴ Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo Nacional. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf#3208. Consultado el 30 de Noviembre del 2013

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII”, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD	f	%
Analfabetos	6	0.98
Sin Escolaridad	62	10.08
Básica	279	45.36
Bachillerato	173	28.13
Superior	95	15.45
TOTAL	615	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI Y XII
ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
NOTA: la categoría sin escolaridad incluye a niños menores de cinco años

ANÁLISIS:

El nivel de escolaridad destacado es el básico con 45.36% y el bachillerato con 28.13%, la población de analfabetos representa un mínimo porcentaje siendo del 0.98%, conformado por los adultos mayores en su totalidad.

En el Ecuador la educación es uno de los deberes primordiales del Estado y un derecho de las personas, además. Los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, se analiza el nivel de escolaridad de los ecuatorianos, en el año 2010 el mayor grado de escolaridad lo tiene la población que reside en el área urbana con 10.9%, la población del área rural alcanza los 7.2% de escolaridad. El grado de mayor escolaridad presenta el grupo de 24 a 34 años con 11.1%, los adultos mayores presentan el menor grado de escolaridad con un promedio de 5.4%, alcanzan el quinto año, no se observan diferencias significativas en los grupos de edad entre hombre y mujeres.⁶⁵

⁶⁵ Instituto nacional de estadísticas y censo. Análisis revista coyuntural. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf#5963>. Consultado el 30 de Noviembre del 2013

TABLA N° 4

RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII”.

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		POBLACIÓN	
	f	%	f	%	TOTAL	%
Habitantes con problemas de mala nutrición	68	11.06	547	88.94	615	100
Habitantes con discapacidad	12	1.95	603	98.04	615	100
Habitantes con enfermedades de impacto	1	0.16	614	99.83	615	100
Embarazadas con problemas	1	0.16	614	99.83	615	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI Y XII
 ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

Los riesgos biológicos encontrados en los habitantes es la malnutrición y sobrepeso con 11.06%, personas con discapacidad, física, visual e intelectual con 1.95% y con 0.16% se encuentra una mujer en edad gestacional con el antecedente de cesárea anterior, la enfermedad de impacto presentada es la infección de vías urinarias a repetición.

El Ecuador está presenciando un incremento de obesidad, esta “doble carga” de malnutrición es el resultado de varios factores: la rápida urbanización, la adopción de dietas occidentales con altos contenidos de carbohidratos refinados, grasas y azúcares, combinadas con un estilo de vida sedentario. Son causas principales que contribuyen al incremento del sobrepeso y enfermedades crónicas. Los factores culturales, las percepciones y creencias sobre los distintos tipos de alimentos también podrían jugar un papel importante⁶⁶.

⁶⁶ Instituto Nacional de Estadística y Censos; Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico nacional para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, proceso de normalización y de control y mejoramiento de la salud pública. Quito: INEC; MSP: 2011. Disponible en: <http://www.paho.org>. Consultado el 30 de Noviembre del 2013

TABLA N° 5

RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII”.

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		POBLACIÓN	
	f	%	f	%	TOTAL	%
Animales Intradomiciliarios	7	1.14	608	98.86	615	100
Impacto ecológico por industrias	1	0.16	614	99.83	615	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI Y XII

ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

Dentro de los riesgos sanitarios encontrados en un mínimo porcentaje están los animales intradomiciliarios con 1.14%, constituyen riesgo para la salud ya que se observó que no hay medidas adecuadas de aseo.

Un estudio realizado ha demostrado que la convivencia con mascotas como, los perros o gatos, pueden transmitir enfermedades si no se lleva un estricto control en el aseo de la hábitat de los animales y la realización de controles con el veterinario.

El riesgo de tener mascotas son las posibles mordeduras y las alergias que son las amenazas más comunes y dan como resultado infecciones localizadas, sin embargo, existen otras infecciones (parasitarias, bacterianas, virales y micóticas) que pueden ser transmitidas.⁶⁷

⁶⁷ Barros Jenny Elizabeth, Beltrán Ma. Gabriela, Bravo Adriana Ximena. TRABAJO DE INVESTIGACION PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO. Cuenca 2010. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3477/1/MED103.pdf>. Consultado el 30 Noviembre del 2013

TABLA N° 6

**RIESGOS SOCIO – ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO
“MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII”.**

RIESGOS SOCIO – ECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		POBLACIÓN	
	f	%	f	%	TOTAL	%
Pobreza	52	8.46	563	91.54	615	100
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	43	6.99	572	93.00	615	100
Malas condiciones de la vivienda	20	3.25	595	96.74	615	100
Desestructuración familiar	18	2.93	597	97.07	615	100
Hacinamiento	8	1.30	607	98.69	615	100
Violencia/alcoholismo/droga	7	1.14	608	98.86	615	100
Analfabetismo del padre o madre	3	0.49	612	99.51	615	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI Y XII
ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

En los riesgos socioeconómicos encontrados, no existen porcentajes altos que estén afectado la economía de las familias, la pobreza representa el 8.46%, la causa es el desempleo o empleo informal del jefe de familia que está representado por el 6.99%, esto conlleva a tener ingresos económicos bajos y constituye un impedimento para acceder a algunos servicios básicos.

En el 2010, una medición hecha con el método de necesidades básicas insatisfechas (NBI) reveló que 37.13% de los hogares ecuatorianos eran pobres, los hogares en situación de extrema pobreza a nivel nacional representaban 13.4% en el 2010, presentándose una disminución de cuatro puntos al 17.4% en 2008, en el mismo periodo, en el área urbana los hogares en pobreza extrema descendió de 10.3% a 7.4%, mientras en el área rural lo hizo de 42.9% a 34.9%.⁶⁸

⁶⁸ Instituto Nacional de Estadística y Censos. Pobreza por necesidades básicas en el Ecuador a diciembre de 2010. Quito: INEC; 2011. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=. Consultado el 30 de Noviembre del 2013.

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII”.

A los niños que se les ha realizado el tamizaje es el 100%, este examen consiste en 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 futuro⁶⁹.

⁶⁹ Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec>. Consultado: 09-12-2013.

TABLA N° 7

**ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN LOS HABITANTES DEL BARRIO
“MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII”.**

GRUPO HETARIO POBLACIONAL	COMPLETA		INCOMPLETA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 5 años	75	20.49	-	-	75	20.49
Escolares y adolescentes (5-19 años)	174	47.56	3	0.81	117	48.37
Mujeres en edad fértil	111	30.32			111	30.32
Embarazadas	3	0.81	-	-	3	0.81
Total	366	99.18	3	0.81	366	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI, Y XII
ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANALISIS:

En cuanto a los esquema de vacunación por grupo etario son del 100%, solo los escolares y adolescentes presentan un esquema incompleto en un mínimo porcentaje de 0.48%, siendo un factor la resistencia del niño y la inasistencia a clases ya que los equipos de salud visitan los establecimientos educativos para la administración del biológico.

El Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), tiene como finalidad asegurar la inmunización universal y equitativa de la población, usando vacunas de calidad y gratuitas que satisfagan al usuario.⁷⁰

La vacunación e inmunización sobre todo en los menores de cinco años la finalidad es prevenir y/o evitar la morbilidad y mortalidad en este grupo de población.⁷¹

⁷⁰ PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. Consultado: 09-12-2013
⁷¹ Ferreira Cynthia. La inmunización a menores de cinco años en los hogares del Ecuador al año 2012. <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf#4755>

TABLA N° 8
OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO “MOTUPE BAJO
SECTOR VIII-IX-X-XI-XII”.

OCUPACIÓN	f	%
Estudiante	195	31.71
Quehaceres domésticos	113	18.37
Sin ocupación	75	12.20
Chofer	60	9.76
Comerciante	42	6.83
Empleado privado	37	6.02
Empleado publico	30	4.88
Artesano	17	2.76
Albañil	14	2.28
Desempleado	12	1.95
Agricultor	10	1.63
Mecánico	9	1.46
Jubilados	1	0.16
TOTAL	615	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI Y XII.

ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: la categoría sin ocupación incluye a los niños menores de 5 años

ANÁLISIS:

Las ocupaciones que se encuentra con un mayor porcentaje son las que no generan ingresos económicos con 49.84 incluye a los estudiantes y los quehaceres domésticos, la población económicamente activa está conformada por el 35.62%, se desempeñan como choferes, comerciantes, empleados privados, albañiles y agricultores.

TABLA N° 9

LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII”.

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
Pública	499	81.14
Privada	116	18.86
TOTAL	615	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI Y XII

ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El lugar al que acuden los habitantes para realizarse los controles médicos y tratamiento de las enfermedades es a las casas de salud pública, entre estas sobresale el Hospital Universitario de Motupe, se debe a la cercanía y su fácil accesibilidad, mientras que el 18.86% acuden a la atención privada, como son las clínicas, policlínicos, ISSFA e ISPOL, para ellos es más factible, disponen de una situación económica media y no tiene que hacer filas en espera de un turno como lo hacen en los servicios públicos.

TABLA N° 10

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII”.

ESTADO NUTRICIONAL / IMC	NORMAL		DESNUTRICIÓN LEVE		SOBREPESO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Menores de 5 años	72	28.57	3	1.19	-	-	75	100
Escolares y adolescentes	165	65.47	8	3.17	4	1.59	177	100
Total	237	94.04	11	4.36	4	1.59	252	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI, Y XII

ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se eliminó la categoría de desnutrición moderada y obesidad por no existir datos.

ANÁLISIS:

El estado nutricional de los niños menores de cinco años, se realizó mediante la valoración del índice de masa corporal (peso sobre talla) y tomando los datos referenciales del ministerio de salud pública, se determinó que el 28.57% presenta una nutrición normal (12.9-18.5), se le atribuye a esto la alimentación con leche materna durante su primer años de vida o hasta los dos años de edad y el 1.19% padece desnutrición leve (10-12.8). A si mismo se encontró que en los escolares y adolescentes el 65.47% tiene un estado nutricional normal (18.5-24.9), el 3.17% desnutrición leve (17.00-18.49) y el 1.59% sobrepeso (25.00-29.99%), los factores desencadenantes pueden ser los hábitos alimenticios, el nivel socioeconómico, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que el sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública a nivel mundial cada vez más preocupante, afecta a edades más tempranas, según datos del 2010, hay alrededor de 43 millones de niños de cinco años con sobrepeso.⁷²

TABLA N° 11

**AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO
MOTUPE BAJO SECTOR: VIII, IX, X, XI, Y XII,**

AGUDEZA VISUAL	f	%
Normal	175	98.87
Con Problemas	2	1.13
TOTAL	177	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI Y XII
ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

En los escolares (5-9 años) y adolescentes (10-19 años), luego de la evaluación con la tabla de Snelle se determinó que solo un mínimo porcentaje del 1.13% presentan problemas visuales.

Estudios indican que alrededor de un 65% de las personas con discapacidad visual son mayores de 50 años, este grupo representa un 20% de la población mundial. Se estima que el número de niños con discapacidad visual asciende a 19 millones, de los cuales 12 millones la padecen debido a errores de refracción no corregidos (miopía, hipermetropía o astigmatismo), fácilmente diagnosticables y corregibles y 1.4 millones de menores de 15 años sufren ceguera irreversible.⁷³

⁷³Agudeza visual. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>. Consultado el 28 de Noviembre del 2013.

TABLA N° 12

PROBLEMAS DE CONDUCTA Y RENDIMIENTO ACADEMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII”.

ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON:	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Problemas de conducta	8	4.51	169	95.48	177	100
Rendimiento académico	165	93.22	12	6.77	177	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI Y XII
ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El 4.51% de escolares y adolescentes presentan problemas de conducta, siendo el mal comportamiento e irresponsabilidad y el 6.77% un rendimiento malo, cabe recalcar que para el rendimiento académico la palabra SI se refiere al buen rendimiento académico y No a un mal rendimiento, la información obtenida fue proporcionada por sus familiares.

La conducta adaptativa-social se define como la presentación de un conjunto de comportamientos interactivos que no se ajustan a las normas mínimas de convivencia exigidas por un contexto social y que por su frecuencia, intensidad y persistencia resultan desadaptativas y perjudiciales para el aprendizaje del alumno y para las personas que forman su entorno.⁷⁴

El nivel cultural que tiene la familia incide en el rendimiento escolar de sus hijos así como el nivel de formación de los progenitores, el nivel económico de la familia sólo es determinante en el rendimiento escolar cuando es muy bajo.⁷⁵

⁷⁴Rendimiento académico. Disponible en: <http://www.meduca.gob.pa/04unad/DNEE/pages/Los%20problemas%20de%20conducta%20en%20la%20escuela,%20Manual%20para%20el%20doce.pdf#3244>. Consultado el 28 de Noviembre del 2013

⁷⁵ http://miscelaneaeducativa.com/Archivos/entorno_familia.pdf

TABLA N° 13

MÉTODOS DE LA REGULACION DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO MOTUPE BAJO “SECTOR: VIII, IX, X, XI, Y XII”.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	f	%
Naturales	54	48.65
Artificiales	33	29.74
Irreversibles	24	21.62
TOTAL	111	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI Y XII
ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El método anticonceptivo más utilizado por las mujeres con vida sexual activa es el del ritmo con 48.65%, seguido de este están los métodos artificiales como son los implantes, T de cobre, inyectables, orales y como método irreversible tenemos la esterilización tubarica con 21.62%.

La disponibilidad de los métodos anticonceptivos ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual plena.⁷⁶

⁷⁶Métodos de la regulación de la fecundidad. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL72/72_6_547.pdf. Consultado el 29 de Noviembre del 2013

TABLA N° 14

REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII”.

PAPANICOLAOU	SI	
	f	%
Si	60	54.05
No	51	45.95
Total de Mujeres con Vida Sexual Activa	111	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI Y XII
ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

Las mujeres con vida sexual activa que se han realizado el examen del Papanicolaou son el 54.05%, representa una ventaja ya que este puede detectar oportunamente el Ca cérvico uterino y así darse oportunamente el respectivo tratamiento, hay que recalcar que un porcentaje considerable como es el 45.95% no se ha realizado el examen, lo cual determina riesgos para su salud.

En América Latina, la mortalidad femenina se ha incrementado por esta causa. Estas altas tasas se presentan en Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica, mientras que las más bajas son en Cuba y Puerto Rico, constituyen uno de los mayores problemas de salud para Latinoamérica y el Caribe, donde abunda el subdesarrollo, la pobreza, la educación limitada y la carencia o escaso acceso a los servicios de salud.⁷⁷

⁷⁷Papanicolaou. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL72/72_6_547.pdf. Consultado el 29 de Noviembre del 2013

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS,
DEGENERATIVAS, DE IMPACTO Y DISCAPACIDADES SEGÚN LA EDAD
DEL BARRIO “MOTUPE BAJO SECTOR VIII, IX, X, XI Y XII”.**

PATOLOGIAS	MENOR DE 1 AÑO		DE 1 A 4 AÑOS		5 A 9 AÑOS		10 A 19 AÑOS		20 A 64 AÑOS		65 Y MAS		TOTAL	
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	F	%	f	%
Crónicas	-	-	-	-	-	-	3	0.50	27	4.39	16	2.60	46	7.49
Degenerativas	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0.85	1	0.16	6	0.99
De impacto	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.16	-	-	1	0.16
Discapacidades	-	-	-	-	2	0.33	2	0.33	5	0.85	3	0.50	12	1.99
Ninguno	15	2.46	60	9.76	56	9.10	112	18.21	284	46.17	22	3.57	549	89.3
TOTAL	15	2.46	60	9.76	58	9.43	117	19.04	322	52.46	42	6.84	615	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Motupe Bajo Sector VIII, IX, X, XI Y XII

ELABORADO POR: Rosa Lima, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

La patología crónica más frecuente que afecta a los habitantes de 20 a 65 y más años es la hipertensión arterial seguida de la diabetes, Las enfermedades crónicas aquejan casi en igual proporción a hombres y mujeres, se las suele asociar principalmente a personas mayores.

La patología degenerativa encontrada más prevalente es la osteoporosis en el grupo de 20 a 64 años, también están el linfoma de hoddkin, reumatismo, artritis, en este mismo grupo se halla la enfermedad de impacto como es la infección de vías urinarias a repetición.

En las discapacidades están las físicas, intelectuales y visuales, con mayor porcentaje se encuentra la discapacidad física en la población de 20 a 64 años.

ACTIVIDADES REALIZADAS PARA DAR CUMPLIMIENTO AL TERCER OBJETIVO DEL PROYECTO:

ESTILOS DE VIDA COMO:

Ejercicio

Ayuda a reducir el peso y grasa corporal, en lo emocional, reduce la depresión, ansiedad, mejora la sensación de bienestar general, mejorando el desempeño en el trabajo y actividades sociales.

Tanto el correr, caminar, andar en bicicleta y nadar mejora la función cardiovascular y respiratoria, aumenta el consumo máximo de oxígeno, mejora el suministro de sangre a los músculos, disminuye el pulso y la presión arterial, mantiene a los huesos sanos, importante para prevenir la osteoporosis

Alimentación

Reducir la ingesta de grasas saturadas y llevar una dieta balanceada que incluya vegetales, frutas, carnes blancas, legumbres, lácteos, fibra y mucho líquido.

EDUCACION PRENATAL

Ejercicio regular durante el embarazo, caminar o nadar ayuda a la circulación de la sangre y al control del peso, puede reducir el riesgo de diabetes gestacional y ayuda a preparar el cuerpo para el parto y realizarse controles médicos periódicos para evaluar el crecimiento y desarrollo sano del embrión o feto, tomar vitaminas para prevenir la anemia. Además es importante mantenerse hidratada para evitar problemas como: presión arterial alta y estreñimiento.

CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL:

Se realizó a las personas de 20 años y más cuya finalidad era comprobar si alguien padecía de hipertensión arterial y aquellas personas que ya tenían esta patología la finalidad era ver si estaba controlada.

PLANIFICACION FAMILIAR

Se explicó sobre los métodos anticonceptivos más conocidos: palillos, condón, inyectables, orales y método del ritmo

VACUNACIÓN.

Se revisó los carnets de los niños menores de 5 años verificando que se encuentre el esquema completo y en caso de que no estuviese se informaba a la madre que lo llevara al Hospital Universitario de Motupe para que cumpla con las dosis.

DISCUSIÓN

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

El presente trabajo investigativo se realizó en el barrio Motupe Bajo sector VIII, IX, X, XI y XII, en donde se aplicó la ficha familiar y su anexo, mediante la visita domiciliaria a las familias de los sectores donde se pudo identificar lo siguiente:

En lo referente al sexo se encuentra predominando el femenino con 52.68% en relación al masculino con 47.32%. Según el diagnóstico comunitario realizado en Popayán indica que el 53% de los habitantes corresponden al género femenino y el 47% al género masculino, los datos obtenidos son similares al de este estudio⁷⁸.

En cuanto a la edad está representada por la población joven comprendida por los menores de un año hasta 19 años con 40.98%. El estudio realizado en Popayán revela que la población se halla concentrada entre los 5 y 44 años, lo que indica que es una población joven, dato que prácticamente coincide con este estudio.

En la escolaridad predomina el nivel básico con 45,36%, en el mismo estudio realizado en Popayán muestra que existe un bajo nivel educativo (analfabetismo y primaria en un 44%, los datos que están casi similar al de este estudio.

La población de mujeres en edad fértil (MEF) con vida sexual activa y que utilizan métodos de planificación familiar es el 58.11% siendo el más frecuente el método

⁷⁸ ALARCÓN Ana Luisa, MIRANDA Gloria Amparo, PALACIOS Nohemy DIAGNÓSTICO COMUNITARIO EN SALUD. Asentamiento Lagos de Occidente.Popayán.2009

del ritmo con 48.65%. El mismo estudio realizado en Popayán establece que el 38% de la población en edad reproductiva, utiliza métodos de planificación familiar. El método más frecuente es el quirúrgico 44%. Los dos estudios demuestran que un alto porcentaje de mujeres utilizan distintos métodos de control de la fecundidad.

Del grupo de las mujeres con vida sexual activa el 45.95% no se ha realizado el examen de Papanicolaou. En el estudio de Popayán el grupo de mujeres de 10 a 59 años, se detectó que el 57% no se realiza la citología cervico-vaginal.

En los riesgos biológicos encontrados están las personas mala nutrición con 11.06%. El estudio de Popayán muestra que existe alteraciones nutricionales (tanto por defecto como por exceso) en un 11%, los datos son similares, llegando a la conclusión la realización de acciones educativas en nutrición y alimentación, tendientes a reorientar los hábitos y costumbres alimentarias.

En lo que se refiere a la ocupación que genera ingresos económicos es el 35.62% sobresaliendo los choferes con 9.76%. un estudio realizado en Loja señala que el 44% de la población económicamente activa está concentrada en zonas rurales en la actividad agropecuaria, 20% en la industria de servicios personales y sociales, 12% en el comercio, hoteles y restaurantes, 7% en construcción, 5% en manufactura, 4% en transporte, 2% en servicios financieros y 6% en otras actividades. Los datos varían pero se puede concluir que ya sea en zonas urbanas o rurales la población desempeña diferentes funciones para generar ingresos económicos a sus hogares.

Las enfermedad crónicas que se encuentra con mayor porcentaje es la hipertensión arterial con 7.49%. Un estudio realizado por Adolfo Ortiz Barboza indica que la prevalencia de la hipertensión arterial afecta entre un 8% y 30% de los habitantes, estos datos se asemejan al de este estudio⁷⁹.

⁷⁹ Ortiz Barboza Adolfo. Enfermedades crónicas no trasmisible en Costa Rica [Internet]; [consulta 12 de febrero del 2014]. Disponible en: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/11%20Enfermedades%20cronicas.pdf>

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

CONCLUSIONES

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

- ④ En el Barrio “Motupe Bajo sector VIII, IX, X, XI y XII”, se trabajó con 155 familias quedaron pendiente cinco casas, se las visito por más de una ocasiones y no se encontraron, existen 615 habitantes, 324 mujeres y 291 hombres. Algunas de las familias están expuestas a riesgo bajo .El nivel de instrucción que prevalece es el básico, se encontró 6 analfabetos que lo conforman los adultos mayores. Entre las ocupaciones el 35.62% corresponde a población económicamente activa sobresaliendo los choferes. El método anticonceptivo utilizado por la mayoría de las mujeres con vida sexual activa es el método del ritmo, en cuanto a la vacunación la mayoría de los habitantes están inmunizados. Ante los problemas de salud los habitantes acuden a instituciones tanto públicas como privadas.

- ④ Mediante el perfil epidemiológico se pudo contribuir con el Hospital Universitario de Motupe en la actualización de la clasificación de las enfermedades crónicas-degenerativas de impacto y discapacidades.

- ④ Para dar cumplimiento al objetivo se realizaron actividades de enfermería como: control de presión arterial, revisión de carnets, educación de nutrición y planificación familiar, ayuda para que las personas se informen y despejen sus inquietudes, además se permitió dar a conocer el sistema de comunicación del call Center, el cual facilita la atención médica evitando las molestas filas.

RECOMENDACIONES

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

- Con los resultados obtenidos se recomienda a los miembros del equipo de salud del Hospital Universitario retomen este estudio para que puedan incorporar a las familias que quedaron pendientes, además participen brindando capacitación y vigilancia a los habitantes sobre todo a los grupos con problemas de salud.
- Que se continúe dando apertura a los estudiantes para que realicen este tipo de estudios, ayudan a fortalecer los conocimientos, formando personas capaces de desenvolverse como futuros profesionales de la Salud.

Bibliografía

Referencias de libros

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

Referencias de PDF

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

- Dra. Fernández C. Dr. Manzur JL. Dr. González G. Dra. Báez Rocha S. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino. Argentina. 2010.
- Granga P. Villacres N. Andrade M. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Subsecretaria .Nacional de Gobernanzas en Salud Publica, Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, Edición 2013. Quito – Ecuador.2013.

Referencias de páginas de internet

- Bastidas C. Agudeza Visual. [Internet] 2012 [consulta 07 de diciembre del2013] 2007: Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/>
- Delgado G. Problemas de Conducta en Escolares Y Adolescentes. [Internet] [Consulta 05 de diciembre del 2013] 2008 .Disponible: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000919.htm>blog spot.com/2008/03/trastornos-de-conducta-en-nios-y.html
- Heymann DL. Inmunización dT. 18ª Edición [Internet] [consulta15 de diciembre del 2013] 2009 Disponible: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>.
- Mendoza R. Hacinamiento y mala condición de las viviendas. [Internet] 2012 [consulta 10 de diciembre del 2013] 8:20 Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx>
- MSP. Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. [Internet] 2013 [consulta 27 de noviembre del 2013] Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contra-la-discapacidad/>
- MSP. Enfermedades crónicas [Internet] 2010 [consulta 10 de diciembre de l2013] 10:45 Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php.
- MSP. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) [Internet] 2013 [consulta 09 de diciembre del 2013]: Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>.

- OMS. La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS. [Internet] 2012 [consulta 18 de diciembre del 2013] Disponible en <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivencia-infante>.
- OMS. Planificación Familiar. [Internet] 2013 [consulta 05 de diciembre del 2013] Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>
- Papanicolaou. [Internet] 2012 [consulta 05 de diciembre del 2013 Hora: 20h45min.] Disponible en: <http://tvncanal.com/index.php>.
- Zazueta R. Pediatría control del niño sano [Internet] 2008 [consulta 11 de diciembre del 2013] disponible en: [http://pediatria.org/?p=consultado el 12/12/ 2013](http://pediatria.org/?p=consultado+el+12/12/2013)
- Ortiz Barboza Adolfo. Enfermedades crónicas no trasmisible en Costa Rica [Internet]; [consulta 12 de febrero del 2014]. Disponible en: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/11%20Enfermedades%20cronicas.pdf>

ANEXOS

CERTIFICADO



MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja 06 de octubre del 2013

Sr. Jose Rodrigo Gonzales Gonzales a.c. (542489)

Presidente del Barrio Motupe Bajo

Ing. Hugo Feijoo

CERTIFICO:

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

[Signature]
PRESIDENTE DEL BARRIO

CI: 110263028

[Signature]
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

CI: 1105130841

[Signature]
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

CI: 1104988611

5. CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR		FECHAS DE CALIFICACIÓN															
GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES																	
CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGOS POR COMPONENTE		0 = SIN RIESGO	1 = RIESGO BASTANTE BAJO	2 = RIESGO BAJO	3 = RIESGO MODERADO	4 = RIESGO ALTO							TOTAL				
A	RIESGOS BIOLÓGICOS	1 PERSONAS CON VACUNACIÓN INCOMPLETA															
2	PERSONAS CON MALA NUTRICIÓN (ALERGIA O DIABETES)																
3	PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO																
4	EMBAZAZADAS CON PROBLEMAS																
5	PERSONAS CON DISCAPACIDAD																
6	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES																
B	RIESGOS QUÍMICOS	7 CONSUMO DE AGUA INSEGURA															
8	MALA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS																
9	MALA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS LÍQUIDOS																
10	IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS																
11	ANIMALES INTINA DOMICILIOS																
12	POBREZA																
C	RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS	13 DESPLIEGO O IMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA															
14	ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE																
15	DEESTRUCTURACIÓN FAMILIAR																
16	VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN																
17	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA																
18	HACIENDAMIENTO																
NIVEL DE RIESGO TOTAL		TOTAL												TOTAL			
CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGOS POR COMPONENTE		0 = SIN RIESGO	1 = RIESGO BASTANTE BAJO	2 = RIESGO BAJO	3 = RIESGO MODERADO	4 = RIESGO ALTO							TOTAL				
RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN																	

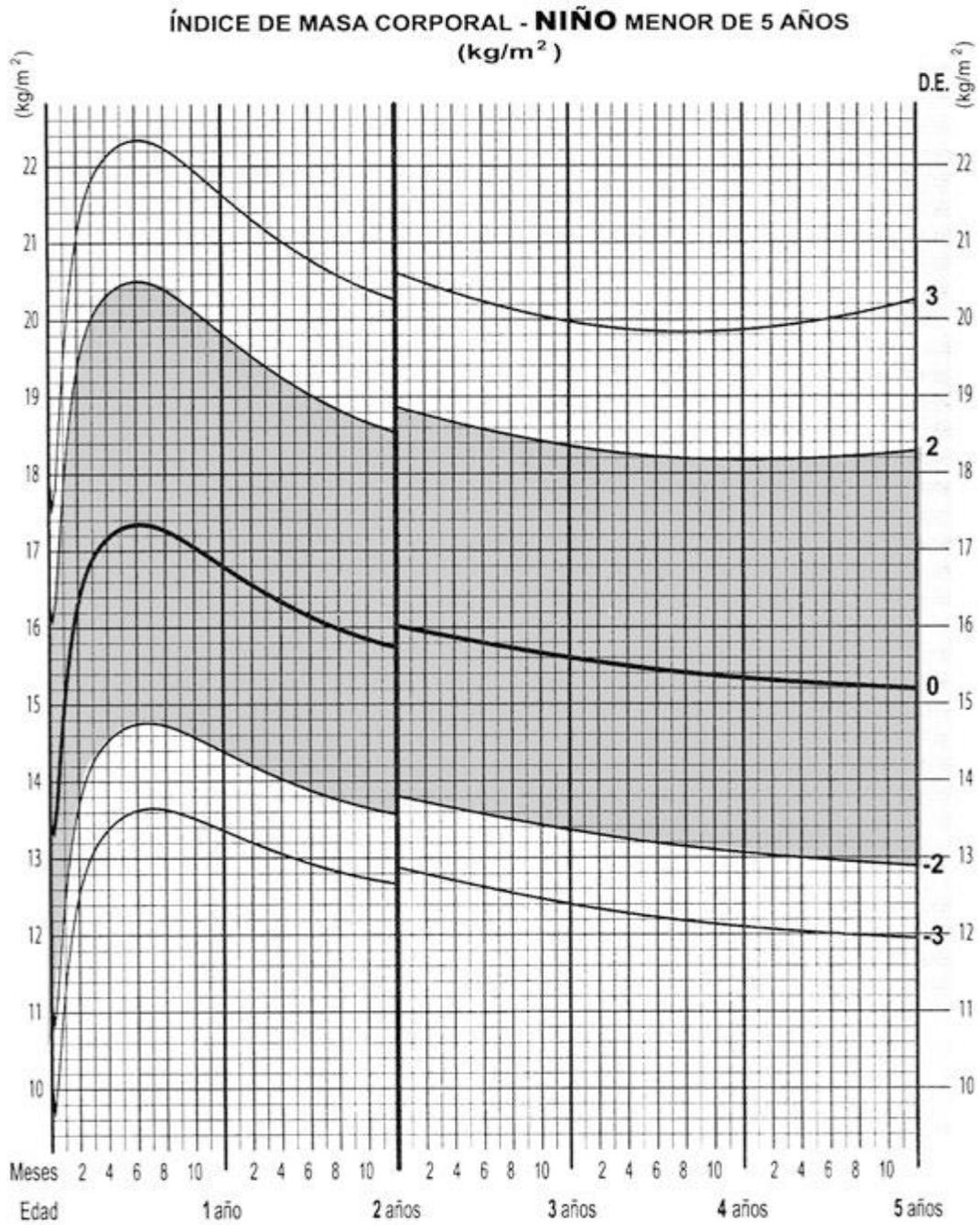
IND-MSB / FICD - Versión 1.0000 (Página 2)

FICHA FAMILIAR - RIESGOS

RECONOCIMIENTO DEL BARRIO MOTUPE BAJO SECTOR VIII-IX-X-XI-XII

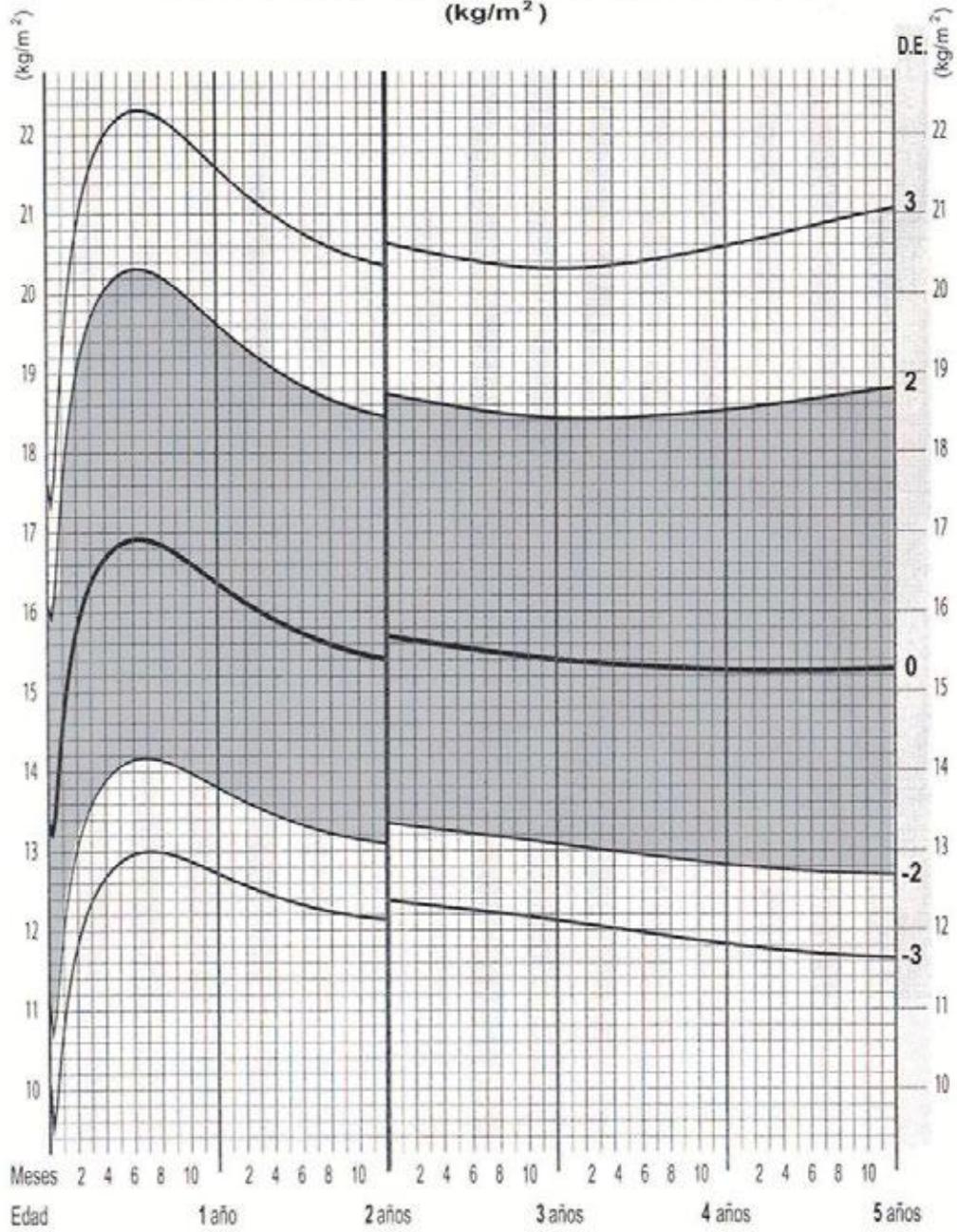


ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL NIÑO Y NIÑA MENOR DE 5 AÑOS



CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

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



CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Peso [Kilograms]

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

<http://www.freebmiccalculator.net>

Infrapeso
 Nomal
 Sobrepeso
 Obeso

CLASIFICACIÓN DE LA OMS DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO AL IMC

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 (SNELLE)

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

**ENFERMEDADES CRONICO Y DEGENERATIVAS DE BARRIO MOTUPE BAJO DE
LOS SECTORES 8-9-10-11-12**

APELLIDOS Y NOMBRES	EDA D	LUGAR DE RESIDENCIA	ENFERMEDAD CRONICO- DEGENERATIV A	N° DE FICHA FAMILIAR	TELEFONO
Segundo Eduardo Montaña Quezada	61 años	Av. Chuquiribamba	Hipertensión	Sector 8 familia N°5	
Mariana Paucar Calva	84 años	Av. Chuquiribamba y Garcelazo de la Vega	Hipertensión	Sector 8 Familia N°15	
Macrina Ruiloba Villavicencio	74 años	Av. Chuquiribamba y Garcelazo de la Vega y Ibarra	Diabetes Mellitus	Sector 8 Familia N°17	
Jorge Quezada Jaramillo	64 años	Av. Chuquiribamba y Calle Ibarra	Hipertensión - Diabetes Mellitus	Sector 9 Familia N°1	
Etelvina Quezada Zúñiga	83 años	Av. Chuquiribamba y Calle Ibarra	Hipertensión	Sector 9 Familia N°2	
Dolores Zúñiga	53 años	AV. Chuquiribamba y Calle Ibarra	Hipertensión	Sector 9 Familia N°2	
Luis Hernán Ruiz Jaramillo	52 años	AV. Chuquiribamba y Calle Ibarra	Hipertensión	Sector 9 Familia N°5	
Angélica Araujo Macanchí	54 años	AV. Chuquiribamba y Calle Ibarra	Hipertensión	Sector 9 Familia N°5	
Kelita Ortega Serrano	68 años	AV. Chuquiribamba y Calle Ibarra	Hipertensión	Sector 9 Familia N°7	
Blanca Veintimilla Quezada	76 años	Calle Ibarra y Garcelazo de la Vega	Hipertensión	Sector 9 Familia N°16A	
Gido Lavanda Veintimilla	48 años	Calle Ibarra y Garcelazo de la Vega	Hipertensión	Sector 9 Familia N°16B	
Sandra Bolivia Chiriboga	40 años	Calle Ibarra y Garcelazo de la Vega	Asma	Sector 9 Familia N°16B	
Lucio Abran Zúñiga	71 años	Calle Ibarra y Garcelazo de la Vega	Linfoma Hodking	Sector 9 Familia N°17	
Enma Veintimilla Quezada	74 años	Calle Ibarra y Garcelazo de la Vega	Hipertensión	Sector 9 Familia N°17	
Enith magdalena Lavanda	47 años	Calle Ibarra y Garcelazo de la Vega	Diabetes	Sector 9 Familia N°20	
Blanca Lavanda Veintimilla	44 años	Calle Ibarra y Garcelazo de la Vega	Hipertensión y dificultad visual	Sector 9 Familia N°22	
Pedro Orlando Veintimilla	60 años	Calle Ibarra y Garcelazo de la Vega	Insuficiencia Cardiaca	Sector 9 Familia N°24	
Alonzo Tapia Veintimilla	52 años	Calle Ibarra y Garcelazo de la Vega	Hipertensión	Sector 9 Familia N°25	
Carlos Wilfrido Quezada Valverde	51 años	Calle Ibarra y Garcelazo de la Vega	Diabetes Mellitus	Sector 9 Familia N°27A	
Teresa de Jesús González González	61 años	Calle Garcelazo de Vega y Av.8 de diciembre	Hipertensión	Sector 9 Familia N°31A	
Paola Nicole Quezada Chiriboga	10 años	Calle Garcelazo de Vega y Av.8 de diciembre	Hipotiroidismo	Sector 9 Familia N°31B	
Andrea Nicole Quezada Chiriboga	10 años	Calle Garcelazo de Vega y Av.8 de diciembre	Hipotiroidismo	Sector 9 Familia N°31B	
Imelda de Jesús Ajila Soto	76 años	Calle Garcelazo de Vega y Av.8 de diciembre	Diabetes Mellitus	Sector 9 Familia N°31B	
Celina Alvarado Valverde	88 años	Calle Garcelazo de Vega y Av.8 de diciembre	Hipertensión	Sector 10 Familia N°4	
Luz Alba Cabrera Cabrera	40 años	Calle Garcelazo de Vega y Av.8 de diciembre	Hipertensión	Sector 10 Familia N°6	
Francisco Xavier Cabrera Ramon	3 años	Calle Garcelazo de Vega y Av.8 de diciembre	Linfoangioma	Sector 10 Familia N°7	

Rosa Maria Espinoza Morochó	66 años	Calle Garcelazo de Vega y Av.8 de diciembre	Hipertensión	Sector 10 Familia N°8	540160
Aida Roselda Ponce Benítez	46 años	Calle Garcelazo de Vega y Av.8 de diciembre	Gastritis crónica	Sector 10 Familia N°10	3029829
Judith Georgina Izquierdo	79 años	Calle Garcelazo de Vega y Av.8 de diciembre	Hipertensión	Sector 10 Familia N°11	
Angela Argentina Suarez Muños	52 años	Calle Garcelazo de Vega y Av.8 de diciembre	Hipertensión	Sector 10 Familia N°16	2540764
Luis Ovidio Díaz Torres	64 años	Calle Garcelazo de Vega y Av.8 de diciembre	Hipertensión	Sector 10 Familia N°23	2541157
Elena Pugo Pacheco	40 años	Calle Garcelazo de Vega y Av.8 de diciembre	Diabetes Mellitus	Sector 10 Familia N°25	
Luz Amalia González Montañó	52 años	Av.Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre	Hipertensión	Sector 11 Familia N°2C	
Rosa Ubaldina Vicente	58 años	Av.Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre	Diabetes mellitus	Sector 11 Familia N°3 A	
Franco Bolívar Díaz	70 años	Av.Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre	Hipertensión	Sector 11 Familia N°8 A	
Jaime Patricio Fierro Pineda	50 años	Av.Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre	Colon Irritable	Sector 11 Familia N°11	
María Lucila Puchacela	58 años	Av.Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre	Osteoporosis	Sector 11 Familia N°13	
Laura Cabrera Alulima	55 años	Av.Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre	Hipertensión	Sector 11 Familia N°14A	
José Cabrera González	40 años	Av.Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre	Obesidad	Sector 11 Familia N°14B	
Lady Angélica Naula González	17 años	Av.Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre	Epilepsia	Sector 11 Familia N°17	
Luz Benigna Chicaiza	82 años	Av.Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre	Epilepsia Alzheimer	Sector 11 Familia N°18B	
Martha Fabiola Luna	48 años	Av.Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre	Hipertensión	Sector 11 Familia N°18B	
María de Jesús Barrera	52 años	Av.Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre	osteoporosis	Sector 11 Familia N°21	
Josefina María Sánchez Iñiguez	59 años	Av. Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre y Chantaco	Artritis	Sector 11 Familia N°29	
María Isabel Ordoñez Armijos	77 años	Av. Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre y Chantaco	Hipertensión	Sector 11 Familia N°31	
Luz Esterilia Veintimilla González	70 años	Av. Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre y Chantaco	Hipertensión	Sector 11 Familia N°33	
Nancy González Montañó	44 años	Av.Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre y Chantaco	Hipertensión	Sector 11 Familia N°35	
María Mejía González	89 años	Av.Chuquiribamba entre Gualé y Av.8 de Diciembre y Chantaco	Hipertensión	Sector 11 Familia N°35	
Hernán Bolívar Albear Coronel	66 años	Av. 8 de Diciembre	Hipertensión	Sector 12 Familia N°4	
Ángel Robertino Armijos Ordoñez	56 años	Av. 8 de Diciembre	Diabetes mellitus	Sector 12 Familia N°7	
Zoila Mercedes Merino Berru	54 años	Av. 8 de Diciembre	Reumatismo	Sector 12 Familia N°7	

ANEXO DE PACIENTES CON DISCAPACIDADES DEL BARRIO MOTUPE BAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	NUMERO DE CEDULA	DIRECCIÓN	FICHA FAMILIAR	TELÉF	GRADO DE DISCAPACIDAD
Enith Magdalena lavanda Veintimilla	27 años		Calle Garcelazo de la Vega y vía principal	Sector 9 Familia N° 20		No vidente
Blanca Isabel Lavanda Veintimilla	44 años	1102788948	Calle Chuquiribamba frente a la escuela Marieta Veintimilla	Sector 9 Familia N° 22		Discapacidad Visual 85%
Tatiana Anabel Cabrera Cabrera	19 años		Av. Chuquiribamba e Ibarra	Sector 10 Familia N° 6	098696312	Discapacidad Intelectual 35% Física 25%
Judith Georgina izquierdo	79 años	1100619905	Av.8 de Diciembre entre calle Gualel y Chantaco	Sector 10 Familia 11		Discapacidad Física 80%
José Raimundo quinche sarango	68 años	1100026671	Av.8 de Diciembre entre calle Gualel y Chantaco	Sector 10 Familia 28		Discapacidad Física 65%
Miguel Ángel Vallejo Quezada	8 años		Av. 8 de Diciembre y calle Gualel	Sector 11 Familia 10 B		Discapacidad Física 100%
Jorge Enrique Cabrera	40 años	1103128730	Av. 8 de Diciembre y calle Gualel	Sector 11 Familia 14		Discapacidad Física 100%
Carlos Geremi Luna Macas	8 años		Av. 8 de Diciembre y calle Gualel	Sector 11 Familia 18A		Espina Bífida
Darío Rolando Silva Barrera	29 años		Calle Chantaco y Av. 8 de Diciembre	Sector 11 Familia N 21		Discapacidad mental 75%
Antonio Daniel Blacio Plasencia	13 años	1104650153	Calle Chantaco y Av. 8 de Diciembre	Sector 11 Familia N26A		Discapacidad Intelectual 82%
María González Mejía	89 años		Calle Chantaco y Av. 8 de Diciembre	Sector 11 Familia N35		Discapacidad intelectual 50%
Diego Fernando Patiño Villavicencio	22 años		Av. 8 de Diciembre al lado de la fábrica ILE	Sector 12 Familia 2A		Discapacidad Intelectual 36%

ANEXO ANALFABETISMO EN EL JEFE DE FAMILIA DEL BARRIO MOTUPE BAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	NUMERO DE CEDULA	DIRECCIÓN	FICHA FAMILIAR	TELÉF
Mariana Paucar Calva	75 años		Av. 8 Chuquiribamba y calle Garcllazo de la Vega	Sector 8 Familia N°15	0986003693
Carmen Delia Roda Gonzales	68 años	1103241827	Av. Chuquiribamba y vía de integración Barrial	Sector 10 Familia N°1	2540488

Rosa María Espinoza Morocho	66 años		Av. Chuquiribamba y vía de integración Barrial	Sector 10 Familia N°8	540160
María Isabel Ordoñez Armijos	77 años	1103350896	Av. Chuquiribamba entre Chantaco- Av. 8 de Diciembre	Sector11 Familia N° 32	
María Gonzales Mejía	89 años	110199358	Calle Chantaco Frente al colegio	Sector 11 Familia N°35	

ANEXO DE PACIENTES CON PROBLEMAS VISUALES EN EL BARRIO MOTUPE BAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	NUMERO DE CEDULA	OD	OI	Ficha Familiar	TELÉF	DIRECCION
Rodrigo Antonio Villacres	8 años		20/40	20/40	sector 9 Familia N° 11		Av.8 de Diciembre diagonal a la fábrica de bloques
Verónica del Rocío Tunes	16 años	1150015806	20/30	20/30	sector 11 Familia N° 12B		Av.8 de Diciembre y Gualel a lado de la mecánica

ANEXO DE PACIENTES EMBARAZADAS EN EL BARRIO MOTUPE BAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	EDA D	DIRECCIÓN	NUMERO DE CEDULA	ANTECEDENTES PATOLOGICOS OBSTETRICOS	SECTOR FAMILIA	TELÉFONO
Estefanía Contento Correa	15 años	Av. 8 de Diciembre y la vía San Francisco		No presenta	Sector 9 Familia N° 11C	0986925526
Blanca Ruth molina paz	23 años	Av. 8 de Diciembre y calle Gualel	8170463221	Aborto	Sector10 Familia N° 24	0968206784
Yessica Lilia Tacuri	22 años	Av. 8 de Diciembre y calle Gualel		No presenta	Sector10 Familia N° 25	5992242558

ANEXO DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	AÑOS	FAMILIA Y SECTOR	DIRECCIÓN
Martin José Salina Chumbi	26-07-09	4 años 8 meses	Sector 8 Familia 1	Av. Chuquiribamba y Garcilazo de la Vega fábrica de agrovid
Jorge Isaac Salina Chumbi	03-04-2011	2 años 8 meses	Sector 8 Familia 1	Av. Chuquiribamba y Garcilazo de la Vega fábrica de agrovid
Simón Enrique Salinas Sarmiento	28-09-2011	2 años 3 meses	Sector 8 Familia 3	Av. Chuquiribamba y Garcilazo de la Vega
Nataly Sofía Quesada Vicente	10-10-2013	2 meses	Sector 8 Familia 7	Av. Chuquiribamba Garcilazo de la Vega, cerca de la cancha
Paula Nicole Duarte Cárcelos	01-04-2009	4 años 8 meses	Sector 8 Familia 12	Garcilazo de la Vega
Carlos Sebastian Feijoo Galván	03-11-2009	4 años 1mes	Sector Familia 16A	Garcilazo de la Vega
Camila Noemí Agilar Sánchez	31-08-13	3 meses	Sector 8 Familia 16B	Garcilazo de la Vega esquina
Sara Érica Castro Culquipoma	22-11-2009	3 años 11 meses	Sector 8 Familia 1B	Av. 8 de diciembre, junto a la mecánica
Emanuel David Castro Culquipoma	25-12-2010	2 años 11 meses	Sector 9 Familia 1B	Av. 8 de diciembre, junto a la mecánica
Samanta de los Ángeles Marín González	09-06-2011	2 años 6 meses	Sector 9 Familia 2	Av. 8 diciembre Frente a la fábrica de bloques
Daniela Fernanda Quezada Suárez	12-04-2010	3 años 8 mese	Sector 9 Familia 13B	Diagonal a la fábrica de bloques
María Paula Quezada Suárez	01-06-2012	1 año 6 meses	Sector 9 Familia 13B	Diagonal a la fábrica de bloques
Joselyn Milagros vaca Livigañay	29-07-2013	4 meses	Sector 9 Familia 15	Diagonal a la escuela Marieta de Veintimilla
Adrián Emilio Zúñiga Astudillo	17-10-2012	1 año 2 meses	Sector 9 Familia 18B	De la escuela a la vuelta casa de color verde
Ángel Mateo Narváez Silva	13-09-2013	3 meses	Sector 9 Familia 19	Av. Chuquiribamba a la vueta junto a una mecanica
Dayana Esperanza Lloglla Méndez	14-07-2009	4 años 5 meses	Sector 9 Familia 23A	Garcilazo de la Vega por un camino
Josenith Rubí Lloglla Méndez	17-10-2011	2 años 2 meses	Sector 9 Familia 23A	Garcilazo de la Vega por un camino
Lismary Anahí Valdivieso cueva	20-12-2010	2 años 11 meses	Sector 9 Familia 23B	Diagonal a la mecánica en la calle Garcilazo de la Vega
Sebastian Matias Asquí Tapia	25-04-2011	2 años 8 meses	Sector 9 Familia 26B	Diagonal a la mecánica en la calle Garcilazo de la Vega segunda casa
Dana Sarai Díaz Zúñiga	11-07-2013	5 meses	Sector 9 Familia 27B	Garcilazo de la Vega, cerca de la mecánica
Emilio Rafael Lavanda Rueda	13-09-2011	2 años 3 meses	Sector 9 Familia 28	Garcilazo de la Vega, cerca de la mecánica
Viviana Quizphe Calva	21-01-2011	2 años 11 meses	Sector 9 Familia 29 A	Garcilazo de la Vega y av. Chuquiribamba
Gabriela Fernanda arevalo Aluima	29-10-2010	3 años 2 meses	Sector 9 Familia 30	Av. 8 de diciembre esquina cerca de la urna
Isaac Andres Quezada Chiriboga	25-11-2008	5 años	Sector 9 Familia 31B	Av. 8 de diciembre esquina cerca de la urna
Melbo Alejandro Granda San Martin	10-07-09	4 años 5 meses	Sector 9 Familia 33	Av. 8 de diciembre cerca de la carpintería

Adrian Matias Granda San Martin	13-09-2011	2 años 3 meses	Sector 9 Familia 33	Av. 8 de diciembre cerca de la carpintería
Carla Victoria Lavanda San Martin	05-07-2011	2 años 5 mese	Sector 9 Familia 37A	Av. 8 de diciembre cerca de la carpintería
Daniel Antonio Lavanda Ordoñez	25-05-2012	1 año 7 meses	Sector 9 Familia 37C	Av. 8 de diciembre cerca de la carpintería
Helen Juliana Moncayo Guamán	17-05-2013	7 meses	Sector 9 Familia 39	Av. 8 de diciembre a la Carpentaria
Angelina Beatriz Moncayo Guamán	17-07-2010	3 años 5 meses	Sector 9 Familia 39	Av. 8 de diciembre junto a la carpintería
RN Ordoñez Pinzón	26-06-2013	5 meses	Sector 10 Familia 3	Av. Chuquiribamba
Mateo Sebastián Ordoñez Pinzón	15-01-2010	2años 11 meses	Sector 10 Familia 3	Av. Chuquiribamba
Adriana Alejandra Veintimilla Carrión	07-04-2013	8 meses	Sector 10 Familia 5	Av. Chuquiribamba
Josué David Cabrera Ramón	29-03-2012	1 año 10 meses	Sector 10 Familia 7	Av. Chuquiribamba y via de integración
Francisco Javier Cabrera Ramón	02-06-2010	3 años 6 meses	Sector 10 Familia 7	Av. Chuquiribamba y via de integración
Ariana Eliza Rodríguez Cumbicus	24-08-2012	1 año 4 meses	Sector 10 Familia 7	Av. Chuquiribamba casa de teja frente a una librería
Génesis del Cisne Rodríguez Cumbicus	24-03-2010	3 años 9 mese	Sector 10 Familia 7	Av. Chuquiribamba casa de teja frente a una librería
Alejandro Josué Valverde Aguirre	09-09-2013	3 meses	Sector 10 Familia 14	Vía de integración cerca de una cancha
Elizabeth Carolina Medina Toaponte	13-01-2013	11 meses	Sector 10 Familia 17A	A lado de la mecanica
Luz Clarita Medina Toaponte	27-11-2008	5 años	Sector 10 Familia 17A	Calle Gualel A lado de la mecanica
Daniela Paulet Medina Mendoza	10-08-2012	1 año 4 meses	Sector 10 Familia 18	Calle Gualel y av. 8 de diciembre
Sofía Paulet Medina Mendoza	10-04-2010	3 años 8 mese	Sector 10 Familia 18	Calle Gualel y av. 8 de diciembre
Daniela Estefanía Guillín Beltrán	09-09-2011	2 años 3meses	Sector 10 Familia 19	Calle Gualel y av. 8 de diciembre por un camino
Ariel Francisco González Toapante	24-01-2010	3 años 11 meses	Sector 10 Familia 21A	Calle Gualel y av. 8 de diciembre
Kevin Jair Tacuri Ajila	06-04-2009	4 años 8 meses	Sector 10 Familia 22	Calle Gualel y av. 8 de diciembre
Joseph Alvear Arias Carrión	11-03-2013	9 meses	Sector 10 Familia 23	Calle Gualel, casa de 3 pisos
Angelina Juliana Vera Molina	29-12-2008	4años 11 meses	Sector 10 Familia 24	Calle Gualel y av. 8 de diciembre
RN Tacuri Cumbicus	20.04-2013	8 meses	Sector 10 Familia 25	Calle Gualel y av. 8 de diciembre
Jan Carlos Quezada Tacuri	06-07-2009	4 años 5 meses	Sector 10 Familia 25	Calle Gualel y av. 8 de diciembre
RN Montaña González	26-08-2013	4 meses	Sector 10 Familia 27	Av. 8 de diciembre y Gualel
Ariana Araceli Cabrera Vicente	10-07-2010	3 años 5 meses	Sector 11 Familia 27	Av. Chuquiribamba entre Chantaco y 8 de Diciembre
Tatiana Valentina Conza	16-04-2009	4 años 8 meses	Sector 11 Familia 2A	Av. Chuquiribamba entre Chantaco y 8 de Diciembre esquina
Jhair Mateo Guibla Jimenez	28-03-2009	4 años 9 meses	Sector 11 Familia 2B	Av. Chuquiribamba entre Chantaco y 8 de Diciembre esquina
Jose Andrés Quisphe Gómez	20-10-2009	4 años 2 meses	Sector 11 Familia 3C	Av. Chuquiribamba entre Chantaco y 8 de Diciembre en una tienda
Antony Mateo Becerra Malacatos	04-07-2011	2 años 5 meses	Sector 11 Familia 4	Av. Chuquiribamba entre Chantaco en una fábrica de harina

Arturo Marcelo Delgado Tigre	08-07-2011	2años 5 meses	Sector 11 Familia 5B	Av. Chuquiribamba entre Chantaco en una tienda
Daniela Alejandra Lavanda Fernández	05-08-2009	4 años 4 meses	Sector 11 Familia 6B	Av. Chuquiribamba entre Gualel, a lado de una tienda
Brittany Karina Romero Poma	15-03-2009	4 años 9 meses	Sector 11 Familia 8B	Av. Chuquiribamba entre Gualel
Jonatán Cristóbal Quezada pasuy	09-08-2013	4 meses	Sector 11 Familia 10A	Av. 8 de diciembre y Gualel, a lado de una carpintería
Elkin Sebastian Ballejo Quezada	19-07-2009	4 años 5 meses	Sector 11 Familia 10B	Av. 8 de diciembre y Gualel a lado de una carpintería
Miley Paulina Naula Gonzalez	25-03-2010	3 años 9 meses	Sector 11 Familia 17	Av. 8 de diciembre y Gualel
Dayla Evelin Luna Macas	18-03-2013	8 meses	Sector 11 Familia 18A	Av. 8 de diciembre y Gualel, a lado de una mecánica
Ariel Mateo Erazo Tigre	28-03-2010	3 años 8 meses	Sector 11 Familia 19A	Av. 8 de diciembre y Gualel
Mateo Ignacio Díaz Blacio	19-12-2011	1año 11 meses	Sector 11 Familia 26A	Av. 8 de diciembre y Chantaco
Emily Valentina Sánchez Blacio	04-07-2011	2 años 5 meses	Sector 11 Familia 26C	Av. 8 de diciembre y Chantaco
Jhon Jairo Silva Mera	17-05-2009	4 años 7 meses	Sector 11 Familia 32	Av. Chuquiribamba y Chantaco
Alison Cristel Silva Mera	04-01-2012	1 año 11 meses	Sector 11 Familia 32	Av. Chuquiribamba y Chantaco
Daniela Fernada Gonzalez Coronel	24-07-2012	1 año 4 meses	Sector 11 Familia 33	Av. Chuquiribamba y Chantaco
Andrés Sebastián Guedelet Sarango	11-12-2009	5 años	Sector 11 Familia 34	Av. Chuquiribamba y Chantaco
Joselyn Arelis Zuñiga Jaramillo	06-10-2012	1 año 2 meses	Sector 11 Familia 36	Av. Chuquiribamba y Chantaco a lado de una mecánica
Leydelin Gabriela Cruz Poma	01-10-2010	3 años 2 meses	Sector 12 Familia 1A	Av. 8 de diciembre
Luís Vicente Guerra Valverde	31-08-2013	3 meses	Sector 12 Familia 1B	Av. 8 de diciembre
Darvel Mateo Rueda Alulima	20-07-2012	1 año 4 meses	Sector 12 Familia 5	Av. 8 de diciembre y Chantaco
Scarlet Anahi Toledo Romero	03-09-2009	4 años 3 meses	Sector 12 Familia 6A	Av. 8 de diciembre y Chantaco
Mariana Monserrat Espinoza Piedra	10-05-2012	1 año 7 meses	Sector 12 Familia 6B	Av. 8 de diciembre y Chantaco

INDICE

APARTADO	PAGINAS
CARATULA	I
CERTIFICACIÓN	II.
AUTORÍA	III.
CARTA DE AUTORIZACIÓN	IV.
DEDICATORIA	V.
AGRADECIMIENTO	VI
PRELIMINAR	PÁGINAS
1. TEMA	1
2. RESUMEN	3
3. INTRODUCCIÓN	6
4. REVISIÓN LITERARIA	8
5. MATERIALES Y METODOS	56
6. RESULTADOS	59
7. DISCUSIÓN	78
8. CONCLUSIONES	81
9. RECOMENDACIONES	82
10. BIBLIOGRAFÍA	83
11. ANEXOS	86
12. INDICE	106