

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

TÍTULO:

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE
SALUD DEL BARRIO SHUCUS
SECTOR I Y III,
SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”**

Tesis previa a la obtención
del Título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

Sra. Katherine Gabriela Pauta Sinche

DIRECTORA:

Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma

Loja - Ecuador

2013



CERTIFICACIÓN

Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma.

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

DIRECTORA DE TESIS:

CERTIFICO

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

Loja, Enero del 2014

Atentamente.


.....
Lic. Mgs. Patricia Chávez Poma

Directora de tesis



AUTORÍA

Yo, Katherine Gabriela Pauta Sinche, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional - Biblioteca virtual.

Autora: Katherine Gabriela Pauta Sinche

Firma: -----

Cédula: 1104798515

Fecha: Loja, Enero del 2014



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

Yo, Katherine Gabriela Pauta Sinche, declaro ser autora, de la tesis titulada; **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III, 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, al mes de Enero del dos mil catorce. Firma la autora.

Firma:



Autora: Katherine Gabriela Pauta Sinche.

Cédula: 1104798515

Dirección: Clodoveo Jaramillo Alvarado

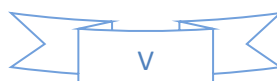
Correo Electrónico: gabrielapaua@hotmail.com

Teléfono: 0988674697

DEDICATORIA

Con el más grande espíritu de agradecimiento dedico a Dios por haberme guiado en este camino difícil, por siempre acompañarme y cuidarme en cada paso que doy, a mi Madre que con sacrificio supo guiarme por el buen camino del saber, a mi esposo y a mi hijo por el apoyo, amor y sacrificio que supieron entregar en todo momento para mi formación y a toda mi familia que de alguna u otra manera contribuyeron para cumplir una meta más en mi vida.

Katherine Gabriela Pauta Sinche



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por estar siempre en cada cosa que he realizado, en momentos difíciles de mi vida. A mis Padres, a mi esposo e hijo y demás seres queridos, quienes fueron el pilar fundamental para culminar mi carrera profesional que con su apoyo y paciencia pude lograr una meta más.

Dejo en constancia mi agradecimiento y gratitud a la Universidad Nacional de Loja, que nos brindó la oportunidad de formarnos cultural y profesionalmente.

De igual manera, agradezco a mi directora de tesis Lic. Mgs. Patricia Chávez, quien con su apoyo, conocimientos, tiempo aportaron para culminar el trabajo de tesis. A la vez un agradecimiento especial a la comunidad de Shucus quien con la información que me brindaron pude culminar el trabajo investigativo.

Gracias...!!

Katherine Gabriela Pauta Sinche

1. TÍTULO

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO
SHUCUS SECTOR I Y III,
SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**



2. RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal contribuir al fortalecimiento del **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL** en el Hospital Universitario de Motupe, aportando con estadísticas y datos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud - EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud) formular propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad de **Shucus Sector I y III**.

El universo estuvo constituido por 27 familias y 101 habitantes, la presente investigación es de tipo descriptivo, en el cual se detallan hechos y características relacionadas con la población y su entorno, el instrumento para la recolección de información fue la ficha familiar elaborada por el MSP y un anexo a esta ficha, el formulario de entrevista permitió completar la información, además se analizó los datos, obteniendo resultados que servirán como línea de base.

Entre los datos más relevantes destacamos; que el sexo más prevalente es el femenino, el nivel de educación más sobresaliente es el básico, se encontró 2 analfabetos de los cuales son jefes de familia, en cuanto escolares y adolescentes gran parte de ellos esta con buen estado nutricional y la mayoría estudia, en lo que respecta a mujeres con vida sexual activa, el método del ritmo es el más utilizado para la planificación familiar.

En cuanto al perfil epidemiológico destacamos que la Diabetes es la patología crónica que más prevalece afectando a edades comprendidas entre los 65 años y más y lo que respecta a discapacidades la más sobresaliente es la discapacidad intelectual. Se respalda la investigación con bibliografía y anexos que contempla el desarrollo de la misma.

Palabras Claves: Diagnóstico comunitario de salud del **Barrio Shucus Sector I y III** y sus resultados.

ABSTRACT

This research's main objective is to help strengthen the INTEGRAL MODEL SYSTEM WARNING NATIONAL COMMUNITY FAMILY HEALTH Intercultural E at the University Hospital of Motupe, providing statistics and data that enable basic health teams - EAIS (Care Teams Integral health) formulate local health proposals, aimed at improving the quality of life of the community **Shucus Sector I and III**.

The universe consisted of 27 families and 101 inhabitants, this research is descriptive, in which facts and characteristics related to population and environment are detailed, the instrument for data collection was the family record compiled by the MSP and an annex to this record, the interview form complemented the information, the data is also analyzed, obtaining results that will serve as a baseline.

Among the most relevant data include : that the most prevalent is the female sex , level of education is outstanding Basic , 2 Illiterate of which many of them teenagers met heads of households , and this school as well- nutritional status and most studies in regard to sexually active women , the rhythm method is the most widely used family planning.

Regarding the epidemiological profile include the Diabetes is the most prevalent chronic disease affecting aged 65 and over and with regard to the most outstanding intellectual disabilities is disabled . Research bibliography and appendices which involves the development of it is supported.

Keywords: Community health diagnosis **Shucus Neighborhood Sector I and III** and their results.

3. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad **Shucus, Sector I y III.**

El estudio que se aplicó en este trabajo es descriptivo, que tiene como principal objetivo el detallar sistemáticamente hechos y características relacionadas con la población y su entorno. La metodología que se utilizó fue la establecida en la Atención Primaria de Salud que incluye estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: visita domiciliaria, ficha familiar, criterios de dispensarización.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

4.1.1. Definiciones

El diagnóstico comunitario consiste en hacer un estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y necesidades de cada población así como los factores que influyen positivamente y negativamente sobre dicho nivel de salud.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (**MAIS-FCI**) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud.

4.1.2. Objetivos de Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

- ④ Reorientar los servicios de salud y fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria.
- ④ Fortalecer la calidad de atención por el Talento Humano.
- ④ Optimizar la prestación de servicios en los tres niveles de atención.
- ④ Organizar el Sistema Único de Información en Salud.
- ④ Fomentar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.¹

4.1.3. Mapeo de Actores

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

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

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

4.1.4. Mapeo del Sector

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

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

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

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

- Ⓢ **A nivel urbano:** 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 **TAPS** (Técnicos de Atención Primaria de Salud) por cada 4000 habitantes.
- Ⓢ **A nivel rural:** 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 TAPS por cada 1500 a 2500 habitantes.

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

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

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

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

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

- ④ Conformación y/o fortalecimiento de la organización comunitaria de salud –Comité local de salud.
- ④ Diagnóstico Situacional.
- ④ Diagnóstico Dinámico.

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

- ④ Mapa Parlante.
- ④ Sala Situacional.

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

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

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

Con el objetivo de garantizar el acceso y la continuidad de la atención se asigna un **EAIS** a un grupo de familias de acuerdo al estándar

establecido por la autoridad sanitaria quienes tienen la responsabilidad de implementar la ficha familiar, identificar riesgos y factores protectores, establecer planes de intervención en conjunto con el resto del equipo de la unidad de salud más cercana.²

4.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

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

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

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

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

Así mismo la Hipertensión es un problema de salud, que se ubica en el sexto puesto con una tasa de 17.1% en los hombres con relación a las diez principales causas de mortalidad y en el quinto puesto en las mujeres con relación a los datos del **INEC** 2010.

Según datos actuales del **INEC** las Enfermedades Cardiovasculares ocupan las primeras causas de muerte en el país, produciendo más de 15.000 defunciones al año, lo que la define como la epidemia del siglo en el Ecuador.

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

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

4.3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

En la actualidad, nuestro país tiene un territorio de 283 560 km², cuenta con 14.306.876 habitantes que se hallan distribuidos en las distintas provincias.⁴

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

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

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

densidad son Pastaza y Galápagos con 2,8 habitantes por Km² cada una.⁵

Es un país multiétnico destacando las siguientes:

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

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

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

4.3.1. Distribución poblacional de la Provincia de Loja

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

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

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

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

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

4.4. NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

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

Entre los principales problemas que tiene la educación pública se encuentran los siguientes indicadores: persistencia del analfabetismo, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, mala calidad de la educación, poca preparación de los docentes, salarios bajos de los profesores y deficiente infraestructura educativa y material didáctico.

Los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone la actual sociedad.⁸

4.4.1. Analfabetismo

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

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

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

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

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

4.4.2. Deserción escolar

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

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

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

posibilidades de aprendizaje. Otros factores escolares como la pedagogía y metodología, son decisivos, ya que deben desarrollarse metodologías acordes a las necesidades de los alumnos y una pedagogía basada en su formación crítica que despierte el interés del escolar.¹⁰

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

4.5. OCUPACIÓN

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

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**) realizado en el 2010, señala que los empleados públicos se ubican en el primer lugar a nivel nacional con el 33% después están los comerciantes representando el 28,5% y después están los agricultores o jornaleros con el 13%.¹²

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

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

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

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

administración pública, industrias manufactureras, transporte y comunicaciones”.¹³

4.6. FACTORES DE RIESGO

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

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

4.6.1 Riesgos Biológicos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de

¹⁴Disponible en: <http://solnaciendentnews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html> 10/12/13, 10:15

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

4.6.2. Riesgos Sanitarios

4.6.2.1. 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.¹⁶

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

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

4.6.2.4. Animales intradomiciliarios: las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes y dan como resultado infecciones

¹⁵ Disponible en: <http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html> 10/12/13 9:

¹⁶ Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/AguapotableysaneamientoenEcuador> 10/12/13, 8:11

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.

4.6.3. Riesgos Socio-Económicos

4.6.3.1 Pobreza: la pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación. La pobreza rural en el Ecuador bajo 4,23%, en Junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registro 44,96% según la última Escuela Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**).¹⁷

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

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

Según la última Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (**ENEMDU**) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (**INEC**). El desempleo urbano se ubicó en 4,6% en Marzo 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.

¹⁷Disponible 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.¹⁸

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

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

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

El 70% y 80% de la población joven consumen alcohol: 15% de la población ingiera alcohol en forma anormal; 5% presenta síndrome de dependencia alcohólica y 10% son bebedores

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

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

excesivos. Alrededor del 20% y el 25% de los jóvenes son abstemios, es decir beben muy ocasionalmente y sin embriagarse.

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

4.6.3.7. Hacinamiento: el término hacinamiento hace referencia a la situación lamentable en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. El hacinamiento es un problema de gran importancia en la actualidad, ya que la población mundial es muy numerosa y la densidad de la misma es extremadamente alta en algunos espacios del planeta.²⁰

En el Ecuador el 40% de las viviendas las personas viven hacinadas es decir, no tendrían habitaciones suficientes para el total de personas que residen en tales viviendas.²¹

4.7. ENFERMEDADES CRÓNICAS

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

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (**ECNT**) son enfermedades que pueden tener una determinación congénita,

²⁰ Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx> 10/12/2013, 8:20

²¹ Disponible en: https://www.google.com.ec/?qws_rd=cr&ei=viynUpOAI8efkQepzoCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador 10/12/2013.

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

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos: ²²

- Ⓢ Accidentes Cerebrovasculares
- Ⓢ Enfermedades Respiratorias Crónicas
- Ⓢ Obesidad
- Ⓢ Diabetes
- Ⓢ Trastornos Neuropsiquiátricos
- Ⓢ Afecciones Digestivas
- Ⓢ Discapacidad Visual y Auditivas
- Ⓢ Enfermedades Osteoarticulares
- Ⓢ Afecciones Bucodental
- Ⓢ Enfermedad Renal

4.7.1. 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

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

Mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales”.²³

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

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

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

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

4.8. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

Una Enfermedad Degenerativa es una afección generalmente crónica, en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirman que en el 2030 a escala mundial aumentarán las defunciones

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

ocasionadas por enfermedades no transmisibles (**ENT**). Las Enfermedades Cardiovasculares aumentarán de 17 millones a 25 millones, mientras que las muertes ocasionadas por el cáncer aumentarán de 7,6 millones a 13 millones.²⁴

Los tipos de enfermedades degenerativas son:

- Ⓜ **Espondilo Artrosis:** degeneración de los cartílagos articulares. Afecta con mayor frecuencia a la columna vertebral, sobre todo a los segmentos cervicales y lumbares.
- Ⓜ **Alzheimer:** se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian.
- Ⓜ **Cáncer:** producción excesiva de células malignas, con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento descontrolado (crecimiento y división más allá de los límites normales, invasión del tejido circundante y a veces metástasis).
- Ⓜ **Tumores Benignos y Malignos:** es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen del órgano afectado independientemente de que sean de carácter benigno o maligno. Generalmente pueden retirarse o extirparse y en la mayoría de los casos no reaparecen”.²⁵

4.9. ENFERMEDADES DE IMPACTO

También llamadas transmisibles, según la **OMS** es cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico y se manifiestan por la transmisión de ese agente de una persona o de un reservorio, a un huésped susceptible, directa o indirectamente. En el 2001 las enfermedades infecciosas causaron el 26% de la mortalidad total en

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

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

todo el mundo y ocasionaron 15 millones de muertes, muchas de las cuales podrían haberse evitado con medicamentos, vacunas, acceso a agua y alimentos no contaminados.

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

Entre ellas tenemos:

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

Entre las ITS más comunes encontramos:

- **VIH – SIDA** (Virus de la Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). El virus de la inmunodeficiencia humana (**VIH**) es responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (**SIDA**) y ataca a los linfocitos T-4 disminuyendo la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otros tipos de infecciones.
- **Hepatitis B:** es una enfermedad infecciosa del hígado causada por un virus y caracterizada por necrosis hepatocelular e inflamación, puede causar un proceso agudo o un proceso crónico, que puede acabar en cirrosis.

²⁶ Enfermedades infecciosas disponibles en: <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/Potenciaci3nDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx> consultado 5/12/13

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

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

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

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

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

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

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

Entre ellas destacan:

- **Tuberculosis:** es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones. Se transmite de una persona a otra a través de diminutas

gotas generadas en el aparato respiratorio de los pacientes con enfermedad pulmonar activa.

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

4.10. DISCAPACIDAD

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

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

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

“Muchas discapacidades se desarrollan por hipoxia, asociada a partos no tradicionales, además producto traumatismos, prematuridad, y eventos postnatales asociados”, explicó Gámez al tiempo que destacó el

aporte del estudio de 651 muestras en el Centro Nacional de Genética de Cuba.²⁸

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

4.10.1. Personas con Discapacidad Carnetizadas.

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

4.10.2. Tipos de discapacidad

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

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

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

4.11. TRASTORNOS MENTALES

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

Entre estos problemas tenemos:

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

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

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

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

4.11.4. Fobias: es un temor fuerte e irracional de algo que representa poco o ningún peligro real, existen muchas fobias específicas: entre ellas la acrofobia es el temor a las alturas, la agorafobia es el temor a los lugares públicos y la claustrofobia es el temor a los espacios cerrados.³⁰

³⁰MEDICINE PLUS, Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/phobias.html> Citado: 06/12/2013, Hora: 11h30 am

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

4.11.6. Depresión: se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.³¹

4.12. ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

El Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) tiene como finalidad asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del Programa usando vacunas de calidad, gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de una gerencia y vigilancia epidemiológica efectiva y eficiente en todos los niveles, que involucre a los diversos actores del Sistema Nacional de Salud.³²

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%.³³

4.13. TAMIZAJE NEONATAL

“Con pie derecho, la huella del futuro” es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.³⁴



³¹Depresión, Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html , Citado: 06/12/2013

³²PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en:

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

³³ Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>. Consultado: 09-12-2013

³⁴ Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec> Consultado: 09-12-2013.

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

Estadísticas revelan que hasta el año 2012. “Se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos”,³⁵ lo que se puede destacar que la prueba del talón ha sido oportuna en cuanto a la detección temprana de las discapacidades en las que se puede corregir a tiempo estos errores genéticos.

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

- Ⓢ **Hipotiroidismo Congénito:** es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un **RN** (Recién Nacido), es la causa más común de retardo mental prevenible.
- Ⓢ **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.³⁶

³⁵ 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

³⁶ 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.

- Ⓢ **Galactosemia:** se produce cuando el organismo no puede metabolizar la galactosa, un azúcar simple de la lactosa presente en la leche animal y humana. Es una enfermedad hereditaria causada por una deficiencia enzimática y se manifiesta con incapacidad para metabolizar la galactosa en glucosa lo cual provoca una acumulación dentro del organismo produciendo lesiones en el hígado, sistema nervioso central, cerebro, riñones y ojos.

4.14. ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

El estado nutricional es un indicador de calidad de vida de la población, que refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, íntimamente relacionados con su estado de salud y factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales. Se ha demostrado que un estado nutricional deteriorado afecta todos los mecanismos de defensa, lo que obliga a plantear el axioma de que 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.³⁷

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

³⁷ 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.shtm#1757#ixzz2ly1Y1Yuz>

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

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

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

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

4.15. LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños, los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo 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.³⁸

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.³⁹

4.16. CONTROL DEL NIÑO SANO



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

En cada visita médica se hace una evaluación integral del paciente: peso y talla para la edad, peso para la talla y perímetro cefálico., estas

³⁸ 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>

³⁹ Hasta que edad es importante alimentar al bebé solo con leche materna disponible en <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>

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.⁴⁰

4.17. ESCOLARES Y ADOLESCENTES

4.17.1. Estado Nutricional de los Escolares y Adolescentes

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

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

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

⁴⁰ Pediatría control del niño sano disponible en: <http://pediatria.org/?p=> consultado el 12/12/ 2013

carencias nutricionales en este periodo de la vida son mayores. El crecimiento se caracteriza por ser lento y uniforme durante los años preescolar y escolar”.

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

4.17.1.2. Valoración del Estado Nutricional

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

4.17.1.3. Datos Estadísticos

En el Ecuador 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.⁴¹

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”.⁴² El mismo considera que los indicadores más preponderantes para determinar el

⁴¹ MSP. Normas de Nutrición para la prevención secundaria de sobrepeso y la obesidad en niños y niña adolescentes.

http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDARIA.pdf

⁴² Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC <http://www.alimentatecuador.gob.ec>

grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

4.17.2. VACUNACIÓN DT (Difteria y Tétanos)

El tétanos es una enfermedad bacteriana infecciosa causada por *Clostridium tetani*. En condiciones anaerobias favorables como en heridas sucias y necróticas este bacilo ubicuo puede producir tétano-espasmina, una neurotoxina extremadamente potente que bloquea los neurotransmisores inhibidores del sistema nervioso central, 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.

4.17.3. AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

La agudeza visual es la capacidad del sistema de visión para percibir, detectar o identificar objetos 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.⁴³

⁴³ Agudeza Visual. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/>. Citado el: 10/12/2013

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

El Proyecto busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población pre-escolar y escolar la discapacidad visual, finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual.⁴⁴

4.17.4. ESTUDIO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

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

Los conocimientos que deben ser logrados por los niños y niñas entre 5 y 14 años en la educación básica tendrán que estar asociados con la modernización productiva, la tecnología de la información y el desempeño de una nueva ciudadanía. Todo ello bajo el desarrollo de capacidades que los lleven a resolver problemas, tomar decisiones e integrar el arte y la comunicación a sus procesos formativos.⁴⁵

⁴⁴ Proyecto de detección temprana e intervención de Discapacidad Visual en el Ecuador. Disponible: Estudio de OACDH sobre el derecho de los niños y niñas a la Salud, Defensoría del pueblo ecuatoriano. 7 Septiembre de 2012.

⁴⁵ UNICEF. La Educación. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf Citado el 10/12/2013

4.17.4.2. Datos estadísticos: el 95% de los niños y niñas de 5 a 14 años está en el sistema escolar, mientras que el 92% asisten a la educación básica en el curso que corresponde para su edad, sin diferencias de género en el acceso a la educación básica.

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

Los adolescentes pobres acceden y sobre todo permanecen menos tiempo en la educación media que los jóvenes de sectores no pobres. A esto se añade que los pobres aprenden menos que los de recursos aceptables debido a factores escolares y extra escolares que se combinan y potencializan.

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

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

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

4.17.4.4. Datos estadísticos: no hay diferencias significativas entre adolescentes hombres y mujeres en el acceso a la educación media. Seis de cada diez mujeres e igual número de hombres asisten al bachillerato. Las proporciones entre los que están en el sistema escolar sin importar el nivel básico y secundario tampoco arroja diferencias de género.⁴⁶

4.17.5. RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Se considera un nivel de conocimientos demostrados en un área o materia comparado con la norma (edad y nivel académico). Así tal rendimiento no es sinónimo de capacidad intelectual de aptitudes o competencias.

4.17.5.1. Factores que influyen en el rendimiento académico.

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

- Ⓢ **Factores sociales y culturales:** la clase social (determinada por el ingreso familiar, la escolaridad de la madre, del padre, el tipo y ubicación de la vivienda) ha sido reprobada como una variable relacionada con el hecho de que los alumnos sufran fracasos escolares.
- Ⓢ **Factores escolares:** el ambiente escolar también ha sido señalado como un factor que afecta el desempeño escolar de los alumnos; en este ambiente podemos citar la administración de la institución educativa (sus políticas, estrategias, etc.) y el profesor (capacitación, compromiso, etc.).
- Ⓢ **Factores familiares:** el rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante porque es importante la percepción que tengan acerca de la valoración

⁴⁶ UNICEF. La Educación. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf Creado el 10/12/2013

positiva o negativa de su familia hacia ellos, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.

- Ⓢ **Factores personales:** se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recurriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales.⁴⁷
- Ⓢ **Pereza:** las transformaciones físicas (como aumento de estatura, aparición de caracteres sexuales secundarios, etc.) junto con la inestabilidad de emociones y sentimientos, explican por qué con frecuencia el adolescente se siente fatigado y le es más difícil concentrarse.
- Ⓢ **Conflictos propios de la adolescencia:** el adolescente entra en conflicto con los valores de su infancia, cuestiona normas y orientaciones que recibió durante sus años anteriores.
- Ⓢ **Mala alimentación:** los adolescentes en esta etapa de su vida requieren una mayor cantidad de nutrientes ya que las consecuencias de una mala nutrición ocasiona bajo rendimiento escolar, falta de atención, concentración, entre otros problemas que impiden gravemente que desarrollen adecuadamente las habilidades previstas por el sistema educativo”.

4.17.6. PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES

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

⁴⁷Torres L. Rodríguez N. Rendimiento académico y contexto familiar. Disponible en: <http://www.orienta.org.mx/docencia/Docs/Sesion-7-8/Torres.pdf>

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

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

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

El trastorno de conducta ha sido asociado con:

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

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

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

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

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

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

4.17.7. PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL ADOLESCENTE

Los problemas de conducta en adolescentes hacen referencia a conductas rebeldes, conflictivas y mal vistas por la sociedad que al igual que en los niños son observables, medibles y modificables.⁴⁸

Entre problemas de conducta tenemos:

- Ⓢ **Conducta Agresiva:** es la forma de expresar los sentimientos, creencias y opiniones sin considerar la autoestima, sensibilidad o respeto hacia los demás.
- Ⓢ **Conducta Pasiva:** los demás se aprovechan de él fácilmente (además, fomenta esta actitud).
- Ⓢ Suele tener sentimientos de inseguridad y de inferioridad, que se esfuerzan siempre que entra en contacto con una persona agresiva.
 - ✓ Está enfadado consigo mismo porque sabe que los demás se aprovechan de él.
 - ✓ Es un experto en ocultar sus sentimientos.
 - ✓ Es tímido y reservado cuando esta con otras personas.
 - ✓ No sabe aceptar cumplidos.
 - ✓ Se agota y no tiene mucha energía.
 - ✓ Su actitud acaba irritando a los demás.
 - ✓ Se reconoce por su típico lenguaje corporal y verbal.

⁴⁸ Taller para adolescentes "Aprendiendo a comunicarnos, resolver conflictos y tomar decisiones disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado6_2.pdf

- ④ **Conducta Asertiva:** es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y profundamente respetuosa. Su meta es: lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo amerite.
- ④ **Conducta Antisocial:** se refiere de forma general a cualquier conducta que refleje el incumplimiento de reglas normas sociales y la materialización de una acción contra los demás.
- ④ **Conducta Pro-social:** la conducta pro-social comienza a aparecer durante la etapa pre-escolar y puede observarse en el niño desde los dos años de edad. Sin embargo la capacidad para compartir y cooperar es limitada; la conducta pro-social sigue desarrollándose ya entrada la adolescencia y de manera posterior.⁴⁹

4.18. ATENCIÓN MATERNA

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

La misma que comprende:

- ④ **Embarazo y parto:** consultas y estudios de diagnóstico específicamente vinculados con el embarazo, el parto y puerperio. Además psicoprofilaxis obstétrica, medicamentos exclusivamente asociados con el embarazo y parto con cobertura del 100%.
- ④ **Infantil:** el Plan Materno Infantil prevé la realización obligatoria de estudios para detección de la fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística del recién nacido. Además ofrece cobertura de consultas, seguimiento, control, inmunización y

⁴⁹Problemas típicos de adolescentes, consejos para padres, e intercambio de casos e ideas disponible en: <http://adolescentes.euroresidentes.com/2012/07/adolescentes-agresivos.html>

medicación requerida para los primeros 12 meses de vida, según el listado de medicamentos esenciales.

- Ⓢ **Lactancia:** con el objetivo de impulsar la lactancia materna no se brindará cobertura para la adquisición de leches maternizadas o de otro tipo, con excepción de casos en los que el médico lo indique, sujeto a evaluación de la auditoría médica.

4.18.1. CONTROLES MÉDICOS EN EL EMBARAZO

El control prenatal es un conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los riesgos y complicaciones del embarazo que amenazan la vida de la madre y el feto, comprende el control de salud tanto de la madre como del niño antes del parto, para prevenir los riesgos que se pueden presentar en esta etapa.⁵⁰

Los objetivos de los controles médicos son:

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

Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), se considera saludable un embarazo si tiene cinco o más controles prenatales.⁵¹ El control del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que existe mayor receptividad materna para las actividades de educación de la salud.

⁵⁰Dra. MARTÍNEZ. A. <http://ginecologaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05embarazoz.html>

⁵¹CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.

4.18.2. VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS

La inmunización materna es una intervención potencial para prevenir muchas enfermedades durante el embarazo y protege a la madre como al feto. Se considera que las mujeres embarazadas son especialmente vulnerables a las infecciones.

En el Ecuador el Tétanos Neonatal ha sido eliminado como problema de Salud Pública Nacional y Provincial (**OPS** 2008). El impacto a la fecha, se demuestra con la disminución de la tasa de TNN a 0.02 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. A pesar de ser la vacunación un método sencillo y económico para prevenir el tétanos neonatal, aún existen en nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tetánico”.⁵²

“Es más probable que las mujeres embarazadas se enfermen gravemente de influenza que aquellas que no están embarazadas. Los cambios que ocurren durante el embarazo en el sistema inmunitario, el corazón y los pulmones hacen que las mujeres embarazadas sean más propensas a enfermarse gravemente de influenza, lo cual puede llevar a una hospitalización e incluso a la muerte.

Una mujer embarazada y que tiene influenza también tiene una probabilidad más alta de que su futuro bebé presente problemas graves, incluido un aborto espontáneo o un parto prematuro. La vacuna contra la influenza puede proteger a las mujeres embarazadas y a sus futuros bebés, antes y después del parto”.⁵³

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

⁵²Incidencia y Factores de Riesgo asociados al Tétanos Neonatal en el Ecuador: Principales determinantes que influyen en las bajas coberturas de vacunación con DT en las mujeres en edad fértil en el año 2009-2010 disponible: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1030/1/98048.pdf>

⁵³Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza; disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/>

Éstas son:

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

4.18.3. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

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

Otras complicaciones del embarazo:

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

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

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

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

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

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

4.19. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

4.19.1. Vacunación en las Mujeres de Edad Fértil: la inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dT), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.⁵⁴ 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.⁵⁵

4.19.2. Regulación de la fecundidad: actualmente en el contexto de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad humana con las necesidades de 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.⁵⁶

4.19.2.1. Clasificación de los métodos anticonceptivos: en general los métodos anticonceptivos se clasifican en definitivos y temporales; como su nombre indica los definitivos son

⁵⁴Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. Fecha: 05/12/2013.

⁵⁵Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959> Fecha: 05/12/2013.

⁵⁶Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013.

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

a) Métodos Naturales

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

b) Métodos de Barrera

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

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

Entre ellos se encuentran:⁵⁷

- ⊗ La Píldora
- ⊗ Inyectables
- ⊗ Implante

4.19.3. PAPANICOLAOU

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

⁵⁷ Disponible en: <http://tvncanal.com/index.php> Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45min.

“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”.⁵⁸

⁵⁸RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia “Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador”

5. MATERIALES Y MÉTODOS

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

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

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

5.1. Tipo de estudio.

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

5.2. Universo.

El universo estuvo conformado por las familias del **Barrio Shucus, Sector I y III**.

5.3 Análisis de la Información

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

Los resultados obtenidos fueron analizados e interpretados en tablas. Se realizó el levantamiento definitivo del mapa parlante, utilizando el programa de **AUTOCAD** el cual fue apoyado por el mapa físico que fue elaborado durante toda la jornada laborada en el **Barrio Shucus, Sector I y III.**

5.4 Materiales.

5.4.1. Recursos materiales

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

6. RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD.

DATOS HISTÓRICOS Y APORTACIONES RELEVANTES PROPIAS DE LA COMUNIDAD

El Barrio Shucus fue creado en 1915 con aproximadamente 8 familias.

En 1952 se creó la primera escuela que se ubicó frente a la iglesia la misma que fue cerrada y se fundó



la nueva escuela en el año de 1984 ubicada frente a la cancha sintética que se encuentra tras de la iglesia.

Shucus está ubicado a 9km de distancia del Hospital Universitario de Motupe, las vías principales de comunicación con el barrio son la vía de Amable María tomando como referencia el redondel que se encuentra diagonal al Colegio Militar y la otra vía es la que ingresa por el del Barrio Sauces y se comunica con el Barrio El Castillo.

En el año de 1982 se inaugura la iglesia del barrio en aquella época era síndico y presidente de promejoras del barrio el Sr. José Chapa. Actualmente el encargado del bienestar de la comunidad es el Sr. Francisco Pullaguari, los moradores del barrio celebran la misa dominical a las 20H00 y cuando hay fiestas de tradición, 42 priostes se organizan para brindar un día antes café con pan, en la noche se presentan artistas, el domingo de fiesta se realizan juegos deportivos como es el indor en la tarde, se brinda mote con papas fritas y ají molido, en la noche toda la comunidad se reúne para comer, además el

barrio cuenta con dos clubs deportivos que son: Club Atlético Madrid y el otro Club de los Galac.

En cuanto a medicina tradicional la comunidad consume agua de manzanilla, (utilizada para dolor de estómago), horchatas (como aguas frescas), agua de llantén y sábila (inflamación de los riñones), diente de león (para disminuir la inflamación de los ovarios).

La mayor parte de sus ingresos económicos se basan en la agricultura y la ganadería, otros ingresos dependen de quienes trabajan en albañilería en la ciudad, todos ellos son de bajos recursos económicos, los servicios básicos con los que cuentan son: luz eléctrica, agua entubada, línea telefónica, sin alcantarillado solo con pozos sépticos o letrinas.

ORGANIZACIÓN (DIRECTIVAS BARRIALES, COMITÉS, CLUBS, ETC.)

No tienen directiva barrial, cuentan con una persona responsable para realizar gestiones en bien de la comunidad, por ejemplo formar reuniones para obtener agua potable, entre otros. El resto de la comunidad se reúne para realizar deporte.

FIESTAS: RELIGIOSAS, CÍVICAS

Las fiestas que tienen mayor relevancia celebrativa son:

Mes de Junio, se celebra el día de la Cruz.

16 de Septiembre se celebra el día del Sagrado Corazón de Jesús.

25 de Diciembre se celebra el día del Niño Jesús y la Navidad.

CREENCIAS, COSTUMBRES

Guardan costumbres muy acogedoras, antiguamente después de la misa de fiesta había música con acordeón y brindaban comida a toda la comunidad (asado de cuy y borrego), actualmente en días de fiesta se efectúan juegos pirotécnicos y vaca loca. En cuanto a salud tradicional realizan remedios caseros a base de plantas curativas de sus mismos sembríos.

TRANSPORTE

Los habitantes cuentan con servicio de bus urbano de lunes a viernes en horarios específicos, a las 06H15 llega al barrio y sale del mismo a las 06H30; en la tarde llega a las 18H00 y sale a las 18H15; los fines de semana cuentan con transporte a las 07H15 y transporte mixto (camionetas). Las familias que viven cerca del cerro se trasladan en caballo o burro.

SERVICIOS BÁSICOS CON QUE CUENTA LA COMUNIDAD:

Cuenta con servicios básicos como luz eléctrica, teléfono satelital y hace 4 meses les instalaron una línea de red telefónica que está a disponibilidad de la comunidad. No disponen de alcantarillado y cuentan con agua entubada.

LÍMITES DE LA COMUNIDAD

Se encuentra ubicada a 9 km de la ciudad de Loja, ésta limita de la siguiente manera:

Al Norte: Cajas Amable María

Al Sur: Cerro Zañe y Florencia

Al Este: Cerro Zañe y Virgenpamba

Al Oeste: El Castillo y Sauces Norte.

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

6.2.1 Datos referenciales generales de población

 Número de familias del barrio: **27**


 Número total de habitantes: **101**


Total de habitantes por sexo:

 Masculino: **49**

 Femenino: **52**

 Casas Fallidas: **1**

 Familias que no colaboran: **1**

 Casas no habitadas: **8**

6.3. ANÁLISIS Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO
SHUCUS SECTOR I Y III

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	1	0,99	2	1,98	3	2,97
Niños 1-4 años	3	2,97	4	3,96	7	6,93
Niños 5-9 años	8	7,92	5	4,95	13	12,88
Adolescentes 10-19 años	12	11,88	9	8,91	21	20,79
Adultos 20-64 años	21	20,79	27	26,73	48	47,52
Adultos mayores 65 años y más	4	3,96	5	4,95	9	8,91
TOTAL	49	48,51	52	51,49	101	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III

ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: las edades corresponden según a la tabla de edades del Ministerio de Salud.

ANÁLISIS.

En el Sector I y III del Barrio de Shucus, se observa que el **51,49%** corresponde a la población de sexo femenino y el **48,51%** al sexo masculino, con prevalencia femenina.

El rango de edad que sobresale es la adulta de 20-64 años con un **47,52%** siendo esta la población que aporta económicamente en sus respectivos hogares.

Según datos del INEC, “hasta el año 2010 el Ecuador estaba compuesto el 49,4% de hombres y un 50,6% de mujeres; estas cifras variaban aún más a favor de las mujeres en las provincias de la sierra central”.⁵⁹ Comparando esta información con los resultados de los sectores I y III del Barrio Shucus, encontramos similitud respecto al sexo de la población.

⁵⁹ Disponible en: Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^a Edición, Septiembre 2012

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III
SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	f	%
Analfabetos	2	1,98
Sin escolaridad	10	9,90
Básica	58	57,43
Bachillerato	25	24,75
Superior	6	5,94
TOTAL	101	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III

ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: la población de la categoría sin escolaridad corresponde a los niños menores de 5 años.

ANÁLISIS.

En el Sector I y III del Barrio Shucus se encontró que el **57,43%** tienen educación básica, el **24,75%** cursaron el bachillerato; muchos de los que terminan la educación media ingresan a estudios superiores pero no los culminan, por lo tanto el **5,94%** de los habitantes tienen su profesión.

Encontramos también 2 adultos mayores analfabetos, que constituyen el **1,98%** de la población sin ningún nivel de escolaridad.

Según datos del INEC en el Ecuador el analfabetismo alcanza el 6,8% de la población; es por ello que se considera que el “Analfabeto es una persona que no puede leer ni escribir una expresión simple”,⁶⁰ al mismo tiempo trae consigo desigualdades en las condiciones sociales y en las oportunidades de alcanzar un mayor bienestar de los habitantes.

⁶⁰ Alfabetización en el Ecuador, Quito Ecuador, Septiembre 2009; Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdf>, fecha: 27-11-2013, hora: 20h00

TABLA N° 3

**RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO SHUCUS
SECTOR I Y III**

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Personas con mala nutrición	17	16,83	84	83,17	101	100
Embarazadas con problemas	1	100	0	0	1	100
Personas con discapacidad	3	2,97	98	97,03	101	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III

ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: se eliminan las categorías "personas con vacunación incompleta, personas con enfermedad de impacto, problemas mentales" por no existir casos.

ANÁLISIS.

En cuanto a los riesgos biológicos del sector I y III del Barrio Shucus encontramos personas que no tienen una adecuada alimentación, dentro de esta población están niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores que tienen desnutrición leve o sobrepeso con un porcentaje de **16,83%**.

Así mismo localizamos a una mujer embarazada que representa el **100%**, no se ha realizado los respectivos controles médicos, representa este caso un factor de riesgo tanto para la madre como para su bebé. Detectamos también tres personas con discapacidad intelectual y auditiva que corresponde al **2,97%** de la población total.

Es así que se define como discapacidad a toda restricción o ausencia de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. "Según datos del INEC señala que en el Ecuador existen casi 300.000 personas con discapacidad".⁶¹

⁶¹ Disponible en: <http://www.discapacidadonline.com/tag/mision-solidaria-manuela-espejo>

TABLA N° 4
RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO SHUCUS
SECTOR I Y III

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de agua insegura	26	96,30	1	3,70	27	100
Mala eliminación de basuras y excretas	24	88,89	3	11,11	27	100
Mala eliminación de desechos líquidos	19	70,37	8	29,63	27	100
Animales Intradomiciliarios	12	44,44	15	55,56	27	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III

ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: se eliminan la categoría "Impacto Ecológico por industrias" por no existir casos.

ANÁLISIS.

Los resultados de las fichas familiares del Barrio Shucus revelan que el **96,30%** del agua de consumo es insegura. El **88,89%** tienen una mala eliminación de excretas porque algunas familias cuentan con letrinas que están en malas condiciones higiénicas y otras familias realizan sus necesidades biológicas al aire libre.

La eliminación de la basura la realizan de la siguiente manera: los desechos orgánicos como son los frutos en descomposición, resto de frutas o verduras que producen abono lo eliminan en sus huertos, mientras que los desechos inorgánicos como son el papel, el cartón, etc., lo lleva el recolector de la basura. Mientras que el 70,37% que corresponde a los desechos líquidos son eliminados al aire libre o en otras ocasiones en las letrinas o pozos sépticos que poseen dicha población

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades relacionadas con la falta de agua potable son las responsables de las tres causas principales de muertes en el mundo. Se calcula que más de 9 millones de personas mueren cada año por este motivo. Las enfermedades relacionadas con el consumo de agua insegura incluyen aquellas causadas por microorganismos y sustancias químicas presentes en el agua, siendo una grave amenaza para la salud humana.

TABLA N° 5
RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO
SHUCUS SECTOR I Y III

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Pobreza	18	66,67	9	33,33	27	100
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	14	51,85	13	48,15	27	100
Desestructuración familiar	2	7,41	25	92,59	27	100
Analfabetismo del padre y de la madre	2	7,41	25	92,59	27	100
Violencia/alcoholismo/drogadicción	2	7,41	25	92,59	27	100
Malas condiciones de la vivienda	13	48,15	14	51,85	27	100
Hacinamiento	7	25,93	20	74,07	27	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III
ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

En la presente tabla se puede observar que el **66,67%** de las personas que habitan en los sectores I y III del Barrio Shucus padecen de pobreza. El empleo informal de los jefes del hogar alcanza el **51,85%** que comprende a la agricultura y albañilería, situación que afecta las condiciones de vida de los pobladores.

“Según el Censo del 2010, la provincia de Loja está dedicada mayoritariamente a la agricultura y ganadería (19%), seguida del comercio (17%) y por el grupo humano que está dedicado a la enseñanza (17%), el resto del porcentaje (30%) de la población económicamente activa (PEA) está ubicado en actividades tales como construcción, administración pública, industrias manufactureras y transporte y comunicaciones”.⁶² Pues estos indicadores muestran un crecimiento social muy preocupante para el país.

⁶² http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja

TABLA N° 6
TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
DEL BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III

TAMIZAJE NEONATAL	f	%
SI	4	40
NO	6	60
TOTAL	10	100

FUENTE: datos obtenidos de las fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III
ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

“El Proyecto Tamizaje Metabólico Neonatal se inició en diciembre del 2011, el mismo que es una muestra de sangre obtenida del talón del bebé a partir del cuarto día de nacido hasta 28 días. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro”.⁶³

Por lo tanto de los 10 niños que se encontraron en los sectores I y III del barrio Shucus solamente 4 de ellos que representan el **40%** pudieron acceder a esta prueba por estar dentro de los 28 días de nacido y en las fechas que entro en vigencia este programa.

⁶³ Programa Nacional de Tamizaje, disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec/>, Consultado 27-11-2013

ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III

En el esquema de vacunas en los niños menores de 5 años del Sector I y III del Barrio Shucus, se pudo identificar que según la edad el **100%** de los infantes tienen sus vacunas completas, esto se refleja la importancia que tienen sus padres con relación a la inmunización de sus hijos.

Las vacunas es un preparado de antígenos procedentes de microorganismos patógenos, cuya finalidad es la creación de anticuerpos que reconozcan y ataquen la infección; provocando una respuesta inmunológica y a su vez produciendo inmunidad frente al organismo.

La inmunización es fundamental para alcanzar el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, que consiste en reducir la mortalidad infantil.⁶⁴

⁶⁴Disponible en : <http://www.unicef.org/spanish/mdg/>

TABLA N° 7

**OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO SHUCUS
SECTORES I Y III**

OCUPACIÓN	f	%
Estudiante	30	29,70
Agricultor	15	14,85
Haceres domésticos	15	14,85
Albañil	13	12,87
Sin ocupación	10	9,90
Comerciantes	5	4,95
Choferes	2	1,98
Empleado públicos	3	2,97
Artesanos	3	2,97
Empleado privado	1	0,99
Mecánicos	1	0,99
Discapacitados	3	2,97
TOTAL	101	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III

ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

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

ANÁLISIS.

De acuerdo a la ocupación de los habitantes del sector I y III del Barrio Shucus, se puede determinar que el **14,85%** se dedican a la agricultura; el **12,87%** son albañiles y los comerciantes constituyen el **4,95%**.

Por lo tanto se evidencia que la mayoría de los ingresos que aportan a las familias provienen de la agricultura y albañilería, estos ingresos no están relacionados con la canasta familiar, ni con el número de personas que conforman cada familia.

TABLA N° 8

**LUGAR DE ATENCIÓN MEDICA AL QUE ACUDEN LA POBLACIÓN DEL
BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III**

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
HOSPITAL DE MOTUPE	60	59,41
OTROS	19	18,81
IESS	11	10,89
CENTRO N°3	7	6,93
HOSPITAL ISIDRO AYORA	4	3,96
TOTAL	101	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III

ELABORADO POR: Katherine Pauta,, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

El **59,41%** de los pobladores que habitan en los Sectores I y III del Barrio Shucus por la cercanía acuden al Hospital Universitario de Motupe ya sea cuando se encuentran enfermos o por algún tratamiento médico. El **18,81%** denominado otros comprenden las personas que acuden a clínicas, policlínicos, médicos privados y el **6,93%** de los habitantes frecuentan el centro de salud N°3.

TABLA N° 9
ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO SHUCUS
SECTOR I Y III

ESTADO NUTRICIONAL	f	%
Normal (12,9-18 Kg)	8	80
Desnutrición leve (10-12,8kg)	2	20
TOTAL	10	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III

ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

El Estado nutricional es la situación fisiológica de las personas, que está determinada por la ingesta de alimentos, las prácticas de atención y las condiciones en materia de salud y saneamiento.

Una alimentación saludable requiere, en muchos casos, de una educación nutricional promovida desde la infancia, desde el núcleo familiar, los hábitos adquiridos en esa etapa son fundamentales para una correcta alimentación en la adolescencia, previniendo así las enfermedades vinculadas a los trastornos alimenticios.

En el sector I y III del Barrio Shucus se ha obtenido como resultado que el **80%** de los niños/as se encuentran con un estado nutricional normal. En cambio el **20%** presentan desnutrición leve, este inconveniente limita un crecimiento y desarrollo adecuado para su edad, en consecuencia puede traer problemas de salud a lo largo de su vida.

TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

En cuanto a la lactancia materna se determina que el **100%** de los niños menores de 5 años han sido alimentados con leche materna durante su primero y segundo año de vida.

“La leche materna aporta los nutrientes necesarios y contiene los anticuerpos ideales para los recién nacidos y lactantes. Al mismo tiempo, beneficia a las madres porque les ayuda a perder peso después del parto, reduce el riesgo de diabetes tipo 2, cáncer de mama y de ovario, además disminuye el riesgo de anemia”.⁶⁵

⁶⁵ http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=985:m-sp-destaca-la-lactancia-materna-&catid=297:events&Itemid=360.

TABLA N° 10

**CONTROLES MÉDICOS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL
BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III**

NÚMERO DE CONTROLES MÉDICOS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Primero	10	100	0	0	10	100
Segundo	10	100	0	0	10	100
Tercero	9	90	1	10	10	100
Cuarto	9	90	1	10	10	100
Quinto	5	50	5	50	10	100
Sexto	4	40	6	60	10	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III

ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

En la tabla observamos que el **100%** de los niños menores de 5 años han tenido el primer y segundo control preventivo, en forma descendente se ha llevado los controles acorde con las fechas de inmunizaciones programadas.

El control del niño sano es muy importante para que los padres puedan adquirir conocimientos sobre varios aspectos del crecimiento infantil, les permite reconocer necesidades nutricionales, emocionales, de vacunación y de salud que requiere el niño.

Es indispensable llevar al niño al control cada mes durante su primer año de vida y cada dos meses a partir del segundo año, para controlar el adecuado crecimiento y desarrollo del mismo.

TABLA N° 11
ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL
BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III EVALUADO MEDIANTE ÍNDICE DE
MASA CORPORAL

IMC	f	%
Normal (18,5-24,99kg)	30	88,24
Desnutrición Leve(17,00-18,49kg)	3	8,82
Sobrepeso (25,00-29,99kg)	1	2,94
TOTAL	34	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III
ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

En la presente tabla se observa que el **88,24%** de escolares y adolescentes tienen un estado nutricional normal. Mientras que los desnutridos abarcan el **8,82%** en escolares y el sobrepeso con un **2,94%** pertenecen a los adolescentes.

La desnutrición en los escolares es uno de los principales problemas de salud en los países en desarrollo, incide directamente en la mortalidad infantil y es causa de rezagos en el crecimiento físico y desarrollo intelectual de las personas.⁶⁶

La obesidad en la adolescencia se debe a diversos factores, entre los cuales se incluyen situaciones modificables como el sedentarismo y los actuales patrones de comportamiento alimentario durante la etapa de crecimiento.⁶⁷

En el Ecuador según estudios realizados se observó que el problema en los escolares era el bajo peso; mientras en los adolescentes era el sobrepeso, situación similar que se presenta en el Sector I y III del Barrio Shucus.

⁶⁶ SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR. Galo Viteri Díaz <http://www.eumed.net/coursecon/at/ec/2007>

⁶⁷ GARCETE, Lidia, "Prácticas alimentarias en la infancia y adolescencia"

TABLA N° 12
ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN
ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III

ESQUEMA DE VACUNACIÓN	f	%
COMPLETA	32	94,12
INCOMPLETA	2	5,88
TOTAL	34	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III

ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

El **94,12%** de las madres de familia, manifiestan que está completo el esquema de vacunación de los escolares y adolescentes; solamente el **5,88%** tiene el esquema incompleto. La manera más efectiva de mantener a los niños y adolescentes sanos, es con la administración de vacunas, las mismas que ayudan a prevenir enfermedades, ya que todo el tiempo están expuestos a epidemias, que pueden llegar a ser perjudiciales para su salud.

El Ministerio de Salud tiene un Plan Nacional de Inmunización para el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles a través de vacunas.

AGUDEZA VISUAL EN LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III

La evaluación visual realizada en los escolares y adolescentes del Sector I y III del Barrio Shucus determinó que el **100%** de los escolares y adolescentes tienen agudeza visual normal.

“La agudeza visual es la cantidad de visión que disponemos para enfocar y percibir de forma consciente, los detalles de los objetos que miramos”⁶⁸.

Detectar tempranamente las alteraciones visuales permite promover la salud visual, prevenir enfermedades oculares y reducir la ceguera a largo plazo.

Mediante la aplicación de la cartilla de Snellen se detecta problemas de la visión, esta cartilla se utilizó para la valoración visual a niños, escolares y adolescentes de los sectores en estudio.

⁶⁸ Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/> hora: 16:30 ;fecha:02/02/2014

TABLA N° 13
ACCESO O NO AL ESTUDIO ACADÉMICO DE LA POBLACIÓN ESCOLAR
Y ADOLESCENTE DEL BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III

ESTUDIA	f	%
SI	30	88,24
NO	4	11,76
TOTAL	34	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III
ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

De los resultados obtenidos en el sector I y III del Barrio Shucus se evidencia que el **88,24%** de los niños y adolescentes estudian, en un porcentaje menor el **11,76%** no estudian, esto se debe al factor de riesgo que es la pobreza ya que existen muchos escolares y adolescentes que tienen que dejar de estudiar para ayudar al sustento del hogar.

“La educación es el derecho social que más se ha extendido en el Ecuador durante los últimos 40 años, el sistema educativo público ha sido el principal propulsor del cambio social. Las oportunidades que tienen los ecuatorianos varían grandemente. Los sectores medios de las zonas urbanas, se han incorporado masivamente al sistema educativo, en cambio, la población rural, especialmente los campesinos e indígenas, sufre aún la falta de oportunidades y recursos para alcanzar una educación adecuada”⁶⁹.

Pese a los esfuerzos realizados por los gobiernos para mejorar la educación especialmente en el área rural, aún podemos observar desfases como la reducción de presupuestos a la educación, siendo este uno de los principales puntos que aquejan a la problemática educativa.

⁶⁹ UNICEF. La Educación. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf Citado el 10/12/2013

TABLA N° 14
RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL
BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III SEGÚN INFORMANTE

RENCIMIENTO ESCOLAR	f	%
BUENO	31	91,18
MALO	3	8,82
TOTAL	34	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III

ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

Los escolares y adolescentes del Sector I y III del Barrio Shucus demuestran buen rendimiento académico en un **91,18%** y el **8,82%** es malo. El mal rendimiento escolar malo se debe a que muchos escolares no cuentan con los recursos económicos necesarios para poder estudiar y es por eso que se ven obligados a realizar las actividades de trabajar y estudiar al mismo tiempo.

La pedagogía nos explica que el “rendimiento escolar es alcanzar la máxima eficiencia en el nivel educativo donde el alumno puede demostrar sus capacidades cognitivas, conceptuales, aptitudinales, procedimentales”⁷⁰.

⁷⁰ Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/definicion/rendimiento%20escolar>. Hora: 16:55; fecha: 02/02/2014

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III SEGÚN FAMILIAR INFORMANTE

Mediante la investigación realizada a los escolares y adolescentes del Sector I y III del Barrio Shucus se evidencia que el **100%** de ellos no tiene problemas de conducta, ni en la escuela, ni en sus hogares; esto refleja que las familias de estos sectores inculcan apropiadamente nobles valores y principios a sus hijos.

“La conducta en escolares y adolescentes es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles y plausibles de ser observados por otros. Básicamente la conducta es la herramienta de reacción que tenemos todos ante las distintas circunstancias de la vida a las cuales nos vamos enfrentando”⁷¹.

⁷¹ Desde Definicion ABC: <http://www.definicionabc.com/social/conducta.php#ixzz2sUO4Tz3J>.

ATENCIÓN MÉDICA Y VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN GESTANTES DEL BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III

El control prenatal, comprende el control de salud tanto de la madre como del niño antes del parto, el mismo que será de suma importancia para que la madre y el hijo puedan gozar de una buena salud después del parto.⁷²

La presente investigación indica que existe una ama de casa embarazada en el Sector I del Barrio Shucus la misma que **NO** se realiza controles médicos y vacunación, siendo esto un factor de riesgo para el normal desarrollo y crecimiento del bebe ya que en los primeros meses de vida se forman órganos importantes y si no hay la medicación oportuna el niño podría sufrir problemas irreparables.

⁷²Dra. MARTÍNEZ. A. <http://ginecologaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05embarazoz.html>

TABLA N° 15
MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES
CON VIDA SEXUAL ACTIVA

MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD	f	%
Método del Ritmo	10	55,55
Esterilización Tubárica	1	5,56
Implantes	3	16,66
T de Cobre	1	5,56
Inyectable	2	11,11
Orales	1	5,56
TOTAL	18	100

FUENTE: Fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III

ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: se elimina la categoría de métodos de barrera por no existir casos.

ANÁLISIS.

En la presente tabla, se registra que el **55,55%** de mujeres en vida sexual activa utilizan el método de ritmo para planificación familiar; el resto de las mujeres acceden a otros métodos anticonceptivos como: implantes el **16,66%**, inyectable el **11,11%** y el **5,56%** corresponden a métodos orales, esterilización tubárica y T de cobre.

En relación a los resultados la comunidad asume como importante la planificación de la familia ya que les proporciona a las parejas la oportunidad de determinar tanto el número de hijos, como los intervalos entre los nacimientos, ofreciendo ventajas sobre la salud reproductiva.

“La salud reproductiva implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, así como también el derecho del hombre y de la mujer de tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, efectivos y aceptables con servicios de salud que les proporcionen la posibilidad de tener un hijo saludable cuando ellos lo decidan”.⁷³

⁷³ Fertilidad. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/>

TABLA N° 16
DOSIS DE VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN MUJERES CON
EDAD FÉRTIL DEL BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III

NÚMERO DE DOSIS RECIBIDAS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Primera	29	96,67	1	3,33	30	100
Segunda	25	83,33	5	16,67	30	100
Tercera	6	20	24	80	30	100
Cuarta	1	3,33	29	96,67	30	100
Quinta	0	0	30	100	30	100
Refuerzos	0	0	30	100	30	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III
ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

En la presente tabla se observa que la vacunación con dT en mujeres en edad fértil el **96,67%** de ellas se han administrado la vacuna la primera dosis y en menor porcentaje que no se administrado es el **3,33%**.

En cuanto a la segunda dosis se han administrado un **83,33%**, cabe recalcar que las vacuna de dT es muy importante ya que toda mujer en edad fértil debería estar inmunizada contra las enfermedades más comunes que pueden suponer un riesgo durante el/los futuros embarazos si los desea de esta manera estará previniendo futuras complicaciones y enfermedades como la Difteria – Tétanos y Rubeola.

TABLA N° 17
REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL
ACTIVA DEL BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III

MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA	f	%
SI	9	50
NO	9	50
TOTAL	18	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III

ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS.

El **50%** de las mujeres con vida sexual activa de esta comunidad se han realizado el examen Papanicolaou, el resto no se han realizado este examen lo cual determina un alto riesgo ya que pueden presentar células anormales en el cuello del útero que si no son tratadas a tiempo pueden ser perjudiciales para su salud .

“Todas las mujeres que tienen una vida sexual activa deben hacerse este examen, al menos una vez al año. Tan importante es el resultado de la prueba, que puede detectar signos peligrosos antes de que se haya presentado cáncer cérvico uterino”.⁷⁴

⁷⁴ Disponible en: <http://importanciadelpapanicolaurodasjuarez.blogspot.com/>

TABLA N° 18
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y
DISCAPACIDADES DEL BARRIOS SHUCUS SECTOR I Y III

ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES	f	%
Enfermedades Crónicas	7	6,93
Discapacidades	3	2,97
Ninguno	91	90,10
TOTAL	101	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III

ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

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

ANALISIS.

El **6,93%** de la población del Sector I y III del Barrio Shucus presentan enfermedades crónicas como: Diabetes, HTA, se consideró también incluir el Alcoholismo.

Las enfermedades crónicas son molestias de larga duración y por lo general de progresión lenta que van destruyendo uno o varios órganos del cuerpo, las cuales son la mayor causa de mortalidad en todo el mundo.

Además encontramos un **2,97%** de personas con discapacidad intelectual y auditiva, las mismas que tienen deficiencias, limitaciones y las restricciones de la participación ante la sociedad.

6.4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DISCAPACIDADES

TABLA N° 19
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL BARRIO SHUCUS SECTOR I Y III

Patología	Menor de 1 año		1-4 años		5-9años		10-19 años		20-64 años		65 y más		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Diabetes Mellitus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2,97	3	2,97
Hipertensión Arterial	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,99	1	0,99	2	1,98
Gastritis Crónica	0	0	0	0	0	0	1	0,99	0	0	0	0,00	1	0,99
Alcoholismo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,99	0	0,00	1	0,99
Ninguna	3	2,97	7	6,93	13	12,88	20	19,80	46	45,54	5	4,95	94	93,07
Total	3	2,97	7	6,93	13	12,88	21	20,79	48	47,52	9	8,91	101	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III
 ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

En el perfil epidemiológico del Barrio Shucus Sector I y III se encontró que la primera enfermedad de afectación es la Diabetes con un **2,97%**, seguido de la Hipertensión Arterial con el **1,98%** y con un **0,99%** están las enfermedades de Gastritis Crónica y Alcoholismo, estas enfermedades crónicas afectan más a las personas con edad comprendida entre 20-64 años y de 65 años y más.

En años anteriores “las enfermedades crónicas fueron las principales causas de muerte en la población general de Ecuador, a su vez son enfermedades que pueden tener una determinación congénita, hereditaria y muchas veces son autoinmunes, idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, hábitos como fumar, tomar alcohol entre otros”⁷⁵.

⁷⁵ ENFERMEDADES CRONICAS. Disponible en http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es

Sin embargo hay factores de riesgo no modificables como la edad, sexo, etnia, herencia, autoinmunidad que pueden agravar la condición.

“Las enfermedades crónicas aquejan casi en igual proporción a hombres y mujeres y si bien se las suele asociar principalmente a personas mayores, los estudios indican que un 25% de las muertes causadas por esta epidemia corresponden a personas menores de 60 años. Así mismo, la prevalencia de factores de riesgo para adquirir estas enfermedades en niños y adolescentes ha experimentado un incremento inusitado en los últimos años”.⁷⁶

⁷⁶ Disponible en: <http://www.alimentatesano.cl/elimpactodeenfcronicasphp> a las 10:45

TABLA N° 20
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS DISCAPACIDADES DEL BARRIO
SHUCUS SECTOR I Y III

DISCAPACIDAD	Menor de 1 año		1-4 años		5-9años		10-19 años		20-64 años		65 y más			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Intelectual	0	0	0	0	0	0	1	0,99	1	0,99	0	0	2	1,98
Auditiva	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,99	0	0	1	0,99
Ninguna	3	2,97	7	6,93	13	12,88	20	19,80	46	45,54	9	8,91	98	97,03
Total	3	2,97	7	6,93	13	12,88	21	20,79	48	47,52	9	8,91	101	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Shucus Sector I y III
ELABORADO POR: Katherine Pauta, Egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS.

En el siguiente perfil epidemiológico se evidencia que existen 3 discapacitados de diferentes edades, entre 10-19 años y de 20-64 años que padece de discapacidad intelectual en un **1,98%** y discapacidad auditiva en un **0,99%**.

Se considera como “discapacidad a toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, se calcula que más de mil millones de personas es decir, un 15% de la población mundial están aquejadas por la discapacidad en alguna forma”⁷⁷.

⁷⁷ ⁷⁷LAZARUM, Disponible en: <http://www.lazarum.com/2/web.php?search=datos+estadisticos+ecuador> Citado: 10/12/2013, Hora: 10h25.

7. DISCUSIÓN

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

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 del Barrio, 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 Shucus Sector I y III**.

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

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

El Modelo de Atención de Salud parte de una línea de base y de indicadores socioeconómicos de cada país, en donde mediante el manejo de variables como son: nivel de escolaridad, empleo, acceso a los servicios

de salud, vivienda, infraestructura sanitaria, etc., indicadores que analizados y cruzados con las variables respectivas van a dar resultados que permitirán determinar la calidad de vida que están teniendo los pueblos y comunidades en relación a sus condiciones de salud.

A nivel de país se tiene indicadores relacionados a salud del año 2010, que se los relaciona con la atención de salud a nivel primaria y son:

- + Tasa de fecundidad 2,6
- + Coberturas de vacunación:
 - + BCG 118,02 %
 - + Pentavalente 99,32 %
 - + OPV 98,1 %
 - + SRP 96,56 %

También el país cuenta con perfil epidemiológico de morbilidad y mortalidad basada en el número de egresos hospitalarios en una forma global, que no hace referencia a zonas y menos aún a parroquias y localidades.

Con estos antecedentes ponemos a discusión los indicadores y características particulares encontradas en esta investigación mediante las cuales damos a conocer la realidad del **Barrio Shucus Sector I y III** y por lo tanto describiremos datos concretos y reales obtenidos mediante el diagnóstico comunitario de salud realizado en este sector.

Las características de la comunidad en lo referente a su ubicación geográfica, contexto histórico, creencias, costumbres, accesibilidad y medios de comunicación con que cuenta la comunidad, hacen que esta comunidad tenga sus particularidades bien definidas ya que se trata de una comunidad rural que se encuentra ubicado en el sector noreste a 9km del Subcentro de Salud de Motupe, según los resultados encontrados tenemos:

- En relación a la población cuenta con una población de 101 habitantes, con un número de 49 hombres y 52 mujeres, con predominio del sexo femenino.
- En el nivel de escolaridad predomina el nivel básico con un 57,43 %, seguido de bachillerato con un 24,75 %.
- Los riesgos biológicos encontrados son: 16,83% de personas con malnutrición y 2,97% de personas con discapacidad.
- Los riesgos sanitarios encontrados son: consumo de agua insegura con el 96,30%, mala eliminación de excreta en un 88,89% y el 70,37% de personas que tienen mala eliminación de desechos líquidos.
- Riesgos socioeconómicos con sus indicadores de:
 - ✚ Pobreza de 65,67%
 - ✚ Desempleo o empleo informal del jefe de familia en un 51,85%.
 - ✚ Desestructuración familiar con un 7,41%.
 - ✚ Analfabetismo del padre y de la madre de un 7,41%
 - ✚ Violencia alcoholismo y drogadicción de 7,41%.
 - ✚ Malas condiciones de la vivienda en un 48,15%.
 - ✚ Hacinamiento en un 25,93%.
- Acceso a tamizaje metabólico neonatal en los niños con cobertura del 40%.
- Esquemas completos de vacunación en niños menores de 5 años en un 100%.
- Ocupación de los habitantes con predominio en la agricultura, con el 14,85%.
- Acceso a la Unidad de Salud del sector (Hospital de Motupe) con un porcentaje de 59,41%.
- Estado nutricional de niños menores de 5 años con un porcentaje de 80% en estado óptimo nutricional.
- Lactancia materna en niños menores de 5 años con una cobertura del 100 %.
- Accesibilidad cultural a controles médicos de los niños con un 100 % de participación al primero y segundo control preventivo.
- Estado nutricional normal de los adolescentes y escolares en un 88,24%.

- Vacunación con DT en escolares y adolescentes el 94,12%.
- Personas con agudeza visual normal 100%.
- Acceso a educación en escolares y adolescentes en un 88,24%.
- Buen rendimiento académico en escolares y adolescentes en un 91,18 %.
- La población de mujeres en edad fértil (MEF) es de 30, de ellas 18 tienen vida sexual activa y usan métodos de planificación familiar que corresponde al 60%.
- Cobertura de dT en mujeres en edad fértil en un 96,67 % de la primera dosis
- 50% de aceptación a la prueba de Papanicolaou.
- 6,93% de personas con enfermedades crónicas.

Los indicadores antes mencionados hacen relación a las características de la comunidad, su realidad económico - social, ambiental y de salud, los indicadores en muchos de los casos son positivos y están en concordancia con los indicadores a nivel nacional, como es el caso de las coberturas de vacunación que superan en los niños el 95 % que es la cobertura ideal planificada por el MSP.

En escolaridad la población tiene un grado de preparación aceptable propio de la población que vive en sectores cercanos a las ciudades que son los que tienen mejores oportunidades de acceso a la educación.

En infraestructura e higiene destacamos el abandono por parte de los organismos competentes, en la inversión social en estos sectores, pues no cuentan con los servicios básicos como agua segura y alcantarillado y no existen fuentes de trabajo formal.

En relación al perfil epidemiológico estos problemas coinciden en gran medida con el mosaico epidemiológico del país, por lo tanto esto amerita una intervención integral y oportuna por parte de las autoridades que propicien intervenciones intersectoriales para así lograr un importante impacto en la disminución de muertes y complicaciones evitables.

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

8. **CONCLUSIONES**

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

- ✓ Que los sectores I y III del Barrio Shucus cuentan con 101 habitantes en los cuales los que más prevalecen son las personas comprendidas entre las edades de 20-64 años de edad con un 47,52% que es una población económicamente activa.
- ✓ Shucus se sector I y III cuentan con 27 familias, la mayor parte de sus ingresos se debe a la agricultura y albañilería, considerando que sus trabajos son empleos informales, esto se relaciona con la pobreza que existe en dichos sectores.
- ✓ El 59,41% de los habitantes de este barrio acuden al HUM por presentar la facilidad de sus servicios y porque queda más cerca de sus hogares, existen también pobladores que acuden a otras casas de salud.
- ✓ En cuanto a los riesgos biológicos, sanitarios y socioeconómicos, en la mayor parte de la población en estudio se destaca la inadecuada alimentación, el consumo de agua insegura, la incorrecta eliminación de las excretas y pobreza.
- ✓ En cuanto a los niños menores de 5 años se encontró que el sector I y III del barrio Shucus cuenta con 10 niños los mismos tienen las vacunas completas para su edad. A su vez el 80% tienen un buen estado nutricional, además recibieron lactancia materna hasta 1 y 2 años de edad siendo esto favorable para el normal desarrollo y crecimiento.
- ✓ De los 34 escolares y adolescentes se obtuvo que el 88,24% de ellos tienen un buen estado nutricional, cabe mencionar que el 11,76% poseen problemas de desnutrición leve y sobrepeso lo cual afecta de manera directa a su salud.

- ✓ De los 34 escolares y adolescentes, el 94,12% cuentan con la vacuna de DT siendo esta una protección para prevenir enfermedades a corto o a largo plazo.
- ✓ Del rango interpretado entre las edades de 5 a 19 años el 91,18% estudia, cabe recalcar que un 11,76% no estudia, pero sí tuvieron buen rendimiento escolar y ninguno de ellos tienen problemas de conducta, ni problemas visuales.
- ✓ En el Sector I y III del Barrio Shucus se encontró un mujer embarazada la cual no tiene controles médicos, no está inmunizada con la vacuna de difteria y tétanos pero tampoco presenta problemas obstétricos.
- ✓ Las mujeres en edad fértil encontradas en estos sectores con vida sexual activa utilizan diferentes métodos anticonceptivos como es el método de ritmo con 55,55%, mientras que el 44,45% de ellas utilizan métodos que les oferta el MSP, también se menciona que el 50% de las mismas se realizan el Papanicolaou mientras que el otro 50% no se lo han realizado por temor a que el examen les produzca dolor y por falta de conocimiento.
- ✓ De las 30 mujeres en edad fértil el 96,67% han sido inmunizadas con la primera dosis de la vacuna dT mientras que el 3,33% no la han recibido, siendo una complicación para completar el esquema de vacunas y así que puedan ser inmunizadas completamente.
- ✓ En los Sectores I y III del Barrio Shucus existen 7 personas con enfermedades crónicas entre las que están incluidas la Diabetes, HTA, Gastritis Crónica y un alcohólico, se encontró también 3 discapacitados que forman parte del perfil epidemiológico de estos sectores.

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:

- ❖ Continuar con las visitas domiciliarias para dar solución a los problemas como son las personas con mala nutrición, discapacitados, etc., que persisten en el barrio.
- ❖ Extender la motivación a las personas que padecen de enfermedades crónicas, para que continúen realizándose los controles médicos adecuados; así mismo sugerimos iniciar la ayuda correspondiente a las personas que padecen de alcoholismo.
- ❖ Motivar a las Mujeres en edad fértil que continúen con el esquema de vacunas de difteria y tétanos para que de esta manera podamos prevenir complicaciones cuando las mismas se encuentren embarazadas.
- ❖ Implementar reuniones educativas para difundir la importancia de consumir los alimentos que ellos producen y así evitar la desnutrición que existe en el lugar.
- ❖ Establecer charlas educativas con el fin de que las mujeres que tienen vida sexual activa se realicen el Papanicolaou y conozcan la importancia que tiene este examen, y de esta manera detectar el cáncer cérvico uterino o cualquier anomalía que presente.
- ❖ Mediante conversaciones educativas es importante hacerle conocer a la mujer embarazada que los controles médicos son necesarios durante el embarazo para prevenir problemas en el mismo, también se le debe hacer conocer los servicios que presta el hospital de Motupe en cuanto a la atención prenatal.

10. **BIBLIOGRAFÍA**

- Modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural msp/ mais-fci ecuador 2013 capítulo iv pág. 48-53.
- Modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural msp/ mais-fci ecuador 2013 capítulo iv pág. 60-63.
- 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.
- Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4ta Edición, Septiembre 2012
- Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC; Disponible en:
✓ <http://www.inec.gob.ec>; Consultado: 28/11/2013; Hora: 15h00
- Ecuador Distribución por edad - Población - Mundi; Disponible en:
✓ http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html
Consultado: 9/12/2013; Hora: 19h00.
- Resultados provinciales, Loja; Disponible en:
✓ <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manual/Resultados-provinciales/loja.pdf>; Consultado: 05/11/2013; Hora: 19h00

- 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.

- 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.

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

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

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

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

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

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

- Dra. MARTÍNEZ. A.
<http://ginecologaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05embarazoz.html>
- CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.
- Incidencia y Factores de Riesgo asociados al Tétanos Neonatal en el Ecuador: Principales determinantes que influyen en las bajas coberturas de vacunación con DT en las mujeres en edad fértil en el año 2009-2010 disponible:
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1030/1/98048.pdf>
- Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza; disponible en:
<http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/>
- KROEGER, A., Atención Primaria en Salud, 2^{da} Edición, OMS, México
- [http://construyamossalud.grupofaro.org/sites/default/files/documentos/Manual Modelo Atencion Integral Salud Ecuador 2012%20Logrado%20ver%20amarillo.pdf](http://construyamossalud.grupofaro.org/sites/default/files/documentos/Manual%20Modelo%20Atencion%20Integral%20Salud%20Ecuador%202012%20Logrado%20ver%20amarillo.pdf) | e-Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^{ta} Edición, Septiembre 2012
- Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC, <http://www.inec.gob.ec>, revisado 28-11-2013
- Distribución de la población ecuatoriana:http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf, revisado//www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf, revisado 05-11-2013

- Disponible en: GINECOLOGIA DE RIGOL. CAP. 5 Pág. 41-42. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h15min.
- RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia “Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador”.

11. ANEXOS

② CERTIFICADO DEL PRESIDENTE



MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja, 05 de Octubre del 2013

Sr. Francisco Pullaguari

Presidente del Barrio Zhucos

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.

Francisco Pullaguari

PRESIDENTE DEL BARRIO

Ci: 1100702082

Yojoira Quille

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

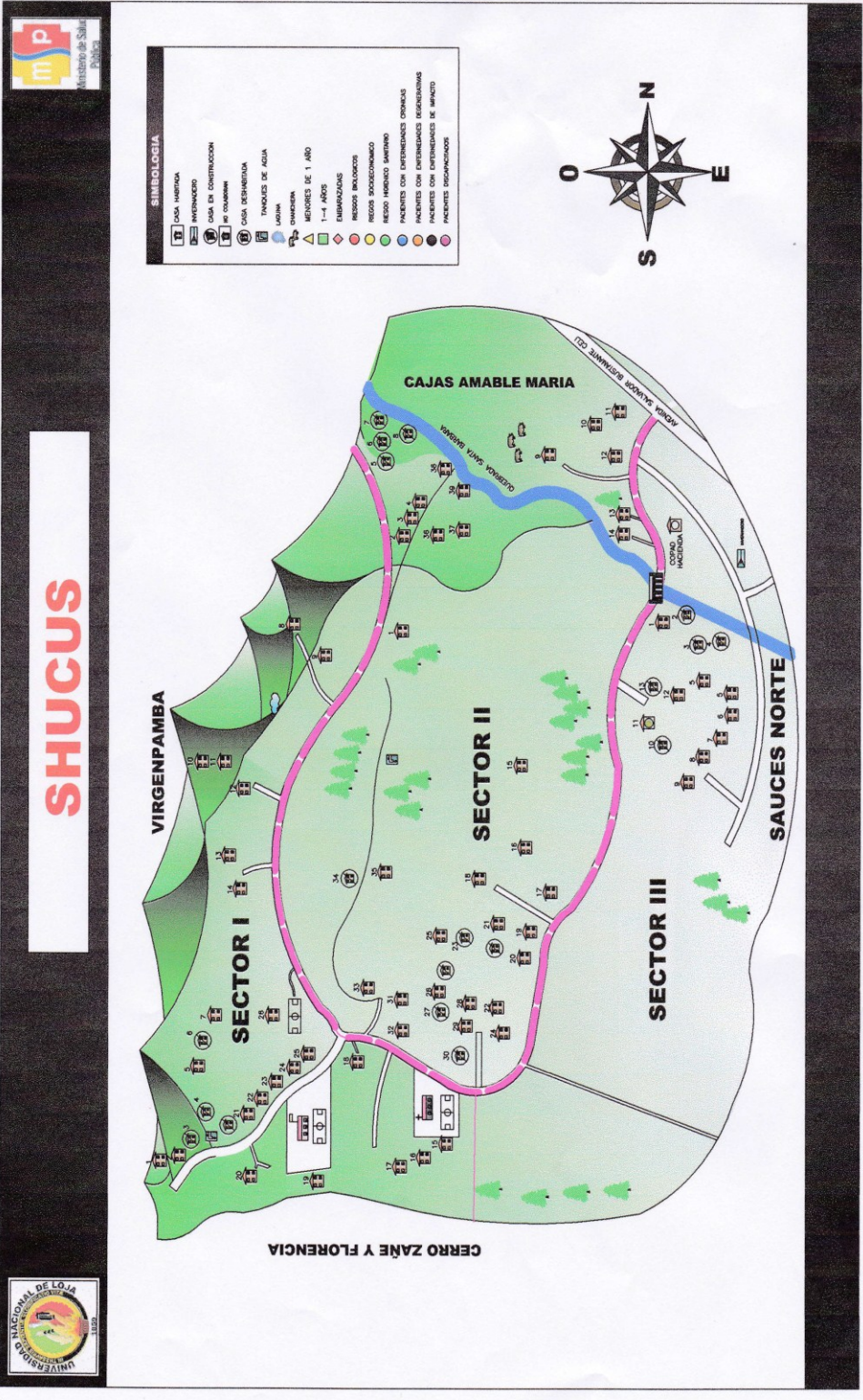
Ci: 1109866577

Katherine Panta

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci: 1104798515

Telly =

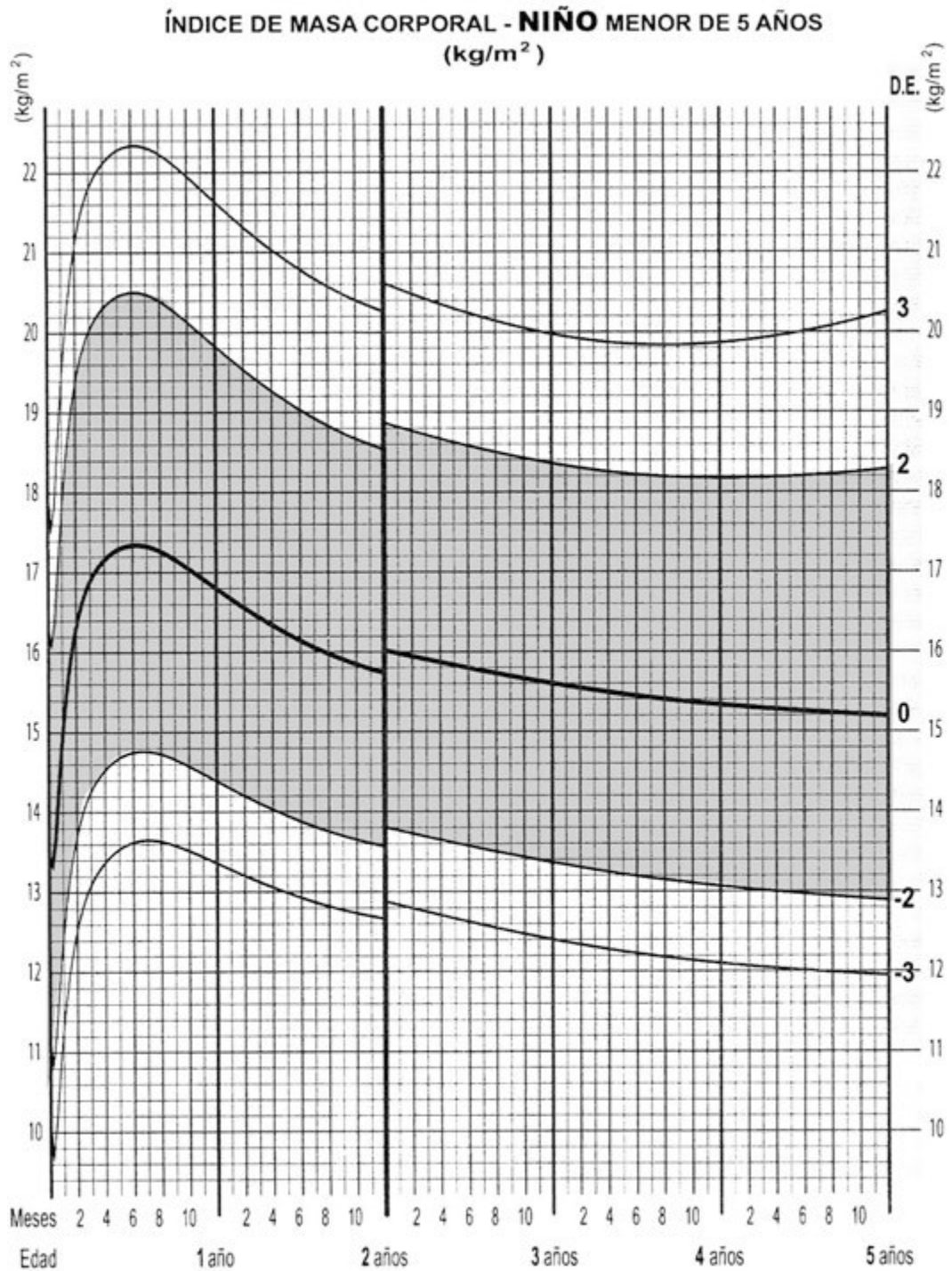


© EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL BARRIO SHUCUS

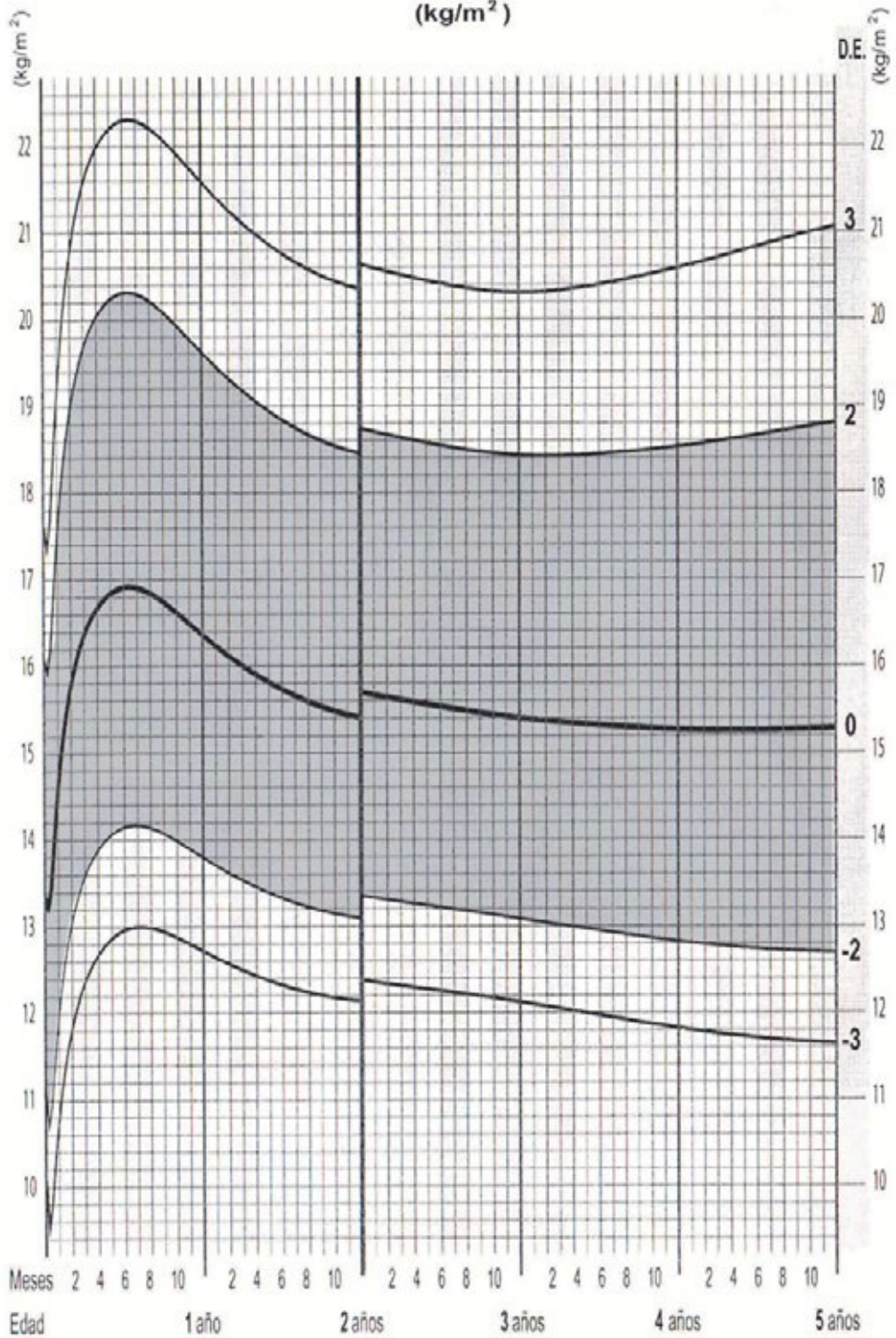


📍 INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS



CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

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



CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

© INSTRUMENTO DE ÍNDICE 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
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	19.6	20.6	21.6	22.6	23.4	24.4	25.4	26.4	27.3	28.3	29.3	30.3	31.3	32.2	33.2	34.2	35.2
162.5	17.0	18.0	18.9	19.9	20.8	21.8	22.7	23.7	24.6	25.6	26.5	27.5	28.4	29.3	30.3	31.2	32.2	33.1	34.1
165.0	16.5	17.4	18.4	19.3	20.2	21.1	22.0	23.0	23.9	24.8	25.7	26.6	27.5	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1	33.1
167.5	16.0	16.9	17.8	18.7	19.6	20.5	21.4	22.3	23.2	24.1	24.9	25.8	26.7	27.6	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1
170.0	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	23.4	24.2	25.1	26.0	26.8	27.7	28.5	29.4	30.3	31.1
172.5	15.1	16.0	16.8	17.6	18.5	19.3	20.2	21.0	21.8	22.7	23.5	24.4	25.2	26.0	26.9	27.7	28.6	29.4	30.2
175.0	14.7	15.5	16.3	17.1	18.0	18.8	19.6	20.4	21.2	22.0	22.9	23.7	24.5	25.3	26.1	26.9	27.8	28.6	29.4
177.5	14.3	15.1	15.9	16.7	17.5	18.3	19.0	19.8	20.6	21.4	22.2	23.0	23.8	24.6	25.4	26.2	27.0	27.8	28.6
180.0	13.9	14.7	15.4	16.2	17.0	17.7	18.5	19.3	20.1	20.8	21.6	22.4	23.1	23.9	24.7	25.5	26.2	27.0	27.8
182.5	13.5	14.3	15.0	15.8	16.5	17.3	18.0	18.8	19.5	20.3	21.0	21.8	22.5	23.3	24.0	24.8	25.5	26.3	27.0
185.0	13.1	13.9	14.6	15.3	16.1	16.8	17.5	18.3	19.0	19.7	20.5	21.2	21.9	22.6	23.4	24.1	24.8	25.6	26.3
187.5	12.8	13.5	14.2	14.9	15.6	16.4	17.1	17.8	18.5	19.2	19.9	20.6	21.3	22.0	22.8	23.5	24.2	24.9	25.6
190.0	12.5	13.2	13.9	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.0	18.7	19.4	20.1	20.8	21.5	22.2	22.9	23.5	24.2	24.9

<http://www.freebmiccalculator.net>

Infrapeso
 Normal
 Sobrepeso
 Obeso

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

© TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLEN)

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

© TABLA DE FECHA PROBABLE DE PARTO

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

📍 LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	DIRECCIÓN	PATOLOGÍA
Esteban Miño	73a	Shucus detrás de la iglesia, sector I, carpeta: 17	HTA
Mari Eguiguren	66a	Shucus detrás de la iglesia, sector I, carpeta: 17	Diabetes
Janeth Mercedes Ortiz Chamba	18a	Shucus, cerca de los potreros, Sector: I, carpeta: 5	Gastritis crónica
Manuel Agustín Chuncho Chamba	77a	Shucus, Junto a la quebrada, Sector: III, carpeta:1	Diabetes
Rosa Cabrera	63a	Shucus, Junto a la quebrada, una casa más arriba Sector: III, carpeta:6	HTA
Dolores López López	76a	Shucus, pasando la quebrada, Sector: III, carpeta:7	Diabetes

📍 LISTA DE PERSONAS DISCAPACITADAS

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	DIRECCIÓN	GRADO DE DISCAPACIDAD
Luz Romelia Gualán Cevallos	46a	Shucus, detrás de la escuela: I, carpeta: 2	D. Auditiva 80%
Cintia Patricia Patiño López	23a	Shucus, pasando la quebrada detrás de la hacienda: III, carpeta: 7	D. Intelectual 71%
Karla Susana Patiño Benítez	16a	Shucus, pasando la quebrada detrás de la hacienda: III, carpeta: 8	D. Intelectual (No tiene carnet del CONADIS)

📍 LISTA DE MUJERES EMBARAZADAS

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	DIRECCIÓN
Gloria manuela Montoya Saca	35a	Shucus, junto a la cancha sintética, Sector: I, carpeta:24

📍 LISTA DE PERSONAS ALCÓHOLICAS

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	DIRECCIÓN
Abel de Jesús Galán Cevallos	50a	Shucus, pasando la escuela, la última casa: I, carpeta: 1

Ⓢ LISTA DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DEL BARRIO SHUCUS
SECTOR I Y III

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	N° DE CARPETA	SECTOR
Joselyn Camila Benítez Saca	27/3/13	9m	006	III
Kimberly Yaritza Uchuari Patiño	22/1/13	11m	005	III
Wilmer Sebastián Macao Quezada	8/11/12	11m	025	I

Ⓢ LISTA DE NIÑOS DE 12 A 23 MESES DEL BARRIO SHUCUS,
SECTOR I Y III

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	N° DE CARPETA	SECTOR
Renato Favio Benítez Saca	15/1/12	1a 11m	006	III
Wilmer Sebastián Macao Quezada	8/11/12	1a 1m	025	I

 LISTA DE NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS DEL BARRIO SHUCUS,
SECTOR I Y III

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	N° DE CARPETA	SECTOR
Andrés Gabriel Macao Quezada	2/7/10	3a 5m	025	I
Alexandra Anahí Minga Briceño	17/5/10	3a 7m	022	I
Rojas López Josep Anderson	22/8/10	3a 4m	018	I
Génesis Maji Lozano Gualán	8/3/09	4a 9m	015	I
María Leonela Pullaguari Chuncho	18/4/11	2a 8m	009	I
María Alejandra Pullaguari Chuncho	18/4/11	2a 8m	009	I

12. ÍNDICE

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

PRELIMINAR	PÁGINAS
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN. ABSTRACT	2
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	6
5. MATERIALES Y MÉTODOS	51
6. RESULTADOS	53
7. DISCUSIÓN	83
8. CONCLUSIONES	88
9. RECOMENDACIONES	90
10. BIBLIOGRAFÍA	91
11. ANEXOS	95
12. ÍNDICE	113