

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

**TÍTULO:**

*“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO  
DE SALUD DEL BARRIO  
LABANDA ALTO SECTOR VII,  
SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”*

Tesis previa a la obtención  
del Título de Licenciada en  
Enfermería

***AUTORA:***

*Hilda Noemí Chamba Cajamarca*

***DIRECTORA :***

*Lic .Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga*

*Loja - Ecuador*

**2013**



## CERTIFICACIÓN

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

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

**DIRECTORA DE TESIS:**

**CERTIFICO.**

Que el trabajo de investigación titulado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO LABANDA ALTO SECTOR VII, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013**” elaborado por, Hilda Noemi Chamba Cajamarca, egresada de la Carrera de Enfermería, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, ha sido desarrollado, corregido y orientado bajo mi estricta dirección y una vez que se enmarca dentro de las exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, disertación y defensa.

Loja, Enero del 2014

Atentamente.



.....  
Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga  
**Directora de tesis**

## AUTORÍA

Yo, **Hilda Noemi Chamba Cajamarca**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

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

**Autora:** Hilda Noemi Chamba Cajamarca.

**Firma:**



**Cédula:** 1104734940

**Fecha:** Loja, Enero del 2014

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

Yo, Hilda Noemi Chamba Cajamarca, declaro ser autora, de la tesis titulada; **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO LABANDA ALTO SECTOR VII, 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, a los 28 días del mes de Enero del dos mil catorce. Firma la autora.

**Firma:**



**Autor:** Hilda Noemi Chamba Cajamarca

**Cédula:** 1104734940

**Dirección:** Barrio Amable María

**Correo Electrónico:** hildis\_noemi@hotmail.com

**Teléfono:** 0986207509

**Datos Complementarios:**

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

**Tribunal de tesis:** Lic. Mg. Beatriz Cobos

Lic. Mg. Patricia Chávez

Lic. Mg. Rosario Carrión

## **DEDICATORIA**

*Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.*

*A mi madre, padre y hermanos, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones, y estar siempre a mi lado apoyándome en los buenos y malos momentos.*

*A mi esposo, por su amor, respeto, comprensión y apoyo incondicional que me ha brindado a lo largo de mi carrera profesional y ha hecho suyos mis preocupaciones y problemas. A mi hijo Andy Alexis por ser lo más grande y valioso que Dios me ha regalado, quién es mi principio de inspiración y la razón que me impulsa a salir adelante, a pesar de los días y horas que no pude estar a su lado. A mis amigas: Johana, Patty, Mabel, Alicia, Andrea, Ruth con las cuales he compartido felices y amargos momentos durante nuestra vida Universitaria, y que; indirectamente nos hemos ayudado brindándonos respaldo para salir adelante en todo momento.*

***Hilda Noemi Chamba Cajamarca***

## **AGRADECIMIENTO**

*Agradezco a Dios por haberme dado la fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida, y hacer este sueño realidad.*

*A mi madre, que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos. A mi padre, a pesar de la distancia, siempre lo he sentido presente en mi vida, y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido.*

*Agradezco a mi esposo, por ser el apoyo incondicional para continuar y nunca renunciar estos años de carrera, gracias por estar en los buenos y malos momentos, por su amor, comprensión, respeto, preocupación me has ayudado a alcanzar esta meta.*

*A mis amigas Johana, Patty, Mabel, Alicia, Andrea, Ruth por haber logrado nuestro gran objetivo con mucha perseverancia y demostrarme que podemos ser grandes amigas y compañeras de trabajo a la vez. Las quiero.*

*A mi Directora de tesis Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga, quien con sus sabios conocimientos, apoyo, tiempo y dedicación contribuyo para culminar con mi investigación. Sin dejar pasar por alto también hago un claro agradecimiento a la Comunidad de “Labanda Alto Sector VII”, quienes aportaron para la realización del presente trabajo. Gracias*

***Hilda Noemi Chamba Cajamarca***

# 1. TÍTULO

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL  
BARRIO LABANDA ALTO SECTOR VII,  
SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”**



# 2. RESUMEN

El presente estudio titulado: “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO LABANDA ALTO SECTOR VII, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013**”, está enmarcado en el macro-proyecto **ENFERMERÍA EN LA PARTICIPACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013**, pretende contribuir con el desarrollo social de la localidad, aportando con datos estadísticas los mismos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud del Hospital Universitario de Motupe, elaborar estrategias para el mantenimiento y mejoramiento de la salud de las personas, familias y comunidades, desde un enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural.

El estudio fue de tipo descriptivo, hace énfasis en el análisis e interpretación de los hechos; la metodología se apoyó en estrategias establecidas en el Modelo de Atención Integral de Salud, tales como: visita domiciliaria para aplicar la ficha familiar, y guía de entrevista que permitió completar la información para la línea de base, donde se identificaron problemas prioritarios para tomar decisiones técnicas y políticas adecuadas a la realidad local buscando optimizar las respuestas institucionales y propiciar la participación comunitaria en el mejoramiento de las condiciones de salud. (Guerrero y Slimming, 2009:4).

El universo estuvo constituido por 59 familias y 258 habitantes, entre los datos más relevantes sobresalen indicadores como prevalencia de sexo masculino el 54,26%, nivel de educación básico el 42,25%, escolares y adolescentes con buen estado nutricional el 97,78%, inmunizaciones en menores de 5 años el 93,55%, planificación familiar el método del ritmo es el más utilizado con el 52,94%, además se encontró 3 analfabetos, en cuanto al perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas sobresale la HTA con el 4,65% y la discapacidad intelectual con el 0,78%.

**Palabras Claves:** Diagnóstico comunitario de salud, Perfil Epidemiológico

## **ABSTRACT**

The present study COMMUNITY titled "DIAGNOSIS OF HEALTH OF THE NEIGHBORHOOD LABANDA HIGH SECTOR VII, SEPTEMBER-DECEMBER OF 2013", it is framed in the macro-project INFIRMARY IN THE PARTICIPATION OF THE PATTERN OF INTEGRAL ATTENTION OF HEALTH UNIVERSITY HOSPITAL DE MOTUPE SEPTEMBER-DECEMBER OF 2013, it seeks to contribute with the social development of the town, contributing with data statistics the same ones that will allow to the Basic Teams of Health of the University Hospital of Motupe, to elaborate strategies for the maintenance and improvement of the health of people, families and communities, from a focus biopsicosocial, multidisciplinary and intercultural.

The study was of descriptive type, he/she makes emphasis in the analysis and interpretation of the facts; the methodology relied on strategies settled down in the Pattern of Integral Attention of Health, such as: it visits domiciliary to apply the family record, and it guides of interview that it allowed to complete the information for the base line, where high-priority problems were identified to take technical decisions and appropriate politicians to the local reality looking for to optimize the institutional answers and to propitiate the community participation in the improvement of the conditions of health. (Guerrero and Slimming 2009:4).

The universe was constituted by 59 families and 258 inhabitants, among the most outstanding data indicators stand out as prevalencia of masculine sex 54,26%, basic education level 42,25%, school and adolescents with nutritional good state 97,78%, immunizations in smaller than 5 years 93,55%, family planning the method of the rhythm is the more used with 52,94%, he/she was also 3 illiterates, as for the epidemic profile of the chronic illnesses HTA stands out with 4,65% and the intellectual discapacidad with 0,78%.

**Key Words:** Community diagnosis of health, Epidemic Profile

# 3. INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud, según la Organización Mundial de la Salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos con su plena participación; es además el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.<sup>1</sup>

Por ende la salud, derecho fundamental garantizado por el Estado y eje estratégico para el desarrollo y logro del Buen Vivir, involucra a todas las instituciones prestadoras y formadoras de talento humano en salud con la finalidad de afrontar los problemas en esta materia, ya sea a corto o largo plazo.

“Los enfoques del Nuevo Modelo de Salud implementado en el país van orientados hacia resultados de impacto social partiendo desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida e insertando de esta manera al personal de salud a la Red Pública de Salud (RPIS) y la Red Complementaria de los Servicios de Salud”. (MAIS 2012)

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

Como base de su participación en salud la academia enmarca sus actividades orientándolas a las Estrategias de Atención Primaria de Salud

---

<sup>1</sup> OMS. (2013). *Atención Primaria De Salud*. Disponible en [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/) Consultado. 03-12-2013

Renovada (APS-R) que es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, en este ámbito su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país, que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud, consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel, para articular así también las actividades con el segundo y tercer nivel de atención, mediante mecanismos de referencia y contra-referencia que aseguren en forma integral la continuidad de tratamientos de los pacientes. (MAIS 2012)

Luego del análisis sistemático de la problemática encontrada, el estudio pretende contribuir al fortalecimiento del **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL**, en el Hospital Universitario de Motupe, aportando con estadísticas y datos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud - EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud) formular propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad "**Labanda Alto Sector VII**".

# 4. REVISIÓN DE LITERATURA

## **1. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL 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.

El desafío del Modelo de Atención es resolver los problemas de salud o las necesidades de la población, potenciando la capacidad de la misma de influir positivamente en su entorno.

El diagnóstico de salud implica contar con información y análisis de los determinantes de la salud a nivel biológico, económico, social, cultural, ambiental, que inciden sobre la calidad de vida y sobre los procesos individuales y colectivos de salud. El propósito básico es analizar las causas y consecuencias de los procesos de salud-enfermedad en la comunidad así como identificar las condiciones de la población.<sup>2</sup>

### **1.1. Objetivos de Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)**

- ④ Reorientar los servicios de salud y fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria.
- ④ Fortalecer la calidad de atención del Talento Humano.
- ④ Optimizar la prestación de servicios en los tres niveles de atención.
- ④ Organizar el Sistema Único de Información en Salud.
- ④ Fomentar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Ibid., 172

<sup>3</sup> MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 48-53



## 1.2. Mapeo de Actores

Es el proceso que permite identificar las relaciones de las personas, sociedad civil organizada, delegaciones de gobierno, instituciones educativas, municipalidades, agencias de cooperación técnica; los niveles de poder y la posición en términos de apoyo indiferencia u oposición respecto de un “OBJETIVO CONCRETO” que se construye alrededor de una nueva forma de hacer salud, el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural.

Se basa en:

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

## 1.3. Mapa Parlante

Los mapas parlantes son instrumentos técnicos y metodológicos que permiten conocer en forma gráfica a los actores sociales, el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y de protección: ambiental, estilos de vida, sanitario y biológico.

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

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

## **Elaboración del Mapa Parlante**

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

## **Proceso para la sectorización urbano-marginal**

- ✚ **Numeración por sectores:** La zona de cobertura se subdivide en cuatro sectores, apoyándose en los accidentes naturales (calles, avenidas, quebradas, ríos, etc.) que pudieran existir; cada uno de ellos se identificaran con números romanos y de manera secuencial siguiendo las manecillas del reloj. Esta subdivisión es facultativa pues a nivel de zonas rurales de población dispersa, suele resultar muy difícil esta subdivisión.

Cuando sea posible sobre todo en zonas urbanas, hay que tratar de que cada sector tenga un número similar de manzanas.

- ✚ **Numeración de viviendas:** Las viviendas se enumeraron secuencialmente en cada una de las manzanas, partiendo con la vivienda No. 1 del extremo superior izquierdo de la primera manzana, continuando la numeración ascendente siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, sin romper la secuencia en la manzana No. 2 y subsiguientes. Los lotes baldíos y las casas en construcción no recibirán numeración.
- ✚ **Identificación de familias:** A cada familia se le asignará un orden numérico (números y letras mayúsculas); el número será el mismo asignado a la vivienda, acompañado de la letra A. Cuando exista

dos o más familias habitando en la vivienda, se mantendrá el mismo número y se añadirá la letra que corresponda, en orden alfabético.

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

En los centros rurales a menudo deben realizarse varios croquis. El primero de ellos es global, poco detallado e identifica todas las poblaciones y comunidades de la zona de influencia. Los demás deben elaborarse para cada población y comunidad con el debido detalle.

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

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

- A cada uno de los criterios se le dará una valoración de manera semi-cuantitativa utilizando la escala de Liker: 1 (bajo), 2 (medio), 3 (alto) con votación individual de los integrantes del grupo, luego se sumarán horizontalmente y el resultado se lo ubicará en la columna total.
- El sector de mayor puntuación será entonces la base de trabajo del equipo y la comunidad.
- Luego se solicita a los participantes que identifiquen familias que ellos las consideren de riesgo dentro de su comunidad, estas serán ubicadas en el mapa para su posterior diagnóstico a través de la ficha familiar y el seguimiento.<sup>4</sup>

#### **1.4. Mapeo del Sector**

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

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

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

---

<sup>4</sup> Ibid., 188-190

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.

Los equipos de atención integral de primer nivel brindarán su atención bajo dos modalidades:

- Atención extra mural o comunitaria.
- Atención intramural o en el establecimiento.

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

El primer nivel de atención es definido como el primer nivel de servicios, que constituye el punto de encuentro entre la población y el sistema de salud

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.
- ② Mapa Parlante
- ② Sala Situacional

#### **1.4.3. Atención integral a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno**

La provisión de servicios del MAIS se caracteriza porque la organización se basa en el escenario de atención lo que permite implementar acciones de promoción de la salud, identificación y prevención de riesgos y enfermedad, atención, rehabilitación y cuidados paliativos de acuerdo a normas y protocolos establecidos por las ASN.

## **2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

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

La posibilidad de contraer una enfermedad aumenta 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 la salud de la población se vería afectada.

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

Según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador) en el 2010 las Infecciones de Vías Urinarias son un problema de salud que se ubica en el octavo puesto con una tasa de 10.3% en las mujeres con relación a las diez principales causas de morbi-mortalidad. Así mismo la Hipertensión Arterial es un problema de salud, que se ubica en el sexto puesto con una tasa de 17.1% en los hombres con relación a las diez principales causas de mortalidad y en el quinto puesto en las mujeres con relación a los datos del INEC 2010. Según datos actuales del INEC, las Enfermedades Cardiovasculares ocupan las primeras causas de muerte

en el país, produciendo más de 15.000 defunciones al año, lo que la define como la epidemia del siglo en el Ecuador.

De igual forma en la provincia de Loja las principales causas de morbilidad son las Infecciones Respiratorias Agudas con 55,424 casos, 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.<sup>5</sup>

### **3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA**

En la actualidad, nuestro país tiene un territorio de 283 560 km<sup>2</sup> cuenta con 14.306.876 habitantes que se hallan distribuidos en las distintas provincias.<sup>6</sup>

En cuanto a la densidad demográfica es de 55,6 habitantes por Km<sup>2</sup>, las provincias con mayor densidad poblacional son Pichincha con 269,5 habitantes por Km<sup>2</sup> y Guayas con 227,5; mientras que las de menor densidad son Pastaza y Galápagos con 2,8 habitantes por Km<sup>2</sup> cada una.<sup>7</sup>

Es un país multiétnico destacando las siguientes:

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

---

<sup>5</sup> Carcavallo RU, Martínez A (1985). Biología, ecología, distribución geográfica de los triatominos americanos, pp. 149-157 en (Carcavallo RU, Rabinovich JE, Tonn RJ eds.) Factores biológicos y ecológicos en enfermedades Prevalentes, Vol. II. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud OPS/OMS – Ministerio de Salud y Acción Social, Ecuador.

<sup>6</sup> Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4<sup>a</sup> Edición, Septiembre 2012

<sup>7</sup> Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC; Disponible en: <http://www.inec.gob.ec>; Consultado: 28/11/2013; Hora: 15h00



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).<sup>8</sup>

### **3.1. Distribución poblacional de la Provincia de Loja**

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

La distribución de la población con respecto al sexo se encuentra en un 49,2% a los hombres y el 50,8% mujeres. El 31,5% de la población de la 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, mientras que la población adulta mayor representa aproximadamente el 9,1%.<sup>9</sup>

## **4. NIVEL DE ESCOLARIDAD**

La educación es uno de los deberes primordiales del Estado y un derecho de las personas, además forma parte de un objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir. El Ecuador, desde siempre ha cargado con un nivel de educación deficiente. Esto resulta preocupante para una sociedad que se encuentra en vías de desarrollo, ya que la educación es uno de los pilares fundamentales para forjar una nación exitosa y libre.

---

<sup>8</sup> Ecuador Distribución por edad - Población - Mundi; Disponible en: [http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion\\_por\\_edad.html](http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html) Consultado: 9/12/2013; Hora: 19h00

<sup>9</sup> 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

Entre los principales problemas que tiene la educación pública se encuentran los siguientes indicadores: persistencia del analfabetismo, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, mala calidad de la educación, poca preparación de los docentes, salarios bajos de los profesores y deficiente infraestructura educativa y material didáctico. Los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar los retos que impone la actual sociedad.<sup>10</sup>

#### **4.1. Analfabetismo**

En el Ecuador, la noción de analfabetismo se vincula a personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir, afecta al 6,8% de la población según el INEC (censo 2010). El analfabetismo trae consigo desigualdades en las condiciones sociales y en las oportunidades de alcanzar un mayor bienestar de los habitantes. Las consecuencias del analfabetismo se ven en tres aspectos: económico, social y político.

Una de las principales causas del analfabetismo es la pobreza, debido a que las condiciones de vida en las que se encuentran las familias ecuatorianas ocasionan que no todos los niños y adolescentes tengan la posibilidad de acceder a una educación. Primero se busca satisfacer las necesidades básicas de un hogar, antes que un miembro de la familia asista a una escuela. Los hogares tienen como objetivo generar dinero por medio del trabajo, incluso infantil, apartándolos del acceso a la educación. 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).<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> 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

<sup>11</sup> 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

## 4.2. Deserción escolar

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

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

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.<sup>13</sup>

---

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

<sup>13</sup> Educación en la Provincia de Loja; Disponible en : <http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109>  
Consultado28/11/2013; Hora: 10h00

## 5. OCUPACIÓN

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%.<sup>14</sup>

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

## 6. FACTORES DE RIESGO

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

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

### 6.1. Riesgos Biológicos

**6.1.1. Personas con vacunación incompleta:** a nivel mundial, los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con múltiples factores; entre los reportados en la literatura se encuentran: pobreza, costo a las familias, a los proveedores, inicio tardío de la vacunación, información deficiente del estado de vacunación, y

---

<sup>14</sup> Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Disponible en: [http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo\\_nacional\\_final.pdf](http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf) Consultado: 09-12-2013

<sup>15</sup> Loja (Ecuador). Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia\\_de\\_Loja](http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja) Consultado: 09-12-2013

desconocimiento por parte del personal de salud de las contraindicaciones y edades adecuadas para la aplicación de 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.

**6.1.2. Personas con mal nutrición (sobrepeso o desnutrición):** el término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y 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%.

**6.1.3. 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 físicas y motoras con un 36,76%, seguida con las intelectuales 24,6% y las múltiples 12,92%.<sup>16</sup>

#### **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.

---

<sup>16</sup> Distribución de la población en el Ecuador. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: <http://solnacimiento.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html> , Consultado el 10/12/13, 10:15

- **Discapacidad Cognitiva:** Presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y el aprendizaje.
- **Discapacidad Sensorial:** Corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.
- **Discapacidad Intelectual:** Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.<sup>17</sup>

## 6.2. Riesgos Sanitarios

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

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

<sup>17</sup> CORPOALEGRIA, Tipos de discapacidad, Disponible en: <http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/> Citado: 09/12/13, Hora: 18h30pm.

<sup>18</sup> Importancia del Agua Potable. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/AguapotableysaneamientoenEcuador10/12/13>, 8:11

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

### **6.3. Riesgos Socio-Económicos**

**6.3.1. Pobreza:** la pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación. La pobreza rural en el Ecuador bajo 4,23%, en Junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registró 44,96% según la última Escuela Nacional de Empleo y Desempleo del (INEC).<sup>19</sup>

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

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

---

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

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.<sup>20</sup>

**6.3.3. Analfabetismo del padre o de la madre:** el analfabetismo aumenta la vulnerabilidad socioeconómica presente y futura de los adultos, pero también es un importante agente de reproducción de dicha condición a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones. El Ministerio de Educación de Ecuador trabaja para reducir la tasa de analfabetismo del 6,8 según datos entregados por el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC).<sup>21</sup>

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

**6.3.5. Violencia/Alcoholismo/Drogadicción:** actualmente no hay dudas de que el alcoholismo constituye el problema de drogas más importante; es responsable principal de violencias en todas partes donde ocasionan desintegración familiar y deterioro social, caracterizados por desajustes de la personalidad, degradación, así como conductas delictivas y antisociales. Alrededor de la mitad de los homicidios y violaciones se produce bajo el efecto del

---

<sup>20</sup> Adolescencia en el Ecuador. [Base en línea] Disponible en: [http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=584%3Adeseempleo-urbano-enecuador-seubica-en-46-en-marzo-d2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3Adeseempleo-urbano-enecuador-seubica-en-46-en-marzo-d2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es), 10/12/13, 8:45

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



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.

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

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

---

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

## 7. ENFERMEDADES CRÓNICAS

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

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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos:<sup>23</sup>

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

---

<sup>23</sup> 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](http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas_.php). Consultado: 09/12/13)

## 7.1. Impacto de las Enfermedades Crónicas

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

“En el caso del sexo femenino las principales causas de mortalidad eran la Diabetes Mellitus, las Enfermedades Hipertensivas, Cerebro-Vasculares, a Influenza y Neumonía, son responsables del 25% de las muertes totales. A estas causas le siguieron las Enfermedades Isquémicas del corazón, los padecimientos Cerebro-Vasculares, la Influenza y Neumonía, las Enfermedades Hipertensivas y la Diabetes Mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales”.<sup>24</sup>

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

---

<sup>24</sup> Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4

## 8. 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.<sup>25</sup>

Las coberturas del Programa de Inmunizaciones en el año 2009, superan las alcanzadas en el 2008 en todos los biológicos. La vacuna contra Rotavirus en el año 2009 alcanza el 97% de cobertura, SRP el 15%, el menor incremento reportado es en BCG 2%.<sup>26</sup>

### 8.1. TAMIZAJE NEONATAL

“Con pie derecho, la huella del futuro” es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé a partir del cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.<sup>27</sup>

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

---

<sup>25</sup> PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: [http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines\\_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf](http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf). Consultado: 09-12-2013

<sup>26</sup> Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>. Consultado: 09-12-2013

<sup>27</sup> Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible: <http://www.conpiederecho.com.ec> Citado: 09-12-2013.

positivos”,<sup>28</sup> lo que se puede destacar que la prueba del talón ha sido oportuna en cuanto a la detección temprana de las discapacidades en las que se puede corregir a tiempo estos errores genéticos.

Las cuatro enfermedades detectadas mediante esta prueba son:

- Ⓢ **Hipotiroidismo Congénito:** es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un **RN** (Recién Nacido), es la causa más común de retardo mental prevenible.
- Ⓢ **Fenilcetonuria:** es un desorden del metabolismo debido a que el cuerpo no sintetiza adecuadamente la fenilalanina, por la deficiencia o ausencia de una enzima llamada fenilalanina hidroxilasa. Como consecuencia se acumula y resulta tóxica para el sistema nervioso central, ocasionando daño cerebral. Es una enfermedad autosómica recesiva ambos padres son portadores y el riesgo de recurrencia de la enfermedad es de un 25%.
- Ⓢ **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** se da cuando los recién nacidos carecen de una enzima para producir cortisol y aldosterona, esto produce más andrógenos lo que ocasiona la masculinización de fetos femeninos y una potencial pérdida salina en ambos sexos.<sup>29</sup>
- Ⓢ **Galactosemia:** se da cuando el organismo no puede metabolizar la galactosa, 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.

---

<sup>28</sup> 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

<sup>29</sup> 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.

## **9. ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.**

El estado nutricional es un indicador de calidad de vida de la población, que refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, íntimamente relacionados con su estado de salud y factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales.

Se ha demostrado que un estado nutricional deteriorado afecta todos los mecanismos de defensa, lo que obliga a plantear el axioma de que toda persona desnutrida es un individuo inmunocomprometido.

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.<sup>30</sup>

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.

---

<sup>30</sup> Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001.  
<http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1YIYuZ>

## 10. LACTANCIA MATERNA

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



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

A nivel mundial, se estima que solo el 38% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva durante sus 6 primeros meses.<sup>31</sup>

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

Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica para evitar al máximo el riesgo de contaminación. Alimentar a un niño pequeño requiere una atención activa y estimulación para animarlo a comer.<sup>32</sup>

<sup>31</sup> La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS. Disponible en: <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivencia-infante-segun>

<sup>32</sup> Hasta que edad es importante alimentar al bebé solo con leche materna disponible en: <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>

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

Ya analizado el crecimiento y desarrollo del niño pasamos al aspecto de las inmunizaciones (vacunas). Por ello los padres deben recibir la información actual acerca de todas las enfermedades que se previenen con el esquema básico que nos ofrece el Sector Salud.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Pediatría control del niño sano disponible en: <http://pediatria.org/?p=> consultado el 12/12/ 2013



## **12. ESCOLARES Y ADOLESCENTES**

### **12.1. Estado Nutricional de los Escolares y Adolescentes**

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

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

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

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

### 12.1.2. Valoración del Estado Nutricional

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

### 12.1.3. Datos Estadísticos

En el Ecuador el exceso de peso se caracteriza por bajas tasas durante los primeros años de vida 6,5% en la edad infantil; aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar 14% de sobrepeso/obesidad en escolares ecuatorianos de ocho años de edad que habitan en el área urbana incremento sostenido durante la adolescencia en un 22% a nivel nacional.<sup>34</sup>

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”.<sup>35</sup> El mismo considera que los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

---

<sup>34</sup> MSP. Normas de Nutrición para la prevención secundaria de sobrepeso y la obesidad en niños y niña adolescentes. Disponible: [http://www.opsecu.org/MANUALES\\_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDARIA.pdf](http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDARIA.pdf)

<sup>35</sup> Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC <http://www.alimentatecuador.gob.ec>

## 12.2. Vacunación DT (Difteria y Tétanos )

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

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

## 12.3. Agudeza Visual en Escolares y Adolescentes

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

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

🕒 **Test de Snellen:** son los más populares y están formados por filas de letras que van de tamaño más grande a más pequeño

conforme bajamos la mirada; cuanto más abajo logre ver nítido el paciente mayor agudeza visual tendrá.<sup>36</sup>

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

El Proyecto busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población pre-escolar y escolar la discapacidad visual, finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual.<sup>37</sup>

## **13. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL**

**13.1. Vacunación en las Mujeres de Edad Fértil:** la inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dT), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.<sup>38</sup> 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.<sup>39</sup>

---

<sup>36</sup> 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

<sup>37</sup> 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

<sup>38</sup> Disponible en: [http://www.cd3wd.com/cd3wd\\_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE](http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE). Fecha: 05/12/2013.

<sup>39</sup> OMS. (2013). *Planificación Familiar*. Nota descriptiva N°351. [Base en línea] Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959> Fecha: 05/12/2013.

**13.2. Regulación de la fecundidad:** actualmente en el contexto de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad humana con las necesidades de bienestar y salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción.

Por lo tanto se adoptan métodos que se engloban en programas como: la planificación familiar la cual es la utilización de objetos, sustancias y procedimientos naturales o artificiales, que se utilizan de manera voluntaria, tanto temporales como definitivos, para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja, para impedir la fecundación y evitar un embarazo no planificado.<sup>40</sup>

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

**a) Métodos Naturales**

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

**b) Métodos de Barrera**

- Ⓢ Dispositivo Intrauterino
- Ⓢ Barrera o preservativos (masculino y femenino).

---

<sup>40</sup> Planificación Familiar. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013.

**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:<sup>41</sup>

- Ⓢ La Píldora
- Ⓢ Inyectables
- Ⓢ Implante

### 13.3. PAPANICOLAOU

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

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

“Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad”.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Disponible en: <http://tvncanal.com/index.php> Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45min.

<sup>42</sup> RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia “Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador”

# 5. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio titulado “Diagnostico comunitario de Salud de la Ciudadela del Chofer la Banda Sector II, Septiembre - Diciembre de 2013”, como parte del macro-proyecto “ENFERMERIA EN LA PARTICIPACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD – MAIS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2013”.

- **TIPO DE ESTUDIO**

Esta investigación es un estudio de tipo descriptivo y transversal, ya que se detalló sistemáticamente hechos y características que están relacionadas con la población y su entorno lo que permitió elaborar la línea de base, que contribuirá a mejorar la oferta de servicios de salud por parte del Hospital Universitario de Motupe y propiciar la participación comunitaria en el mejoramiento de las condiciones de salud.

- **ÁREA DE ESTUDIO**

El Barrio Labanda Alto Sector VII, se encuentra ubicado al noroccidente de la ciudad de Loja a 5 km de la misma, limita al Norte con Quebrada Seca, al Sur con Consacola, al Este con la Ciudadela del Chofer “La Banda”, y Oeste con La Florida. Anteriormente eran haciendas, las mismas que fueron vendidas en el año de 1992 para su posterior urbanización.

La mayoría de la población es de escasos recursos económicos, estas familias se dedican al comercio de frutas, verduras en las ferias libres, además a la agricultura y crianza de animales domésticos y algunos trabajan en la albañilería siendo las principales fuentes de ingreso para el sustento diario de sus familias.

La Comunidad cuenta con Presidente, Vicepresidenta, Secretaria siendo los que organizan las fiestas religiosas en el mes de **Octubre**: Virgen del Cisne, **Diciembre**: Divino Niño Jesús.



Los habitantes nos supieron manifestar que utilizan alguna medicina tradicional entre estas: agua de violeta, borraja, jugo de la naranja con raspado de panela y canela y un chorro de trago punta, y agua de tilo con panela o miel de abeja para la gripe; para controlar la presión arterial utilizan agua de las hojas de míspero y agua de aguacate.

- **UNIVERSO**

Conformado por las familias de los 26 barrios que corresponden a la área de influencia del Hospital Universitario de Motupe.

- **MUESTRA**

Está constituido por las 59 familias que habitan en el **Barrio Labanda Alto Sector VII**

- **TÉCNICAS E INSTRUMENTO**

La visita domiciliaria fue el método de acercamiento a esta comunidad cuya técnica fue la entrevista y los instrumentos que permitieron recolectar la información fue la fichar familiar elaborada por el MSP y que es parte de la Historia Clínica del paciente y con una guía de entrevista

- **PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Los datos obtenidos luego de la aplicación de la ficha familiar y la entrevista, fueron organizados y tabulados de acuerdo al problema y objetivos planteados en la investigación, los mismos que fueron presentados en tablas y de los datos que se derivan se realizó su respectivo análisis e interpretación, basado en el marco teórico de esta investigación.

Así mismo para la elaboración del mapa parlante se partió desde un elemento existente, se elaboró el croquis y posteriormente el proceso de sectorización e identificación de las familias de riesgo. Para su presentación se utilizó el programa AutoCAD 2012.

- **MATERIALES**

- **Recursos materiales**

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

# 6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

**TABLA N° 1**

**DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN QUE COLABORÓ Y NO COLABORÓ EN LA APLICACIÓN DE LA FICHA FAMILIAR DEL “BARRIO LABANDA ALTO SECTOR VII”**

# DE VIVIENDAS	COLABORARÓN		NO COABORARÓN		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Habitadas	49	77,78	4	6,35	53	84,13
No habitadas	10	15,87	0	0	10	15,87
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>93,65</b>	<b>4</b>	<b>6,35</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII  
ELABORADO POR: Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**ANÁLISIS:**

En el Barrio “Labanda Alto Sector VII”, el **84,13%%** de las viviendas se encuentran habitadas el **77,78%** colaboraron, mientras que el **6,35%** de las viviendas se concluyó como fallidas ya que dicha familia fue visitada por varias ocasiones y no colaboró para la recolección de datos, existiendo maltrato o no se encontraba nadie en la vivienda.

**TABLA N° 2**

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO  
“LABANDA ALTO SECTOR VII”**

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	4	1,55	5	1,94	9	3,49
1-4 años	15	5,81	7	2,71	22	8,53
5-9 años	17	6,59	11	4,26	28	10,85
10-19 años	42	16,28	20	7,75	62	24,03
20-64 años	56	21,71	67	25,97	123	47,67
65 años y más	6	2,33	8	3,10	14	5,43
<b>TOTAL POBLACIÓN</b>	<b>140</b>	<b>54,26</b>	<b>118</b>	<b>45,74</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

ELABORADO POR: Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**ANÁLISIS:**

Según los datos presentes en la tabla el **54,26%** corresponde a la población de sexo masculino y el **45,74%** al sexo femenino, predominando en este caso el sexo masculino. De acuerdo a los rangos de edad con mayor porcentaje son los adultos entre 20-64 años con el **47,67%**.

**TABLA N° 3**

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “LABANDA ALTO  
SECTOR VII”, SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Sin Escolaridad	27	10,47
Prebásica	4	1,55
Analfabetos	3	1,16
Básica	109	42,25
Bachillerato	83	32,17
Superior	18	6,98
Especialidad	14	5,43
<b>TOTAL</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

**ELABORADO POR:** Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**NOTA:** se considera “sin escolaridad” a los niños menores de 3 años.

**ANÁLISIS:**

La educación es uno de los pilares fundamentales y un derecho de las personas.<sup>43</sup>

En cuanto al nivel de escolaridad se evidencia que el **42,25%** corresponde al nivel básico, seguido de bachillerato con el **32,17%**, los datos encontrados evidencian, como el avance educativo continua en estos habitantes del barrio, recalcando que solamente el **1,16%** son analfabetos (2 jefes de familia, 1 discapacitado).

<sup>43</sup> Situación De La Educación En El Ecuador - Eumed.net; Disponible en:  
<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>; Consultado: 9/12/2013; Hora: 22h30

**TABLA N° 4**

**RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “LABANDA ALTO SECTOR VII”**

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Vacunación Incompleta	2	0,78	256	99,22	258	100
Personas con Mala Nutrición	5	1,94	253	98,06	258	100
Personas con Discapacidades	5	1,94	253	98,06	258	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

**ELABORADO POR:** Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**NOTA:** se elimina la categoría “personas con enfermedad de impacto”, “mental y embarazada con problemas” por no existir casos.

**ANÁLISIS:**

En relación a los riesgos biológicos del Barrio “Labanda Alto Sector VII”, se encontró que el **99,22%** de la población no presentan esquema de vacunas incompletos, sin embargo el **1,94%** se hallan las personas con mala nutrición, resultado que se da cuando el organismo no consume los alimentos adecuados y por lo tanto los nutrientes que necesita diariamente no los tiene y es entonces cuando empieza a manifestar ciertas irregularidades en su función.<sup>44</sup>

También se encontró que el **1,94%** de las personas tienen discapacidad de tipo visual, intelectual y física, por lo que se considera personas que tienen un mayor grado de vulnerabilidad y un menor grado de protección frente a las diversas situaciones patológicas que se pueden plantear en su vida.<sup>45</sup>

<sup>44</sup> Nutrición en las personas adultas. Disponible: <http://www.nutricionnatural.info/clases/mala-nutricion.html>  
<sup>45</sup> Revista Síndrome de Down Volumen 22, Marzo 2005

**TABLA N° 5**

**RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO “LABANDA ALTO SECTOR VII”**

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Mala eliminación de basuras y excretas	4	6,78	55	93,22	59	100
Mala eliminación de desechos líquidos	2	3,39	57	96,61	59	100
Animales Intradomiciliarios	5	8,47	54	91,53	59	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

**ELABORADO POR:** Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**NOTA:** se elimina la categoría impacto ecológico por industrias, por no existir casos.

**ANÁLISIS:**

De acuerdo a los datos presentados en la tabla el **96,61%** de las familias tienen buena eliminación de los desechos líquidos, mientras que el **8,47%** tienen animales dentro del hogar como cuyes y gatos siendo un problema de salud ya que estos son portadores de bacterias y parásitos que producen ciertas enfermedades infecciosas.

El **6,78%** tienen mala eliminación de basura y excretas debido a que algunas familias no cuentan con alcantarillado ni recolector de basura porque sus viviendas se encuentran lejos de la vía principal.



**TABLA N° 6**

**RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO  
“LABANDA ALTO SECTOR VII”**

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Pobreza	29	49,15	30	50,85	59	100
Desempleo o empleo informal por parte del jefe de familia	30	50,85	29	49,15	59	100
Analfabetismo del padre y de la madre	2	3,39	57	96,61	59	100
Desestructuración familiar	11	18,64	48	81,36	59	100
Violencia, Alcoholismo y Drogadicción	3	5,08	56	94,92	59	100
Malas condiciones de la vivienda	15	25,42	44	74,58	59	100
Hacinamiento	10	16,95	49	83,05	59	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

**ELABORADO POR:** Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**ANÁLISIS:**

De acuerdo a los resultados de la siguiente tabla el **96,61%** de los padres de familia no son analfabetos, sin embargo el **50,85%**, de las familias tienen desempleo o empleo informal, mientras que el **49,15%** son pobres y el un **25,42%** no cuentan con una vivienda adecuada afectando de forma directa a la salud de esta comunidad.

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.<sup>46</sup>

<sup>46</sup> Riesgos Socioeconómicos Disponible: <http://www.voltairenet.org/article128898.html>

**TABLA N° 7**

**OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO “LABANDA ALTO  
SECTOR VII”**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Estudiante	87	33,72
Haceres domésticos	51	19,77
Sin ocupación	31	12,02
Albañil	17	6,59
Comerciante	14	5,43
Chofer	14	5,43
Emp. Privado	13	5,04
Emp. Público	11	4,26
Desempleado	7	2,71
Artesano	6	2,33
Agricultor	4	1,55
Jubilado	2	0,78
Mecánico	1	0,39
<b>TOTAL</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

**ELABORADO POR:** Hilda N. Chamba, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

**NOTA:** la categoría “sin ocupación” corresponde a los niños menores de 5 años.

**ANÁLISIS:**

En relación a la ocupación se puede determinar que **33,72%** se encuentran los estudiantes, mientras que el **19,77%** estas los que se dedican a los haceres domésticos, seguido de los sin ocupación que corresponde a los menores de 5 años con el **12,02%**, sin embargo el **6,59%** de los habitantes son albañiles, mientras que el **5,43%** son comerciantes y choferes.

El bajo ingreso económico de algunas familias hace que sean vulnerables a enfermar por mala nutrición y con ello se presente un deterioro de la calidad de vida y acortamiento de la esperanza de vida de la población de esta comunidad,<sup>47</sup> ya que no tienen un trabajo estable los jefes de familia como se señala en la tabla N° 6.

<sup>47</sup> Ingreso económico. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/economia/canasta-basica.php> consultado el 5-12-2013

**TABLA N° 8**

**LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL  
BARRIO “LABANDA ALTO SECTOR VII”**

<b>LUGAR DE ATENCIÓN</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
HOSPITAL DE MOTUPE	138	<b>53,49</b>
OTROS	86	<b>33,33</b>
CENTRO N 3	18	6,98
IESS	8	3,10
HOSP. ISIDRO AYORA	8	3,10
<b>TOTAL DE POBLACIÓN</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

**ELABORADO POR:** Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**NOTA:** la categoría “otros” abarca Clínicas particulares.

**ANÁLISIS:**

En cuanto al lugar de atención médica los habitantes del Barrio “Labanda Alto Sector VII”, el **53,49%** manifiestan acudir al Hospital de Motupe, mientras que el **33,33%** acuden a otros centros de salud como es clínicas particulares y el **6,98%** dicen haber acudido al centro de salud N° 3.

Cabe recalcar que en la Comunidad de Labanda Alto Sector VII, ninguno de los habitantes acude a curanderos o comadronas, más bien su atención es institucional.

**TABLA N° 9**

**TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS DEL BARRIO “LABANDA ALTO SECTOR VII”**

TAMIZAJE	f	%
Si	9	90
No	1	10
Total	10	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

ELABORADO POR: Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**ANÁLISIS:**

En la siguiente tabla se encuentra que el **90%** se realizó el Tamizaje Metabólico Neonatal, mientras que el **10%** no cuenta con esta prueba.

El Tamizaje Neonatal es una muestra de sangre que se obtiene del talón derecho a partir del cuarto día de nacido, el mismo que permite detectar cuatro enfermedades como: Hipotiroidismo congénito, Fenilcetonuria, Hiperplasia suprarrenal congénita y Galactosemia que pueden ser tratadas oportunamente evitando retardo mental y otras discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.<sup>48</sup>

<sup>48</sup> Programa de Tamizaje Neonatal: proyecto coordinado por el MSP y la Vicepresidencia de la República Disponible: <http://www.elciudadano.gob.ec/>, Consultado 27-11-2013.

**TABLA N° 10**

**INMUNIZACIONES EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS, ESCOLARES-  
ADOLESCENTES Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL BARRIO  
“LABANDA ALTO SECTOR VII”**

POBLACIÓN	INMUNIZACIONES				TOTAL	
	COMPLETO		INCOMPLETO		f	%
	f	%	f	%		
Menores de 5 años	29	93,55	2	6,45	31	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

**ELABORADO POR:** Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**NOTA:** se elimina la categoría de inmunizaciones en escolares-adolescentes y mujeres en edad fértil por tener el esquema de inmunizaciones completo.

**ANÁLISIS:**

Revisados los carnets de vacunación de los niños menores de 5 años en el Barrio “Labanda Alto Sector VII”, el **93,55%** tienen el esquema de vacunación completo de acuerdo a su edad reflejando la importancia que la población da a la inmunización de sus niños/as, sin embargo el **6,45%** tienen el esquema de vacunas incompleto (refuerzos de OPV y DPT).

Cabe recalcar que los escolares-adolescentes y mujeres en edad fértil el **100%** tienen el esquema de inmunizaciones completo.

**TABLA N° 11**

**CONTROLES MÉDICOS EN MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO  
“LABANDA ALTO SECTOR VII”**

NÚMERO DE CONTROL MÉDICO	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Primero	31	100	0	0	31	100
Segundo	29	93,55	2	6,45	31	100
Tercero	21	67,74	10	32,26	31	100
Cuarto	5	16,13	26	83,87	31	100
Quinto	1	3,23	30	96,77	31	100
Sexto	0	0	31	100	31	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

**ELABORADO POR:** Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**ANÁLISIS:**

Los controles médicos son indispensables cada mes durante sus primeros años de vida para controlar el crecimiento y desarrollo del niño/a, de acuerdo a los datos obtenidos de los niños menores de 5 años el **100%** se realizaron el primer control, el **93,55%** el segundo y el **67,74%** el tercer control, sin embargo el cuarto y quinto control van disminuyendo debido a la edad del niño/a, aunque coincidentalmente se relacionan con las vacunas.

Es muy importante educar a la comunidad sobre la importancia del control del niño sano en esta etapa ya que esta es la oportunidad para evaluar aspectos generales como estado nutricional, crecimiento y desarrollo (peso – talla), desarrollo sicomotor y condiciones higiénicas, este control permite saber si se encuentra el niño/a dentro de los rangos normales de acuerdo a su edad, de ser lo contrario, se comienza la búsqueda de causas y soluciones para corregir el problema antes que genere complicaciones.<sup>49</sup>

<sup>49</sup> Pediatría Control de Niño Sano. Disponible en: <http://www.pediatrica.org/?p=2142013>.

**TABLA N° 12**

**ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS - ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO "LABANDA ALTO SECTOR VII", SEGÚN CÁLCULO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL**

GRUPO POBLACIONAL	IMC						TOTAL	
	NORMAL		DESNUTRICIÓN LEVE		SOBREPESO			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Menores de 5 años	28	90,32	3	9,68	0	0	31	100
Escolares y Adolescentes	88	97,78	1	1,11	1	1,11	90	100

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

**ELABORADO POR:** Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**NOTA:** se elimina la categoría "desnutrición moderada", "desnutrición grave y obesidad" por no existir casos.

**ANÁLISIS:**

En cuanto al estado nutricional de escolares y adolescentes el **97,78%** tienen un estado nutricional normal mientras que el **90,32%** de niños menores de 5 años se encuentran dentro del mismo rango de nutrición normal, sin embargo el **9,68%** presentan desnutrición leve, es evidente que la mayoría consume alimentos variados y balanceados acorde a su edad,

La alimentación adecuada es fundamental para evitar mal nutrición, enfermedades carenciales que pueden ocasionar alteraciones y trastornos en la salud, ya que es una etapa de máximo crecimiento en donde el aumento de peso y talla en escolares es lento y uniforme, mientras que el los adolescentes es acelerado.<sup>50</sup>

<sup>50</sup> Ministerio de Salud Pública. Guías alimentarias en escolares y adolescentes de la sierra. Quito 2008, pág. 3

**TABLA N° 13**

**AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO  
“LABANDA ALTO SECTOR VII”**

<b>AGUDEZA VISUAL</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Normal	86	95,56
Con problemas	4	4,44
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

**ELABORADO POR:** Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**ANÁLISIS:**

En cuanto a la valoración visual realizada en los escolares y adolescentes el **95,56%** no tienen problemas visuales, mientras que el **4,44%** se detectó que si tienen problemas visuales (3 de ellos utilizan lentes y tienen su respectivo control oftalmológico), la mayoría de los escolares y adolescentes conservan su función visual.



**TABLA N° 14**

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

<b>MÉTODOS</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Método del Ritmo	27	52,94
Esterilización Tubárica	10	19,61
Implantes	4	7,84
Inyectable	3	5,88
T de Cobre	3	5,88
Método de Barrera	2	3,92
Orales	2	3,92
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio la Banda Alto Sector VII  
**ELABORADO POR:** Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**ANÁLISIS:**

En la presente tabla se evidencio que del **52,94%** de mujeres del Barrio Labanda Alto Sector VII con vida sexual activa utilizan el método del ritmo, el **19,61%** se han realizado esterilización tubárica y un **7,84%** acceden a los implantes siendo los métodos más utilizados para regular la fecundidad y de esta manera determinar el número de hijos como también impedir la fecundación y evitar un embarazo no planificado<sup>51</sup> y de esta manera lograr el bienestar y la autonomía, al mismo tiempo apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

<sup>51</sup> Planificación Familiar. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>. Publicado jueves 08-2012

**TABLA N° 15**

**REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL  
ACTIVA DEL BARRIO “LABANDA ALTO SECTOR VII”**

<b>PAPANICOLAOU</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Si	23	45,10
No	28	54,90
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

**ELABORADO POR:** Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**ANÁLISIS:**

Con respecto al examen de Papanicolaou se evidencia que el **54,90%** de las mujeres que se encuentran con vida sexual activa no se han realizado el examen lo cual determina un alto riesgo en su salud, teniendo en cuenta que algunas de ellas es por desconocimiento y otras por temor, sin saber el riesgo de presentar cáncer cérvico uterino y también tenemos que el **45,10%** si se han realizado el examen de Papanicolaou.

El Papanicolau es un examen cuyo fin es detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero como: Infección, inflamación, células anormales, las cuales posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino

**TABLA N° 16**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS,  
DEGENERATIVAS, DE IMPACTO Y DISCAPACIDADES DEL BARRIO  
“LABANDA ALTO SECTOR VII”**

<b>ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Enfermedades Crónicas	16	6,20
Discapacidades	5	1,94
Ninguna	237	91,86
<b>TOTAL</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

**ELABORADO POR:** Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**NOTA:** se elimina la categoría “enfermedades degenerativas y de impacto”, por no existir casos.

**ANÁLISIS:**

En cuanto a la tabla de enfermedades y discapacidades, el **91,86%** de los habitantes no padecen ninguna enfermedad, sin embargo el **6,20%** de la población adulta presentan enfermedades crónicas como: HTA, diabetes y el **1,94%** son discapacitados (Intelectual, visual y físicamente), teniendo en cuenta que tanto las enfermedades crónicas y discapacidades son problemas de salud que no solamente afecta físicamente, sino también emocional, socialmente al individuo y la familia, ya que algunas amenazan la vida del enfermo y conforme avanzan deterioran su calidad de vida y funcionalidad.<sup>53</sup>

<sup>53</sup> Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y  
DISCAPACIDADES.**

**TABLA N° 18**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL  
BARRIO “LABANDA ALTO SECTOR VII”**

GRUPO ETÁREO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	MENORES DE 1 AÑO		1-4 AÑOS		5-9 AÑOS		10-19 AÑOS		20-64 AÑOS		65 Y MÁS AÑOS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
HTA	-	-	-	-	-	-	-	-	8	3,10	4	1,55	12	4,65
HTA/Diabetes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,39	1	0,39
Epilepsia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,39	-	-	1	0,39
Diabetes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,39	1	0,39
Artritis Reumatoide	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,39	-	-	1	0,39
Ninguno	9	3,49	22	8,53	28	10,85	62	24,03	113	43,80	8	3,10	242	93,80
<b>TOTAL</b>	9	3,49	22	8,53	28	10,85	62	24,03	123	47,67	14	5,43	258	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

ELABORADO POR: Hilda N. Chamba, Egresada de la Carrera de Enfermería UNL.

**ANÁLISIS:**

En cuanto al perfil epidemiológico el **93,80%** de la población no padecen de enfermedades crónicas, sin embargo el **4,65%** presenta HTA, afectando a edades de 20-64 años con el **3,10%**. Se recalca que se encontró pacientes que no se han realizado ningún control médico, siendo un factor de riesgo alto para su salud.

Las enfermedades crónicas son aquellas que van degradando física y/o mentalmente como también provocando un desequilibrio y afectando a órganos y tejidos como corazón, riñón, arterias, ojos y cerebro.<sup>54</sup>

<sup>54</sup> Enfermedades Crónicas. Disponible en: <http://repositorio.unt.edu.ec/bitstream/123456789/713/2/06%20NF%20445%20ENFERMEDADES%20CRONICO%20DEGENERATIVAS.pdf>

**TABLA N° 19**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE DISCAPACIDADES DEL BARRIO  
“LABANDA ALTO SECTOR VII”**

GRUPO ETAREO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	MENORES DE 1 AÑO		1-4 AÑOS		5-9 AÑOS		10-19 AÑOS		20-64 AÑOS		65 Y MÁS AÑOS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
D. Intelectual	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,78	-	-	2	0,78
D.Intelectual/Física	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,39	-	-	1	0,39
D. Física	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,39	-	-	1	0,39
D. Visual	-	-	-	-	-	-	1	0,39	-	-	-	-	1	0,39
Ninguno	9	3,49	22	8,53	28	10,85	61	23,64	119	46,12	14	5,43	253	98,06
<b>TOTAL</b>	9	3,49	22	8,53	28	10,85	62	24,03	123	47,67	14	5,43	258	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Labanda Alto Sector VII

ELABORADO POR: Hilda N. Chamba, egresada de la Carrera de Enfermería de la UNL.

**ANÁLISIS:**

En cuanto a las discapacidades el **98,06%** corresponde a la población que no presenta ninguna discapacidad, mientras que el **0,78%** presenta discapacidad intelectual afectando principalmente a edades de 20-64 años

Las discapacidades son la 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.<sup>55</sup>

<sup>55</sup> Que es discapacidad. Disponible: [http://www.nl.gob.mx/P=inf\\_discapacida](http://www.nl.gob.mx/P=inf_discapacida). Consultado 9-12-2013

Para cumplir con el tercer objetivo del proyecto de brindar servicios específicos de enfermería, orientados a procurar el ejercicio del derecho a la salud de los grupos menos favorecidos, como forma de acercamiento a la comunidad y estrategia de vinculación con el servicio de salud, se desarrollaron

Las siguientes actividades:

- Determinación del estado nutricional a través del índice de masa corporal.
- Control de presión arterial a la población mayor de 45 años.
- Control de la agudeza visual a escolares y adolescentes según la cartilla de Snellen.
- Información a las madres de familia sobre los beneficios de la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida y la importancia de los controles médicos, vacunación, y la adecuada alimentación a los niños menores de 5 años.
- Brindar información a las mujeres con vida sexual activa sobre la importancia de la realización del Papanicolaou.

# 7. DISCUSIÓN

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

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

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, es la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.<sup>56</sup>

Razón por la cual ponemos a discusión los indicadores y características particulares encontradas en esta investigación mediante las cuales damos a conocer la realidad de la comunidad de “Labanda Alto Sector VII”.

---

<sup>56</sup> [Instituciones.msp.gob.ec/somossalud/.../Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://Instituciones.msp.gob.ec/somossalud/.../Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)



En relación a los resultados obtenidos en la población del Barrio Labanda Alto Sector VII se encontró que el sexo masculino es el que más prevalece con el 54,26% mientras que el sexo femenino se encuentra con el 45,74%, relacionando estos datos con Censo de la población y vivienda del 2010, realizados en la provincia de Loja el 49,2% son hombres y el 50,8% mujeres, mientras que en el cantón Cuenca, el 46.86% son hombres y el 53% de la población son mujeres<sup>57</sup>.

En cuanto al nivel de escolaridad se encontró que el 42.25% de la población alcanzo o se encuentra estudiando en el nivel básico, mientras que el 32.17% tiene un nivel de educación de bachillerato, según los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 realizado en Noviembre señalo que el 9% de la población de más de 15 años que asiste regularmente a un centro de estudios aún no ha terminado la educación básica (rezago estudiantil), 2,07 puntos menos que en el 2001 cuando alcanzó un 11,07%,). De la misma forma señalo que la población de 24 y más años tiene una tasa de escolaridad en nivel urbano del 10.9% y rural el 7.2%. De igual manera la investigación realizada en la parroquia Sinincay relata que el 50% de la población alcanzo el bachillerato, mientras que el 42.7% aún se encuentra estudiando.

Por otro lado según el estudio realizado en el Barrio de Labanda Alto Sector VII, indica que el 69,49% de las familias presentan algún tipo de riesgo como: socioeconómico, sanitario y biológico, prevaleciendo más la pobreza con el 49,15% y el desempleo o empleo informal del jefe de familia con el 50,85. Según datos del INEC la pobreza en el área Urbana cerró en el 2011 en 17,36% 8,5 puntos menos que lo registrado en diciembre del 2006 cuando llegó a 25,9% mientras que la pobreza Rural estuvo en el 50,9%. Sin embargo si comparamos con estudios realizados en la Parroquia Sinincay, en la ciudad de Cuenca, la pobreza se ubica en el 28.8% este

---

<sup>57</sup> INEC.FASCICULO PROVINCIAL DE LOJA. Estadística nacional y censo. Resultados del censo 2010 de población y vivienda del 2010.

resultado es menor que el encontrado en la comunidad de Labanda Alto Sector VII.

En cuanto al esquema de vacunación en niños menores de 5 años se encontró, que el 90,32% tienen el esquema completo, mientras que el 9,68% tienen incompleto por no tener vacunas de refuerzo. En relación a estudios en México, los niños menores de 5 años llegan al 97.3 %<sup>58</sup> con esquemas completos, mientras que en el Ecuador el 79% completaron en esquema de vacunación, la meta del PAI es que la vacunación tenga una cobertura del 90% a nivel nacional y cubra, por lo menos, el 80% de cada distrito o de la unidad administrativa<sup>59</sup>.

En el Barrio Labanda Alto se encontró que el 9,68% de los niños menores de 5 años presenta desnutrición leve, a pesar que recibieron al 100% la lactancia materna. Comparando con estudios realizados en Colombia a nivel nacional el 12% de los niños y niñas menores de 5 años presentan desnutrición crónica y el 7% presentan bajo peso para la edad<sup>60</sup>. Sin embargo en el país de México el bajo peso en menores de 5 años se encuentra en un 6.2%, datos similares a los niños de este Barrio.

En cuanto a planificación familiar en América Latina un porcentaje variable de mujeres comienza a utilizar métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo. Este porcentaje sólo es superior al 50% de las mujeres en los casos de Colombia, Paraguay y la República Dominicana. En el otro extremo, sólo el 11% de las adolescentes de Guatemala declara haber usado métodos anticonceptivos antes de tener el primer hijo y el 21% después de tener uno o más hijos. Por otra parte, más de un tercio de las adolescentes de Ecuador, El Salvador, Nicaragua y Perú comienzan a usar

---

<sup>58</sup> Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2012 Disponible en:  
<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/VacunacionNinos.pdf> consultado 10/12/13

<sup>59</sup> UNICEF Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/immunization/index\\_coverage.html](http://www.unicef.org/spanish/immunization/index_coverage.html) Consultado : 10/12/2013

<sup>60</sup> UNICEF Disponible en: <http://www.unicef.com.co/situacion-de-la-infancia/nutricion/> Consultado: 10/12/2013

métodos anticonceptivos después de tener el primer hijo<sup>61</sup>. Esta realidad es diferente a la población de estudio debido que la mayoría de las mujeres optan por métodos el método del ritmo con el 52,94%, esterilización tubárica con el 19,61% e implantes con el 7,84%.

En la población de Labanda Alto Sector VII el 54,90% no se han realizado el examen del Papanicolaou y el 45,10% si se lo han realizado los últimos años. Estas cifras son similares con un estudio en Chile ya que la cobertura del examen Papanicolaou en mujeres de riesgo ha sufrido un descenso sostenido en los últimos 4 años, de 68% a 59% entre los años 2008 y 2011. Esta reducción de la cobertura es aún mayor en las mujeres de más alto riesgo, es decir las mayores de 35 años<sup>62</sup>.

Concluyendo con la población investigada, el 6,20% presentan enfermedades crónicas y solamente el 1,94% presentan algún tipo de discapacidad, el tener unos buenos hábitos de vida, hace que disminuyan los riesgos de tener enfermedades crónicas esto se evidencia en el 91,86% de la población no presentan ninguna enfermedad crónicas- degenerativas. Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en la mayoría de los países de América Latina. En el 2002 representaban el 44% de las defunciones en hombres y mujeres menores de 70 años<sup>63</sup>.

---

<sup>61</sup> Planificación Familiar Disponible en:  
<http://www.unfpa.org.co/portal/uploadUNFPA/file/FINAL%20PLANIFICION%20FAMILIAR.pdf> Consultado: 10/12/2013

<sup>62</sup> Campaña para aumento cobertura PAP en mujeres de 25 a 64 años. Disponible en:  
[http://www.colegiomatronasdechile.cl/documentos/InsumoCampanaPAP\\_SSy%20SEREMIS\\_2012.pdf](http://www.colegiomatronasdechile.cl/documentos/InsumoCampanaPAP_SSy%20SEREMIS_2012.pdf)  
Consultado 10/12/13

<sup>63</sup> Problemática de salud en América Latina disponible en:  
[http://www.granotec.com/ecuador/new/201202221\\_82759/](http://www.granotec.com/ecuador/new/201202221_82759/) Consultado 10/12/13

# 8. CONCLUSIONES

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

- ❖ Una vez culminado el presente trabajo investigativo dejo como entrega al Hospital de Motupe la actualización del mapa parlante del Barrio Labanda Alto Sector VII; como también la línea de base sustentada en fichas familiares y el diagnostico comunitario impreso, en formato de Microsoft Word 2013 y Microsoft Excel 2010, sobre sobre la situación de salud de los pobladores de esta localidad
- ❖ Se dio a conocer a las autoridades del Hospital Universitario de Motupe y a un representante del barrio sobre los resultados encontrados en el mismo lo que permitió un acercamiento entre el servicio de salud (HUM) y el Barrio Labanda Alto Sector VII, despertando en forma conjunta la planificación de actividades de salud.
- ❖ En el barrio existen 63 viviendas, 53 están habitadas de las cuales 4 viviendas no fue posible obtener la información porque no colaboraron quedando así estas como fallidas y 10 viviendas se encuentran abandonadas.
- ❖ Con respecto a los riegos socio-económicos de 59 familias que se encontró en el barrio 30 familias se encuentran con desempleo o empleo informal, 29 familias viven en pobreza y 15 familias tienen malas condiciones de la vivienda.
- ❖ Las vacunas recibidas por los niños menores de 5 años solamente 2 niños no cuentan con el esquema completo, siendo vacunas de refuerzos como: OPV y DPT.

- ❖ Al hablar de ocupación se concluyó que la mayor parte de la población están los estudiantes seguido de los haceres domésticos, mientras que los jefes de familia algunos cuentan con trabajo estable y otros no, por lo tanto los ingresos son bajos y no cubren las canasta básica.
- ❖ El 53,49% de la población acude al Hospital Universitario Motupe, por atención médica.
- ❖ Que 3 niños menores de 5 años presentan desnutrición leve a pesar que todos recibieron lactancia materna, mientras que 1 escolar presenta sobrepeso y 1 adolescente presenta desnutrición leve.
- ❖ En el Barrio Labanda Alto Sector VII, existen 74 mujeres en edad fértil, 51 de ellas tienen vida sexual activa, 23 de ellas se han realizado el examen de Papanicolaou y 27 utilizan como método de regulación de la fecundidad el método del ritmo, 10 se han realizado la esterilización tubárica, 4 acceden a los implantes.
- ❖ Una vez elaborado el perfil epidemiológico del Barrio “Labanda Alto Sector VII” se concluye que de 258 habitantes 16 presentan enfermedades crónicas prevaleciendo la hipertensión arterial y afectando más al grupo etáreo de 20-64 años.
- ❖ De los 258 habitantes 5 presentan discapacidades siendo 2 personas con discapacidad intelectual que están entre las edades de 20-64 años, y 3 que presentan discapacidad visual, física.

# 9. RECOMENDACIONES

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

- ♣ Que la carrera de enfermería incluya en su programa de vinculación con la colectividad acciones tendientes a promover estilos saludables y de esta manera contribuir a reducir factores de riesgo biológicos, sanitarios y socioeconómicos.
- ♣ Que el equipo de salud del Hospital Universitario de Motupe realice talleres mediante charlas educativas e información escrita acerca de los beneficios de cuidar la alimentación de los niños y adolescentes para evitar índices de mala nutrición, además incentivar mediante la educación a las mujeres con vida sexual activa a realizarse el examen del Papanicolaou ya que ayuda a la detección oportuna del cáncer de cuello uterino.
- ♣ Es importante que el Hospital Universitario de Motupe, con el aporte de enfermería se mantenga un control y seguimiento del cumplimiento de los controles periódicos de las diferentes personas con enfermedades crónicas para planear visitas domiciliarias, a quienes transcurrido cierto tiempo no acudan a realizarse los controles.
- ♣ Enfatizar a la comunidad que acudan al Hospital Universitario de Motupe, el mismo que brinda servicios de salud de manera integral a toda la población explicando a los moradores sobre el nuevo sistema de atención que está adoptando el HUM para brindarles una mejor atención, señalando a los mismos que no es necesario estar enfermos para acudir al hospital.



- Que se actualice de manera continua el mapa parlante, el mismo que sirve como instrumento de apoyo para la planificación, intervención y seguimiento a la población o familias con riesgos, por parte de los equipos de atención integral de salud del Hospital Universitario de Motupe.

# 10. BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Pilar & Otros. (septiembre 2010). Manual de Atención al Alumnado con necesidades específicas de Apoyo Educativo por padecer Enfermedades Raras y Crónicas [Base en línea]. España Disponible en: [www.juntadeandalucia.es/educacio/portal/com/big/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/Manualdeatencionalalumna.doNEAE/1278667341285\\_09.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/educacio/portal/com/big/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/Manualdeatencionalalumna.doNEAE/1278667341285_09.pdf)
- Atie, Guidalli & Otros. (2011). Nutrición y Alimentación en el ámbito Escolar [Base en línea]. Madrid Disponible en: [http://www.nutricion.org/img/files/nutricion%20ambito%20escolar%20FINA\\_Lprot.pdf](http://www.nutricion.org/img/files/nutricion%20ambito%20escolar%20FINA_Lprot.pdf).
- Collazos Jaime\_ & Otros. (2008). Salud Pública y Discapacidad [Base en línea]. Bogotá Disponible en: <http://books.google.es/books?id=cBhhQB3dq5EC&dq=salud+publica+2008&hl=es&sa=X&ei=9j7xUuzAJ9KfkQe48IGQBQ&ved=0CE4Q6AEwBQ>
- Correa Eduardo & Otros. (2009). Manual de Salud Comunitario. [Base en línea]. Ecuador Disponible en: <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMAN%C3%8DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20TRABAJO%20SOCIAL/09/SALUD%20COMUNITARIO/MANUAL%20DE%20SALUD%20COMUNITARIA.pdf>
- Escobar, A., Velasco M. (2010). *Los y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI*. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: [http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta\\_nacional\\_NNA\\_siglo\\_XXI\\_2\\_Part\\_e1.pdf](http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Part_e1.pdf) (Citado: 10/12/2013).
- Fathalla, Mahmoud. (2008). Guía práctica de investigación en salud. [Base en línea]. Washington, D.C: OPS Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/724/OPS.%20Gu>

[i%CC%81a%20pra%CC%81ctica%20de%20investigacio%CC%81n%20e  
n%20salud.pdf](#)

- GARRIDO, H., YUNGA E. (2010). *Incidencia del Cáncer en Loja: Estudio de una Década*. Loja Sociedad de Lucha Contra el Cáncer-SOLCA.
- HERNÁNDEZ, M., AGUAYO J., GÓMEZ A., (2008). *Manual de Lactancia Materna - de la teoría a la práctica*. España. Editorial Médica Panamericana.
- HERNÁNDEZ, R., & Otros. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ª ed. México. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana.
- JUMBO, F. (2011). *Análisis y Porcentajes de los Problemas Psicológicos*. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: <http://www.slideshare.net/jumbofabian/la-psicologia-educativa-en-quito-ecuador-informe-del-ao-escolar-2010-2011> (Citado: 10-11-13).
- LEÓN, W., YÉPEZ G., NIETO, M. (2008). *Componente Normativo Materno*. Ecuador. MSP-SNS.
- MENDIETA, M. (2012). *Dinámica poblacional en Ecuador, Informe de Coyuntura Económica*. No 9. Ecuador. Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Técnica Particular de Loja.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (2013). *MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI*. Ecuador.

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CONASA. (Agosto 2010). Norma y protocolo de Planificación Familiar. [Base en línea]. Ecuador Disponible en:
  - [http://www.iesg.gob.ec/documents/10162/51880/norma\\_planit\\_famil.pdf](http://www.iesg.gob.ec/documents/10162/51880/norma_planit_famil.pdf)
  
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2007). *Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales*. Suiza.
  
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2010). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Suiza.
  
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2011). *Agua y Saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública*. Washington.
  
- PINEDA, E., & Otros. (2008). *Metodología de la Investigación*. 3ª ed. Washington. Publicación de la OPS.
  
- SALAS, M., PEÑALOSA J. (2006). *Pediatría, Bases Fisiopatológicas Clínicas y Terapéuticas*. 3ª ed. México. Editorial Masson.
  
- VILLACÍS, B., CARRILLO D. (2011). *La Nueva Cara Sociodemográfica del Ecuador*. Edición Especial. Quito-Ecuador. Revista Analítica - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

# 11. ANEXOS

♣ CERTIFICADO DEL PRESIDENTE



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


Loja 06 de Octubre del 2013

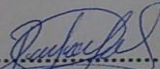
Sr. Lic. Jaime Lona

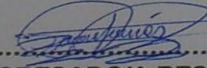
Presidente del Barrio Lavanda Alto

CERTIFICO:


Habernos reunido con los/as egresadas de la Carrera de Enfermería y haber acordado brindar el apoyo para el trabajo que van a realizar en la comunidad Lavanda Alto perteneciente a la parroquia El Valle de la ciudad de Loja.

  
PRESIDENTE DEL BARRIO Tef: 541-098  
CI: 1100336476

  
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD  
CI: 1105332014

  
EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD  
CI: 1105133290

❖ FICHA FAMILAR



Ministerio de Salud Pública  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE SALUD N° 3  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE**

FICHA FAMILAR DE SALUD N°

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA \_\_\_\_\_

**1. INFORMACIÓN DE LOS REPRESENTANTES**

LUGAR DE NACIMIENTO	ALTIOS
---------------------	--------

**2. MEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD**

NOMBRE CADA UNO DE LOS QUE SE ACTUALIZAN  
ACTUALIZAR LOS DATOS, DADA LA EDAD DE LOS MIEMBROS

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DEL NACIMIENTO	SEXO	ESCOLARIDAD				EDUCACIÓN SUPERIOR	ESTADO CIVIL	ESTADO LABORAL	ESTADO DE VACACIONES	ANTICEDENTES MÉDICO-QUIRÚRGICOS	ANTICEDENTES PATOLÓGICOS
				SI	NO	SI	NO						
ADULTO MAYOR													
ADULTO													
ADULTO JUVENIL													
ADULTO INICIAL													
ADULTO PRECOZ													
ADULTO TARDÍO													
ADULTO TEMPRANO													

**3. IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

NOMBRE	CÓDIGO	FECHA DE VINCULACIÓN	FECHA DE VINCULACIÓN

**4. RESPONSABLE DEL LLENADO**

NOMBRE Y APELLIDO	CÓDIGO

**5. RESPONSABLE DEL LLENADO**

NOMBRE Y APELLIDO	CÓDIGO

FORMULARIO - ANEXOS





### 5 CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

	FECHAS DE CALIFICACIÓN
GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES	

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

		TOTAL					TOTAL					TOTAL				
		BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
<b>A</b>	<b>RIESGOS SOCIALES</b>															
1	PERSONAS CON VACUNACIÓN INCOMPLETA															
2	PERSONAS CON MALA NUTRICIÓN (desnutrición o sobrealimentación)															
3	PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO															
4	EMBAZAZANAS CON PROBLEMAS															
5	PERSONAS CON DISCAPACIDAD															
6	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES															
<b>B</b>	<b>RIESGOS SANITARIOS</b>															
7	CONSUMO DE AGUA INSEGURA															
8	MALA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS															
9	MALA ELIMINACIÓN DE DESECHOS LÍQUIDOS															
10	IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS															
11	ANIMALES INTRO DOMICILIOS															
12	POBREZA															
13	DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA															
14	ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE															
15	DESTRUCTURACIÓN FAMILIAR															
16	VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN															
17	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA															
18	NACIMIENTOS															
<b>C</b>	<b>RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS</b>															

<b>NIVEL DE RIESGO TOTAL</b>		BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
CALIFICACIÓN BASADA EN LOS NIVEL DE RIESGO CON COMPONENTES DE LA GUÍA Y TOTAL Y RANGO EN LA CALIFICACIÓN SOBRE EL RANGO TOTAL																

CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0 = SIN RIESGO 1 - 14 = RIESGO BAJO 15 - 16 = RIESGO MEDIO 17 - 75 = RIESGO ALTO

RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN																
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ISSS-MSP / FICHA - Anexo 1 (2008) (Página 2)

FICHA FAMILIAR - RIESGOS



**ANEXO A LA FICHA FAMILAR**

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

**PROTECCION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS**

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

**2. CONTROL DEL NIÑO SANO**

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

**ATENCIÓN INTEGRAL DEL ESCOLAR Y ADOLESCENTE**

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

**PROTECCION DE LA MUJER**

**1. ATENCIÓN MATERNA**

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

**2. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL**

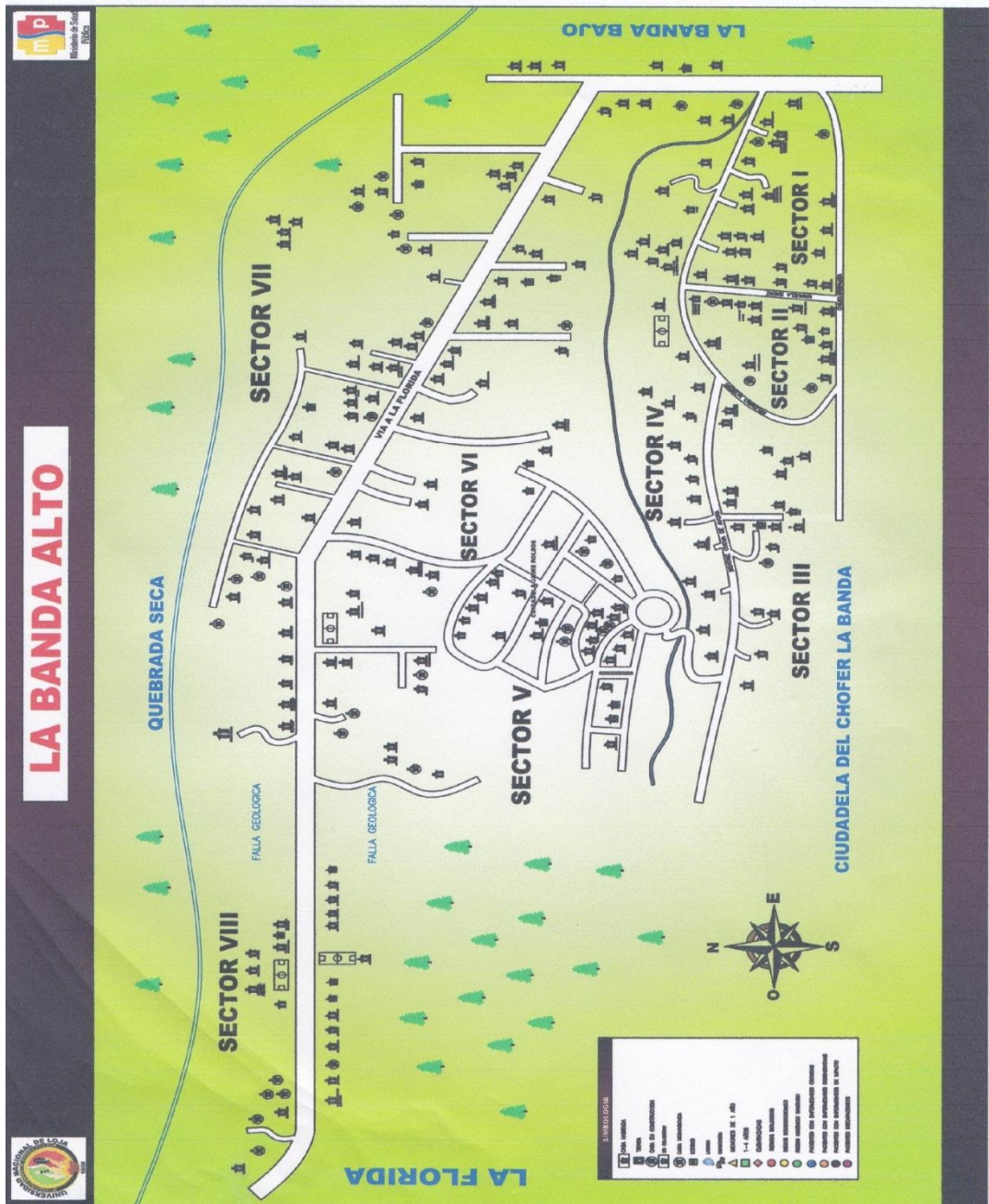
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	MÉTODO DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD						VACUNACION				PAPANICOLAOU				
		INTROVABLE	ORAL	IMPLANTE	TIE CORRE	METODO DEL RITMO	Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta dosis	Quinta dosis	Refuerzo ( Cada 10 años )	SI	NO	FECHA	DIAGNOSTICO

**PROBLEMAS DE SALUD CRONICOS**

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

♣ ANEXO A LA FICHA FAMI

♣ MAPA DEL BARRIO LABANDA ALTO SECTOR VII



♣ **EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS**

- **Reconocimiento del barrio Labanda alto Sector VII**



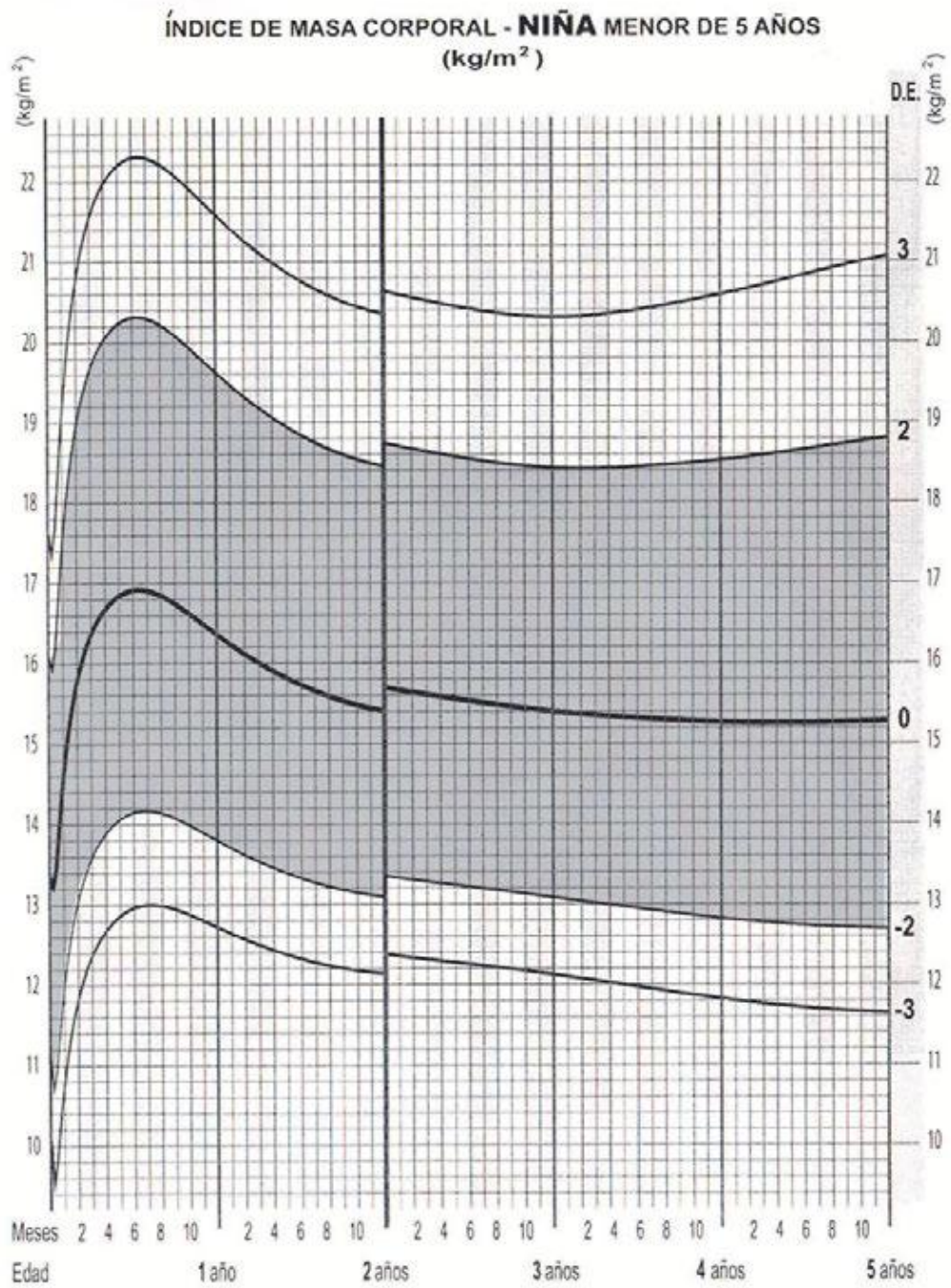
- **Recolectando datos en la ficha familiar**



- **Casas del barrio**



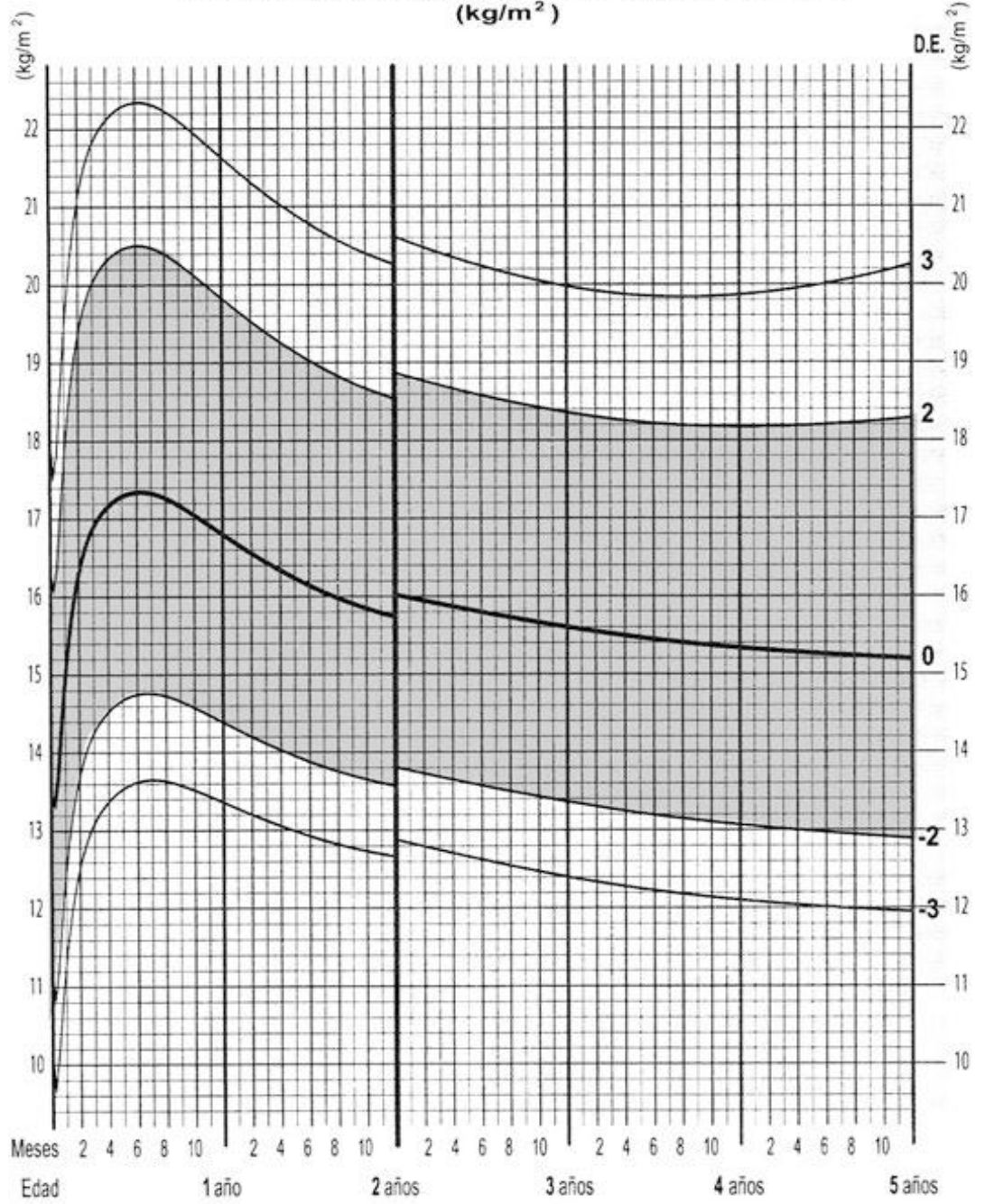
❖ INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS



**CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS**



ÍNDICE DE MASA CORPORAL - **NIÑO** MENOR DE 5 AÑOS  
(kg/m<sup>2</sup>)



**CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS**

♣ INSTRUMENTO DE INDICE DE MASA CORPORAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES.

**Peso [Kilograms]**

	45	48	50	53	55	58	60	63	65	68	70	73	75	78	80	82.5	85	87.5	90	
<b>Altura [Centimeters]</b>	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	23.6	24.2	24.9	

<http://www.freebmiccalculator.net>

Infrapeso
  Nomal
  Sobrepeso
  Obeso

<b>CLASIFICACIÓN DE LA OMS DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO AL IMC</b>	
Clasificación	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )
<b>Desnutrición</b>	<18,50
<b>Desnutrición grave</b>	<16,00
<b>Desnutrición moderada</b>	16,00 - 16,99
<b>Desnutrición leve</b>	17,00 – 18,49
<b>Normal</b>	18,50 - 24,99
<b>Sobrepeso</b>	≥25,00 – 29,99
<b>Obeso</b>	≥30,00

♣ TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLEN)

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

♣ TABLA DE TAMIZAJE VISUAL DE SNELLEN (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

KREMER

1		100	<b>1</b>
2	 	50	<b>2</b>
3	  	33	<b>3</b>
4	   	25	<b>4</b>
5	    	20	<b>5</b>
6	     	15	<b>6</b>
7	      	12	<b>7</b>
8	      	9	<b>8</b>
9	      	7	<b>9</b>
10	      	6	<b>10</b>
11	      	5	<b>11</b>

Kremer - 2010

♣ LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>EDAD</b>	<b># DE CASA</b>	<b>ENFERMEDAD</b>
Herrera Correa Blanca Rosa	64 años	058	HTA
Correa Tinoco Dora Enith	55 años	058	HTA
Carrión Pullaguari Rosa Ismelda	60 años	053	HTA
Guayllas Lozano María Gladys	60 años	035	Epilepsia
Chachaguilca Quinche María Magdalena	54 años	049	HTA
Cabrera Cabrera Celia	50 años	006	HTA
Alulima Ángel Benjamín	53 años	008	HTA
Zhanay Medina María del Rocio	34 años	008	Artritis Reumatoide
Fernández Loja Segundo Tomás	64 años	032	HTA
Soto Auquilla Mayra Johana	32 años	034	HTA
Díaz Tandazo Segundo Vicente	69 años	001	HTA/Diabetes
Villavicencio José Antonio	90 años	019 <sup>a</sup>	HTA
Chimbo Erréis Isolina	83 años	019 <sup>a</sup>	HTA
Puchaicela Luz Delicia	65 años	021	HTA
Suquilanda Muquincho María Rosario	78 años	030 <sup>a</sup>	Diabetes
Correa Tinoco Luz Benigna	88 años	058	HTA

♣ LISTA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	TIPO DE DISCAPACIDAD	# DE CASA	BONO MANUELA ESPEJO
Villavicencio Patiño Eddy Paúl	20 años	Intelectual 47%	017 <sup>a</sup>	No
Cuenca Valencia Jonathan Edisón	23 años	Intelectual 70%	027	No
Gutama Gutama Manuel Eloy	54 años	Física 45%	038	No
Guerrero Castillo Geovanny	24 años	Intelectual/Física 95%	045 <sup>a</sup>	No
Cuenca Carrión Jipsón David	19 años	Visual 54%	054	No

♣ LISTA DE ANALFABETOS

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	# DE CASA
Zhanay Medina María Augusta	60 años	008
Ordoñez Ordoñez Segundo Antonio	66 años	021
Guerrero Castillo Geovanny	24 años	045A

♣ LISTA DE NIÑOS/AS MENORES DE 1 AÑO

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	ESQUEMA DE VACUNAS	# DE CASA	TELÉFONO
Silva Chiriboga Dolores	3 meses	Completo	002	No tiene
Morocho Alulima Emilio Alejandro	7 meses	Completo	009	No tiene
Villavicencio Correa Karla Juliana	9 meses	Completo	017B	0993404297
Morocho Ocampo Kimberly Valentina	8 meses	Completo	020	0991941037
Gueledel González RN	1 mes	Completo	033	0991856037
Flores Ramón María Fernanda	9 meses	Completo	036A	2540-295
Chávez Quishpe Darwin Sebastian	7 meses	Completo	042	No tiene
Vera Guerrero Mahia Gabriela	6 meses	Completo	045B	0991738971
Quishpe Jaramillo Cristian Daniel	2 meses	Completo	051	0939433551

♣ LISTA DE NIÑOS/AS DE 12 A 23 MESES

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	ESQUEMA DE VACUNAS	# DE CASA	TELÉFONO
Alulima Llivicura Andrés Emanuel	1 año 11 meses	Completo	010	0994540630
Campos Uchuari Matías Antonio	1 año 9 meses	Incompleto	037A	No tiene

♣ LISTA DE NIÑOS/AS DE 2 A 4 AÑOS

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	ESQUEMA DE VACUNAS	# DE CASA	TELÉFONO
Ortega Sánchez Glenda de Fátima	2 años 7 meses	Completo	005	2547-542
Alulima Granda Juan Diego	2 años 7 meses	Completo	007	2542-553
Alulima Granda Ángela Stefania	4 años	Completo	007	2542-553
Aguilar Burí Nayeli Nicol	2 años	Completo	019B	0939352328
Aguilar Burí Luis Mateo	4 años	Completo	019B	0939352328
Ordoñez Sebastian Andrés	4 años 2 meses	Completo	021	No tiene
Quinche Sarango Justin Adrián	2 años 10 meses	Completo	029	0989248959
Pangay Soto Ignacio Asael	2 años 4 meses	Completo	034	No tiene
Pangay Soto Erick Leonel	3 años 5 meses	Completo	034	No tiene
Pineda Ramón Luis David	2 años 2 meses	Completo	036A	2540-295
Pineda Ramón José Ángel	4 años 6 meses	Completo	036A	2540-295
Ramón Duarte Jaime Javier	4 años	Completo	036B	No tiene
Abad Uchuari Ramiro Efraín	3 años 10 meses	Completo	037B	No tiene
Zuñiga Quishpe Jairo Junior	3 años 7 meses	Completo	043	0983696940
Chanta Facundo Cristian	3 años	Incompleto	043	0983696940
González López Domenica Aymara	4 años 5 meses	Incompleto	044B	No tiene
Guerrero Castillo Josué Pastor	3 años 2 meses	Completo	045A	0985679019
Cevallos Jaramillo Rosa Eliana	2 años 4 meses	Completo	051	0939433551
Puga Quinche Viviana del Carmen	3 años 7 meses	Completo	060	No tiene
Chimbo Puga Mishell Stefania	4 años 4 meses	Completo	063	No tiene

## **ÍNDICE**

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

<b>PRELIMINAR</b>	<b>PÁGINAS</b>
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN. ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	6
4. REVISIÓN DE LITERATURA	9
5. MATERIALES Y MÉTODOS	41
6. RESULTADOS	45
7. DISCUSIÓN	65
8. CONCLUSIONES	70
9. RECOMENDACIONES	73
10. BIBLIOGRAFÍA	76
11. ANEXOS	80
12. ÍNDICE	98