



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

TEMA:

Fortalecimiento de la articulación e integralidad de los cuidados a pacientes con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial, del distrito 09D24 de Durán.

AUTORAS:

Plaza Martínez, Jennifer Alejandra ; Criollo Ronquillo, Lady Karina

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de

LICENCIADAS EN TRABAJO SOCIAL

TUTORA:

Condo Tamayo, Cecilia Mgs.

Guayaquil, Ecuador

13 de septiembre de 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Criollo Ronquillo, Lady Karina ; Plaza Martínez, Jennifer Alejandra** como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciadas en Trabajo Social**.

TUTORA

f. _____

Condo Tamayo, Cecilia Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

. Mendoza Vera, Sandra Jamina Lcda.

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Plaza Martínez, Jennifer Alejandra y Criollo
Ronquillo, Lady Karina**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Fortalecimiento de la articulación e integralidad de los cuidados a pacientes con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial, del distrito 09D24 de Durán** previo a la obtención del Título de **Licenciadas en Trabajo Social**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2016

LAS AUTORAS

f. _____

Plaza Martínez, Jennifer Alejandra

f. _____

Criollo Ronquillo, Lady Karina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Criollo Ronquillo, Lady Karina y Plaza Martínez,
Jennifer Alejandra**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Fortalecimiento de la articulación e integralidad de los cuidados a pacientes con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial, del distrito 09D24 de Durán**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2016

LAS AUTORAS:

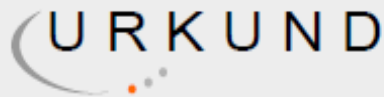
f. _____

Criollo Ronquillo, Lady Karina

f. _____

Plaza Martínez, Jennifer Alejandra

REPORTE DE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: PROPUESTA DE PROYECTO urkund.docx (D21489945)
Submitted: 2016-08-24 20:21:00
Submitted By: ladycriollo.oficial@hotmail.com
Significance: 2 %

Sources included in the report:

<https://www.iess.gob.ec/documents/10162/59246/2009010.pdf>
<https://mariadelcisne03.files.wordpress.com/2013/05/el-seguro-social-general-1.docx>
<https://www.iess.gob.ec/documents/10162/4440675/CODIGO%20GOBIERNO%20CORPORATIVO%20RES.C.D.485.pdf>
http://ww1.prweb.com/prfiles/2015/06/16/12790555/SETEDIS%20Commitment%20Press%20Release_SP.pdf
http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1770&Itemid=
http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/05/Proyecto-H%C3%A1bitos-de-Vida_ABRIL_2015.pdf
<http://s3.amazonaws.com/lcp/leonvillav/myfiles/ministerio-de-salud-publica.pdf>
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5593/1/ALT_12_06.pdf
<http://www.revistare.com/material/68indivisuoseindividualismo.pdf>
<http://www.margen.org/suscri/margen56/mariatti.pdf>
<http://expreso.ec/expreso/plantillas/nota.aspx?idart=7298821&idcat=19351&tipo=2>
<http://www.eluniverso.com/noticias/2014/01/19/nota/2049516/hay-dos-males-silenciosos-que-afectan-salud>
<http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>
<http://psicologiyamente.net/salud/diabetes-y-salud-mental#!>
http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osomo%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf
<http://www.larevista.ec/orientacion/salud/novedades-sobre-diabetes>
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-13139004>
http://www.niprodiagnostics.com/diabetes_resources/downloads/true_insight/MKT0306Sr20_Emotions_Spanish.pdf
http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_1_00/ang15100.htm
http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1010:dia-mundial-diabetes&Itemid=258

Instances where selected sources appear:

AGRADECIMIENTO

El aprendizaje como proceso bilateral implica el enriquecimiento mutuo de todos y todas los/as participantes en el mismo proceso. Por ello, es necesario resaltar que este proyecto se lo pudo llevar a cabo gracias al tiempo y disposición de las/as pacientes con HTA y/o DM que participaron en el proceso de diagnóstico en el que se sustenta esta propuesta. Agradecemos a las/os pacientes quienes permitieron no solo el ingreso de dos estudiantes de Trabajo Social a sus hogares, sino a su subjetividad desde la cual permitieron conocer los matices de una realidad compleja que poco a poco motivó la generación de respuestas, precisamente complejas.

Gracias a la Lcda. Ana Quevedo, nuestra docente encargada de la práctica, por motivarnos a generar propuestas ante lo vivido, lo visto, y lo escuchado a través de las crónicas que las familias “las de los resultados cualitativos” expresan “lo no cuantificable” y lo que “poco importa” a un sistema capitalista en el que se hace Trabajo Social, en la mayoría de ocasiones desde el silencio. Gracias a la Lcda. Cecilia Condo, nuestra tutora, compartir su experiencia en la elaboración de proyectos sociales, por motivarnos a plasmar nuestras ideas desde “lo factible, lo sostenible y lo sustentable” y promover pensar y desarrollar propuestas desde el verdadero Trabajo Social. Gracias por incentivarnos a pensar desde lo ecológico.

Queremos agradecerle a nuestras docentes por su dedicación en la enseñanza responsable de próximas profesionales de Trabajo Social. Es netamente relevante resaltar la labor de todas/os nuestros docentes a lo largo de nuestra formación y, en especial, el apoyo de nuestra Directora de Carrera la Lcda. Sandra Mendoza.

DEDICATORIA

Queremos dedicarles este proyecto a nuestras madres y padres que nos apoyaron en todo momento dándonos el ánimo y la motivación. Se lo dedicamos porque ha sido, en parte, a partir de nuestras propias vivencias frente al cuidado de familiares con HTA y/o DM que pudimos palpar la importancia de los sistemas de apoyo en el mejoramiento de la salud de un ser querido. Gracias a ellas/os hemos podido culminar nuestra carrera.

Nuestra inspiración en el desarrollo de propuestas de este proyecto está totalmente dirigida a los/as pacientes de las distintas Unidades de atención del Distrito 09D24 sobre todo a las familias de la Coop. 28 de Agosto que fueron las primeras familias con quienes trabajamos. En especial, esto va dedicado a Margarita que siempre nos recibía con una gran sonrisa dispuesta a trabajar con nosotras durante nuestras prácticas. Dedicamos a aquellas personas que confiaron en nosotras y en este proyecto, dedicamos esto a los miembros de los EAIS del Distrito, y dedicamos esto a nuestra carrera, al tener este proyecto como uno de sus propósitos el reposicionamiento del Trabajo Social ecuatoriano en el Marco del Buen Vivir.

No existen palabras para describir el proceso de esta experiencia que dejó un bagaje de aprendizajes enriquecedores y que nos permitió fortalecer nuestros talentos y potencialidades como profesionales, y sobre todo en nuestra calidad humana como personas trabajando por y para personas.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

CECILIA CONDO TAMAYO

TUTORA

f. _____

SANDRA JAMINA MENDOZA VERA

DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

EVA CEVALLOS

OPONENTE

f. _____

JOSÉ GREGORIO SALAZAR JARAMILLO

DOCENTE DE LA CARRERA



UNIVERSIDAD CATÓLICA

DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

CALIFICACIÓN

NOTA:

f. _____

CECILIA, CONDO TAMAYO

TUTORA

ÍNDICE GENERAL

Contenido

Capítulo I: Institución Promotora	20
1.1. Organización promotora del Proyecto.....	20
1.1.1 Planificación Estratégica	21
1.1.2 Planificaciones del MSP relacionadas con la atención a HTA y/o DM.....	22
1.1.3. La intervención de Trabajo Social en el MSP	25
1.2. Caracterización del ámbito de intervención de Trabajo Social.....	26
1.2.1. La Salud Pública.....	26
1.2.2. Trabajo social	28
1.2.3. Sistemas de apoyo en el tratamiento de ECNT.....	35
1.2.4. Cuidadores/as de pacientes con ECNT	39
1.3. Contextualización Territorial.....	42
1.3.1. Zona 8.....	43
1.3.2. Distrito 09D24: Durán	44
Capítulo II: Referentes del Proyecto	46
2.1. Referente teórico /conceptual.....	46
2.2. Referente Normativo	57
2.3. Referente estratégico	60
Capítulo III: Diagnóstico del Problema.....	68
3.1. Metodología.....	68
3.2. Descripción de actores/as involucrados/as	70
3.2.1. Participantes Directos/as:.....	70
3.2.2. Participantes Indirectos/as:	75
3.2.3. Otros/as actores/as involucrados/as:	75
Capítulo IV: Resultados del Diagnóstico	77
4.1. Diagnóstico de la Problemática a Intervenir.....	77
4.1.1. Definiciones.....	77
4.1.2. Descriptores	80
4.1.3. Análisis del problema	83

Capítulo V: Propuesta de intervención Profesional.....	125
5.1. Objetivos de la propuesta	125
5.2. Indicadores de Resultados o Metas	127
5.2.1. Análisis de Impacto de la propuesta	127
5.2.2. Análisis de Factibilidad de la propuesta.....	128
5.2.3. Análisis de Sostenibilidad de la propuesta	130
5.3. Método a implementar y Plan de Acción	130
5.3.1. Método de Intervención sistémico desde el modelo Terapéutico	130
5.3.2. Metodo de Grupo en Trabajo Social.....	132
5.4. Objetivos Específicos de la propuesta	134
5.4.1. Actividades del objetivo específico 1.....	134
5.4.2. Actividades del objetivo específico 2	145
5.4.3. Actividades del objetivo específico 3.....	154
5.5. Duración y Cronograma	162
5.6. Presupuesto del proyecto.....	164
5.7. Matriz de Marco Lógico	165
5.8. Sistema de Gestión y Evaluación de la propuesta	176
5.8.1 Sistema de Gestión	176
5.8.2. Sistema de evaluación	183
Bibliografía	192
Siglas	199
Anexo #1: Organigrama Institucional	201
Anexo #2: Lista de problemas jerarquizados	202
Anexo #3: Matriz de jerarquización de problemas.....	208
Anexo #4: Mapeo de Actores.....	210
Anexo #5: Matriz de involucrados	211
Anexo #6: Árbol de Problema	221
Anexo #7: Árbol de Objetivos	222
Anexo #8: Matriz de estrategias	223
Anexo #9: Matriz de análisis de alternativas	224
Anexo #10: Presupuesto del proyecto.....	232
Anexo #10: Presupuesto del proyecto.....	
Anexo #11: Encuesta de Calidad de Vida.....	237
Anexo #12: Guía de preguntas.....	242

Anexo #13: Guía de preguntas a Profesionales	244
Anexo #14: Consentimiento informado para pacientes	245
Anexo #15: Consentimiento informado para profesionales.....	246
Anexo #16: Tablas utilizadas en el análisis del diagnóstico	247

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico# 1 : Cumplimiento exacto del tratamiento terapéutico	85
Gráfico# 2: Siente depresión o sentimientos de culpa por la enfermedad	86
Gráfico# 3 Principales reacciones cuando se enteró de que tenía HTA y/o DM	88
Gráfico# 4: Satisfacción con el personal administrativo del CS	91
Gráfico# 5: El tratamiento es necesario para funcionar en su vida diaria	92
Gráfico# 6: Respuestas de pacientes cuando los recursos materiales no son suficientes para cubrir su tratamiento terapéutico	93
Gráfico# 7: Tipo de tratamiento terapéutico seguido por pacientes.....	94
Gráfico# 8: Tipos de alimentos de mayor consumo por pacientes	96
Gráfico# 9: Consume exactamente la dieta recomendada	97
Gráfico# 10: Siente discriminación por su diagnóstico	100
Gráfico# 11: Vive situaciones de estrés que provocan recaídas en la salud	102
Gráfico# 12: Formas en las que pacientes consideran que su estado de salud interfiere con los objetivos personales y familiares	104
Gráfico# 13: Considera que la situación de salud genera dificultades en las relaciones familiares	106
Gráfico# 14: Presencia de miembros de familia con HTA y/o DM	107
Gráfico# 15: Comparte la misma alimentación con su familia	109
Gráfico# 16: Miembro de familia que es cuidador/a principal del/la paciente	111
Gráfico# 17: Aspectos de cuidado del que se encarga el/a cuidador/a	112
Gráfico# 18: Su familia lo apoya cuando lo necesita.....	114
Gráfico# 19: Situaciones de la vida de pacientes en las que no se cumplen derechos	116
Gráfico# 20: Dificultad a la hora de exigir derechos	119
Gráfico# 21: Satisfacción con los servicios del CS al que acude.....	120
Gráfico# 22: Satisfacción con el personal EAIS del CS.....	121

RESUMEN

La presente propuesta se genera inicialmente desde la identificación de problemáticas sociales vinculadas a la salud durante el desarrollo de las prácticas pre profesionales de estudiantes de séptimo y octavo ciclo de la carrera de Trabajo Social en el Distrito 09D24: Durán. La práctica fue posible debido a un acuerdo entre la carrera y el MSP como institución rectora del área de salud en el país. En el desarrollo de la práctica las/os estudiantes en llevaron procesos de intervención con la comunidad y familias del distrito, entre las que se encontraban usuarios/as de los servicios de salud ofertados por los Centros de Salud Recreo 1 y Recreo 2.

Así mismo fue que, durante la práctica pre profesional vivida se identificó varios problemas relacionados con la salud de la población de Durán, entre los cuales se seleccionó como problema principal los Inadecuados cuidados del/a paciente con HTA y/o DM, su familia y CS cuyas tres causas directas son: el Inadecuado autocuidado del/a paciente diagnosticado/a con Diabetes y/o Hipertensión, el Inadecuado Sistema de cuidados familiares a pacientes con Diabetes e Hipertensión, y la Inadecuada oferta institucional para la demanda de pacientes con HTA y/o DM.

A partir del análisis del diagnóstico de la problemática se elaboró una propuesta de proyecto cuyo propósito principal la Promoción de la Integralidad y articulación de los cuidados de los diferentes sistemas de apoyo a los/as pacientes con DM y/o HTA del Distrito 09D24. Esta propuesta tiene 3 componentes, el primero se trata de la promoción del adecuado autocuidado del/a paciente diagnosticado/a con Diabetes y/o Hipertensión, el segundo gira en torno al fortalecimiento de los cuidados adecuados de familiares a pacientes con Diabetes e Hipertensión, en tanto el tercer objetivo hace énfasis en el fortalecimiento de la oferta institucional para atención integral de salud a pacientes con HTA y/o DM y la comunidad.

Para poder alcanzar estos objetivos se planteó desde un enfoque eco sistémico un plan de acción. El plan de acción se estructura a partir de procesos a seguir referidos a cada uno de los componentes. Para el componente 1 se llevará un proceso de selección de pacientes, diagnóstico y la conformación de grupos de apoyo con pacientes. Para el componente 2, a partir del diagnóstico se elaborará un plan de intervención interdisciplinario con las familias que gira en torno a los cuidados familiares de salud y el cuidado del/a cuidador/a principal, a su vez que se desarrollará un grupo de apoyo con cuidadores/as.

Mientras que, para el componente 3 está previsto el fortalecimiento de los Comités de Salud existentes a partir de la articulación de los sistemas de

apoyo a pacientes y la participación de actores locales vinculados a la temática, ferias de promoción y prevención de la salud dirigida a la comunidad. A su vez se contempla el fomento de la preparación profesional del equipo médico de los CS en torno a la relación con pacientes y supervisión de las intervenciones con pacientes; y la implementación de la propuesta de seguimiento a pacientes con HTA y/o DM desde la entrega de su diagnóstico hasta el análisis de casos de caso. El costo total de la propuesta es de \$ 150.828,840 y la duración es 12 Meses.

Palabras claves: TRABAJO SOCIAL SANITARIO; SISTEMAS DE APOYO; CUIDADOR(A) PRINCIPAL; PROMOCIÓN DE SALUD; GRUPOS DE APOYO; INTERVENCIÓN FAMILIAR; COMITÉS DE SALUD, DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

ABSTRACT

This proposal is initially generated from identifying social problems related to health in the development of pre professionals seventh and eighth cycle race of Social Work in District 09D24 practices: Duran. The practice was possible because of an agreement between the race and the MSP as the institution of the health area in the country. In developing practice / os students they led intervention processes with the community and families in the district, including users / as health services offered by health centers Recreo 1 and Recreo 2 were found.

Likewise it was that during the experienced professional pre practice several problems related to the health of the population of Duran, among which was selected as the main problem the inadequate care of / a patient with hypertension and / or DM was identified, his family and CS whose three direct causes are: inadequate self-care / a patient diagnosed / a with diabetes and / or hypertension, inadequate system of family care to patients with diabetes and hypertension, and inadequate institutional supply for the demand of patients with hypertension and / or DM.

From the analysis of the diagnosis of the problems a project proposal was developed whose primary purpose the Promotion of Integrity and articulation of care of different support systems / as patients with diabetes and / or hypertension District of 09D24. This proposal has three components, the first is the promotion of appropriate self-care / a patient diagnosed / a with diabetes and / or hypertension, the second revolves around strengthening proper care of relatives to patients with diabetes and hypertension, while the third objective emphasizes strengthening the institutional offer comprehensive health care for patients with hypertension and / or DM and the community.

To achieve these objectives arose from a systemic approach to eco action plan. The action plan is structured to follow processes related to each of the components. For component 1 a process of patient selection, diagnosis and formation of support groups with patients will be. For component 2, from diagnosis a plan interdisciplinary intervention will be developed with families revolves around family health care and care / caretaker / a principal, in turn a support group will develop with caregivers / as.

While for component 3 it is intended to strengthen the existing Committees of Health from joint support systems to patients and the participation of local actors linked to the theme, trade promotion and health prevention aimed at community. In turn, the promotion of professional training of the medical team of the CS about the relationship with patients and monitoring of patients is contemplated interventions; and implementation of the proposed follow patients with hypertension and / or DM from delivering his diagnosis to case analysis case. The total cost of the proposal is \$ 150.828,840 and the duration is 12 months.

Keywords: HEALTH SOCIAL WORK; SUPPORT SYSTEMS; PRIMARY CAREGIVER; HEALTH PROMOTION; SUPPORT GROUPS; FAMILY INTERVENTION; HEALTH COMMITTEES; DIABETES MELLITUS; HYPERTENSION.

INTRODUCCIÓN

La presente propuesta se origina a partir del proceso de práctica pre profesional con énfasis en familia fue efectuado por estudiantes de séptimo y octavo ciclo de la carrera de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante los meses de Junio 2015 a Febrero 2016. La práctica en el campo de Salud fue posible mediante acuerdos de la carrera de Trabajo Social y el MSP en base al Proyecto de Fortalecimiento de Atención Primaria – Salud Familiar, financiado por la Agencia de Cooperación Internacional de Corea (KOICA). Parte de los acuerdos consistía en la participación de estudiantes en el proyecto para contribuir al objetivo de asesoramiento familiar enmarcado en las políticas públicas del ámbito de Salud (Carrera de Trabajo Social y Desarrollo Humano, 2015).

La experiencia de práctica fue vivida por estudiantes organizados dos equipos en dos de los Centros de Salud (CS) de El Recreo, denominados CS Recreo 1, y CS Recreo 2 los cuales pertenecen al primer nivel de atención de salud en el Distrito 09D24: Durán . Se desarrollaron, a su vez procesos de evaluación diagnóstica, planificación y acompañamiento a las familias que tuvieran pacientes con DM y HTA.

El principal interés del Proyecto y del MSP se encontraba relacionado al levantamiento de información de las familias habitantes del Distrito a través de la aplicación de la encuesta, denominada “Ficha Familiar del MSP” y del proceso de acompañar a las familias participantes que son también, usuarias de los servicios ofertados por el MSP. Durante el desarrollo del proceso de levantamiento de información se pudo reconocer que la mayoría de la población encuestada tenía diagnóstico de Enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente DM y/o HTA.

Las enfermedades crónicas se las evidencia de distintas formas, entre estas están de manera física y cognitiva, las enfermedades crónicas son todas aquellas que afecta el bienestar físico junto con el sistema inmunológico de la persona lo cual ocasiona que la persona enferma no cuente con un estado de salud plena, en el contexto ciudadano se puede evidenciar a una parte de la sociedad afectada por cualquiera de estas enfermedades las cuales no tributan a su calidad de vida y a un pleno desarrollo.

Frente a esta realidad que muchas personas en nuestro país viven se ha generado políticas que no solo contribuyen a una atención plena de salud sino también a una inclusión social que permite el desarrollo de otras capacidades y habilidades de la persona. Dentro del Plan Nacional del Buen Vivir se ha considerado como tema fundamental el reposicionamiento del sector social y salud como eje básico del desarrollo a partir de la

recuperación de lo público como garante de derechos. Además que la constitución vigente garantiza una vida plena mediante una salud que se logrará con una atención sanitaria adecuada por los diferentes profesionales de las distintas áreas de salud, para lo cual cada profesional desde la práctica en su especificidad tributará a la mejora de las condiciones de la realidad de salud en el país.

Así mismo fue que, durante la práctica pre profesional vivida se identificó varios problemas relacionados con la salud de la población de Durán, entre los cuales se seleccionó como problema principal los Inadecuados cuidados del/a paciente con HTA y/o DM, su familia y CS, que es objeto del diagnóstico de la presente propuesta.

El problema es analizado a partir de 3 sistemas de apoyo en los cuidados de salud, concibiendo como sistemas a: el/a paciente con HTA y/o DM, su familia y el CS que brinda el servicio de salud, estos sistemas de apoyo guardan relación con las causas directas que sostienen el problema. Como causa directa 1 el Inadecuado autocuidado del/a paciente diagnosticado/a con Diabetes y/o Hipertensión, la causa directa 2 es el Inadecuado Sistema de cuidados familiares a pacientes con Diabetes e Hipertensión; mientras que, la causa directa 3 es la Inadecuada oferta institucional para la demanda epidemiológica de la población

El problema visto desde el campo de intervención de Salud de Trabajo Social pone un especial énfasis en las relaciones de los entornos familiares e institucionales con el o la paciente diagnosticado/a con HTA y/o DM en torno a los cuidados otorgados a partir de la situación de salud existente. Es a partir de los productos de la práctica y el análisis de la problemática que se genera el aprendizaje de Trabajo Social con establecimientos del MSP en respuesta al ejercicio de derechos de comunidades del Distrito 09D24.

Son precisamente las relaciones interpersonales un elemento fundamental que incide ya sea de manera positiva o negativa en el los avances de su tratamiento de salud y finalmente en el desarrollo de la persona, y de la comunidad en la cual forma parte. Por ende que, siendo la familia el núcleo de la sociedad representa el grupo central en el cual se ven reproducidas a nivel micro las problemáticas sociales que se dan a nivel macro en los diversos contextos. Sin embargo el contexto al que es referido el proyecto no solo abarca lo territorial al circunscribirse en el Distrito 09D24, sino que concibe como contexto el área de Salud, específicamente al MSP y las unidades de atención de salud que regenta.

El MSP como institución rectora del ámbito de Salud actualmente brinda atención a la problemática establecida en esta propuesta a partir del desarrollo de estrategias de salud para la promoción de cuidados a

pacientes y comunidad en general. Sin embargo, el propósito de esta propuesta es que a partir de los recursos y estrategias existentes puedan ser potenciadas y mejoradas en términos de su integralidad y articulación para una intervención de salud mucho más eficaz. Por integralidad y articulación se entiende la vinculación en pro del desarrollo humano de la población a nivel de distrito.

El Desarrollo Humano al ser el eje principal de las Políticas públicas nacionales refuerza aún más el compromiso de la carrera con la transformación social, a partir de la elaboración de procesos de cambio que generalmente son presentados en planificaciones, tal como ocurre con la presente propuesta de proyecto.

Capítulo I: Institución Promotora

1.1. Organización promotora del Proyecto

La organización promotora del proyecto es el Ministerio de Salud Pública, que de acuerdo con el artículo 4 de la Constitución de la República de Ecuador es la Autoridad Sanitaria Nacional (Asamblea Nacional, 2008).

Origen e historia de la Institución

El Ministerio de Salud Pública fue creado por la Asamblea Nacional Constituyente el 16 de junio de 1967 mediante decreto 084 publicado en el Registro Oficial No. 149 durante el gobierno del Dr. Otto Arosemena Gómez; este Ministerio se encargaría de *“Atender las ramas de sanidad, asistencia social y demás que se relacionan con la salud en general”* (MSP, 2015). El primer paso para la creación del Ministerio de Salud Pública fue en 1963 a partir de la creación de la Subsecretaría de Salud la cual dependía, en aquel entonces, del Ministerio de Previsión Social y Trabajo al cual le correspondían las funciones de la salud (Avilés, 2010).

Desde enero de 2012 el cargo de Ministra de Salud Pública fue asumido por la Mgs. Carina Vance Mafla, por ende que representa la máxima autoridad institucional de dicho Ministerio y su representante legal. El Edificio del MSP se encuentra ubicado la ciudad de Quito, específicamente en la *Av. República del Salvador 36-64 y Suecia, Edf. MSP Planta Central, piso 6*. Para establecer contacto con el MSP se lo puede realizar mediante la página web en la sección “Contacto”, a través del número de teléfono: 593-2 381-4400 ext. 6105 – 6107, Código Postal: 170515, o a través del correo electrónico de su representante legal: *carina.vance@msp.gob.ec* (MSP, 2015).

Estructura de la institución

El Ministerio de Salud Pública se encuentra organizado, de acuerdo a su estructura institucional, en (MSP, 2015):

- ✓ Viceministerios
- ✓ Subsecretarías Nacionales
- ✓ Coordinaciones Generales; y
- ✓ Direcciones Nacionales

Ver Anexo #1 de organigrama del MSP (MSP, 2015)

1.1.1 Planificación Estratégica

El Ministerio de Salud Pública declara como su misión: *“Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud”* (MSP, 2015).

En tanto, el (MSP, 2015) cuenta con 8 principales objetivos como institución los cuales son: **1)** *“Incrementar la eficiencia y efectividad del Sistema Nacional de Salud.* **2)** *Incrementar el acceso de la población a servicios de salud.* **3)** *Incrementar la vigilancia, la regulación, la promoción y prevención de la salud.* **4)** *Incrementar la satisfacción de los ciudadanos con respecto a los servicios de salud.* **5)** *Incrementar las capacidades y competencias del talento humano.* **6)** *Incrementar el uso eficiente del presupuesto.* **7)** *Incrementar la eficiencia y efectividad de las actividades operacionales del Ministerio de Salud Pública y entidades adscritas.* **8)** *Incrementar el desarrollo de la ciencia y la tecnología en base a las prioridades sanitarias de la salud”*.

Para el logro de los objetivos declarados, el MSP orienta sus acciones a través de la utilización práctica del Modelo de Atención Integral de Salud-Familiar-Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS FCI) el cual se genera en aras de hacer frente a situaciones como el detrimento de los servicios públicos, la privatización y fragmentación de los servicios de salud para proponer un nuevo sistema de salud integral y equitativo para la cumplir con la garantía del derecho de Salud de la población en el Ecuador.

El Modelo de Atención Integral de Salud-Familiar-Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural está basado teóricamente con aportes estratégicos de la Atención Primaria de Salud (Renovada) y está orientado a satisfacer las necesidades de salud de la población ecuatoriana. De acuerdo con el MSP, EL 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 en Ecuador, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud”*.

Los tres niveles de atención en la red de Salud utilizan el Sistema de Referencia y Contraferencia para realizar las derivaciones correspondientes, dado que el primer nivel está integrado por puestos de salud, centros de Salud Rural, Centro de Salud Urbano y Centros de Salud 24 horas; el segundo nivel abarca lo correspondiente a

los Hospitales básicos y generales; mientras que, el tercer nivel comprende lo relacionado a Hospitales de Referencia Nacional. Lo que se busca a través del MAIS es que la atención se realice en un 80% en el primer nivel, un 15% en el segundo nivel y apenas un 5% en el tercer nivel.

El plan estratégico del Ministerio de Salud Pública se encuentra guiado por cuatro procesos los cuales se organizan y agrupan de acuerdo al grado de aporte o valor agregado en aras del logro de la misión que el ministerio ha establecido.

El primer conjunto de procesos se refiere a los *Procesos Gobernantes* que son aquellos que guían la gestión de la organización para una eficaz administración de la institución. El segundo conjunto de procesos trata sobre los *Procesos Agregadores de Valor* que están destinados a la producción y manejo de los servicios hacia los usuarios de todo tipo. Un tercer conjunto de procesos es el de *Procesos Habilitantes de Asesoría y de Apoyo* los cuales producen productos para los dos primeros procesos y para sí mismos, contribuyendo y haciendo factible la gestión de la organización. El último conjunto de procesos producen servicios orientados a los/as usuarios/as finales, generando cercanía con el territorio, estos procesos se denominan *Desconcentrados* (MSP, 2015).

1.1.2 Planificaciones del MSP relacionadas con la atención a HTA y/o DM

El MSP como institución de gobernanza nacional del área de Salud desarrolla a nivel de país diversos tipos de planificaciones, entre las cuales las que se relacionan con la atención a la HTA y/o DM son las siguientes:

Programas:

- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT: Entre otras cosas, tiene como propósito la descripción de las ECNT, la situación nutricional, el acceso a planificaciones de complementación alimentaria, actividad física, el acceso a los servicios de salud considerando las particularidades de los contextos.
- Atención integral por ciclos de vida: Busca contribuir a la garantía de la atención de salud de forma integral bajo criterios de calidad y calidez en el Sistema Nacional de Salud tomando en consideración los perfiles epidemiológicos de la población.
- Detección e intervención temprana de los trastornos del desarrollo: Pretende disminuir el porcentaje de incidencia de discapacidad en la población infantil mediante el desarrollo de planificaciones de diagnóstico temprano y atención especializada.

Proyectos:

“Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad”: Se trata de un proyecto emblemático para el MSP que tiene como propósito general fortalecer el primer nivel de atención de salud y declara como uno de sus objetivos específicos adquirir e implementar un sistema informativo para la gestión integral de salud de los establecimientos de atención del MSP para la gestión de procesos en torno a aspectos técnico-médicos y servicios de salud ofertados.

Servicios

- Atención integral de servicios de salud: El propósito es brindar a la población atención de prevención y morbilidad por parte del equipo de salud.
- Atención integral de salud en casos de derivación a usuarios a la Red Pública y Complementaria de Salud: Busca brindar apoyo en situaciones catastróficas o no catastróficas a pacientes que necesiten de servicios de atención de salud que no pueden ser tratados en las instituciones de salud del MSP.

Campañas

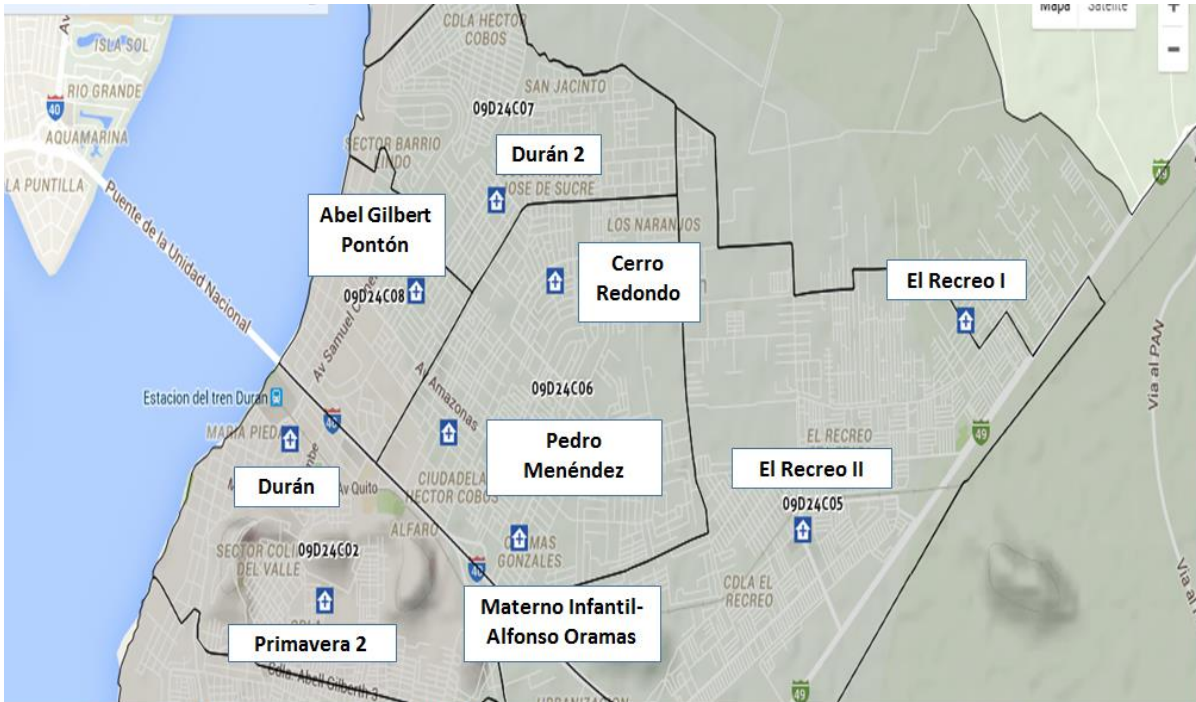
El MSP cuenta con dos campañas cuyo propósito tributa a la atención de HTA y/o DM como es “Ecuador saludable voy por ti” y “Etiquetado de alimentos” que se basa en incluir la etiqueta en la que se especifique concentraciones de grasa, azúcar y sal en los productos expendidos a nivel nacional, esto con el propósito de facilitar la lectura de información nutricional a la población.

Atención de HTA y/o DM en los Centros de Salud del Distrito 09D24

A nivel nacional el MSP implementa el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) dentro de los establecimientos nacionales distribuidos territorialmente. Según la SENPLADES en aras de la descentralización de recursos y planificación nacional en cuanto a la prestación de servicios estableció Zonas, Distritos y Circuitos como niveles de planificación (SENPLADES, 2010). La Zona 8 abarca los cantones de Guayaquil, Durán y Samborondón.

Durán es denominado como el Distrito 09D24. En este distrito al que se circunscribe el proyecto existen diferentes sub centros de Salud que suman 7, tales como: Recreo 1, Recreo 2, Primavera 2, Abel Gilbert, Pedro Menéndez, Cerro Redondo, Durán 2; además del Centro de Salud Durán y el Hospital Materno Infantil Oramas Gonzáles, lo cual constituye un total de 9 establecimientos de Salud regentadas por el MSP.

Ilustración 1: Distribución de los Centros de Salud del Distrito 09D24



Fuente: GEO SALUD: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/publico/dniscg/geosalud/gui/#>

Fecha: 12/05/2016

Sin embargo, en la actualidad en los establecimientos de salud del Distrito 09D24 no se lleva a cabo este tipo de intervención en el tratamiento de los/as pacientes diagnosticados/as con enfermedades crónicas no transmisibles; los Centros de salud no cuentan con un protocolo de atención para tratar este tipo de problemática, desde la observación se ha podido identificar como se lleva a cabo la atención y el tratamiento hacia los/as usuarios/as y a partir de lo que se ha podido identificar se realiza un análisis de los diferentes factores y causas que influyen en los cuidados de las ECNT, en consideración a esta realidad surge la propuesta del proyecto con la intencionalidad que se vinculen los diferentes sistemas de apoyo y así que las instituciones de atención primaria puedan dar un servicio integral.

Los establecimientos de salud del Distrito 09D24 cuentan con servicios de entrega de medicina específica para pacientes con HTA y/o DM siendo una de las más prioritarias la insulina. A través de la programación de citas médicas los y las pacientes tienen acceso a controles médicos periódicos para la revisión de la evolución de sus estados de salud. Además que, en algunos centros de salud se da los “Clubs de diabetes e hipertensión” en los que se imparten charlas a pacientes sobre el autocuidado de salud y se realizan sesiones de actividad física que son impartidas por miembros del equipo médico.

El proceso de atención que se lleva a cabo en la atención de ECNT está caracterizado por los siguientes aspectos:

- ✓ El profesional del EAIS no prepara emocionalmente al paciente para recibir el diagnóstico.
- ✓ No se cuenta con profesionales que atiendan las emociones y sentimientos que viven los/as pacientes frente al diagnóstico.
- ✓ Entre los servicios de los centros de salud no se dan articuladamente procesos de promoción, prevención y atención ante el problema.
- ✓ No se cuentan con las herramientas necesarias o “baterías sanitarias” para el control periódico del estado de salud de pacientes.
- ✓ Con frecuencia se da el desabastecimiento de medicamentos.
- ✓ Dificultad en programación de citas médicas en cortos espacios de tiempo
- ✓ No existen procesos de intervención que promuevan el apoyo familiar que contribuyan en el tratamiento de los/as pacientes diagnósticos con HTA y/o DM.

La salud es un ámbito complejo que involucra y compete a distintos campos disciplinarios, como el Trabajo Social. Pese a la comprensión de esta lógica, en la actualidad la conformación de los equipos de atención integral de salud (EAIS) expresa claramente o bien la no integración de profesionales de Trabajo Social en la atención a la Salud de la sociedad o el relego en la ubicación periférica del Trabajo Social en los EAIS (Gil, 2007).

1.1.3. La intervención de Trabajo Social en el MSP

En los establecimientos de salud del Distrito 09D24 los aspectos psicosociales de la salud generalmente son atendidos por profesionales de psicología; en tanto, en los CS en los que cuentan con área de Trabajo Social la mayoría de las funciones giran en torno a procesos administrativos de los establecimientos, mas no en relación a la promoción, prevención y atención de la salud de la población. Cabe recalcar que parte de esta situación se debe a que los equipos de atención integral de salud (EAIS) no integran a profesionales de Trabajo Social en la planificación de estrategias de salud para la población ni en su ejecución conjunta y de forma interdisciplinar demás miembros del EAIS.

Se ha podido resaltar la influencia del Trabajo Social sanitario en la intervención con el paciente – familia, comunidad y todo el equipo sanitario , sin embargo, a pesar de su importancia las instituciones de salud no cuenta con este tipo de intervención profesional, el conocer las funciones y los métodos de Trabajo social en salud se debe de hacer cambios en los servicios institucionales de salud, en todas las empresas o instituciones de atención a la salud existe el equipo médico básico más no un equipo multidisciplinario, es decir que no se incluye a

profesionales con enfoque de transformación de realidades sociales frente al contexto de la salud se necesita una intervención en conjunto no solo el equipo médico sino también con profesionales dedicados al área social como el/la Trabajador Social y psicólogos/as y así formar un trabajo integral, que permita realizar una intervención efectiva.

Frente a esta situación, una de las principales ambiciones de este proyecto es brindar de forma multidisciplinar e interdisciplinar servicios de salud integrales en los cuales los/as profesionales desde su especificidad brinden sus aportes para el mejoramiento de salud de la comunidad. Otra de las aspiraciones desde las que se pensó esta propuesta es el brindar una intervención como respuesta a las acciones que, derivadas de concepciones mercantilistas y unilaterales de la salud, han afectado el sistema de salud público del país, y por ende, el derecho de las personas. Este proyecto pretende ser una respuesta al avance en la defensa de la Salud Pública Integral y su mantenimiento independiente de las leyes del mercado, sino como como el derecho a la salud de la sociedad (Sanchez, 2007).

1.2. Caracterización del ámbito de intervención de Trabajo Social

1.2.1. La Salud Pública

La Salud como derecho y Cuestión Social

La Salud constituye un derecho para toda la población además que representa una responsabilidad del Estado, por tanto, la Salud tiene su justa correspondencia en el ámbito de “Lo público” al pertenecer a todas y todos. Según (Sanchez, 2007, pág. 24) “La salud y la enfermedad, son básicamente una cuestión social y no pueden tener respuestas ignorando esta realidad (...)” dado a que la salud es un aspecto que es parte del ser humano, el cual tiene se desarrolla en el marco de un contexto conformado por condiciones que posibilitan el mantenimiento o deterioro de la misma.

Según (Espinoza, 2004, pág. 2) “la salud es un valor social, que tiene relación con la calidad de la existencia humana” vinculado al goce del ser humano, y dado que la salud forma parte del estado de bienestar del individuo y constituye un factor fundamental en su desarrollo personal y social. Por ello que, debido a su naturaleza el servicio de salud se encuentra íntimamente vinculado a la Cuestión Social que resulta de interés y responsabilidad de todos y todas.

De acuerdo con (Carballeda, 2012, pág. 3) “la enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece”, si bien Carballeda hace énfasis

en la enfermedad y su relación con lo social, es preciso pensar esta concepción desde las formas en que la eficacia de la garantía de la salud de una población no han tenido resultados favorables pues dan cuenta del marco en el que se encuentran mediatizadas por sus aspectos históricos y sociales.

El ámbito de la salud ha vivido cambios de corte cualitativo debido a las transformaciones a nivel macro que ha experimentado la población en el sentido de condicionales social, laboral y medioambiental. De acuerdo con (Espinoza, 2004, pág. 2) la salud, “es un valor concreto determinado por el modo de producción, el nivel de desarrollo socioeconómico alcanzado y la situación política existente”. Por ello que, el ámbito social es inherente al campo de la salud, lo cual también incluye a los factores tanto de protección como de riesgo que conciernan a lo social. Siendo así que, los modos de vida de las poblaciones y los hábitos desarrollados afectan el proceso de salud-enfermedad a través del sistema cronológico.

Procesos de privatización del derecho a la salud

A lo largo de la historia, los servicios en los que se ve concretado este derecho a la Salud han pasado a nivel mundial por procesos de privatizaciones. Al darse estos procesos “queda mediatizada por la capacidad económica de las personas, pues la provisión privada va unida al correlato del pago por servicio” (Sanchez, 2007, pág. 10). De tal forma que puede evidenciarse el paso de la salud como derecho a salud como mercancía cuyo acceso y tratamiento se ve influenciado por los recursos económicos de el/a paciente y su familia.

Es precisamente el impacto de la privatización de la salud lo cual ha incidido en una significativa involución en los servicios públicos de salud. En países con sistemas muy privatizados lo que se ha dado es la expansión de instituciones particulares que ofertan atención sanitaria; en tanto, en países como Ecuador en los que la cobertura pública de salud se da de forma generalizada se ha planeado en el Sistema de Salud estrategias como la estandarización en los servicios de salud, y la priorización de la cantidad (de pacientes atendidos/as) sobre la calidad (en la atención a usuarios/as), lo cual reduce la cobertura eficaz de este derecho a la población y que es precisamente uno de los propósitos que persigue atender la presente propuesta de proyecto.

Sin embargo, uno de los aspectos de mayor impacto de la mirada privatizadora hacia la salud ha sido la descontextualización de la salud con el ámbito social y económico que constituye el entorno en el que se desarrolla. De tal manera que, se ha venido potenciando únicamente la visión biologicista de lo concerniente a la salud, excluyendo a todo otro factor de relacionamiento o medioambiental, y propiciando una perspectiva fragmentada de la salud, señalando también a “la

salud como un bien individual, en el que lo fundamental es la curación de la enfermedad, aunque sean enfermedades “inventadas”, medicalizando la vida y propiciando todas las intervenciones que se pueden facturar” (Sanchez, 2007, pág. 12).

Según (Sanchez, 2007) otro aspecto a considerar es que la estrategia de privatización tiene su cimiento en una medicina hospitalaria y tecnológica de larga duración, lo cual deja por fuera la atención primaria de salud. Esto se encuentra evidenciado en el predominio de la cultura de la curación en Ecuador contrario al enfoque preventivo que sostiene el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) el cual es representado a través de los Centros y Subcentros de salud que son las instituciones en las que el presente proyecto concibe el desarrollo del mismo en aras de evitar y atender posibles riesgos sanitarios para la comunidad del distrito 09D24.

En el ámbito de Salud el interés en la atención a enfermedades antes se centraba en las de tipología infecciosa; sin embargo, en la actualidad el enfoque está dado a la atención a los problemas que se dan a partir de las enfermedades crónicas. En específico, las enfermedades crónicas con frecuencia traen consigo la situación de dependencia de los/as pacientes además de que el tratamiento de estas enfermedades tales como la Hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus requieren de una transformación del estilo de vida del/a paciente por un largo periodo temporal y por ende, la necesidad de un acompañamiento en la adaptación de los/as pacientes, lo cual es incorporado por el presente proyecto dirigido a la población del Distrito 09D24 (Avellaneda, Izquierdo, Torrent-Farnell, & Ramón, 2007).

1.2.2. Trabajo social

Se ha mencionado que la salud es parte del desarrollo y bienestar humano, el Trabajo Social trabaja a partir de las necesidades básicas y es la disciplina que trabaja a partir de derechos “El trabajo social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno” (FITS, 2014) Trabajo Social interviene en las problemáticas sociales promoviendo que sea la persona a partir de sus capacidades y habilidades que promueva el cambio.

A pesar de que el Trabajo Social busque y promueva el cambio el sistema en el cual se desenvuelve la intervención no permite generar la resolución de problemas y el bienestar individual y colectivo y este ahí donde se ubica el reto “La defensa y el apoyo a los derechos humanos y a la justicia social son la motivación y la

justificación para el trabajo social. La profesión del Trabajo Social reconoce que los derechos humanos tienen que coexistir con la responsabilidad colectiva” (FITS, 2014) Esta disciplina interviene empoderando a la sociedad en el tema de derechos buscando que cada uno ya sea de manera individual o colectiva se encuentre en la capacidad de defenderse y en defender al otro y así compartiendo la responsabilidad social.

La intervención de Trabajo Social se basa en las evaluaciones e intervenciones bio-psico-sociales y espirituales integrales que trascienden la división micro-macro, e incorporan múltiples niveles del sistema y la colaboración intersectorial e interprofesional, orientada al desarrollo sostenible. Trabajo Social en el desarrollo de procesos involucra la participación otras profesiones o disciplinas generando redes de apoyo que permitan generar el cambio en los diferentes sistemas en que se desenvuelve el ser humano, esta intervención toma en cuenta todos los sistemas de desarrollo así produciendo un trabajo integral y vinculado esforzándose por involucrar todos los factores y recursos sociales que generan bienestar.

Entre los principios de Trabajo Social esta los derechos humanos y dignidad humana según la FITS este primer principio tiene cuatro aspectos, como primer punto es respetar el derecho a la autodeterminación el cual consta en respetar las decisiones de la persona indiferentemente de sus preferencias, valores o principios siempre y cuando estos no atenten con los derechos del mismo; como segundo está promover el derecho a la participación reforzando a la persona en la toma de decisiones positivas que influyan en sus vidas; como tercer aspecto tratar a cada persona como un todo es decir que la intervención sea en su totalidad tomando en cuenta a la familia, comunidad y todo su entorno social que influya en su vida; y por ultimo identificar y desarrollar fortalezas basándose en su potencial de forma individual, grupo o comunidades y así promover el empoderamiento social (AIETS, 2014)

El segundo principio gira en torno a la justicia social este segundo principio consta en cinco aspecto, primero desafiar la discriminación negativa el cual consta en oponerse a cualquier tipo de descremación ya sea por, genero, cultura, sexo, estatus socioeconómico etc. Reconocer y restar la diversidad, como tercer aspecto distribuir los recursos equitativamente asegurándose que cada uno/a obtenga de acuerdo a su necesidad, el cuarto aspecto es oponerse a las políticas y acciones injustas que afecten el desarrollo de la persona y como último trabajar en solidaridad lo cual se basa en oponerse a situaciones que generen exclusión social y así trabajar hacia una sociedad inclusiva (AIETS, 2014).

Los principios de Trabajo social se ejercen en cada una de las áreas de intervención, entre las áreas de intervención se encuentra los servicios sociales y de bienestar social, así como en otros ámbitos comunitarios, el socio sanitario, de Derechos Humanos, etc. La misma se lleva a cabo en las distintas Administraciones Públicas (Central, Autonómica y Local), en las ONGs y en el sector mercantil (Barranco, 2000), en cada uno de los ámbitos el profesional de Trabajo Social se asegura que si intervención gire a partir de los derechos fundamentales y a su vez incluye cada una de las dimensiones sociales en el que el ser humana de desenvuelve, entre las áreas de intervención está el socio sanitario o también conocido como Trabajo Social sanitario, se ejerce en ámbito de la salud, esta área tiene sus particularidades y funciones que giran alrededor de un diagnóstico médico y a su vez trabaja desde los determinantes sociales.

Trabajo Social Sanitario

“El trabajo social sanitario es la especialidad del trabajo social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención socio sanitaria o la atención especializada. El uso del término sanitario frente al de salud obedece a la necesidad de establecer los perímetros exactos en los que se desenvuelve la disciplina y el sistema del Estado del bienestar dentro del cual se inscribe” (Colom, 2013, pág. 10). El Trabajo social sanitario el cual se ejecuta en el área de salud forma parte de un equipo multidisciplinario, equipo que está conformado por médicos/as, enfermeros/as, promotores/as de salud, psicólogos/as y Trabajadores sociales; mediante el trabajo multidisciplinario de los/as profesionales se busca realizar y otorgar una atención integral, es decir que la intervención de cada uno de los/as implicados responda a las diferentes necesidades de los/as pacientes que asisten a los centros de salud.

El espacio del Trabajo Social sanitario tiene como competencia atender los aspectos psicosociales del/la paciente en el momento en el que empieza el proceso de tratamiento o cuando este finaliza y requiere de seguimiento. La intervención de Trabajo Social sanitario tiene como punto de partida el diagnóstico del/la paciente, el profesional se encarga se contextualizar la situación y de elaborar el diagnóstico social sanitario en el cual también se registran los diferentes procesos de atención y de apoyo. Su intervención está enfocado en trabajar en la transformación de realidades, la modificación de percepciones y la gestión del entorno, el trabajo del/la profesional gira al alrededor del pronóstico médico con la finalidad que la persona recupere su ritmo de vida, de tal forma se combina la atención sanitaria con lo social y a partir de esto se permite ver al ser humano como un todo y no como la suma de sus partes (Colom, 2013, pág. 12).

“En la intervención el/la profesional busca optimizar los recursos, materiales y humanos, no sólo los personales y familiares, sino también los colectivos y públicos para restablecer a la persona. El Trabajo Social sanitario contempla todo el núcleo de convivencia, asume las proporciones o desproporciones que toman las circunstancias a medida que la enfermedad evoluciona o involuciona, e interviene según las necesidades diagnósticas y no sólo las necesidades expresadas”, el Trabajo Social busca formar redes de apoyo que contribuya en la intervención y ese proceso es lo enriquece el trabajo en el área de salud, ya que esta es un disciplina que no se limita sino que se esfuerza por generar cambios a partir de las competencias identificadas a nivel individual y grupal.

La intervención del/la profesional de Trabajo Social en el ámbito de salud es considerado como “el apoyo profesional que garantiza la continuidad asistencial. Considera no sólo las necesidades sanitarias que vienen determinadas por el médico y la enfermera, sino las posibilidades sociales que harán permitirán el seguimiento terapéutico, el cumplimiento terapéutico, en las condiciones óptimas” (Sobremonte, 2008, pág. 15). El autor posiciona la intervención del Trabajador Social como un apoyo. Sin embargo, la intervención está incluida en la atención primaria en el ámbito de salud lo cual realza su importancia en el tratamiento, seguimiento y recuperación de los/as pacientes.

El Trabajo Social sanitario interviene en el proceso que existe entre el equipo médico y el/la paciente, tal como menciona el autor hace posible que exista un seguimiento y tratamiento terapéutico y que este a su vez se de en condiciones óptimas; es decir el/la Trabajador/a Social trabaja la situación de salud con el/la paciente junto con su familia con el propósito que se dé una responsabilidad compartida frente al diagnóstico, en esta intervención el/la profesional trabaja a partir de los determinantes sociales identificando cuál de ellos pudiera estar afectando a la recuperación del/la paciente.

Carballeda propone lo siguiente “Pensar lo social en términos de intervención implica la construcción de un punto de encuentro entre sujeto y cultura donde los aspectos contextuales dialogan, se entrecruzan y elaboran diferentes tipos de demanda ligadas a la cuestión social. El Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van más allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas” (Carballeda, La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas, 2012).

Se considera al ser humano como un todo lo cual lo convierte en un ser complejo, Carballeda menciona que los aspectos contextuales dialogan y a su vez se

entrecruzan formando demandas, cada uno de los espacios en el que el ser humano se desarrolla están vinculados el uno con el otro, no se interviene desde una sola realidad sino que se hace un análisis que ayude a comprender aquella realidad en el que se sumerge el paciente y toda su familia, en este análisis el Trabajador Social sanitario es el profesional encargado de vincular como un sistema está afectando al otro y a partir de análisis que va recogiendo lo cualitativo de dicha realidad es lo que permite realizar una intervención eficaz.

Trabajo Social sanitario ubica en sus acciones trabajar con el paciente y su familia desde su hábitat, y el hogar es el espacio más íntimo donde se puede visualizar la dinámica y las interacciones del grupo familiar, las relaciones entre cada uno de los miembros del hogar también permite conocer qué lugar ocupa el/la paciente y a su vez permite identificar la estructura familiar que permita al/el Trabajador/a Social identificar los recursos con los que cuenta aquel paciente junto con su grupo familiar “la vivienda expresa la forma de ser, de actuar, las necesidades individuales y sociales, las aspiraciones, creaciones, actitudes, modos de vida y representaciones del mundo de los grupos humanos” (Yujnovsky, 1984, pág. 5).

Desde el aporte de Yujnovsky con el aporte de Carballada se confirma como todos los espacios en el que se desenvuelve el ser humano se encuentran relacionados, ya que Yujnovsky menciona que las condiciones del hábitat en el cual viven las familias están netamente vinculadas a los procesos con la salud – enfermedad – atención – cuidado, ya que la salud también está pensada o se la relaciona con la satisfacción de las necesidades que tiene que ver con la vivienda y el ambiente ante esta aportación del autor realza la importancia del/a Trabajador/a Social en el área de la salud.

A partir de las aportaciones de los/as autores permite resaltar la importancia del rol del Trabajo Social sanitario en el área de salud, las enfermedades crónicas encabezan las listas de enfermedades más comunes en nuestra sociedad entre ellas la diabetes e hipertensión enfermedades que conllevan distintos cambios físicos y a su vez emocionales dichos cambios necesitan de un apoyo familiar y este apoyo se lograra desde una mirada crítica y con una capacidad de análisis que ayude a comprender cada historia de vida de cada uno de los/as pacientes que asisten a los diferentes centro de salud en busca de atención, desde esta realidad se quiere resaltar la influencia del/a Trabajador/a social sanitario en el tratamiento y recuperación de los/as pacientes.

Trabajo Social en el tratamiento de ECNT (HTA y/o DM)

“Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las

enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad” (OMS, 2012).

Los datos estadísticos permiten evidenciar la problemática en nuestra sociedad, entre los factores de riesgo para que estas enfermedades sigan persistiendo se encuentran “el consumo de tabaco, el consumo perjudicial de alcohol, el bajo consumo de frutas y verduras y la inactividad física” (OMS, 2012), estos factores tienen vinculación con las relaciones sociales lo cual convierte a este problema en una situación que involucra a todos/as, desde esta perspectiva el problema de las enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión también se las vincula con el apoyo familiar. “El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (Moiso, 2013, pág. 3).

El estilo de vida está sujeto a patrones generacionales donde todo un conjunto familiar se ve involucrado y se lo relaciona con las interacciones sociales, aspectos socioeconómicos y el ambiente, cada uno de estos elementos permite ver a las enfermedades crónicas no transmisibles desde un enfoque social a más del “enfoque médico”; los/as pacientes diagnosticados/as con dichas enfermedades necesitan de cuidados esenciales y la familia es uno de los sistemas de apoyo. Sin embargo, el estilo de vida que nuestra sociedad lleva no permite que estos cuidados esenciales puedan llevarse a cabo ya que hay toda una cultura generacional que influye.

Ante esta dificultad el Trabajo Social sanitario recobra importancia ““lo social” tiene un peso importante en la concepción y provisión de los cuidados de salud, puesto que cualquier persona que presente una enfermedad va a enfrentarse a unos cambios que afectarán directamente a las otras dimensiones de su persona, tales como las relaciones familiares, personales, laborales, económicas, etc. Ayudar a enfrentarse a ellos y a encontrar el equilibrio entre sus hábitos de vida y la nueva situación para garantizar su calidad de vida, es una de las tareas que deben realizar los/as Trabajadores/as Sociales de salud, además de contribuir a completar la visión biopsicosocial que debe llevarse a cabo por los profesionales del EAIS en el abordaje de los problemas de salud complejos del individuo” (Comité de Expertas en Trabajo Social Sanitario. , 2012).

Una vez más se logra concebir al ser humano como un ser complejo el cual debe de ser visto desde su todo y no desvinculándolo de todos los espacios en el que se desarrolla en su día a día. El apoyo familiar el cual está relacionado con los cuidados esenciales tales como medicina, alimentación saludable y actividad física. Sin embargo, existe un inadecuado cuidado, en consideración a esta dificultad de autocuidado y apoyo familiar permite que el profesional de Trabajo Social sanitario pueda crear rutas de acción que permitan trabajar de forma individual y familiar, en esta intervención participan todo el equipo sanitario quienes a partir de su especialidad puedan contribuir a un adecuado cuidado de la salud.

“El profesional de Trabajo Social Sanitario, como parte de un equipo asistencial, es participar en la valoración social y del entorno, a su vez contribuye en poder establecer estrategias de intervención en la promoción y prevención de la salud y atender la problemática socio familiar de la persona enferma, familia o comunidad, para garantizar una atención integral a la población” (Castrillo, Diez, Escaja, & Garcia, 2013).

Desde el enfoque sanitario, el/a Trabajador/a Social busca armar estrategias que le permita influir de manera individual, familiar y a nivel comunitario con la intencionalidad de generar promoción y prevención, el análisis de los factores sociales permite al/a profesional vincular todos los elementos posibles que le permita generar participación en su proceso de intervención, las estrategias giran alrededor de los recursos internos y externo con el cual cuenta el grupo social a trabajar, en el ámbito de salud con la problemática de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión se necesita realizar un análisis de todas la causas por las que el paciente, familia y comunidad se les dificulte adherirse a un tratamiento o llevar un estilo de vida saludable.

Desde el ámbito de salud y en esta problemática el Trabajo Social sanitario tiene funciones que contribuyen a un trabajo eficaz y sobre todo vinculado a todas las dimensiones sociales, entre las funciones se encuentran los siguientes:

- ✓ “Incorporar y favorecer la inclusión de la perspectiva social en todas las actividades, ámbitos asistenciales y profesionales de los centros de salud.
- ✓ Identificar los factores y situaciones de riesgo social relacionados con la salud en individuos, familias y comunidad.
- ✓ Realizar el estudio y elaborar el plan de intervención social que complete la atención integral del proceso de salud-enfermedad como parte del trabajo en equipo.
- ✓ Proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, a la familia y a la comunidad, entre otros” (Castrillo, Diez, Escaja, & Garcia, 2013).

A partir de las funciones del Trabajo Social sanitario se evidencia que la intervención gira alrededor de todas las dimensiones sociales, cada una de estas funciones tienen sus métodos que van acompañadas de técnicas y estrategias que guían la intervención hacia la búsqueda de resultados, a pesar de que el/a Trabajador/a Social cuenta con diferentes rutas de trabajo cuando se trabaja con familia y con comunidad el profesional usa el método de Trabajo Social familiar y comunitario.

El Trabajo Social familiar “centra su intervención en el desarrollo de una relación de ayuda con otro individuo en problemas, en la que ambas partes asumen ciertos acuerdos que les permiten alcanzar la solución escogida” (Donoso & Saldías, 1998) en este modelo al profesional le permite conocer la estructura familiar lo cual le permite conocer el tipo de familia lo que posteriormente le permitirá usar los recursos de la familia y así desarrollar potencialidades del grupo familiar.

El Trabajo Social comunitario o Desarrollo y Organización de la comunidad “es un método de acción social que pretende a través de la organización de la comunidad involucrada, la resolución de sus problemas” (Donoso & Saldías, 1998) en este modelo el profesional también busca potenciar las capacidades y habilidades de la comunidad con la intencionalidad que sean ellos mismos/as que generen el cambio a partir de las redes de apoyo que ellos mismos formen, la intervención del Trabajo Social sanitario se configura y se vincula con los determinantes sociales.

1.2.3. Sistemas de apoyo en el tratamiento de ECNT

La atención a personas diagnosticadas con enfermedades crónicas no solo es un asunto de los/as mismos/as pacientes, sino personas jóvenes, niños/as y demás adultos son familiares y/o que conviven con los/as usuarios/as. Al tratarse de una enfermedad esta requiere de los tratamientos y cuidados respectivos a los/as pacientes para lo cual los parientes y/o amigos juegan un rol fundamental a través del apoyo brindado de una u otra manera (Avellaneda, Izquierdo, Torrent-Farnell, & Ramón, 2007).

Las enfermedades crónicas, como tal, exigen demandas de corte asistencial y social por las complicaciones multicausales que inciden en la calidad de vida de las personas diagnosticadas, específicamente en el aspecto de la autonomía. Por tanto, desde la complejidad de estas enfermedades es evidente que las consecuencias que se produzcan afectan diversos ámbitos de la vida de los/as pacientes, lo cual remarca la necesidad de una atención sanitaria desde los distintos sistemas que comprende la situación de salud (Avellaneda, Izquierdo, Torrent-Farnell, & Ramón, 2007).

Los Sistemas desde la TGS

El enfoque reduccionista y los medios tradicionales de explicación de las problemáticas no son suficientes en el tratamiento práctico de situaciones de origen holístico y muestra de ello resulta la resolución parcial de problemáticas que tomaron como eje acciones de carácter individual. Frente a esta situación, en el año de 1972 Bertalanffy postula la Teoría General de los Sistemas (TGS) en contraste con los paradigma mecanicista, reduccionista y determinista. La TGS representa una reorientación acerca de la forma de observar el mundo y sus múltiples fenómenos (Johansen, 1993, pág. 15).

Para Bertalanffy la Teoría General de los Sistemas “es una ciencia general de la «totalidad»” (Bertalanffy, 1968, pág. 37) que mediante el análisis de totalidades, y las formas en las que estas interactúan tanto de forma interna, dentro cada una; como externa, con su medio posibilita la explicación de los fenómenos que se originan en las realidades. Realidades que mediante la dinámica de sus propiedades se configuran desde lo complejo y relacional entre un abanico de variables dadas por las circunstancias en que se inscriben las situaciones. Por ende que, las intervenciones interdisciplinarias adquieren especial relevancia en el tratamiento holístico de la dinámica de las partes, contrario a una visión fragmentada de dichos componentes (Hurtado, 2011, pág. 3).

Una de las principales pretensiones de quien postulara esta teoría estaba basada en ser un camino de integración entre las ciencias naturales y sociales, las cuales hayan un especial punto de concordancia en la comprensión de los sistemas desde los enfoques de estudio. Para Bertalanffy un sistema se define como “un complejo de elementos interactuantes” (Bertalanffy, 1968, pág. 56) Estos sistemas son de mayores y menores dimensiones entre sí, por lo cual existen sistemas pequeños dentro de sistemas mayores, que son denominados “subsistemas”, de igual forma existen sistemas mayores que abarca subsistemas, a los cuales se les da la denominación de “suprasistemas” (Johansen, 1993, pág. 56). Entre las principales características de los sistemas se encuentra que son vivientes o no vivientes, abiertos o cerrados, abstractos o concretos, además de los objetivos compartidos (equifinalidad), la relación (circularidad), organización y ordenamiento entre los mismos (Van Gigch, 2007, pág. 8).

Sistemas de apoyo

El surgimiento del concepto de apoyo social tuvo cabida cuando se identificó un vínculo entre problemas psiquiátricos y variables sociales teniendo como punto en común la ausencia de lazos sociales adecuados o la fragmentación entre los sistemas existentes (Kessler et al., 1985) citado por (Villalba, 1993). Según Hobfoll

y Stoke (1988) citado por (Vega, Montero, Pérez, Martín , & Tejerina, 2015, pág. 141) conciben el apoyo social como: "aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada". Por ende que, es a partir de las interacciones de un/a paciente con los sistemas de apoyo que se produce el intercambio de apoyo o "ayuda" de diversa índole, sea esta de carácter material, instrumental o emocional.

El Trabajo Social reconoce a los sistemas como organismos vivos interdependientes frente a lo cual es necesario un análisis en su totalidad (Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Rioja, 2003, pág. 32) teniendo en consideración las formas de recursividad que se dan entre estos contribuyendo unas con otras en su desarrollo y funcionalidad. Es por ello que, para el Trabajo Social los sistemas de apoyo representan un objeto de intervención frente a las situaciones de conformación, desarrollo, funcionalidad y las diversas formas en las que estos se articulan en pro del bienestar de los mismos y, en el caso del presente proyecto, las formas de articulación en apoyo a el/a paciente.

Bronfenbrenner coincide con los fundamentos de Bertalanffy y desarrolla en su estudio una teoría desde la cual declara en qué consiste cada uno de los microsistemas que forman el contexto de un individuo. Estos sistemas son denominados como: microsistema, mesosistema, macrosistema, y cronosistema. Para el desarrollo de esta perspectiva ligada al proyecto se va a dar especial énfasis a los dos primeros sistemas por su especificidad y cercanía a la propuesta en la que se centra el presente proyecto.

Microsistema: Paciente y familia

De acuerdo con el microsistema es el nivel con mayor cercanía al ser humano, e incorpora los comportamientos, los papeles a desarrollar y los vínculos característicos de los entornos que vive el individuo en su cotidianidad (Bronfenbrenner, 1976). Por ello que, es en el microsistema donde se encuentra el/a paciente y su familia.

Según (Escartin, 1992) "la familia es, además, como grupo social primario, con unas funciones precisas en la sociedad, intra y extrafamiliares, de una importancia fundamental en los procesos de cambio o desarrollo (o incluso de involución) de una comunidad. En tanto, Ackerman citado por (Escartin, 1992) la define como una unidad básica de salud y enfermedad. Estos autores coinciden en concebir a la familia como una unidad fundamental en los procesos de desarrollo del medio en el que se inscribe y en el que se desarrollan a su vez diversas aristas como la salud.

Cuando un miembro de la familia, en este caso siendo representado por el/a paciente, tiene dificultades a nivel personal o social su grupo primario se ve involucrado en dicha situación. De esta forma es que cobra importancia el trabajo con las familias a nivel de capacidades que posibiliten transformar y coadyuvar en las dificultades que vivan los y las pacientes. Frente a esto, el Trabajo Social familiar precisa su intervención en trabajar el sistema natural con el objetivo de modificar y potenciar “sus necesidades y recursos internos, aunque sin aislarla del entorno social del que forma parte y del que tendremos que utilizar algunos de sus recursos para ayudar a la familia (o sistema multicliente)” (Escartin, 1992). Este trabajo con el subsistema familiar incluye adicionalmente otros subsistemas que frecuentemente son analizados como diadas, entre las cuales se encuentran la marital (cónyuges), parental (protegidores-hijo/a) y fraternal (hermanos/as).

(Escartin, 1992) concibe que uno de los elementos de la familia es su estructura, la cual es “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia”. De esta forma es que frente a la presencia de un miembro de la familia que presenta algún tipo de enfermedad la familia se organiza en sus diversas formas ya sea de manera visible o no visible para la atención a esta situación desde las formas en las que se relacionan sus miembros. Es por ello que, tal como sostiene (Casas, 1994, pág. 12) “el Terapeuta Familiar sistémico hace en apariencia una demanda paradójica “ayude al otro a cambiar” en la forma que se relaciona con este.

Mesosistema: Barrio/Comunidad y Centros de Salud

Sin embargo la labor desde el Trabajo Social no se enfoca incamente en potenciar las competencias en el sistema familiar, sino que el sistema profesional desarrolle una mayor competencia en el trabajo con familias y con otros sistemas con los que esta guarda interacciones tales como el barrio o comunidad y los centros de salud (Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Rioja, 2003) estos dos pertenecen según Bronfenbrenner al Mesosistema. De acuerdo con Bronfenbrenner (1979) citado por (Escartin, 1992, pág. 52) “comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente

La importancia de que el/a paciente se integre a más subsistemas que la familia radica en que se ha demostrado que al interior de estos niveles se proporcionan apoyos sociales los cuales son altamente contribuyentes para los/as pacientes en especial en relación con el bienestar emocional que vive el/a paciente. Es en este segundo nivel en el que se deberá hacer especial énfasis en lo relacionado a:

- Flujo de información: Entre el Centro de salud y la familia, vecinos/as, amigos/as en cuanto a la atención holística de las necesidades multidimensionales del/a paciente.

- Conductas Saludables: A partir de las indicaciones brindadas por el Centro de salud desde su quehacer lo cual está íntimamente con los tres pilares básicos en los que se sustentan los cuidados de este proyecto (medicación, salud, ejercicio físico).

- Apoyo Social: Brindado por los/as vecinos, centro de salud y familia (nuclear y ampliada) dado a que se trata de un estado de salud cuyos efectos son incidentes en la vida de todos quienes se encuentran relacionados con el/a paciente (Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Rioja, 2003).

En tanto, tal como (Escartin, 1992) señala la perspectiva sistémica desde la que se aborda la problemática contribuye de diversas formas en relación:

- Ayuda a los subsistemas a concebir más posibilidades en sus interrelaciones.

- Ayuda a incrementar el abanico de soluciones.

- Ayuda a que los subsistemas entre los que se encuentra la familia puedan darse cuenta de las paradojas o elementos culturales.

1.2.4. Cuidadores/as de pacientes con ECNT

Los y las pacientes con enfermedades crónicas frecuente son atendidos/as mediante un enfoque de curación que se ve concretado en el tratamiento médico prescrito. Sin embargo, este enfoque requiere que simultáneamente se integre una mirada de cuidados en el tratamiento para una valoración integral del/a paciente. La fórmula curar +cuidar implica que el/a mismo/a paciente y su familia se conviertan en unidades de atención responsables de la salud; esto, implica el control de las recomendaciones sanitarias dadas y el trabajo mancomunado tanto en el equipo sociosanitario mediante la atención interdisciplinar como en el entorno familiar y comunitario (Avellaneda, Izquierdo, Torrent-Farnell, & Ramón, 2007).

El Rol del/a cuidador/a

Resulta relevante reconocer que los cuidados a los/as pacientes con enfermedades crónicas contemplan tres aristas que son tanto de salud, como la económica y la social. Las de salud comprenden todo lo relacionado al manejo adecuado y control de síntomas propios de las enfermedades; en tanto la arista social incluye lo relacionado a las formas de afrontamiento del diagnóstico de salud, evitar o disminuir los riesgos de aislamiento de pacientes; mientras que, las económicas se refieren al acceso de recursos e ingresos para solventar los gastos del tratamiento

que frecuentemente son compartidos por la familia del/a paciente, lo cual contribuye a fortalecer el autocuidado que lleva el o la paciente respecto a su estado de salud. Entre las principales tareas que con frecuencia asumen los cuidadores se encuentra (Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Bizcaia, 2010):

- Ayuda para la higiene personal (peinarse, bañarse, etc.).
- Ayuda en las actividades de la casa (cocinar, lavar...).
- Ayuda para el transporte fuera del domicilio.
- Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio.
- Ayuda para la administración del dinero y los bienes.
- Supervisión en la toma de medicamentos.
- Colaboración en tareas de enfermería.
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado
- Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.
- Hacer muchas "pequeñas cosas" (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercar la radio, etc...).

Existen factores que en la vida cotidiana tienen un impacto psicológico tanto en las personas con enfermedades crónicas como en las personas con las que comparte su entorno más próximo, como la familia. (Polonsky (1999) citado por (Dávila & Jiménez, 2007, pág. 129)) en su libro utiliza el término “quemazón” para dar cuenta de “algunas características en común que pueden presentar los/as pacientes de diabetes cuando se sienten abrumadas o sobrecargadas por la diabetes y por la frustración de la carga del autocuidado, y que pueden comenzar a interferir con el cuidado y el control de la enfermedad”. Por todo esto es que se recalca que el tratamiento de las enfermedades crónicas no es una tarea que solo compete a el/a paciente, sino que se trata de una tarea de cuidado entre todos y todas.

En la mayoría de las situaciones el cuidado es enfocado a velar por la satisfacción de las necesidades de los y las pacientes, sin embargo un factor que queda desarticulado en esta relación frecuentemente termina siendo el cuidado hacia el o la cuidador/a directo del/a paciente. En ocasiones este/a cuidador/a resulta ser algún pariente que convive con el o la paciente, así como también estos cuidados son asumidos como respuesta espontánea o por necesidad frente la situación de salud. En la mayoría de las familias esta responsabilidad del cuidado se asume sin que existe algún acuerdo explícito entre quienes integran el núcleo, pensándose que este trabajo solo se trata de una situación temporal aunque con frecuencia el lapso de tiempo de los cuidados es llevado por la misma persona (cuidador/a) durante varios años.

El cuidado del cuidador/a

Durante el tiempo de cuidado, los y las cuidadores/as directos/as se ven relacionados con un cúmulo de emociones y sentimientos, los cuales resultan ser tanto positivos como negativos. Los/as cuidadores/as pueden experimentar sentimientos positivos al vivir la satisfacción de colaboración con el/a paciente en cuestión; sin embargo pueden también darse sentimientos negativos producto del manejo de situaciones de la vida cotidiana junto al/a paciente, estos pueden ser de agotamiento, impotencia, culpa, preocupación o estrés.

Es preciso recalcar que el cuidado a un/a paciente implica tiempo y dedicación, es decir que el/a cuidador/a reduce el número de las actividades personales que anteriormente realizaba, y se genera la concentración exclusiva en el cuidado de su pariente o amigo/a. De acuerdo con la (Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Bizcaia, 2010, pág. 9) el cuidado de una persona trae como efectos en los cuidadores/as consecuencias negativas, tales como:

- Sentimientos de tristeza, desesperación, indefensión y desesperanza.
- Sentimientos de enfado e irritabilidad.
- Sentimientos de preocupación y ansiedad.
- Sentimientos de culpa.

Es necesario que se ponga atención a las manifestaciones que den cuenta de una posible sobrecarga de responsabilidades al/a cuidador/a, de manera que no termine olvidándose de su propio bienestar por estar pendiente del/a paciente. Esta sensación de sobrecarga podría desembocar en la re victimización del/a paciente acerca de su estado de salud, o en otras situaciones como la discriminación o el rechazo al/a mismo/a (Barrera, 2000).

Como principal guía de actuación se basa la estrategia en la que los y las cuidadores/as reconozcan su labor desde lo positivo y negativo y se reconozcan a si mismos/as como sujetos de derechos y actores transformadores de su propia realidad. Respecto a esto, la (Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Bizcaia, 2010) propone algunos consejos prácticos para evitar la pérdida de sí mismo por parte de los y las cuidadores/as:

- Mantener una lista de metas o acciones que les gustaría realizar en caso de tener algún tiempo libre.
- Continuar realizando actividades de formación, deportivas, de ocio, etc. que contribuyan a satisfacer sus necesidades y les hagan sentirse bien.
- Comprometerse a dedicar un tiempo al día, a la semana y al mes.

En tanto, tal como lo señala la (Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Bizcaia, 2010, pág. 17) “el cuidado de una persona dependiente implica múltiples y variadas tareas, y responsabilidades, así como grandes dosis de tiempo y esfuerzo, características que hacen “*imposible*” que dicha situación pueda ser asumida sin problemas por una sola persona”. Frente a esto, el presente proyecto concibe estrategias de búsqueda de respuestas y el establecimiento de redes de apoyo frente al cuidado de los y las pacientes para lo cual recomiendan el método de visitas domiciliarias de Trabajo Social especialmente cuando se trata de pacientes con necesidades complejas que obstaculizan su movilización. (Sapag, Lange, Campos, & Piette, 2010).

La efectividad de la atención en el domicilio está sujeta a la regularidad en el seguimiento al/a paciente diagnosticado/a con enfermedades crónicas, no solo a la realización de las visitas en sí (Corrales, Alonso, & Rodríguez, 2012) lo cual implica el trabajo mancomunado de los subsistemas de apoyo y del equipo sanitario en el cual juega un rol fundamental del Trabajo Social desde su especificidad en sistemas. Desde el Trabajo Social, estas redes de apoyo están conformadas a partir de los subsistemas de soporte que han sido declarados a lo largo de este apartado, ya sean estos conformados por personas, organizaciones o instituciones que desde su quehacer brinden apoyo y colaboración con la problemática que pretende ser atendida mediante la ejecución del presente proyecto.

1.3. Contextualización Territorial

La propuesta de proyecto en el marco de la salud se da dentro del territorio perteneciente a la República de Ecuador. La situación de salud en el país puede ser presentada de manera general a través de información sobre la mortalidad, morbilidad y situación de discapacidad de los y las ecuatorianos/as (Revista Panamericana de Salud Pública , 2002, pág. 399).

Según el INEC, en Ecuador la tasa de defunciones es de 4,3 por cada mil habitantes (INEC, 2012). A nivel nacional las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentran entre las principales causas de mortalidad se encuentra la Diabetes mellitus con el 7,15%, las enfermedades hipertensivas con el 7,03%. En el país 816.156 personas poseen algún tipo de discapacidad, lo cual constituye el 5,6% de la ciudadanía en general; el 33% de dicho porcentaje son adultos/as mayores (INEC, 2010).

La Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) con el afán de promover la descentralización de recursos, servicios a la ciudadanía y la planificación

en el país estableció que las provincias y cantones del Ecuador se organizaran territorialmente en torno a Zonas, Distritos y Circuitos.

1.3.1. Zona 8

De acuerdo a este ordenamiento, se conformaron 9 zonas en todo el Ecuador. La Zona 8 está conformada por los cantones Guayaquil, Samborondón y Durán que territorialmente se extienden a lo largo de 4 691,59 km² de superficie y conforman el 1.9% del territorio nacional. Específicamente se encuentra ubicada en el cuadrante suroccidental del territorio ecuatoriano formando parte de la región Costa. Como límites provinciales, esta zona tiene a Los Ríos, Azuay Santa Elena, y El Oro; y, dentro del Guayas, con los cantones Nobol, Daule, Playas, Isidro Ayora, Salitre, Yaguachi, Naranjal y Balao.

El territorio de clima tropical presenta características específicas dado su vinculación directa con ecosistemas como golfo de Guayaquil y la cordillera Chongón-Colonche. Fundamentalmente tiene tres componentes físicos que son hídrico superficial que comprende cuerpos hídricos; el continental que abarca las superficies planas, y el insular costero que se refiere a las islas e islotes, de las cuales destaca por su tamaño Puná.

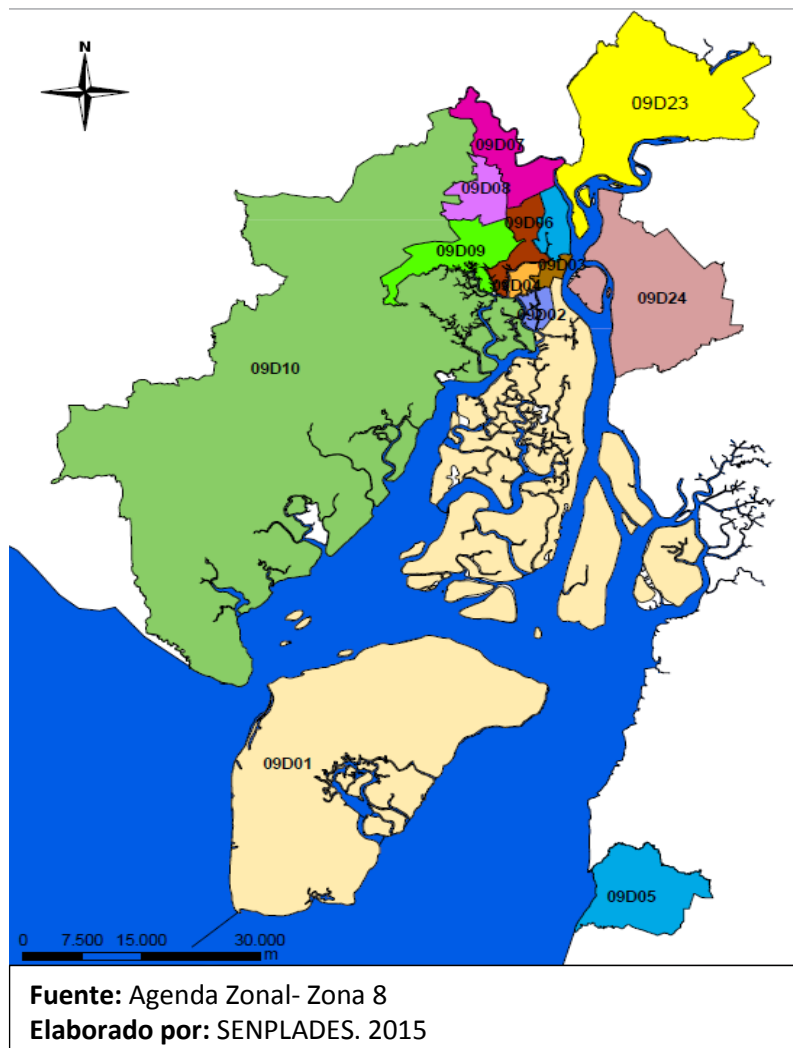
Su población alcanza los 2,6 millones de habitantes que representa el 18,33% total del país (INEC, 2010). El 97% de la población habita en áreas urbanas, mientras que el 3% reside en el área rural. En relación a la incidencia de la pobreza por necesidades básicas insatisfechas de la población que habita en la zona 8, a escala de seres humanos tiene un comportamiento favorable: en 2001 tenía 85,2% y en el 2010 alcanzó la cifra de 49,8% (Censos de Población y Vivienda). Respecto al ámbito de hogares familiares este porcentaje llega al 45%.

En el ámbito de salud es preciso recalcar que en la zona 8 existe un 19,7% de la población con desnutrición infantil. Así como también se observa el mantenimiento de los indicadores en torno a mortalidad neonatal e infantil. En relación a la infraestructura a través de la cual se presta el servicio de salud, continua caracterizándose por el déficit, aunque es preciso destacar que la demanda de atención de salud por parte de los flujos de población oriundas de cantones y provincias vecinas resultan influyentes en el déficit existente (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo , 2015).

Esta zona se caracteriza por la concentración de la población y una consolidada dinámica socioeconómica la cual ha motivado la construcción de decenas de organizaciones de carácter público y privado al servicio de los y las habitantes.

Representa una de las zonas con notable relevancia para el país debido a sus antecedentes, influencia económica, posicionamiento en el ámbito político y contribución al Ecuador. En la Zona 8 existen doce distritos administrativos, 10 corresponden a Guayaquil, uno a Samborondón y otro a Durán.

Ilustración 2: Ubicación geográfica del Distrito 09D24 dentro de la Zona 8



1.3.2. Distrito 09D24: Durán

El cantón Eloy Alfaro (Durán) se encuentra geográficamente ubicado a orillas del río Guayas y frente a la ciudad de Guayaquil a 4 Km. aproximadamente, que junto con el sector de La Puntilla conforman los lugares contiguos de la ciudad de Alfaro. En

1902 fue declarado parroquia rural de la Perla del Pacífico. A través del tiempo ha presentado un acelerado crecimiento poblacional que es más notable en la cabecera cantonal. La industria ha llegado al territorio de Durán y se ha asentado a lo largo de las vías que se dirigen al este del distrito.

El comercio y desplazamiento se ve facilitado por el puente de Unidad Nacional y dos nuevos puentes paralelos, estas construcciones permiten la movilización de la población que por motivos de trabajo o estudio se dirigen a Guayaquil. Durán se caracteriza por la infraestructura ferroviaria presente en su territorio, esta es considerada emblemática ya que posibilita la unión de la Costa con la Sierra. Este distrito representa el segundo centro poblado de mayor importancia en la zona 8 debido a la cantidad de habitantes que posee. En el distrito la tasa de natalidad es del 5,1 (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo , 2015).

Hasta el 2010 Durán contaba con 235.769 habitantes, lo que representa el 8,88% del total poblacional de la zona 8. Del total del tamaño de la población, 119.368 son de sexo femenino y 116.401 de sexo masculino (INEC, 2010). En el distrito la incidencia de pobreza por necesidades básicas insatisfechas de la población es de 39,6%, se señala que la cobertura de agua en Durán es del 63%. A demás, es preciso señalar que la tendencia generalizada de crecimiento a modo horizontal en el área urbana encarece: la generación de espacios verdes y de encuentro para la población, y sobre todo la oferta y prestación de servicios de índole básica como el de salud.

Actualmente existe déficit de unidades médicas en el distrito puesto que los centros de salud de tipo B son 4, de tipo C son 3 y de Tipo A solo 1. Además que, en las unidades de salud que corresponden al primer nivel aun no se cuenta con la atención especializada para grupos de atención prioritaria, como los/as adultos/as mayores. Pese a esto el sistema de salud cuenta con personal experimentado en la atención médica, sobretodo en Guayaquil que es el sitio que a su vez, presta atención de salud a la población habitante del Distrito 09D24 para la cobertura de salud (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo , 2015).

Capítulo II: Referentes del Proyecto

2.1. Referente teórico /conceptual

El propósito de este apartado es dar a conocer los modelos teóricos que en referencia enmarcan las intervenciones prácticas que se encuentran detalladas en la propuesta del presente proyecto.

2.1.1. Teoría General de Sistemas

De manera tradicional los fenómenos o problemas sociales han sido concebidos, explicados y analizados por las diversas disciplinas que, desde la especialidad científica de cada una han basado su estudio en una parte específica de la realidad; centrando todo su enfoque en la particularidad de la misma, además de discriminar elementos externos a su objeto de estudio. El saber científico ha brindado explicaciones a las situaciones desde un esquema mecanicista de causalidades lineales, un ejemplo de esto, acoge la mirada de los problemas de salud de pacientes como una responsabilidad de exclusiva de profesionales de atención a la salud (Johansen, 1993, pág. 14). Esta mirada deja por fuera la intervención de otras profesiones que desde su quehacer aportan a la resolución de problemáticas que son de naturaleza compleja y multidimensional.

El enfoque reduccionista y los medios tradicionales de explicación de las problemáticas no son suficientes en el tratamiento práctico de situaciones de origen holístico y muestra de ello resulta la resolución parcial de problemáticas que tomaron como eje acciones de carácter individual. Frente a esta situación, en el año de 1972 Bertalanffy postula la Teoría de General de los Sistemas (TGS) en contraste con los paradigma mecanicista, reduccionista y determinista. La TGS representa una reorientación acerca de la forma de observar el mundo y sus múltiples fenómenos (Johansen, 1993).

Para Bertalanffy la Teoría General de los Sistemas “es una ciencia general de la «totalidad»” (Bertalanffy, 1968) que mediante el análisis de totalidades, y las formas en las que estas interactúan tanto de forma interna, dentro cada una; como externa, con su medio posibilita la explicación de los fenómenos que se originan en las realidades. Realidades que mediante la dinámica de sus propiedades se configuran desde lo complejo y relacional entre un abanico de variables dadas por las circunstancias en que se inscriben las situaciones. Por ende que, las intervenciones interdisciplinarias adquieren especial relevancia en el tratamiento holístico de la dinámica de las partes, contrario a una visión fragmentada de dichos componentes (Hurtado, 2011).

Una de las principales pretensiones de quien postulara esta teoría estaba basada en ser un camino de integración entre las ciencias naturales y sociales, las cuales hayan un especial punto de concordancia en la comprensión de los sistemas desde los enfoques de estudio. Para Bertalanffy un sistema se define como “un complejo de elementos interactuantes” (Bertalanffy, 1968, pág. 56) Estos sistemas son de mayores y menores dimensiones entre sí, por lo cual existen sistemas pequeños dentro de sistemas mayores, que son denominados “subsistemas”, de igual forma existen sistemas mayores que abarca subsistemas, a los cuales se les da la denominación de “suprasistemas” (Johansen, 1993). Entre las principales características de los sistemas se encuentra que son vivientes o no vivientes, abiertos o cerrados, abstractos o concretos, además de los objetivos compartidos (equifinalidad), la relación (circularidad), organización y ordenamiento entre los mismos (Van Gigch, 2007).

La Teoría General de los Sistemas promueve su sostén a partir de dos conceptos centrales como son la sinergia y la recursividad. Según Johansen la sinergia se refiere al principio bajo el cual al no se puede explicar el todo a partir del análisis de las partes de forma aislada ya que el todo tiene un significado diferente que la mera suma de sus partes. Así mismo que, uno de los principios fundamentales del modelo ecosistémico es el holismo concebido como el todo contenido por mucho más que la suma de los elementos que lo conforman. En tanto, la recursividad hace referencia a la propiedad que tiene cada una de las partes que conforman un sistema de independientemente convertirse en una totalidad representativa (Johansen, 1993).

La Teoría General de los Sistemas permite el estudio, de forma integrada, de los ambientes en los que se desarrolla el ser humano; así como también trata de las influencias de diversos entornos y agentes en la situación que atraviese un sistema, en este caso esta propuesta se centra especialmente en la familia como subsistema del/a paciente.

Teoría Sistémica en la intervención familiar

Desde esta perspectiva, el sujeto (paciente) es un miembro que forma parte de diversos subsistemas y entornos sociales en los cuales se desenvuelve y actúa en respuesta al medio en que se encuentra. De igual forma es el contexto un elemento de vital influencia directa sobre las construcciones mentales y los procesos que se originan en la conducta de los individuos a partir de ello. Por ende que, cualquier cambio o transformación en las circunstancias del campo en el que se desenvuelva el sujeto influirá en los individuos ((Minuchin, 1977) citado por (Maganto, 2004)).

Desde esta mirada se concibe que cualquier cambio que se de en algún miembro del sistema familiar afecta de a los demás miembros por lo que, producto de dichos cambios surgen los síntomas como formas de manifestación del sistema. En este sentido, desde la teoría sistémica “no se considera la patología como un conflicto del individuo, sino como “patología de la relación”” (Cibanal, 2006, pág. 18). Esto, dado a que toda conducta representa comunicación. El tipo de comunicación es un elemento transversal que caracteriza la forma de relacionarse en una familia la cual, para términos de la presente propuesta de proyecto, tiene entre uno de sus miembros a un/a paciente con enfermedades crónicas; por ende que, lo que se pretende cambiar son las pautas de interacción mas no sacar al sujeto (paciente) de ese medio e intentar cambiarlo de forma aislada (Cibanal L. , 2006).

En relación a las interacciones familiares, uno de los autores más destacados y de quién se toma referencia en la presente propuesta es Minuchin, el mismo que mediante propone el Modelo estructural de familias en el que se contempla que la familia es un sistema cuya tendencia está dada al mantenimiento de su equilibrio en criterios de funcionalidad frente al cambio de condiciones ya sean internas o externas que pudieran generar la desestabilización del sistema. En este sentido es que, la intervención desde esta perspectiva se encuentra dirigida a generar transformaciones en la estructura familiar en estado disfuncional en aras de eliminar el síntoma del cual está haciendo eco por medio de sus miembros.

Minuchin (2003) citado por Soria (2010, pág. 90) considera la estructura familiar como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”. Este autor señala que dentro los subsistemas que componen el sistema familiar son el conyugal (la pareja), parental (padre-madre e hijos/as), y fraternal (hermanos/as). Una forma de diferenciación entre la participación que se da entre estos subsistemas son los límites o reglas dentro de la familia, los cuales conforman un elemento fundamental para el funcionamiento del sistema, al igual que otros elementos entre los cuales se encuentran, los roles que juegan cada uno de los miembros, las creencias familiares, y la organización jerárquica que se presenta en la familia desde el papel que desempeñe cada miembro del sistema.

En la actualidad, una de las formas más elaboradas de llevar a la práctica lo concerniente a la TGS es la terapia familiar que desde los aportes del modelo ecosistémico considera a la familia como un espacio de encuentro en el que se construyen y desarrollan las condiciones para los diversos estados de salud desde lo relacional entre sus miembros (Ortiz, 2008) lo cual contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos.

2.1.2. Calidad de vida

Existen múltiples definiciones sobre lo que representa Calidad de Vida, las cuales varían de acuerdo al momento histórico en el que se han generado, así como también a los enfoques y elementos con los que se construyen las definiciones. Desde el planteamiento de esta propuesta de proyecto se comparte la definición postulada por Verdugo&Shalock citado por (IMERSO, 2011)) la cual considera a la Calidad de vida como “un concepto identificado con el movimiento de avance, innovación y cambio en las prácticas profesionales y en los servicios, permitiendo promover actuaciones a nivel de la persona, de la organización y del sistema social”.

El nuevo modelo de calidad se basa en las ocho dimensiones planteadas por Shalock y Verdugo que postulan formas de evaluación y medición de las mismas que serán presentadas a continuación (IMERSO, 2011):

1. Dimensión de Bienestar emocional que contempla los sentimientos de satisfacción del sujeto sobre si mismo y su vida, además de aspectos vinculados con la motivación en su día a día.
2. Dimensión de relaciones personales vista en base a las relaciones e interacciones con familia, grupo de pares y la percepción de sentirse querido/a por los sujetos que considere significativos en su vida.
3. Dimensión de Bienestar material que abarca lo relacionado a recursos económicos y materiales suficientes para el mantenimiento de una vida satisfactoria.
4. Dimensión de Desarrollo personal que toma en consideración el aprendizaje, desarrollo de habilidades y competencias a nivel social que le permitan integrarse socialmente y tener mayores posibilidades de desarrollo.
5. Dimensión de Bienestar físico mediante la atención de salud tiene en consideración los síntomas, tratamiento e incidencia de los anteriores en el estado de salud, además del acceso a ayudas técnicas en caso de necesitarlas.
6. Dimensión de autodeterminación que toma en cuenta la planificación del ser humano sobre su vida y las posibilidades de elección que tiene respecto a la misma.

7. Dimensión de Inclusión social abarca aspectos como el rechazo y discriminación por parte de otras personas, la participación en comunidad y la accesibilidad para hacer frente a barreras que dificulten su integración social.
8. Dimensión de la Defensa los derechos que contempla desde el conocimiento y disfrute de derechos como ciudadano/a, además del derecho a la intimidad y el trato recibido por parte de los demás.

En uno de los intentos por precisar el significado la calidad de vida la OMS señaló diversos elementos que sostiene son característicos de lo que significa Calidad de vida: “(a) la CV es subjetiva. Se distingue la percepción de condiciones objetivas (por Ej. Recursos materiales) y condiciones subjetivas (satisfacción con ese recurso) (b) la naturaleza multidimensional de la CV e (c) incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas” ((The WHOQOL Group, 1995) citado por (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012, pág. 63)).

Si bien, la calidad de vida varía de acuerdo a la concepción propia de cada ser humano sobre la misma, es preciso distinguir a esta de términos como Nivel de Vida que hace referencia a aspectos materiales y acceso a servicios, y de Sentido de vida que se refiere a los propósitos personales que motivan el desarrollo de cada sujeto. Siendo así que existen tipos de calidad de vida en los que se encuentra la CV Individual que pone especial énfasis en el propio sujeto y la CV familiar que hace referencia al sistema de la familia de forma conjunta.

Calidad de vida individual

La Calidad de vida “la CV es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses” (SENPLADES, 2010, pág. 65). Por ende que, desde esta perspectiva se da un especial acento a la percepción de cada sujeto respecto a cómo se siente en relación a la vida que lleva y a lo que considera como elementos de calidad.

Sin embargo, por la naturaleza de esta propuesta se tomará en consideración tanto la CV en forma individual como la CV familiar la cual pese a tener elementos en común con la primera adopta otro tipo de categorías y variables que son de tipo estructural características del sistema familiar.

Calidad de Vida Familiar

Es importante resaltar que la calidad de vida del individuo también depende de la relación que lleve con su entorno o sistema más cercano, en este caso la familia,

debido a su importancia es necesario tener claro la influencia que tiene la familia en la vida del ser humano “La familia es uno de los aspectos fundamentales de nuestra vida, es el sistema donde el individuo nace, crece, se desarrolla y se adapta a través de su ambiente más inmediato que es el entorno familiar y también influyen en los ambientes más distantes que son la escuela, la comunidad o la sociedad” (Minuchin, 1978, pág. 28).

El entorno en el que se desenvuelve el ser humano es importante, ya que este influye no solo en su desarrollo físico que la familia pueda brindar sino también en su desarrollo emocional y por ende en la calidad de vida que lleve el individuo, en consideración a su relevancia e influencia, es importante que entre el individuo y la familia exista una dinámica positiva que contribuya a un adecuado desenvolvimiento en los diferentes sistemas en el que el ser humano se expone “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior” (Adolfi, 1984, pág. 29).

El tener claro el concepto de familia y su influencia, es importante conocer que se define como calidad de vida familiar “el grado en el que se colman las necesidades de los miembros de la familia, el grado en el que disfrutan de su tiempo juntos y el grado en que pueden hacer cosas que sean importantes para ellos” (Park, Cols, & Turnbull, 2003, pág. 9). La familia tiene su protagonismo en la vida de cada uno de quienes conformen en núcleo familiar, de esta depende que las diferentes necesidades que presente cada miembro puedan ser satisfechas por medio de su relación, interacción o dinámica que compartan como grupo, en vista de que la familia es el entorno inmediato de los individuos es importante que su influencia sea positiva y contribuya al bienestar individual y familiar.

Para tener aún más claro el concepto se define la calidad de vida familiar “es un estado dinámico de bienestar de la familia, definido de forma colectiva y subjetiva y valorado por sus miembros, en el que interactúan las necesidades a nivel individual y familiar” (Zuna & Summers, 2009, pág. 10). Las dos definiciones planteadas resaltan la valoración subjetiva que tenga cada miembro de la familia, cada uno/a forma su percepción de la calidad de vida familiar a partir del vínculo que tenga con cada uno/a de su núcleo, pero es necesario resaltar que la calidad de vida no es solo subjetiva sino también objetiva, ya que la familia debe de satisfacer otras necesidades que son básicas para la sobrevivencia de la familia.

Como bien se ha mencionado la calidad de vida familiar no solo se encuentra basada en la valoración subjetiva que cada miembro de la familia formula, sino también de otros aspectos que se deben de considerar “La calidad de vida se puede considerar en parte una extensión lógica del concepto de normalización pues

tiene implicaciones sobre las directrices de los estándares de servicios y condiciones de vida” (Brown, 1988, pág. 3). La calidad de vida no solo propone tener un buen empleo o contar con un perfil profesional, esta también depende de actividades interpersonales y sociales que tenga cada uno de los miembros de la familia incluyendo las actividades educativas y de ocio las cuales influyen en el bienestar de quienes conforman el núcleo familiar.

Los autores Verdugo y Schalock quienes proponen los indicadores de calidad de vida dan a conocer su definición de calidad de vida familiar y la importancia que esta tiene en el interior de la sociedad “El concepto de calidad de vida nos da un sentido de referencia y guía desde la perspectiva familiar, un principio primordial para mejorar el bienestar personal de las personas y colaborar por el cambio a nivel social, y tener un lenguaje común y marco de referencia sistemático que guíe nuestros esfuerzos actuales y futuros” (Verdugo & Schalock, 2003, pág. 12). Los autores hacen énfasis en la importancia que tiene trabajar con la calidad de vida familiar no solo a nivel micro sino también macro, ya que son necesidades que la sociedad debe de satisfacer.

Calidad de vida relacionada con la salud

Como se ha venido viendo la calidad de vida familiar tiene también una valoración objetiva en la cual se incluye aspectos como la salud y la influencia que tiene esta en la vida del ser humano, por ello es importante tener claro el concepto de salud “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1956, pág. 191). La salud es considerada también un factor social que influye en el bienestar físico y mental de las personas, como se ha venido viendo los factores sociales está relacionado con la calidad de vida, la cual no solo se la debe vincular con la sanidad sino también en el mundo social.

La Organización Mundial de la Salud le da a la salud un concepto diferente, ya no solo concibiéndola como la liberación de la enfermedad sino más bien ampliando sus límites a la totalidad del bienestar físico, psicológico y social. “La salud se ha convertido en un bien social al que los ciudadanos tienen derecho y se percibe como uno de los determinantes del desarrollo personal y de la felicidad del individuo. Esta ampliación del concepto de salud la ha convertido en un objetivo social y ha conseguido que los gestores sanitarios y políticos, los pacientes y los usuarios exijan explicaciones más detalladas de cómo y cuánto el cuidado médico es capaz de prevenir y fomentar la salud de los individuos” (Ruiz, 2005, pág. 32).

Algunos autores proponen que se debe de establecer una diferencia entre Calidad de vida y Calidad de vida relacionada con la salud, ya que este término es utilizado en el área médico haciendo hincapié en los cambios y los resultados que generan

las intervenciones médicas, según los médicos la CVRS debe estar relacionada con experiencia que el paciente tiene con la enfermedad diagnosticada, porque recoge la experiencia que vive el paciente a partir de los cuidados médicos o también para caracterizar la influencia que ha tenido la enfermedad en el/la paciente en su diario vivir (Urzúa, 2010, pág. 358).

La calidad de vida relacionada con la salud está basada en como el/la paciente reacciona frente a su diagnóstico, la percepción del estado de salud juega un papel fundamental en la vida del ser humano, claro está que el diagnóstico también influirá en la dinámica familiar del paciente, ya que este es su núcleo de interacción más cercano en el cual surgen aspectos físicos, emocionales y social que se deben de tratar de forma conjunta con la finalidad de que la calidad de vida familiar no se vea afectada sino más bien se convierta en un apoyo para el/la paciente diagnosticado/a con algún tipo de enfermedad crónica o de otra índole.

Otros expertos en salud aluden que la calidad de vida relacionada con la salud debe de relacionarse con factores tales como el ingreso, libertad y calidad del medioambiente, ya que son factores que no se toman en cuenta en el área médica y que podrían vincularse con mayor facilidad a comparación de otros factores que propone las ciencias sociales tales como la satisfacción con la vida o el bienestar a partir de la subjetividad (Urzúa, 2010, pág. 358).

En consideración a los diferentes aportes de la calidad de vida relacionada con la salud se llega a la conclusión que se debe de comprender la percepción que tiene el paciente frente al impacto que haya provocado la enfermedad o el tratamiento, a su vez el sentimiento de bienestar y la capacidad de actuación frente a su realidad. Estos elementos son básicos y deben ser analizadas tanto en los dominios físico, emocional y social; se puede definir la calidad de vida relacionada con salud como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Fernandez, Hernández, & Siegrist, 2001, pág. 359).

Tomando en cuenta los referentes teóricas y las diferentes aportaciones médicas la calidad de vida relacionada con la salud cumple un papel esencial en el paciente diagnosticado, ya que recae en la influencia que tiene en el ámbito social y como los diferentes sistemas en el que se desenvuelve el individuo se configuran y contribuyen al bienestar emocional y social del/la paciente “La CVRS es un concepto construido a partir de múltiples facetas de la vida y la situación del paciente, a las que denominamos dimensiones. Por tanto, la CVRS es un concepto multidimensional. Estas dimensiones se encuentran normalmente relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía del paciente, tales como funcionamiento físico, bienestar psicológico,

estado emocional, funcionamiento social, dolor, percepción general de la salud” (Ruiz, 2005, pág. 32).

Es importante que se tenga un concepto claro de la calidad de vida relacionada con la salud y todas las dimensiones que proponen los diferentes autores y que se deben de tener en cuenta a la hora de intervenir con los/as pacientes diagnosticados. La calidad de vida y la salud se configuran e influyen en el bienestar del individuo y no solo elementos sociales sino también elementos relacionados con la percepción y las formas de afrontamiento que tengan el/a paciente con su estado de salud. En los últimos años han existido enfermedades que han ocupado los primeros puestos en emergencias médicas entre ellas la diabetes e hipertensión, debido a su prevalencia es necesario conocer las características que estas enfermedades contienen y cómo influyen en la vida del ser humano.

2.1.3. Salud y enfermedades crónicas

Salud

De acuerdo con las diversas concepciones que existen acerca de la salud varían de acuerdo a las formas de vida y culturas de quienes la definan. Así es que, la población en general da significado a la salud de acuerdo a su contexto; en algunas circunstancias parte de la población entiende a la salud como la ausencia de enfermedad y en otras, conciben a la salud como vitalidad. Entre otros de los factores que influyen en las variaciones de lo que representa la salud está la edad de las personas y las condiciones económicas y de satisfacción de las necesidades básicas (Organización Mundial de la Salud , 2004).

Según la constitución de la OMS, la salud se define como *“El estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (Organización Mundial de la Salud, 2008). La salud es, a su vez entendida como una integración en la que influyen diversos factores, que a su vez, representan las dimensiones del ser humano, tales como los aspectos biológicos, psicológicos, espirituales, sociales y ambientales (Mondragon & Trigueros , 1999, pág. 14). De igual manera la salud puede ser entendida como un medio o condición previa que posibilita a los seres humanos el desarrollo de sus capacidades.

Lo anteriormente expresado reconoce las variadas interpretaciones de la salud dadas a partir de la particularidad de las situaciones en las que viven diversas poblaciones. Por ello es que al tratarse de un asunto de contextos y de sociedades, su atención involucra factores más allá de lo biológico. Tal como indica la UNESCO *“Si la salud es una estructura y un proceso social, los puros factores médicos no*

pueden explicar qué nos enferma, ni qué nos cura. El medio ambiente físico y social en el que vivimos es igual de importante, si no es que más” (Instituto de la UNESCO para la Educación, 1999).

Enfermedades crónicas

Antes de definir la diabetes es importante tener claro lo que son las enfermedades crónicas estas se definen “Aquel trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente que es probable que persista durante largo tiempo” (Samuel, 1994, pág. 191) para el 2010 se tiene otro concepto “las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes” (OMS, World Health Organization, 2010, pág. 127).

Según el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles-ECNT: “Se incluyen en éste grupo de ECNT, a las enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares, cáncer, diabetes, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), problemas articulares (artritis, artrosis) y otros. Algunos riesgos para ECNT, son: obesidad, síndrome metabólico, dislipidemias, hipertensión arterial” (MSP, 2011, pág. 132).

Diabetes Mellitus

Las enfermedades crónicas provocan un desequilibrio en el estado de salud del individuo y por ende un deterioro en su bienestar físico y emocional entre estas enfermedades crónicas se encuentra la diabetes “la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre (5). El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos” (OMS, World Health Organization, 2010, pág. 128).

La diabetes es una de las enfermedades que está afectando la salud de la sociedad, existen diferentes tipos de diabetes entre ellas la más común es la de tipo 2 “la diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física” (OMS, Federación médica de la provincia de Buenos Aires, 2015, pág. 1). Frente a esto es posible evidenciar la presencia de esta situación de salud generada a partir de un estilo de vida poco saludable.

En tanto, según (Janet Cifuentes, 2005) “el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada” (Janet Cifuentes, 2005, pág. 16). Por ende, que se trata de situaciones de salud que no solo involucran a la persona que ha recibido el diagnóstico sino a su entorno poblacional. A partir de los datos se puede evidenciar la influencia que ha tenido la diabetes en la salud y por ende realza la importancia en el poder intervenir en este problema social relacionado con el ámbito de la salud, entre otras enfermedades crónicas se encuentra la hipertensión.

Hipertensión arterial

Es importante resaltar lo que es tensión arterial, ya que sin ella la sangre no podría circular “la tensión arterial es la tensión que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias que son los vasos que llevan la sangre desde el corazón a las demás partes del cuerpo. Es la consecuencia de dos fuerzas, una la que produce el corazón para impulsar la sangre y otra, la resistencia que ofrecen las arterias al paso de la sangre, sobre todo las más pequeñas que se llaman capilares” (Fundación Castellano leonesa de cardiología, 2010, pág. 2).

La hipertensión arterial se da en la elevación permanente de la tensión arterial, esta enfermedad también se encuentra en unos de los primeros puestos de las enfermedades comunes que afecta a la sociedad “es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía coronaria en las personas adultas mayores. La hipertensión tiene remedio y su control logra no solo salvar vidas sino también reducir significativamente las limitaciones funcionales y la discapacidad en las personas de edad” (OPS, 2011, pág. 320).

Esta enfermedad también repercute en el equilibrio y estado físico y emocional del individuo, ya que la hipertensión arterial requiere de cuidados exclusivos en las comidas de la misma forma que lo requiere la diabetes; estas enfermedades están causando fuertes porcentajes de muerte en nuestra sociedad, lo cual también lo posiciona en un problema social que se debe de tratar e intervenir; lo cual no solo incluya al paciente sino también a quienes forman su núcleo de interacción.

En el desarrollo de este capítulo se han detallado los referentes teóricos y conceptuales desde los cuales es concebida la propuesta de proyecto. El enfoque de la Teoría general de sistemas es la mirada con la cual se va a construir el diagnóstico y luego la propuesta. La calidad de vida es la teoría a partir de la cual se identificaron las variables y categorías a partir de las cuales se desarrolló el

diagnóstico. La teoría de calidad de vida guarda vinculación con la salud cuando se hace hincapié en las transformaciones a partir de las intervenciones de las situaciones de salud diagnosticadas, en este caso específicamente se hace referencia a los cambios producto del diagnóstico de la HTA y la DM no solo a nivel personal (paciente), sino a nivel de su entorno (familia y comunidad).

2.2. Referente Normativo

La Constitución de la República de Ecuador señala en su primer artículo que el país es un Estado constitucional de derechos, por tanto, todo/a ciudadano/a ya sea por nacimiento, naturalización, o cualquier persona que habite en suelo ecuatoriano posee deberes y garantías. El Estado ecuatoriano además de establecer el goce de los derechos sin ningún tipo de discriminación en su artículo 3 garantiza en específico el derecho a la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para quienes habiten dentro del territorio (Constitución de la República de Ecuador, 2008). Pese a que en el artículo 6 de la constitución se explique que todos los derechos son inalienables e irrenunciables e interdependientes se declara que, la presente propuesta de proyecto hace referencia específicamente al Derecho a la Salud de todas y todos.

Dada la importancia del derecho a la salud, se explica los términos de su garantía dentro de la Carta Magna ecuatoriana en la sección 2 del capítulo 1 del Título que trata del Buen Vivir. En su art. 360 el cuerpo legal señala que el sistema de salud por medio de las instituciones que rige garantizará la promoción, prevención y atención de salud a nivel de familia, comunidad y de manera integral. Para lo cual, según el art. 363 el Estado será responsable de garantizar el fortalecimiento del servicio de salud mediante el desarrollo del talento humano del personal de salud, el acceso a medicamentos necesarios, universalización de la atención a la salud, además de velar por el fomento de prácticas saludables en los entornos de familia y comunidad. Siendo de esta manera que toda la ciudadanía, tendrá el derecho a acceder a servicios de salud caracterizados por la calidad y la cautela a la seguridad de los/as pacientes, tal como lo indica el art. 362 (Constitución de la República de Ecuador, 2008).

En la actualidad, el goce de la salud de la población se ha visto obstaculizada por la prevalencia de enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, frente a lo cual, según el art. 35 la atención prioritaria de salud, además de contemplar los grupos de prioridad declarados; también acoge a las personas que han sido diagnosticadas con enfermedades catastróficas o de alta complejidad, dentro de las que se encuentran la HTA y DM. Además, en aras de garantizar la atención de salud en grupos prioritarios en el art. 46 se declara de manera específica la responsabilidad del Estado en el cuidado y protección de N.N.A en

caso de tener diagnóstico de enfermedades crónicas; así como también, en el art. 38 esta garantía es señalada también para adultos/as mayores (Constitución de la República de Ecuador, 2008).

Tanto la HTA como la DM son enfermedades caracterizadas como crónicas y catastróficas; por el tiempo que conlleva su tratamiento y las complicaciones que podrían traer al estado de salud de las personas, como por ejemplo, la situación de discapacidad. La Constitución de la República del Ecuador 2008 en su sección sexta bajo el título con personas con discapacidad en su artículo 48: *garantiza políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social* (Constitución de la República de Ecuador, 2008).

En la ley orgánica de salud en su capítulo III – A en el artículo 1 menciona que el estado ecuatoriano reconoce la importancia de intervenir en la problemática de enfermedades catastróficas incluyendo a las entidades pertinentes como las autoridades sanitarias nacionales, cuya intervención va enfocada en poder mejorar la calidad de vida de los/as pacientes que padezcan enfermedades de esta clase; en su artículo 2 en el literal b menciona que las autoridades sanitarias nacionales buscan “promover, coordinar, desarrollar, conjuntamente con organismos especializados nacionales e internacionales públicos y privados, investigaciones para el estudio de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas con la finalidad de favorecer diagnósticos y tratamientos tempranos en pro de una mejor calidad de vida y expectativa de vida” (Ley Orgánica de la Salud, 2012).

Debido a la complejidad que trae consigo las enfermedades raras, huérfanas y catastróficas en el artículo 5 por disposición de la Ley orgánica de salud, ley 67, el Ministerio encargado de la inclusión económica y social tendrá que ejecutar programas de atención y de protección social dirigido hacia las familias que tengan en su cuidado a miembros o pacientes que sufran enfermedades catastróficas las cuales se ejecutaran mediante la aplicación de políticas de inclusión y cohesión social, igualdad y protección integral en coordinación con la autoridad Sanitaria Nacional (Ley Orgánica de la Salud, 2012).

Las respectivas autoridades nacionales por medio de sus leyes ubican a la población con dichas enfermedades en un estado de prioridad en cuanto a la atención en el área de salud, sus artículos incluyen a los cuidadores y familiares de los/as pacientes; cada una de estas leyes desglosadas en artículos sustentan la propuesta para reducir la prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial, la propuesta busca incluir a los diferentes sistemas de apoyo de los/as pacientes usuario/a, familia e institución con la intención de la calidad de vida de los/as

involucrados/as tengan una mejor expectativa de vida, la intencionalidad de la propuesta responde a lo declarado por la leyes.

Entre otras leyes importantes que también aportan y sustentan la propuesta es la Ley del adulto mayor en su capítulo 1 bajo los artículos 1 y 2 cuyo objetivo es poder aportar a la salud corporal y psicológica dando una adecuada atención médica geriátrica, gerontológica y todos los servicios sociales necesarios que aporten a la mejora de la salud de los/as pacientes adultos mayores con o sin con enfermedades catastróficas, en el capítulo 4 de esta misma ley en sus artículos 4 y 5 las instituciones públicas deben de fomentar campañas de atención al adulto mayor y a su vez que se les permita participar en actividades sociales, culturales, económicas entre otras para su desarrollo (Ley 51 del Adulto Mayor, 2001). Esto, porque aproximadamente el 40% de pacientes con HTA y/o DM correspondes a Adultos/as Mayores.

Las enfermedades crónicas, catastróficas, raras y huérfanas traen consigo diferentes consecuencias físicas que muchas de ellas se convierten en discapacidades que afectan la calidad de vida de los/as pacientes, frente a estas situaciones de vulnerabilidad existen leyes que amparan a la población afectada la Ley de discapacidades tiene como objetivo “la presente Ley tiene por objeto asegurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad” (Ley de Discapacidades, 2012).

En la Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación ubica en su capítulo III artículo 1 literal a) que se tomarían medidas que tributen a la no discriminación de quienes tengan algún tipo de discapacidad lo cual se lograría promoviendo la integración de instituciones públicas y a su vez privadas para que puedan prestar todos los instrumentos, servicios, espacios físicos, programas, actividades, vivienda, recreación entre otros para contribuir al bienestar e inclusión del usuario y que esto a su vez tribute a su calidad de vida (Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, sf).

El (MAIS) Modelo de atención integral para la salud también se convierte en una referencia normativa para posicionar la propuesta y sobre todo resaltar como responde a los lineamientos determinados en el área de salud, entre los temas de salud que da el MAIS hace el hincapié en como las enfermedades crónicas han resultado ser un tema de intervención en las agendas internacionales de la salud, ya que cada vez más se puede ver su incidencia y prevalencia en la población, pero lo que es más importante la atención que se quiere realizar por medio del manual no es solo con la atención a los/as pacientes diagnósticos y a sus familias a cargo

sino también trabajar en la afectación que traen estas enfermedades en el desarrollo humano dentro de nuestra sociedad y por ende en nuestra nación (MAIS, 2012).

2.3. Referente estratégico

Actualmente, Ecuador ha declarado al Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017 (PNBV) como principal estrategia de Desarrollo en el país. El PNBV declara 6 dimensiones mediante las cuales busca que esta planificación trascienda los límites tradicionales de desarrollo para lo cual establece metas a seguir. La presente Propuesta de proyecto aporta esencialmente a la segunda de las 6 dimensiones establecidas por el Plan, la cual señala que *“El acceso universal a salud, educación, trabajo digno, vivienda y hábitat, es una meta básica para la profundización de otras dimensiones del bienestar (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013, pág. 29)”*. Esto, debido a que si bien la Salud es el campo de intervención central, mediante el mismo bien superior se podrá incidir otras magnitudes de los sujetos como el entorno familiar y comunitario, lo cual aporte al “estar bien” en sociedad.

Son 12 los objetivos nacionales establecidos para el logro del Buen Vivir, los cuales están acompañados a su vez, de políticas y líneas estratégicas fijadas desde la planificación para el desarrollo. En tanto, son esencialmente 5 los objetivos que se encuentran relacionados estrechamente con el ámbito de Salud, que es el campo de intervención desde el cual se sitúa la presente propuesta de proyecto (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013).

El primer objetivo del (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013) establece la consolidación del Estado democrático y cimentación del poder del pueblo para lo cual, en su lineamiento 1.2. señala la garantía de brindar a la sociedad servicios públicos de calidad con calidez. Este proyecto tributa al cumplimiento del literal i de este lineamiento en el cual se promueve una cultura del servicio público de carácter igualitario, responsable, y comprometido. Debido a que, precisamente entre los servicios públicos del Distrito 09D24 que son mayormente utilizados están los de Salud, los cuales se dan a través de los Centros de Salud que brindan la prestación de sus servicios médicos a la mayoría de población en general y específicamente los/as pacientes con HTA y/o DM que regularmente acuden a dichos centros.

Como parte de la estrategia del Plan Nacional para el Buen Vivir se declara como su tercer objetivo: *“Mejorar la calidad de vida de la población”*. Desde la concepción del Buen Vivir o Vivir Bien se considera que para lograr una vida digna es necesario

el libre y permanente acceso a los bienes superiores y el desarrollo del entorno propicio para el logro de las metas tanto de carácter personal, como colectivas. Es por tanto que, la calidad de vida inicia por el ejercicio pleno de los derechos fundamentales del Buen Vivir entre los que se destaca la alimentación, educación y salud, como un requisito previo para alcanzar la potenciación de capacidades y habilidades individuales y sociales (SENPLADES, 2013).

La presente propuesta incluye un diagnóstico previo en el cual mediante el levantamiento de información se conoció el grado de satisfacción de la población con el servicio de salud. Lo cual, permitió dar luces al momento de plantear estrategias para controlar y regular la capacidad de la institución y sus servicios para satisfacer las necesidades de los/as usuarios/as, tal como es planteado en el literal a del propósito 3.1. del PNBV en el que además se garantiza la calidad de los servicios referentes al cuidado diario y protección especial de la población (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013). Es necesario precisar en este punto que, la concepción de calidad de los servicios incluye tanto la prevención como la promoción que se presta a la población.

Es respecto a la prevención y promoción de la salud que se hace enfoque en el lineamiento político 3.2 del Plan de Desarrollo. Además que este proyecto al ser pensado desde la intervención de Trabajo Social en el campo Sanitario especialmente tributa al cumplimiento del literal a, el cual establece “Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud” (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013, pág. 144). Son precisamente las condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales las que componen los determinantes sociales de la Salud, y las que ponen en manifiesto las inequidades sanitarias de la población, las cuales inciden de forma negativa en la salud de la comunidad.

Trabajo Social por ser una profesión interdisciplinaria de las Ciencias Sociales cuenta con los enfoques pertinentes para brindar la intervención en torno a los determinantes de carácter Social de la Salud entre los cuales destaca como uno de los principales el estilo de vida. El estilo de vida constituye un factor vital tanto para la población en general, como en especial para el mejoramiento de la salud de pacientes con HTA y/o DM. Es por tanto, que esta propuesta de proyecto aporta al literal i de este lineamiento, ya que a través del plan de acción se promueve la educación para la salud no solo a los/as pacientes, sino a sus familias y a la comunidad en general en aras de la transformación positiva de conductas dirigidas a los hábitos de vida saludables (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013).

También, es precisamente este lineamiento 3.2. en el que se recalca la responsabilidad compartida del derecho a la Salud entre el Estado, las familias y la comunidad. El proyecto que es presentado tiene su esencia en la inclusión del enfoque familiar y comunitario al campo de prevención de enfermedades como la HTA y DM y la promoción de la Salud ya que concibe tanto al entorno familiar y comunitario como subsistemas potenciales de apoyo que tienen incidencia positiva en la mejoría de la salud de los/as pacientes, y en la prevención de enfermedades. Por tanto, a través de la implementación de esta propuesta se estaría contribuyendo al fortalecimiento del sistema de control epidemiológico con responsabilidad compartida por la propia comunidad frente a probables riesgos de salud (literal a) (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013).

Además este proyecto tributa al literal f del lineamiento 3.2. ya que señala “Implementar acciones integrales para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles o degenerativas de alta prioridad, y enfermedades evitables y desatendidas (...)” (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013, pág. 144). Tanto la Diabetes Mellitus como la Hipertensión Arterial son enfermedades evitables y no transmisibles por lo cual a partir de la implementación de esta propuesta de proyecto se estaría llevando a cabo la consecución de acciones integrales en las que se trasciende el ámbito de lo médico y se aborda la esfera de lo social y sus determinantes, los cuales tienen implicaciones en el estado de salud de la ciudadanía.

Este proyecto caracterizado por el componente interdisciplinario en su propuesta de concepción y de acción contempla que el tratamiento médico involucra no solo medicamentos, sino la práctica de hábitos como la nutrición adecuada no solo como tratamiento para pacientes con HTA y/o DM sino como estrategia de prevención para la comunidad en general en aras del goce de una óptima calidad de vida. Precisamente en base a la nutrición es que este proyecto se vincula en su aporte al literal f del lineamiento 3.6 en el que se precisa “Desarrollar e implementar mecanismos que permitan fomentar en la población una alimentación saludable, nutritiva y equilibrada, para una vida sana y con menores riesgos de malnutrición y desórdenes alimenticios” (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013, pág. 147).

El proyecto a su vez, abarca la práctica del ejercicio físico como parte del tratamiento básico necesario para el goce de un óptimo estado de salud por lo que de esta manera, tributa al literal d del lineamiento 3.7. que señala propiciar el uso del tiempo libre de niñas/os y adolescentes en actividades con las que se promueva su formación como ciudadanos activos (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013, pág. 189). Estas actividades relativas al ejercicio físico se encuentran amparadas,

de igual forma por el literal m del lineamiento 5.1. en el que se indica el deber de “Fortalecer y democratizar los espacios y programas públicos de actividad física, expresión corporal, recreación y mejoramiento de la salud” (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013).

Dado que el Ecuador pasó de ser un Estado de derechos a un Estado garante de derechos, precisamente entre las garantías de derechos que da el Estado incluye al/a adulto/a mayor por medio de una agenda zonal llamada Agenda de Igualdad para los y las y los adultos mayores, dicha agenda está basada o sujeta al Plan de buen vivir, dicha agenda toma en cuenta las políticas públicas que sustentan las propuestas para satisfacer las necesidades fundamentales de esta población, cuya finalidad no solo es para la construcción de una ciudadanía o a la cohesión social sino que tribute e influya al bienestar y buen vivir individual y colectivo.

La aplicación de esta agenda toma en cuenta dos ejes que son la inclusión y la cohesión social, lo cual incluye la protección social básica lo que incluye los servicios y la atención integral a la salud; justamente en estos lineamientos la propuesta del proyecto se acoge para sustentar la importancia de llevarlo a cabo en el ámbito de la salud, ya que las enfermedades crónicas o catastróficas son enfermedades que influyen de gran forma en la calidad de vida de adultos mayores.

La agenda zonal de igualdad para los y las adultos mayores tiene el enfoque del fortalecimiento y las habilidades y capacidades del capital humano, lo cual consta en el cuidado y la protección del adulto mayor, tomando en consideración las condiciones estructurales de esta población (Agenda de igualdad para Adultos Mayores, 2012). Las políticas públicas que acompañan las acciones de esta agenda busca el cumplimiento de los derechos del adulto mayor a su plenitud, en consideración, a todos los aspectos que toma en cuenta la agenda zonal la propuesta para reducir la prevalencia tributa al cumplimiento de las políticas públicas y a su vez responden a las necesidades que presenta la población.

A nivel Mundial, este proyecto aporta a los 3 objetivos en los que se basa el Plan Mundial contra la Diabetes (2011) cuya vigencia se extiende hasta el 2021. El primer objetivo está basado en la mejoría de los resultados de salud de los/as pacientes con DM para lo cual se postula principalmente la educación para el autocontrol que es una de las estrategias centrales de este proyecto. Mediante la educación para el autocontrol es posible prevenir o retrasar de forma evidente las posibles complicaciones que con frecuencia trae consigo la diabetes, dentro de lo cual se podría mencionar la amputación de algún miembro del cuerpo o llegar a algún grado de discapacidad física.

El segundo objetivo precisa la prevención frente a la posibilidad de desarrollar diabetes de tipo 2 que es precisamente a lo que hace referencia el presente proyecto mediante su enfoque preventivo de esta enfermedad. El estilo de vida que es desarrollado por la población parte de las creencias que subyacen a los hábitos; creencias, que se han venido alimentando paulatinamente de la mano del mercado que lejos ha permanecido en la aplicación de acciones socialmente responsables con la salud de la ciudadanía, pero que, además ha generado la adopción de hábitos con los que se está más propensa la ciudadanía a recibir un diagnóstico de HTA y/o DM. Son precisamente esas creencias sobre las cuales se va a intervenir de manera familiar e individual a través del proyecto. Según este plan “Los costes humanos y económicos de la falta de intervención serán mucho mayores que los costes de la propia intervención” (Plan Mundial contra la Diabetes, 2011, pág. 13).

Si bien el tercer objetivo está encaminado a terminar con la discriminación hacia las personas con diabetes, el enfoque principal está referido a los/as mismos/as pacientes como seres con capacidad de decisión y de transformación de su propia vida. Es precisamente por ello que este proyecto aportaría en la medida que va dirigido al involucramiento de los/as pacientes y su respectiva capacitación para saber dar respuesta frente a sus propias necesidades. En el Plan Mundial contra la Diabetes (2011, pág, 15) en su enfoque comunitario sugiere “implicar a las personas con diabetes, a sus familias y a las comunidades en el diálogo y las decisiones acerca de las políticas, el diseño de programas contra la diabetes, su implementación y su monitorización”.

Uno de los indicadores del éxito del mandato exigido por la Agenda de Salud para las Américas es el reconocimiento al papel de los determinantes de salud y su aplicación en las acciones sanitarias. Entre los determinantes de salud se encuentran los de corte social cuyo núcleo de estudio central es la familia. Este proyecto contribuye al reconocimiento de la familia como un sistema de apoyo a la salud de todos sus miembros y de la comunidad, además que haya su vinculación en el párrafo 4 del literal b de las áreas de acción de la Agenda, donde se establece que “La inversión en la protección social de la infancia y el fortalecimiento de la familia deben ser una prioridad entre las estrategias dirigidas a abordar los determinantes de salud” (Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017, pág. 13).

El proyecto aporta al cumplimiento de los objetivos estratégicos claves de la Estrategia para el Control y Transmisión de las Enfermedades No Transmisibles (2012). La propuesta partió de un diagnóstico previo con lo cual se cumplió con el objetivo 4 el cual hace énfasis en las investigaciones sobre las enfermedades no transmisibles, sus factores de riesgo y sus determinantes como materia para el diseño e implementación de programas que tienen su base en la evidencia. A su

vez, en el objetivo b de este cuerpo estratégico se señala como propósito clave el fortalecimiento de factores protectores: siendo así que estipula:

“Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores, haciendo hincapié en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables; emplear estrategias de promoción de la salud basadas en la evidencia (...); y abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud (Estrategia para el Control y Transmisión de las Enfermedades No Transmisibles, 2012, pág. 9)”.

En este tercer objetivo se hace referencia a los factores de protección de los/as pacientes con HTA y/o DM, tal como es concebido el apoyo de los sistemas familiares y de salud mediante lo planteado en esta propuesta. Además que por ende, el proyecto tributaría al abordaje de los determinantes sociales de salud dentro de la complejidad en la prevención y promoción de enfermedades de alta complejidad como lo son la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.

Este proyecto en su enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades reconoce que entre los principales riesgos de complicaciones de la HTA y/o DM está la adquisición de la situación de discapacidad, principalmente de tipo física. Se reconoce que entre el grupo beneficiario posiblemente se encuentren personas con discapacidad u otras que estén en riesgo de contraerlas como consecuencias de las mismas enfermedades crónicas. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo (2007, pág.9) manifiesta en el literal a del artículo 8 la necesidad de la toma de conciencia de la población respecto a la situación de discapacidad que viven los/as pacientes, por lo cual establece “Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas”.

Esta convención destaca el rol a desarrollar por parte de las instalaciones y servicios comunitarios señalando en el literal c del art. 19 la necesidad que dichas prestaciones tomen en consideración las necesidades propias de las personas con discapacidad. En tanto, en el literal b del art. 24 establece potenciar los talentos y la personalidad de las personas con discapacidad para un mayor y mejor desarrollo humano, en el marco de los derechos. Mientras que, el art 25 de se encuentra dedicado a la salud y se hace hincapié en la responsabilidad de Ecuador, como Estado Parte, para adoptar medidas que se encarguen del acceso a la salud de personas con discapacidad y a su respectiva rehabilitación sanitaria a través de programas gratuitos de calidad (Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo, 2007).

Este proyecto pretende dar cumplimiento especialmente al literal b del artículo referente a la salud en el cual la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo (2007, pág.21) ha determinado que la promoción de los servicios de salud para personas con discapacidad “incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores”. La relevancia de la prevención es también contemplada en el punto 6 de la (Conferencia Mundial sobre los Determinantes de Salud, 2011) como uno de los aspectos específicos a tratarse por parte de los gobiernos de los países, en especial refiriéndose al ámbito social que son las condiciones en las que una persona se desarrolla a lo largo de su ciclo vital.

En definitiva son los Determinantes sociales de la salud los factores claves sobre los que se ha de intervenir para la efectividad de los esfuerzos sanitarios a nivel local y mundial. A nivel Ministerial se declara el compromiso al fortalecimiento de información que aporte a la vigilancia de salud, a lo cual da respuesta el diagnóstico en el que está cimentado este proyecto. Así mismo se manifiesta el compromiso de Ecuador en el fortalecimiento de “las políticas y programas de prevención y control de enfermedades no transmisibles mediante: acciones en los determinantes sociales de la salud y los factores conductuales de riesgo para las enfermedades no transmisibles (...)”(Declaración Ministerial para la Prevención y Control de las enfermedades Crónicas No Transmisibles, 2012, pág. 4) lo cual concuerda con la esencia de la presente propuesta.

Entre los principales derechos de los y las pacientes con DM se encuentra la atención de calidad, el derecho a la información y educación individual o en grupo, así como también el derecho a la justicia Social. Respecto a este último derecho es que en la Carta se indica la importancia de la “educación sobre autocontrol de alta calidad, en grupo o individual, en el momento del diagnóstico y cuando sea necesario que integre los aspectos clínicos, de comportamiento y psicosociales de la diabetes” (Carta Internacional de los Derechos y Responsabilidades de las personas con Diabetes, 2010, pág. 5) Por ello es que, este proyecto tributa al cumplimiento tanto de la educación holística acerca de la DM, así como la incorporación de elementos propios de lo social en el ámbito de la salud.

Finalmente, es preciso recalcar que tal como existen derechos también existen responsabilidades. Por tanto, este proyecto da cumplimiento de uno de las responsabilidades de los y las pacientes con DM que señala el deber de “informar a la familia, el colegio, compañeros de trabajo y amigos sobre su diabetes para que puedan apoyar a las personas con diabetes, cuando o si fuera necesario” (Carta Internacional de los Derechos y Responsabilidades de las personas con Diabetes,

2010, pág. 7). En definitiva, informar constituye el primer paso para con la colaboración de las familias transformar el entorno familiar de los/as pacientes en un factor de protección y que incida en el mejoramiento del estado de salud de sus miembros y la sociedad en general.

Capítulo III: Diagnóstico del Problema

3.1. Metodología

Proceso de la identificación del problema

Para la identificación de problema se lo realizó bajo el enfoque de marco lógico “Herramienta analítica para la planificación y gestión de proyectos orientada por objetivos. Constituye un método con distintos pasos que van desde la identificación hasta la formulación y su resultado final debe ser la elaboración de una matriz de planificación del proyecto” (AECI, 1999), las herramientas que se utilizaron en este proceso fueron las siguientes:

Listado de problemas identificados

En este primer proceso de identificación a través de la ficha familiar y de la observación se detectaron una serie de problemas que afectaba la población, cada uno de los problemas se los ubicó en una matriz compuesta por tres variables (a) problema (b) descripción y (c) evidencia.

Matriz de jerarquización del problema

En esta matriz se ubicó cada uno de los problemas identificados en la población, la matriz cuenta con criterios de jerarquización tales como: (a) magnitud (b) gravedad (c) gobernabilidad institucional (c) competencia de Trabajo Social (d) afinidad con el tema y (e) totalidad, cada uno de estos criterios tenían que ser jerarquizados con una numeración del 1 al 5, en el proceso de ponderación el problema con el total más alto fue las enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes e Hipertensión arterial, a partir de este proceso se seleccionó el problema en el cual está basado el presente proyecto.

Árbol de problemas

Posterior a la selección del problema siguiendo el enfoque de marco lógico se realizó el árbol de problemas “El análisis del árbol de problemas, llamado también análisis situacional o simplemente análisis de problemas, ayuda a encontrar soluciones a través del mapeo del problema. Identifica en la vertiente superior, las causas o determinantes y en la vertiente inferior las consecuencias o efectos” (Secretaría Técnica de Planificación, 1999). Desde la lógica del árbol de problemas se identificaron causas directas, indirectas y estructurales que causan el problema utilizando fuentes teóricas que permitan sustentar dichas causas.

Universo/población

Para este proyecto la población escogida está constituida por los/as pacientes con diagnóstico de HTA y/o DM que son usuarios/as de los servicios de salud de los Centros de Salud pertenecientes al Distrito 09D24, ubicado en el cantón Duran. Este marco poblacional incluye los diferentes sub centros tales como: Recreo 1, Recreo 2, Primavera 2, Abel Gilbert, Pedro Menéndez, Cerro redondo, Duran 2; además del centro de Salud Durán y la Maternidad Oramas González, lo cual constituye un total de 9 establecimientos de salud regentados por la Coordinación de Salud 8 del Ministerio de Salud Pública.

Muestra/Muestreo

Para el levantamiento de información se seleccionó una población de 100 pacientes. La población escogida participó en la aplicación de dos técnicas por medio de instrumentos como la guía de entrevista y el cuestionario de encuesta; para la encuesta se contó con la participación de los/as 100 pacientes, mientras que en la aplicación de la entrevista solo 10 usuarios/as de los 100 participarían.

En este proyecto se seleccionó la muestra utilizando el muestreo no probabilístico entre los tipos de muestro no probabilístico se encuentra el muestreo intencional o de conveniencia “consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo” (Casal & Mateu, 2003, pág. 5). Cabe destacar que los sujetos sociales, que participaron integrando el grupo de la muestra, debían cumplir con determinadas características como: (a) ser usuarios/as participantes de las unidades de Salud que formen parte del Distrito 09D24. (b) tener diagnostico medico de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión arterial. (c) mayores de edad, desde los 18 años en adelante. (d) deseo expreso de ser participantes en la experiencia investigativa. (e) representar los diferentes tipos de diversidad (cultural, etnia, etaria y de género).

Recolección de la información

Para la recolección de la información se utilizaron dos técnicas; una de las herramientas fue la encuesta “es una herramienta de investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con intención de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población” (Garcia, 2008, pág. 3), esta técnica permitió obtener la información cuantitativa de la población participante.

La segunda técnica utilizada fue la guía de entrevista semiestructurada “Las entrevistas constituyen uno de los procedimientos más frecuentemente utilizados en los estudios de carácter cualitativo, donde el investigador no solamente hace preguntas sobre los aspectos que le interesa estudiar sino que debe comprender el lenguaje de los participantes y apropiarse del significado que éstos le otorgan en el ambiente natural donde desarrollan sus actividades” (Troncoso & Daniele, 2003, pág. 4).

3.2. Descripción de actores/as involucrados/as

Caracterización de la población participante

Esta propuesta está dirigida a los y las usuarios/as de los diferentes Centros de Salud del Distrito 09D24 del cantón Durán, que han sido diagnosticados con Hipertensión Arterial (HTA) y/o Diabetes Mellitus (DM), y a sus familias. **(Ver Anexo 4 Mapa de Actores/as)**

En el Distrito 09D24 existen 8 Centros de Salud por lo que se estima trabajar con 50 usuarios/as de cuatro unidades de salud, lo cual hace un total de 200 participantes que estarán presentes en las actividades propuestas en este proyecto.

En cuanto la participación de la familias de los/as pacientes se estima trabajar también con 50 cuidadores y cuidadoras principales por cada uno de los cuatro Centros de salud a trabajar, lo cual suma un total de 200 participantes.

Se ha identificado que por cada centro de salud del Distrito se brinda la atención integral de salud a partir de 10 profesionales de atención integral de salud, se estima trabajar y contar con la participación de cada uno/a de ellos/as para el proceso de intervención con los/as pacientes, los/as cuidadores/as y otros actores involucrados en el proyecto.

En cuanto a las actividades propuestas dirigidas a la comunidad de acuerdo a las estrategias masivas se estima trabajar con 300 personas por cada uno de los cuatro centros de salud.

3.2.1. Participantes Directos/as:

a. Usuarios/as de los Centros de Salud del Distrito 09D24 del cantón Durán que han sido diagnosticados/as con HTA y/o DM

Los/as participantes directos/as en este proyecto son los y las usuarios/as de los Centros de Salud del Distrito 09D24 del cantón Durán que han sido diagnosticadas con enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus y/o Hipertensión arterial, las características de este grupo se las obtuvo a partir de la aplicación de las encuestas

y a través de la base de datos del Distrito que registra la procedencia de pacientes que se hacen atender en la Maternidad Oramas González. Según la tabla #1 las características del grupo se conoce que más de la mitad de población de pacientes participantes (56%) tienen edades entre los 52 a los 68 años, un 23% señala tener edades entre los 25 a los 51, el 18% indica tener 69 o más años de edad y un 2% revela que su edad corresponde entre los 18 a 34 años. Como es posible evidenciar, la mayor parte de la población de pacientes con hipertensión arterial (HTA) y/o diabetes mellitus (DM) son adultos/as y adultos/as mayores, sin embargo otra gran parte de la población se ubica en la etapa de la adultez temprana o adultez media.

Según la tabla# 2 el 68% de la población de pacientes participantes del estudio son de género femenino y el 32% son de género masculino. De acuerdo con la tabla# 3 el 80% de la población se autodefine como mestizo/a, el 9% se considera montubio/a, un 5% señala ser afro descendiente, el 2% expresa otra etnia diferente y un 1% se identifica como indígena. Finalmente, es necesario precisar que de la población participante, tal como es posible observar en la tabla# 4 el 49% tiene HTA, un 29% expresa tener DM, en tanto el 28% de la población de pacientes participantes ha referido tener diagnóstico clínico de ambas enfermedades y la tabla# 5 el 74% de la población con HTA y/o DM tiene más de dos años de desde que se le ha diagnosticado su estado de salud, un 16% expresa tener de menos de un año, y un 10% manifiesta que tiene de uno a dos años de su diagnóstico clínico.

Según la tabla# 6 la mayor parte de la población (35%) de pacientes con HTA y/o DM tiene educación básica incompleta, un 14% tiene bachillerato completo. Las estadísticas muestran que la mayoría de la población participante no tienen los recursos económicos. Según la tabla# 7 el 63% de la población de pacientes con HTA y DM no trabaja de forma remunerada, y solo un 33% genera ingresos económicos propios. De acuerdo con la tabla# 8 el 82% de la población de pacientes que trabaja de forma remunerada lo hacen de forma independiente no teniendo un salario fijo mensual. Del total de la población de pacientes con HTA y/o DM, según la tabla # 9 el 27% de ellos/as reciben algún beneficio o servicio del gobierno, tales como el bono de desarrollo humano y el bono de Gallegos Lara que es específico para personas con discapacidades. Según la tabla# 10 el 19% de la población de pacientes con enfermedades crónicas también tienen algún tipo de discapacidad, entre las cuales más de la mitad de la población (53%) con discapacidad presentan la de tipo física y motora, con lo cual posiblemente se acentuarían los dolores y malestares físicos producto de las enfermedades.

b. Cuidadoras/es Principales de los/as Usuarios / Pacientes

Se trabajará a partir de los/as familiares que se encuentren a cargo de los respectivos cuidados de las personas que dispongan de alguna enfermedad crónica o discapacidad dado su diagnóstico con DM y HTA y a su vez con los/as familiares que conviven en el mismo hogar de la persona con enfermedad crónica, en lo cual se incluye a los hijos/as o parejas que pudieran tener la personas especificadas. Las familias encuestadas con familiares diagnosticados con DM y/o HTA señala pertenecer a una familia extendida, lo cual representa el 38%; un 34% manifiesta pertenecer a una familia ampliada; el 25% de la población indicó ser parte de un tipo de familia nuclear; mientras el 9% de la población con DM y/o HTA señaló formar parte de una familia monoparental.

Según la tabla# 12 el 45% de los/as pacientes conviven con 2 a 3 miembros en el hogar, el 27% de 4 a 5 personas y el 17% de 6 a más. Los/as miembros de la familia de los/as usuarios/as de los Centros de Salud del Distrito 09D24 perciben como un problema los insuficientes recursos económicos para atenciones médicas adicionales que demanda el estado de salud de el/la paciente. Por lo que se encuentran interesados en que los familiares diagnosticados tengan acceso a los recursos o insumos de medicamentos de manera gratuita de acuerdo a la gravedad de la situación, dado el costo monetario de los mismos que a veces no puede ser solventado desde sus ingresos familiares.

Uno de los problemas percibidos por los/as miembros de la familia es el incumplimiento de la responsabilidad del/a paciente familiar en la asistencia puntual a las citas médicas que son programadas. Por lo cual, los/as miembros de la familia han expresado su interés en que se disminuya todo tipo de riesgo que pueda causar condiciones graves en cuanto la salud del usuario/a. En tanto, sus intereses en la realización de este proyecto giran en torno al conocimiento de redes de apoyo de atenciones médicas especializadas con fácil acceso y calidad en la atención a pacientes con DM y HTA.

Los/as familiares de la población usuaria con DM Y HTA resaltan como un problema percibido la no aceptación de la enfermedad por parte de los/as usuarias/os y la persistencia de los/las pacientes en ingerir de manera deliberada alimentos que no son recomendables consumir de acuerdo a las prescripciones médicas. Otra de las preocupaciones de los/as familiares de la población es que surjan otras enfermedades crónicas o catastróficas, el desarrollo de discapacidades lo cual perjudique e incrementen de forma negativa la gravedad en el estado de salud de sus familiares. Por lo cual, los/as miembros de la familia han expresado su interés

en programas formativos e informativas para el adecuado régimen alimenticio/dieta que tendría que llevar los/as usuarios/as.

Las constantes variaciones en los cambios de humor por parte del/a paciente los cuales no saben de qué forma manejarlos y que causan conflictos en la convivencia familiar. Por lo cual, se encuentran interesados/as en aprender y desarrollar estrategias para la generación y mantenimiento de una adecuada convivencia el/la usuario/a. En tanto, sus intereses en la realización de este proyecto giran en torno a la efectividad de las técnicas y herramientas propuestas por el programa formativo e informativo; y que se mejore el grado de satisfacción frente a la convivencia con el/a paciente que presenta DM y/o HTA, a fin de que se generen y enseñen estrategias para conocer herramientas que posibiliten una convivencia más saludable y mejoramiento del trato entre los/as miembros de la familia. Además que están interesados/as en que el proyecto permita que la familia se una y mejoren las relaciones familiares.

En cuanto a los intereses sobre la realización del proyecto, estos/as actores/as mencionan la postura ética de los/as actores/as participantes frente al manejo de información que se movilice en el programa sobre datos personales: códigos de confidencialidad en relación a la realidad de paciente y familia. Una capacidad de estos actores brindar impulso para que todos los/as miembros que conforman la familia colaboren durante el desarrollo del proyecto; además de la predisposición y actitud positiva para el desarrollo de las responsabilidades y compromisos que genera la participación en el proyecto y el compromiso y adopción del cambio el estilo de vida necesario en cuanto al régimen alimenticio y frecuencia de actividad física familiar contribuyendo al mejoramiento de la salud del paciente y de su familia.

Frente a esta situación es que, resulta un conflicto potencial el que algunos/as miembros de la familia de los/las pacientes podrían no mostrar un compromiso en participar en el proyecto, debido al débil involucramiento en cuanto la salud de su familiar participante. Otro posible conflicto podría ser el incumplimiento de reglas y normas establecidas de acuerdo al nuevo régimen alimenticio que se someterían los/as pacientes de acuerdo al protocolo del proyecto. Mientras que, otros/as familiares podrían mostrarse dispuestos/as y comprometidos/as para trabajar de manera conjunta con su familiar, ya que manifiestan su interés en el bienestar y un desarrollo adecuado personal y familiar, frente a la situación actual de salud de sus familiares.

c. Equipo de atención integral de salud (EAIS) de los Centros de Salud

Se trabajará con el equipo de atención integral de salud (EAIS) de los Centros de Salud del Distrito 09D24, entre los/as profesionales se encuentran doctores/as de medicina General y de especialidades, entre otros profesionales como odontólogos/as, enfermeras/os, técnicos/as en atención primaria de salud, psicóloga/o, y todos los profesionales que estén a cargo de atención de salud en dichos establecimientos.

Los miembros del EAIS perciben como un problema que algunas familias no muestran interés en el estado de salud del familiar que presenta la enfermedad, ni en los cuidados respectivos que necesita. En tanto, señalan que otras familias si manifiestan su preocupación por la salud del familiar con la enfermedad y se responsabilizan de colaborar en sus cuidados médicos. Por lo cual, los/as miembros del EAIS de los Centros de Salud han expresado su interés en poder brindar, desde sus servicios, una prestación de atención focalizada a usuarios/as que presenten situación de diabetes e HTA.

Uno de los problemas percibidos por los miembros del EAIS es que existen usuarios/as que no asisten a las citas que les son programadas, son impuntuales respecto a los horarios de atención o no acuden a recibir las medicinas que deben de consumir durante su tratamiento sumado a la percepción de un débil involucramiento por los/as propios/as pacientes sobre su estado de salud y la falta de cultura de prevención de enfermedades. Frente a esta situación los miembros del establecimiento tienen, como interés en el proyecto, el mejoramiento de la imagen de los establecimientos de salud por parte de la comunidad a través de brindar la colaboración institucional en el desarrollo del proyecto.

Otro problema percibido por este actor es la débil colaboración por parte de ciertos sectores de la población en cuanto a la realización de actividades o proyectos que son llevados a cabo por parte de la institución. Por ello, es que este actor se encuentra interesado/a en la vinculación familiar y comunitaria con la institución que tribute al mejoramiento de la situación de salud de los/as pacientes y el fortalecimiento de la dinámica comunidad de usuarios/as e institución. Otro de los intereses gira en torno a afianzar la vinculación como centro de salud público con la academia, y ser uno de los primeros nexos para generar futuras colaboraciones que satisfagan los intereses de ambas partes.

Un factor a destacar es que los miembros del EAIS de los establecimientos cuentan con recursos como los clubes organizados dirigidos a pacientes con enfermedades catastróficas (Clubs de DM y/o HTA). Los establecimientos de salud cooperarían

dado que el proyecto se encuentra vinculado a su quehacer organizacional; sin embargo, una posible dificultad podría ser la cantidad del personal EAIS con el que se pudiera contar para el proyecto.

3.2.2. Participantes Indirectos/as:

a. Familia Nuclear

Este proyecto cuenta como participantes indirectos a los demás miembros de las familias nucleares de los y las pacientes diagnosticados/as con HTA y/o DM quienes deberán dar respuesta a las transformaciones de comportamiento e impactos que tendría consigo, la propuesta en sus familiares.

b. Comunidad/ vecinos:

Además de los miembros de la familia ampliada, los demás vecinos/as o miembros del sector o comunidad serán beneficiados por parte de la propuesta presentada ya que se trabajará a partir de la sensibilización y concientización de las enfermedades crónicas, lo cual contribuye al fortalecimiento de la dinámica y comunicación entre usuarios con enfermedades crónicas de los diferentes Centros de Salud del Distrito 09D24 y las personas de la comunidad.

Un problema percibido por este participante indirecto es la inestabilidad en cuanto el estado de ánimo de la persona con diabetes afecta las relaciones en la convivencia con los demás vecinos/as del sector. Por lo que estarían interesados en adquirir conocimiento de estrategias de comunicación efectivas con personas que presenten DM y/o HTA para el mejoramiento de los vínculos de interacción en el barrio/comunidad; y un mayor involucramiento en actividades comunitarias de las/os pacientes que presentan HTA y/o DM.

Este actor participante estaría interesado/a en el mejoramiento del control y vigilancia de la prevalencia de DM y/o HTA en la comunidad. Por lo que cooperaría, ya que de darse el proyecto con las familias involucradas, desde la cotidianidad, socializarían la información y todos los datos y estrategias aprendidas, lo cual contribuiría a que los y las vecinos/as tengan un mayor conocimiento del proyecto y de las enfermedades y por ende, estén preparados/as en cuanto a conocimientos para prevenir y atender la enfermedades crónicas no transmisibles

3.2.3. Otros/as actores/as involucrados/as:

Se trabajará en alianza con las instituciones que trabajen a partir de la atención o con ejes afines a la salud y otras instituciones acorde, donde se involucrará al

MSP, Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD), Ministerio de Educación, Ministerio del Deporte, Centros de Culto/Iglesias. **(Ver Anexo # 5 Matriz de involucrados/as).**

Estos otros actores involucrados están interesados, desde su quehacer institucional, en acrecentar el acceso de la población usuaria a servicios de salud y su incremento en la satisfacción por el/os servicio/s brindado/s; que su participación en el proyecto pudiera generar/mejorar el reconocimiento de la imagen institucional actual. Estos actores podrían colaborar en el proyecto mediante el aporte de propuestas desde el enfoque de identificación de factores sociales para la generación de estrategias de salud familiares y comunitarias. Cooperaría al proyecto brindando la disponibilidad de contar con recursos desde su competencia institucional; en tanto, un posible conflicto sería que no se tome al proyecto como una prioridad y se de una participación y compromiso pasivo.

Capítulo IV: Resultados del Diagnóstico

4.1. Diagnóstico de la Problemática a Intervenir

De los 21 problemas que se identificaron en la población, el problema fue que se seleccionó a partir de la Matriz de jerarquización de problema fue Pacientes diagnosticados Diabetes e Hipertensión en adultos/, tomando en consideración los datos estadísticos existentes de la población se ha decidido intervenir en los Inadecuados cuidados de los/as paciente con HTA y/o DM, su familia y las Unidades de Salud del Distrito 09D24 del cantón Durán.

4.1.1. Definiciones

Atención Integral

“La atención integral es aquella que se logra cuando, a la hora de planificar servicios o programas dirigidos a personas con necesidades de apoyo, se contemplan de manera holística todos los ámbitos que nos constituyen como personas y las necesidades ajenas a los mismo: los relacionados con el cuerpo biomédicos, los que tienen que ver con nuestro funcionamiento psicológico, los que afectan el campo social y los que atañen al entorno medioambiental en el que nos desenvolvemos” (Rodríguez, 2013, pág. 25).

“La OMS entiende la atención integral como la que reúne inversiones, prestación, gestión y organización de servicios de diagnósticos, tratamiento, cuidado, rehabilitación y promoción de la salud. Es un modo de mejorar los servicios en relación a acceso, calidad, satisfacción y eficiencia” (OMS, 2013, pág. 27).

“La atención integral en un modelo de atención de salud es un sistema lógico que organiza el funcionamiento de atención de salud, articulando de forma singular las relaciones entre la población y sus subpoblaciones estratificadas por riesgos, lo focos de las intervenciones sanitarias, definido en función de la visión de salud, de la situación demográfica y epidemiológica y de los determinantes sociales vigentes en determinado tiempo y en determinada sociedad” (OPS, 2011, pág. 19).

La articulación de los diferentes Sistemas

“La articulación se refiere a las relaciones que existen entre las distintas instituciones del sistema de priorización con el objetivo de alcanzar fines comunes de una manera más exitosa y eficiente. A pesar de tener el objetivo común de proteger la salud y resolver problemas de salud prioritarios mediante el acceso adecuado a tecnologías, garantizando el funcionamiento eficiente del sistema de salud, la articulación es necesaria debido a que las instituciones del sistema de

priorización tienen misiones, enfoques, métodos e insumos propios. Por esto, se necesitan mecanismos para gestionar tensiones y sincronizar las acciones de forma que el proceso de priorización de tecnologías sea coherente y orientado al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud” (Cañon, Vaca, Giedion, & Díaz, 2016)

El ser humano está inmerso en varios sistemas en el cual se desarrolla, desde el enfoque de Trabajo Social busca articular los diferentes sistemas en el cual se desenvuelve el ser humano con la intención de generar recursos y que estos generen cambios “La participación de los sistemas implica un proceso, 1) querer, es decir, que los habitantes tomen conciencia respecto de sus problemas y la comprensión de los aspectos que los explican; 2) saber, es decir, reconocerse con capacidades y comprometerse para transformar la realidad; y 3) poder, es decir, crear contextos favorecedores de la creatividad y la innovación, a través del acceso a la toma de decisiones. De esta forma, la comunidad deja de ser contexto de intervención y destinataria de acciones, para ser protagonista y propietaria de su cambio, como sujeto de acción” (Gaitan, 2003, pág. 109).

Sistemas de apoyo

Los sistemas de apoyo o redes de apoyo se las entiende “como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación, Este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, que también denominamos con el término genérico de transferencias, se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos” (Khan & Antonucci, 1980, pág. 7).

“Los apoyos instrumentales caracterizados por ayudas tangibles serían el transporte, la ayuda en las tareas del hogar y el cuidado y el acompañamiento. Los apoyos emocionales incluirían la transmisión de afecto, la empatía, la preocupación por los demás, etc., y los cognitivos a través de la transmisión de información, de consejos, etc (...) esos beneficios se traducen en bienestar para las personas mayores y sus familias, disminuyendo los sentimientos de aislamiento y el aumento de conductas saludables. Concretamente, en el ámbito de la salud se refleja en el apoyo para afrontar las enfermedades o el estrés” (Pillemer, Moen, Wethington, & Glasgow, 2000, pág. 335).

“El sistema de apoyo informal está representado por redes personales y comunitarias no estructuradas. La forma más común de apoyo informal a las personas mayores es la familia, pero también cuenta con otras fuentes como son

las redes de amigos y vecinos, cuyos vínculos se establecen en función de los intereses comunes y las actividades compartidas” (Sanchez, 1994, pág. 366).

Se han mencionado algunos de los sistemas de apoyo o redes de apoyo, a partir de los aportes de los autores cada uno de los sistemas o entornos en el que se desenvuelve el ser humano es considerado una red de apoyo. En cuanto a la diabetes o hipertensión los principales sistemas de apoyo son el autocuidado del/a paciente, el involucramiento o apoyo familiar y la oferta institucional de los Centros de salud; cuando estos tres sistemas de apoyo se integran y se articulan se da un adecuado cuidado en la salud de los/as pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas.

Sin embargo, en la actualidad esta integración y articulación de los sistemas de apoyo no se lleva a cabo en los cuidados de salud de los/as pacientes, lo cual ocasiona que el deterioro de salud perpetúe y a su vez influya en las generaciones futuras. El inadecuado autocuidado de los/as pacientes se evidencia en no llevar a cabo las recomendaciones por el equipo de salud, lo cual incluye una alimentación saludable, actividad física y la adherencia al tratamiento, al no regirse a esta cultura de cuidado es lo que ocasiona que los/as pacientes deterioren su salud.

El segundo sistema de apoyo está fijado en el apoyo e involucramiento familiar, esta red de apoyo se le dificulta adaptarse al diagnóstico de su familiar diagnosticado con DM y/o HTA, el apoyo de este sistema se basa en que el grupo familiar pueda ajustarse al nuevo estilo de vida recomendado por el equipo de salud, lo cual está basado en reajustar los hábitos alimenticios, en el poder acompañar el/a paciente en realizar actividades físicas y a su vez llevar un acompañamiento en las citas médicas y un control frente al consumo de medicamentos correspondientes.

En el tercer sistema de apoyo se encuentra la oferta institucional de los centros de salud, en este tercer sistema se espera que las unidades de salud cuenten con un personal sanitario que pueda atender de una forma integral la problemática de las enfermedades crónicas como DM y/o HTA. Sin embargo, los establecimientos no cuentan con todos los insumos materiales para brindar una atención integral y que sean acorde a la necesidad de cada uno/a de los pacientes que asisten a la atención de salud.

“El sistema del cuidado de la salud incluye a usted y todas las personas, lugares y organizaciones que le ayudan a cuidar de su salud. Esto incluye pacientes, médicos, enfermero/as, hospitales, compañías de seguros de salud y muchas cosas más (...) el cuidado de la salud implica mucho más que la atención médica a personas que están enfermas. Significa también ayudar a las personas sanas a

conservar la salud mediante servicios” (En Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island, 2013).

A partir de lo propuesto por el autor el adecuado cuidado depende de diferentes elementos e involucrados/as. El inadecuado sistema de cuidado se da cuando cada uno de estos sistemas no se integran y no se articulan entre sí, estos sistemas de apoyo deben de funcionar de tal forma que contribuya e influya en la calidad de vida a nivel individual y familiar, si los diferentes factores de cada uno de los sistemas de apoyo no se dan los/as pacientes y toda una población se encuentran propensa en algún momento ser diagnosticado/a con DM y/o HTA.

4.1.2. Descriptores

“En las Américas, la obesidad y la diabetes están afectando a la población con tasas cada vez más elevadas. Las encuestas nacionales demuestran que la prevalencia de la obesidad está aumentando en todos los grupos de edad. Entre el 7% y 12% de los/as niños/as menores de 5 años y una quinta parte de los adolescentes son obesos, mientras que en los/as adultos se aproximan al 60%. La obesidad es el principal factor de riesgo de la diabetes. Se prevé que el número de personas que sufren diabetes en América Latina se incremente en más de un 50% en los próximos 15 años pasando de 13,3 millones en el 2000 a 32,9 millones en el 2030. La diabetes y la obesidad ya no se consideran “las enfermedades de la abundancia” y afectan desproporcionadamente a los sectores pobres y de nivel cultural más bajo” (OPS, OMS, 2013).

“Según el último censo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), existen 700 mil diabéticos en el Ecuador y esa es una cifra que va en aumento” (EITelegrafo, 2011).

Las enfermedades crónicas se ubican entre las principales causas de defunciones en Ecuador. En las mujeres se registra mayoritariamente enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial e isquemia cardiaca), seguidas de enfermedades como diabetes, cerebrovasculares y neumonía. En tanto, respecto a los hombres son las enfermedades crónicas no trasmisibles las que tienen mayor prevalencia. Durante el 2000 al 2009 la incidencia de diabetes fue de 488 por cada 100.000 habitantes, en ese mismo periodo la hipertensión arterial terminó registrando una tasa de 1.084 por cada 100.000 habitantes (INEC , 2010).

“La Encuesta Nacional de Salud (Ensanut), una investigación realizada por el Ministerio de Salud y el INEC presentada en diciembre pasado, da cuenta de ello. Según sus resultados, en el país 414.514 personas mayores de 10 años sufren de

diabetes. Entre ellos, más del 90% presenta resistencia a la insulina y entre los no diabéticos casi uno de cada dos presenta el mismo problema, es decir, son pre diabéticos” (El Universo, 2014).

“Se determinó que de la población total, 6'797.272 personas tienen sobrepeso y que el 29,2% de los habitantes presenta un consumo excesivo de carbohidratos (especialmente de arroz). Además, el ecuatoriano de entre 1 y 60 años ingiere en promedio 183 gramos de frutas al día, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda 400 gr/día, que equivalen a cinco porciones de frutas y verduras diarias” (El Universo, 2014).

“Según Estadísticas Epidemiológicas - MSP del 2012 en la provincia del Guayas existen 35,439 casos registrados de personas con diabetes, Según Estadísticas Epidemiológicas - MSP del 2012 en la provincia del Guayas existen 60,075 números de casos de personas con hipertensión arterial” (SIISE, 2011).

“Según Estadísticas Vitales – INEC del 2012 el número de muertes por enfermedades no transmisibles asciende a 12,669 a nivel de Guayas. Según el Observatorio Epidemiológico en el 2015 se registran 104.852 casos de Diabetes Mellitus en Guayas” (OMS, 2014).

“Obesidad en el 2013 se registraron 4964, en 2014 64462 casos y en el 2015 el total a nivel de Guayas alcanzó la cifra de 73098. De este análisis es importante destacar que aproximadamente en el 70% del territorio nacional seis de cada 10 adultos ecuatorianos tienen sobrepeso u obesidad” (OMS, 2014).

“Las zonas de planificación con las mayores prevalencias son la zona 8, que incluye a Guayaquil, Durán y Samborondón, y la zona 7, que incluye a El Oro, Loja y Zamora Chinchipe, con prevalencias de 67.2% y 67.0%” (SIISE, 2011).

“Debido al desarrollo alcanzado en la esfera de la salud en nuestro país, las enfermedades crónicas transmisibles han pasado a un segundo plano como problema de salud, por tanto, son las enfermedades crónicas no transmisibles el principal problema que afecta a la población con elevadas tasas de morbilidad, mortalidad e invalidez. Dentro de este grupo de enfermedades la diabetes mellitus adquiere una extraordinaria importancia médico-social, debido a que constituye la 7ma causa de muerte en nuestro país, a su elevada prevalencia y a que puede provocar complicaciones graves de invalidez, con su consiguiente repercusión sobre los aspectos físicos, psíquicos y sociales del individuo y en un marco más amplio sobre los aspectos económicos y labores” (OMS, 2000, pág. 10).

“Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el 2013 fallecieron 4.695 por diabetes, es decir uno cada dos horas. Los últimos datos de

mortalidad (2013) demuestran que la Diabetes mellitus está en el primer lugar de la tabla de mortalidad general con una tasa de 29,7 por 100.000 habitantes, señala un estudio realizado por el doctor Miguel Pasquel Andrade, quien participará en el Foro Nacional de Diabetes” (El Expreso, 2014).

“Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en Ecuador ocurren aproximadamente 4.455 muertes anuales por causa de la diabetes mellitus, 4.381 por hipertensión e incluso revela que el cáncer va en ascenso con una tasa de mortalidad del 4,27” (LaRevista, 2013), Según el (INEC, 2012) las principales causas de mortalidad general son: diabetes mellitus con el 7,15%, enfermedades hipertensivas con el 7,03%.

Según los Directores de los diferentes Centros de Salud del Distrito mencionan lo siguiente, *“actualmente la mayor enfermedad que se atiende en este sector es la hipertensión y la diabetes, existen muchos casos de usuarios con esta patología. Como segundo punto vendría la parasitosis y las enfermedades respiratorias”* (Entrevistada1, 2015).

De acuerdo con los directores de los SCS del Distrito se ha podido identificar la Hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus como principales enfermedades en la población atendida. Según en el SCS especificado *“se atiende a 207 personas con Diabetes Mellitus de las cuales 141 son mujeres”* (Entrevistada1,2015) A nivel nacional de acuerdo con el PNBV se señala que *“Desde finales del siglo XX se empezó a reportar una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Esta tendencia se asocia con el aumento de la esperanza de vida y con el hacinamiento de los segmentos de la población adulta y adulta mayor, así como con la modificación de modos de vida y de alimentación”* (SENPLADES, 2013).

“Las cifras cada vez más aumentando, el problema de la diabetes e hipertensión no hay un total involucramiento en el cuidado del paciente, como las familias no se cuidan en los hábitos alimenticios esto ocasiona que más personas estén propensas a tener sobrepeso y puedan llegar a ser diabéticos o hipertensos” (Médico5, 2016).

“Es notable como todavía las personas no saben de lo perjudicial es que continúan con inadecuados hábitos alimenticios y las consecuencias que esto puede traer, aquí en el centro en el discurso tanto de los pacientes como de sus familiares se evidencia como se les dificulta adherirse a un estilo de vida diferente al que llevan en la actualidad, definitivamente es algo que se debe de trabajar con la población” (Médico2, 2016).

“Pese a que los actores centrales que son diagnosticados con este tipo de enfermedades son los propios pacientes, es importante destacar que un papel fundamental frente a esta situación lo desempeña la familia de los/as usuarios/as. Se trata de ejercer un compromiso responsable sobre el rol de la familia como entorno inmediato del/a paciente, dado que si bien es cierto en unos casos la ingesta de alimentos se realiza en otros espacios ajenos al núcleo familiar, en otras ocasiones y por influencias socioculturales la ingesta de alimentos se da conjunto a la familia que tratándose de esta situación asumiría la responsabilidad de la prevención, control y promoción de la salud creando estrategias para la ingesta de una adecuada nutrición, la práctica acciones físicas que contribuyan a llevar un estilo de vida saludable y demás cuidados médicos” (DirectordeSudcentrodeSalud, 2015).

De acuerdo con el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles-ECNT *“Es importante comprender que el compromiso para la lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles, no es solo responsabilidad de la Cartera de Salud, sino de todos los actores sociales (Ministerio de Educación, de Industrias y Producción, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de: Deportes, Cultura, Turismo, Municipios, Sociedad Civil, medios de comunicación, usuarios de los servicios de salud, comunidades, que en trabajo conjunto, multidisciplinario e intersectorial logran el Buen Vivir de la población”* (MSP, 2011, pág. 22).

Según los Indicadores Básicos de Salud de la Autoridad Sanitaria de Salud *“Las enfermedades crónicas no trasmisibles son evitables si se trabaja de manera multisectorial en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad y en el diagnóstico y tratamiento oportunos”*. (MSP, 2010, pág. 26) El diagnóstico es un elemento clave para todo proceso de transformación, así mismo es una tarea que no solo compete al MSP sino que implica una corresponsabilidad de todos y todas.

4.1.3. Análisis del problema

Análisis de Factores que generan o agravan el problema

(Ver anexo # 6 árbol de problema)

Causa Directa 1: Inadecuado autocuidado del/a paciente diagnosticado/a con Diabetes y/o Hipertensión.

En el distrito 09D24 de Durán existe un inadecuado autocuidado de la población, según las estadísticas el tratamiento que siguen los/as pacientes diagnosticados/as

con diabetes e hipertensión no es completo, ya que algunos/as de los/as pacientes no incluyen una alimentación saludable o actividad física, más bien su tratamiento solo está basado en la medicina.

A más de las estadísticas los/as pacientes expresan como llevan el tratamiento en su día a día y a su vez expresan lo complicado que es regirse a un tratamiento completo *“creo que con la medicina es suficiente, sigo comiendo lo mismo que mi familia si me tomo la pastilla estaré bien y mi familia dice lo mismo”* (Paciente1, 2016), *“quiero seguir el tratamiento que me dice la Doctora pero no es fácil, me da ganas de comer lo mismo que come toda mi familia y lo como lo mismo, luego me tomo la pastilla para evitar cualquier cosa”* (Paciente2, 2016).

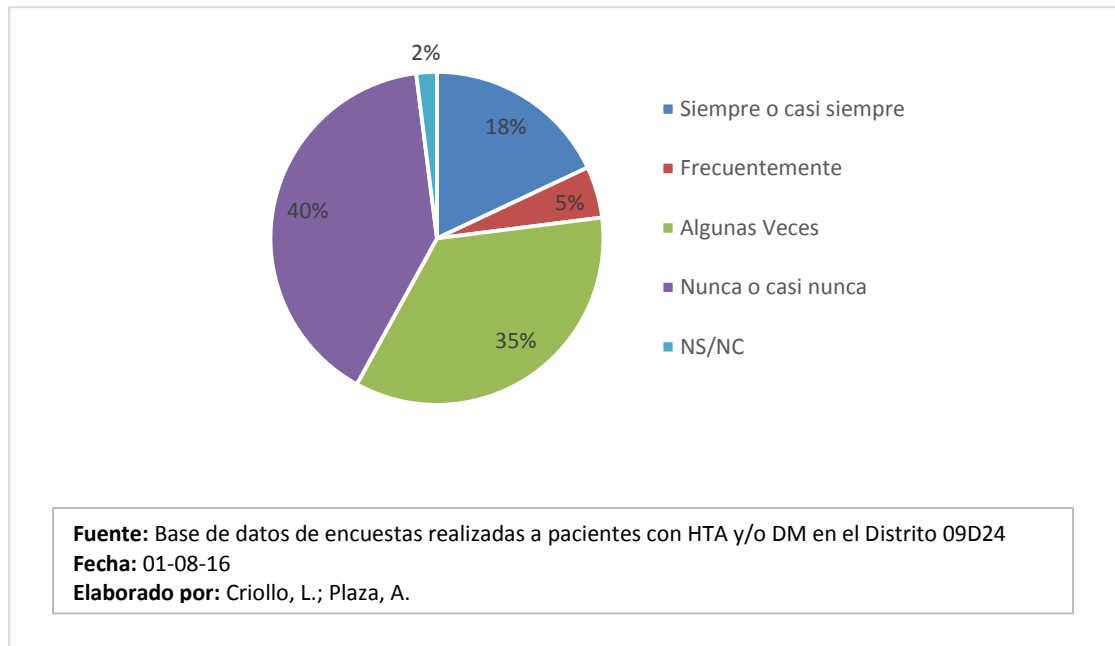
Los/as profesionales del EAIS constatan el inadecuado cuidado de los/as pacientes *“Ellos mismos cuando vienen dicen vengo solo por la partilla nada más, y no siguen la dieta que se les enseña y mucho menos la actividad física”* (Médico1, 2016), *“La mayoría toman las medicinas pero el problema es la alimentación, no están acostumbrados”* (Médico3, 2016).

A partir de las manifestaciones de los/as pacientes y a su vez con la aportación de los/as profesionales se puede evidenciar como el no seguir un tratamiento completo y adecuado es una de las causas por lo que cada vez la salud de los/as pacientes presenta complicaciones, según la teoría este es un proceso de adaptación compleja que conlleva varios factores *“La carga de salud mental a la que los pacientes con diabetes se enfrentan es preocupante. En comparación con los pacientes no diabéticos, la gravedad de las depresiones y de los trastornos de ansiedad suelen ser mucho más acusados. La combinación de los trastornos psicológicos y la diabetes es especialmente perjudicial porque puede tener un impacto negativo en los resultados psicosociales y médicos”* (Fernando Aristizabal, 2011).

El poder aceptar el diagnóstico es lo que contribuiría a que exista una mejor adaptación al tratamiento recomendado; según Nancy Klobossa *“El objetivo es aceptar su diagnóstico y aprender a manejarlo. Esto no sucederá de inmediato, pero al utilizar destrezas comprobadas que han funcionado para otros, puede empezar a recorrer el camino de la aceptación. Al dar el primer paso y al aceptar su diabetes, se sentirá fortalecido para hacer lo correcto a fin de manejar la diabetes y mejorar su salud y bienestar”* (Nancy Klobossa, 2008).

Tomando como referencia las estadísticas y las manifestaciones los/as pacientes diagnosticados/as no han podido aceptar su diagnóstico lo cual ocasiona que no exista una adherencia al tratamiento.

Gráfico# 1 : Cumplimiento exacto del tratamiento terapéutico



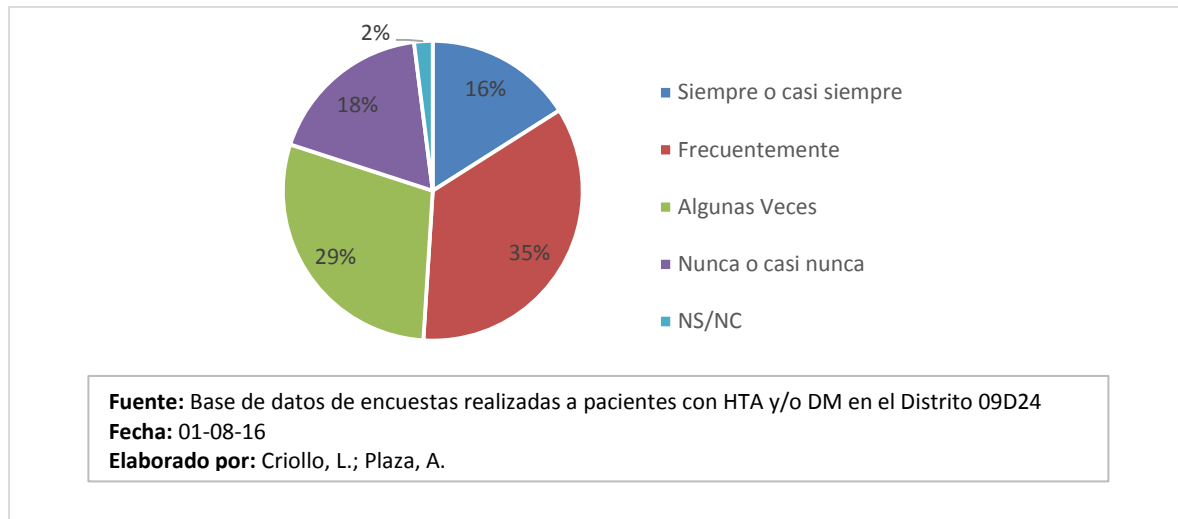
Como es posible observar en el gráfico 1 el 40% de la población de pacientes con HTA y/o DM señalan nunca o casi nunca cumplir exactamente el tratamiento terapéutico recomendado en el CS, esta cifra está seguida de un 35% de la población que señala que solo algunas veces da cumplimiento al tratamiento que básicamente se basa en medicina, nutrición y ejercicio físico.

Causas estructurales indirectas

La prevalencia de enfermedades crónicas se debe a la que población prefiere desconocer su estado actual de salud: esta causa se la puede evidenciar con las manifestaciones de usuarios/as que asisten a los diferentes centros de salud del distrito 09D24 lo cual lo expresan de la siguiente manera “una vez se me subió la presión fui hacerme ver y me dijeron que podría ser hipertensión, el Doctor me dijo que tenía que volver pero la verdad niña no quise ir me dio miedo imagine que sea así” (Paciente5, 2016), “ la última vez que fui al centro de salud me dijeron que tenía el azúcar alta y que podría ser diabetes me asuste porque mi mamá falleció de eso, el médico me dijo que regrese al mes y la verdad no quise ir hasta que volví a recaer y ahí fue me diagnosticaron” (Paciente8, 2016).

Los médicos expresan que los/as usuarios/as le temen a estas enfermedades “*Existen pacientes que vienen por presión alta o tienen los niveles de glucosa alta y cuando se les dice que podría ser diabetes o hipertensión, se asustan y dejan de asistir al centro*” (Médico4, 2016), la negación frente al diagnóstico no permite que los/as pacientes puedan llevar un tratamiento adecuado y al no hacerlo esto ocasiona que la salud se siga deteriorando y por ende que la enfermedad prevalezca.

Gráfico# 2: Siente depresión o sentimientos de culpa por la enfermedad



De acuerdo con el gráfico 2 el 35% de la población de pacientes con HTA y/o DM con frecuencia sienten depresión o sentimientos de culpa por la enfermedad diagnosticada, este sentir también es compartido algunas veces por el 29% de la población de pacientes. Por ende que, este sentimiento en común por quienes ya han recibido el diagnóstico de HTA y/o podría estar incidiendo en la preferencia de los/as usuarios/as hacia el desconocimiento de su estado de salud.

El querer desconocer su estado de salud se lo vincula con el miedo a responsabilizarse de su autocuidado: al ser diagnosticado/a con diabetes e hipertensión obliga el/a paciente a llevar un control adecuado en su ritmo de vida y esto es sinónimo de responsabilidad del autocuidado dependerá de que el/la paciente no deteriore su salud.

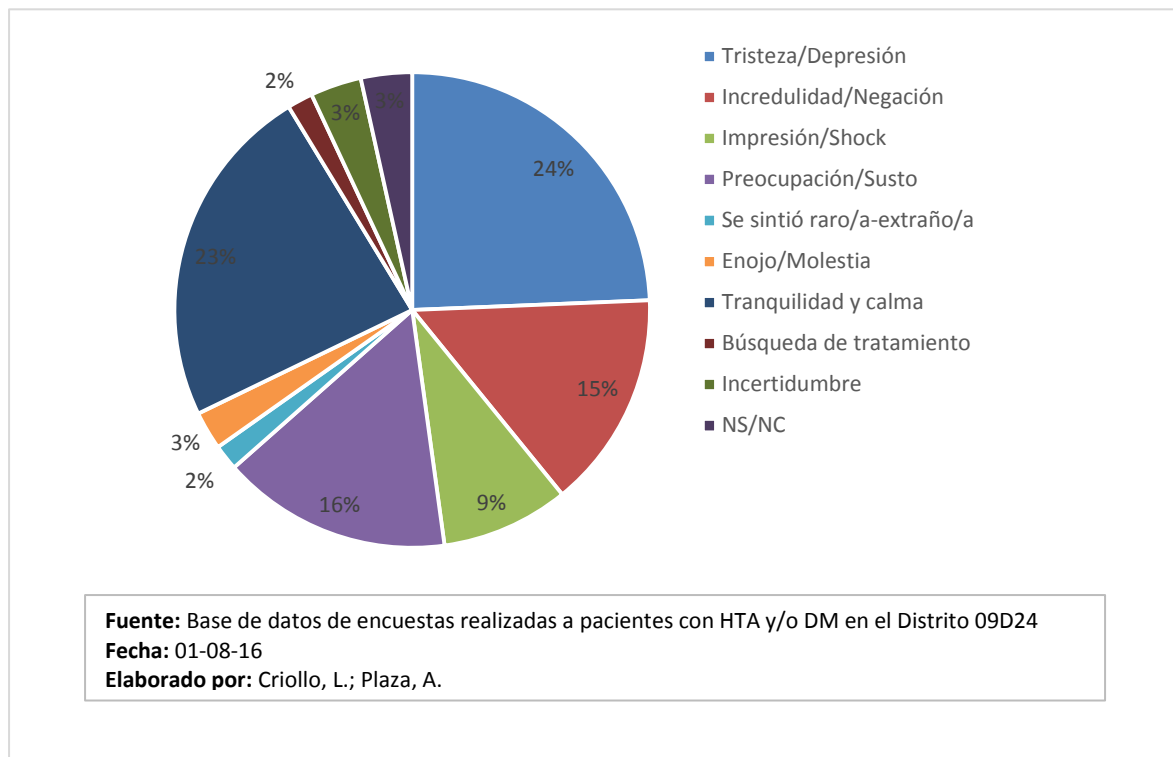
El autocuidado conlleva algunos factores que se debe de tomar en cuenta “*la atención debe considerar los factores relacionados con aspectos biológicos, emocionales y socio familiares, como la estructura y organización familiar y la capacidad del paciente para tomar decisiones. Esta visión global del problema se conoce como atención integral*” (Organización Panamericana de Salud, 2009).

A pesar de que el autocuidado debe de ser responsabilidad del/la paciente, mediante las manifestaciones dan a conocer que llevar esta disciplina se les dificulta y que se requiere de apoyo familiar para poder cumplir el autocuidado *“niña me desespera saber que depende de mí que la enfermedad avance o mejore eso de cuidarse lleva dedicación y a mí me cuesta y mi familia no apoya fuera más fácil si ellos me ayudaran”* (Paciente4, 2016)

Esto a su vez es constatado por los profesionales de la salud *“resulta que se toman las pastillas pero no se cuidan en la comida, cuando vienen acompañados sus hijos nos dicen que siguen comiendo grandes cantidades arroz”* (Médico4, 2016) *“la cultura de los/as pacientes en cuanto la comida o llevar una disciplina en su autocuidado se les dificulta y aquello ocasiona que su salud se siga deteriorando”* (Médico2, 2016).

Las manifestaciones de pacientes y médicos permite conocer las percepción que tienen frente a la responsabilidad del autocuidado, las estadísticas de la población participante también permite evidenciar como a los/as usuarios/as se les dificulta adaptarse al estilo de vida recomendado y por ende poder disfrutar de la vida; los factores culturales son factores que influyen en que los/as pacientes diagnosticados con Diabetes e Hipertensión se les complique adherirse a un tratamiento y por ende responsabilizarse de su autocuidado y así contribuir a su calidad de vida.

Gráfico# 3 Principales reacciones cuando se enteró de que tenía HTA y/o DM



Las estadísticas muestran según el gráfico 3 que las principales reacciones de los/as pacientes cuando se enteran de que tienen HTA y/o son de tristeza y depresión (28%), de preocupación y susto (18%) y de incredulidad y negación del diagnóstico de salud que se les ha rebelado. En tanto, un 27% de la población de pacientes señalan haber sentido tranquilidad y calma cuando se enteraron.

Sin embargo, entre las principales preocupaciones de los/as pacientes que estarían incidiendo en el miedo de responsabilizarse de su nuevo diagnóstico de salud y por ende de su cuidado se encuentra la adopción de un nuevo estilo de vida, y principalmente del tipo de nutrición. En tanto que según la tabla#1 el 42% de la población de pacientes señala que solo algunas veces puede disfrutar la vida con el estado de salud que tiene.

La negación ante la enfermedad y el querer desconocer su salud de la población son una de las causas por la que estas enfermedades prevalecen, sin embargo, esta la población que si conoce su diagnóstico no se adhieren a las recomendaciones acordadas con del/la médico/a; los/as pacientes diagnósticos con Diabetes e hipertensión deben de ajustarse al uso de medicamentos correspondientes que tributen al no deterioro de su salud, sin embargo, se evidencia la no adaptabilidad a las recomendaciones o sugerencias de los médicos. Los/as profesionales mencionan como

la no adherencia al tratamiento se da *“Algunos pacientes no cumplen el tratamiento debido a la creencia de que no han sido tratados correctamente o de que el medicamento no es efectivo, o también por comprender con dificultad las explicaciones médicas relacionadas con el tratamiento”* (Médico2, 2016), *“Señorita yo vivo sola, la doctora me dice como debo de tomarme la medicina pero a veces no entiendo cómo mismo es o hasta me olvido”* (Paciente4, 2016).

Los/as profesionales participantes manifiestan que existe un bajo nivel de compromiso a la hora de cumplir con las recomendaciones y se evidencia ya que los/as usuarios cuando asisten a los centros de salud expresan lo siguiente *“la palabra de ellos es vengo solo por mi pastilla. Y yo les digo que no es solo por su pastilla porque si fuera solo por su pastilla se les da una receta y ustedes van a conseguirla a la farmacia”* (Médico4, 2016), a su vez los/as pacientes mencionan lo siguiente *“Yo a veces prefiero olvidarme que tengo esta enfermedad cosa que puedo comer tranquila”* (Paciente3, 2016), a partir de las manifestaciones es posible conocer las percepciones de los/as pacientes y médicos, lo cual permite ubicarnos en el sentir de quienes viven estas enfermedades.

Por no adherirse a las recomendaciones se da la poca frecuencia en el autocontrol del estado de salud: la no frecuencia frente al cuidado de salud se debe a que los pacientes no aceptan su diagnóstico y por ello no consideran relevante asistir a las citas médicas programadas por el médico *“yo no acepto esta enfermedad para que voy a ir al médico o hacerme revisar si me siento mal me tomo alguna pastilla, si voy ahí me enfermo más al saber de todos esos cuidados que me dicen”* (Paciente6, 2016), *“los/as usuarios/as se niegan aceptar su diagnóstico niegan que se sienten mal y dejan de venir”* (Paciente4, 2016).

De acuerdo con la tabla#2 menos de la mitad de la población (49%) de pacientes acude algunas veces a los CS cada vez que sienten alguna molestia física. En tanto, pese que pacientes con enfermedades crónicas como la HTA y/o DM requieren chequeos constantes a su estado de salud, según las estadísticas el 24% de la población de usuarios/as señalan que nunca o casi nunca acuden al CS al sentir alguna molestia física.

La poca frecuencia en el autocontrol está estrechamente relacionada con la recurrencia en la atención en los CS. De acuerdo a la tabla#3 el 33% de la población de pacientes expresa que cuando los recursos materiales no son suficientes para cubrir su tratamiento médico deciden dejar de asistir a las consultas médicas en los CS del Distrito 09D24; con esta cifra estadística es posible evidenciar la relación de la no evaluación periódica de los niveles de glucosa en la sangre con la insuficiencia de

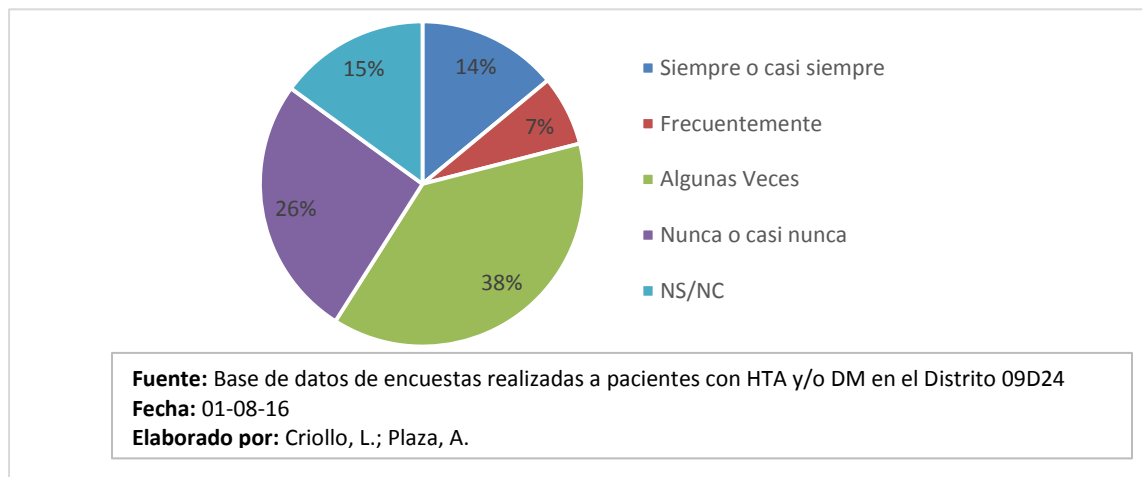
recursos económicos de la población, cuando no logran acceder a la programación de una cita médica por parte del Call Center.

Al no haber el debido control de la salud no se pueden realizar las evaluación periódica de los niveles de glucosa en la sangre: además de no aceptar el diagnóstico los centros de salud no cuentan con todos los instrumentos para llevar el control de la glucosa y que esto permita a los/as pacientes regulares conocer cómo va el nivel de su azúcar, el no conocer los niveles de azúcar es otra causa que interfiere en la prevención de las enfermedades crónicas para pacientes aun no diagnosticados.

Los médicos expresan que el no contar con todos los insumos e instrumentos necesarios para poder atender las enfermedades como la diabetes e hipertensión es una causa relevante por lo que no se puede dar una atención completa a los/as pacientes *“No contamos con los instrumentos técnicos necesarios, nos debemos regir a las manifestaciones del paciente y así comendarle los medicamentos necesarios”* (Médico4, 2016), a más de que los centros de salud no cuentan con las herramientas técnicas los/as pacientes tampoco cuentan con los debidos dispositivos *“Una vez me vieron el azúcar en qué nivel estaba, pero en los centros de salud no hay y yo tampoco tengo para comprar es caro eso”* (Paciente6, 2016).

Entre otros factores por lo que los/as pacientes no asisten a los centros de salud se debe a la calidad del servicio que manifiesta el personal médico y el personal administrativo, los/as usuarios/as lo mencionan de la siguiente manera *“La atención en los centros de salud a veces no es buena, me voy a otro centro ahí me tratan mejor”* (Paciente1, 2016), *“nos tratan mal a veces están de mal humor, pero no siempre y la verdad ni me place ir hacerme ver”* (Paciente3, 2016)

Gráfico# 4: Satisfacción con el personal administrativo del CS



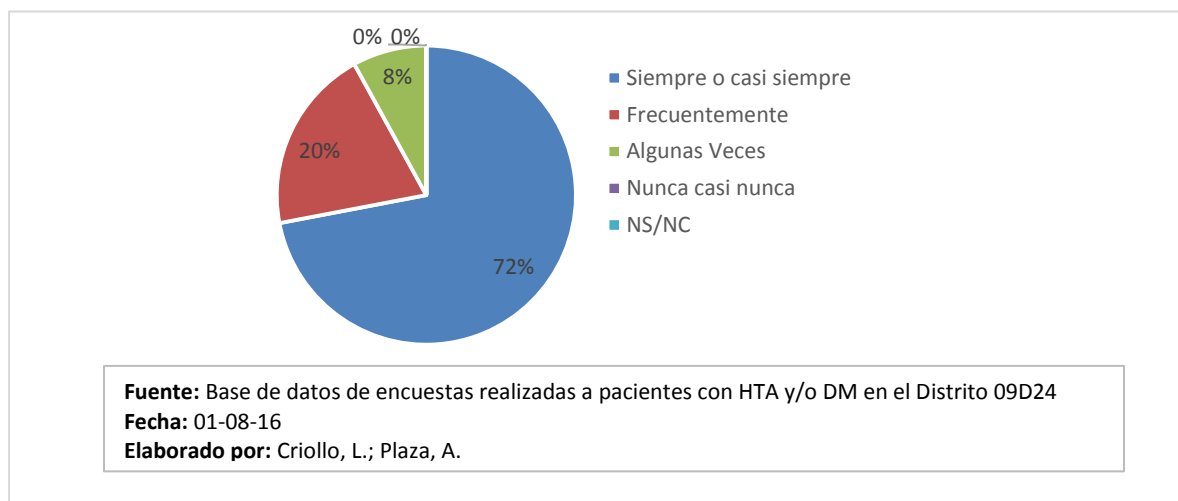
Los/as pacientes expresaron no sentirse satisfechos con el trato que reciben de parte del personal médico y administrativo, lo cual se lo puede evidenciar en las estadísticas. Como es posible observar en el gráfico 4 el 38% de la población de pacientes con HTA y/o DM algunas veces se sienten satisfechos/as con el trato que reciben por parte del personal administrativo del CS al que asisten, en tanto un 26% indica nunca o casi nunca sentir dicha satisfacción lo cual está relacionado con la poca recurrencia a los CS.

En tanto, quienes asisten a las citas médicas se evidencia que no consumen los medicamentos correspondientes lo cual también se debe por no conocer el nivel de glucosa esto ocasiona que los/as médicos muchas veces no puedan recomendar la medicación idónea, según las estadísticas los/as pacientes consideran no contar con toda la información medicamente válida lo cual es otro factor que no permite que el/la paciente lleve un tratamiento apropiado y que esto contribuya de forma positiva a su estado de salud.

Otros factor que se vincula a la causa anterior es que los centros de salud no cuentan con medicamentos de calidad *“Las pastillas ya no me están funcionando, tuve que ir a un médico particular y me dijo que las medicinas que me daba el centro de salud son como un Carmelo y que no son suficiente”* (Paciente7, 2016), los médicos sustentan esta problemática de la siguiente manera *“la medicina que se entrega a los pacientes muchas veces ya no es suficiente, ya que algunos tienen la enfermedad más avanzada que la de otros/as pacientes, nosotros recomendamos cuales deben de tomar pero no cuentan con los recursos muchas veces”* (Médico2, 2016), *“hay medicinas que ya no están acorde a los que necesitan los/as pacientes, deberían tomar otras pero son caras y no contamos con esas medicinas en los centros de salud”* (Médico5, 2016).

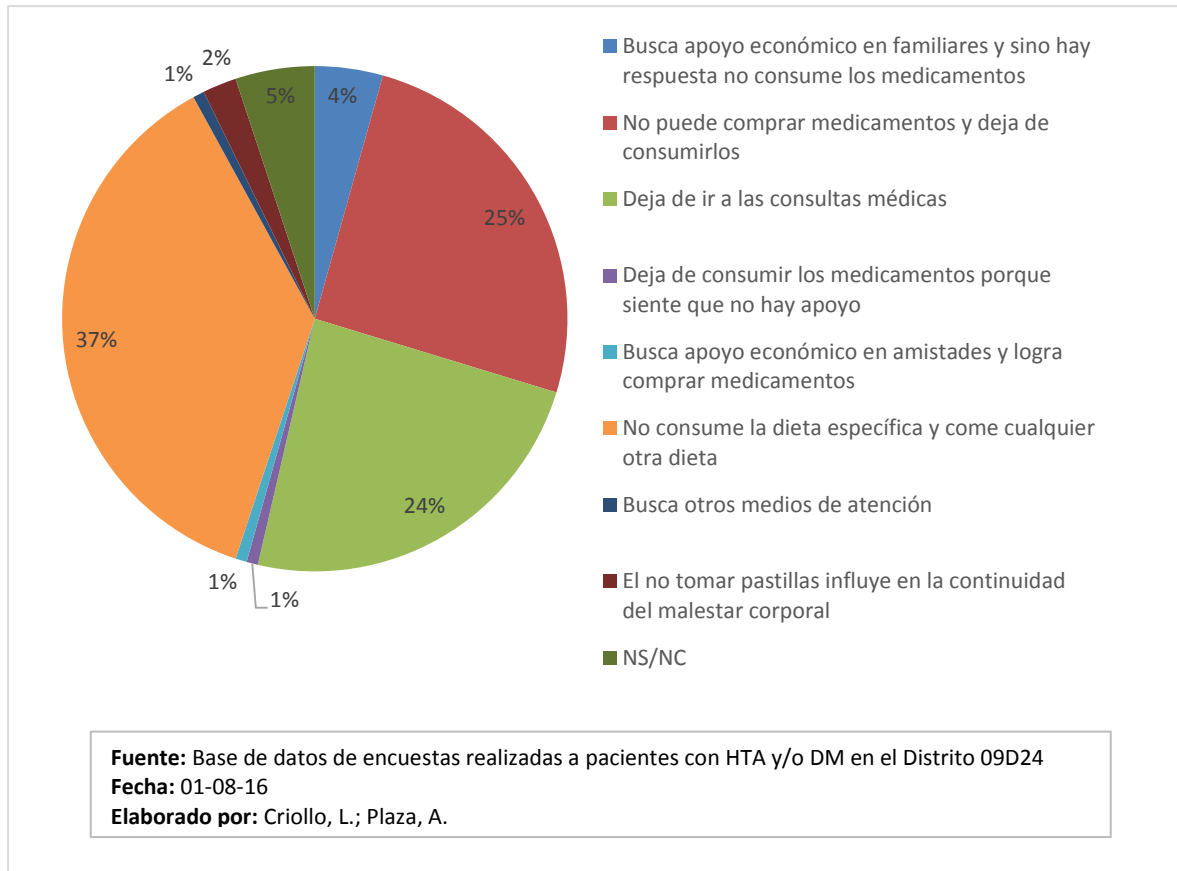
Como se puede evidenciar los centros de salud no poseen los respectivos medicamentos de acuerdo a la necesidades de los/as pacientes a su vez los recursos económicos de los/as usuarios no les permite acceder a los medicamentos necesarios para el tratamiento es importante resaltar que las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión son enfermedades que para mantener su estabilidad en los/as pacientes diagnosticados/as deben de llevar un tratamiento de medicinas que vayan acorde a sus necesidades. Según el gráfico 5 el 72% de la población con HTA y/o DM considera que el tratamiento médico es siempre o casi siempre necesario para funcionar en su vida diaria, un 20% considera con frecuencia esta necesidad.

Gráfico# 5: El tratamiento es necesario para funcionar en su vida diaria



El no llevar un adecuado consumo de medicamentos ocasiona en que el/la paciente no pueda mejorar un estado de salud *“las medicinas son un tratamiento indispensable para pacientes con diabetes a hipertensión, cada paciente es un caso diferente y los medicamentos que contamos no siempre son los que ellos deben de consumir”* (Médico1, 2016) En tanto, de acuerdo con la tabla#4 el 64% de la población de pacientes con HTA y DM expresa que siempre o casi siempre sienten que su bienestar depende del consumo de los medicamentos

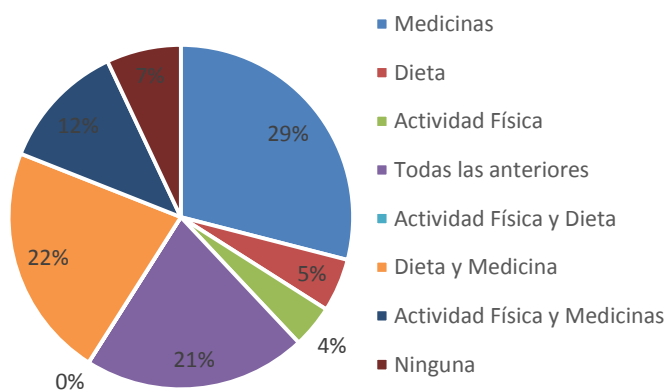
Gráfico# 6: Respuestas de pacientes cuando los recursos materiales no son suficientes para cubrir su tratamiento terapéutico



Cuando en los CS se acaba el stock de medicamentos para pacientes con HTA y/o DM, estos/as se ven resueltos/as a conseguirlos por fuera de los CS en lo cual se influye la capacidad adquisitiva de los/as pacientes para la compra de las medicinas. Según el gráfico 6 el 35% de la población de usuarios/as manifiesta que cuando los recursos materiales no son suficientes para cubrir su tratamiento médico no puede comprarlos y por ende, deja de consumirlos.

Es importante resaltar que la medicina es el tratamiento que más se cumple por parte de los/as pacientes, sin embargo, el solo cumplir con una parte del tratamiento no garantiza la mejora de la salud del paciente *“el tratamiento debe de ser completo, las medicinas son importantes pero si el/la paciente no cumple con la dieta y actividad física las pastillas no surten efecto”* (Médico3, 2016), en el siguiente cuadro se puede evidenciar el tratamiento por el cual más se rigen los/as pacientes.

Gráfico# 7: Tipo de tratamiento terapéutico seguido por pacientes



Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24
Fecha: 01-08-16
Elaborado por: Criollo, L.; Plaza, A.

Según el gráfico 7 el mayor porcentaje del tratamiento que es seguido por pacientes corresponde a los y las pacientes que solo consumen la medicina prescrita, registrándose un 29%. En tanto un 22% de la población de pacientes señala cumplir con la medicina y la dieta y un 12% indica adherirse al tratamiento de los medicamentos y la actividad física.

Como es posible observar en la misma tabla, el 7% de la población de pacientes con HTA y/o DM indican no seguir ningún tratamiento médico; pese a esto, según la tabla #5 el 72% de la población de pacientes considera que el tratamiento médico es necesario para funcionar en la vida. Como se puede observar el cumplimiento de los tres pilares básicos del tratamiento se da de forma fragmentada o parcial, las estadísticas revelan que solo un 21% de la población de pacientes dan cumplimiento de forma simultánea a la medicina, la dieta y el ejercicio físico.

El seguimiento de una tipo de dieta específica se da de forma minoritaria en el colectivo de pacientes con HTA y/o DM. Según el gráfico 7 el 5% de la población de usuarios/as con HTA y/o DM siguen una dieta específica como única forma de tratamiento a su estado de salud. En tanto un 22% de la población señala cumplir con la dieta y medicina de forma simultánea.

Como se puede observar la dieta saludable es el tratamiento que está por debajo del consumo de medicamentos, el que no se pueda cumplir con la alimentación saludable se debe al encarecimiento de alimentos saludables *“la comida dietética es cara, yo debo de tomar leche descremada, queso light, galletas integrales y todo esto cuesta y yo no siempre tengo”* (Paciente7, 2016) De acuerdo con la tabla#6 el 46% de la población de pacientes señala contar con ingresos económicos suficientes para solventar sus necesidades básicas.

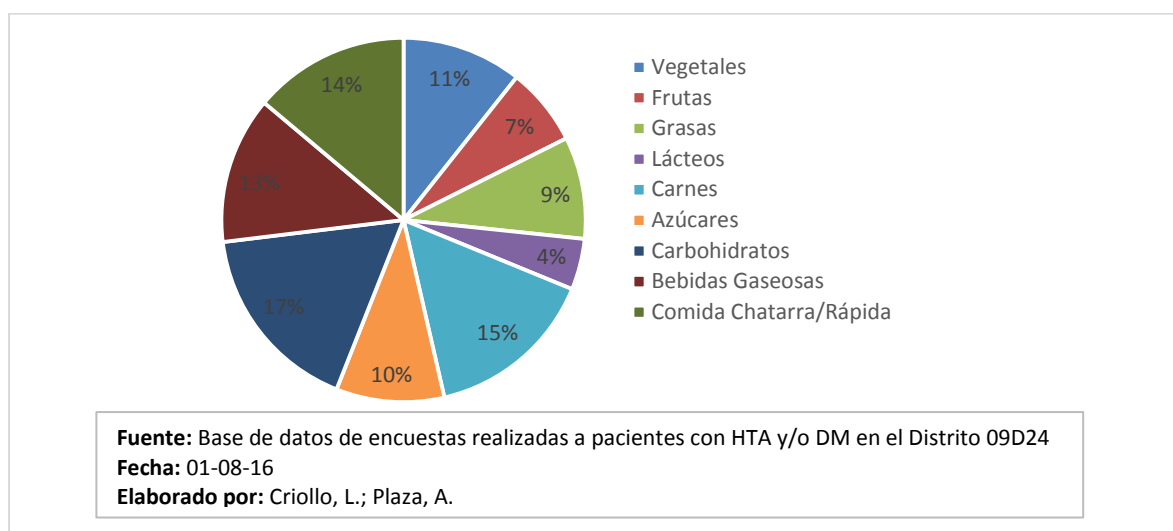
Según las estadísticas una de las principales dificultades para el seguimiento de la dieta por parte de pacientes con HTA y/o DM es la insuficiencia de recursos económicos para el consumo de la dieta prescrita, la tabla#3 permite observar que cada vez que los recursos materiales de los/as pacientes no son suficientes para el tratamiento médico lo que hace el 51% de la población es no consumir la dieta específica y comer cualquier otro tipo de alimento del que se disponga.

Los/as participantes del estudio señalan que *“los doctores me dicen que debo de comer todo light pero esas comidas light son caras si unas galletas me valen un dólar y a veces solo contamos con eso para comer todos aquí en casa”* (Paciente8, 2016), los costos de los alimentos integrales es lo que dificultad que los/as pacientes puedan acceder a ellos.

La población tiene mayor acceso a otros tipos de comidas lo cual se debe a sus costos, estos alimentos son conocidos como comida chatarra y la disminución de sus precios facilita acceder a ellos sin dificultad. Los/as pacientes diagnosticados con diabetes e hipertensión deben de llevar en su tratamiento una dieta saludable la cual consta en niveles bajos de azúcar y sal, en la estadísticas de los/as usuarios/as que asisten a los centros de salud se puede constatar los tipos de alimentos más consumibles por la población.

Esto es corroborado por la tabla#7 que rebela que el 39% de la población de pacientes nunca o casi nunca cuentan con los bienes materiales necesarios para solventar los gastos de su tratamiento y un 33% cuentan con los recursos algunas veces.

Gráfico# 8: Tipos de alimentos de mayor consumo por pacientes



De acuerdo con el gráfico 8 más de la mitad de la población de pacientes con HTA y/o DM, específicamente el 64%, expresa que su dieta diaria mayoritariamente está compuesta por carbohidratos. En segundo lugar, con un 57% los/as pacientes declaran consumir carnes, y en tercer lugar manifiestan consumir comida chatarra o comida rápida, lo cual representa un 52%. Mientras que un 49% de la población de pacientes señala consumir bebidas gaseosas como parte de su dieta diaria.

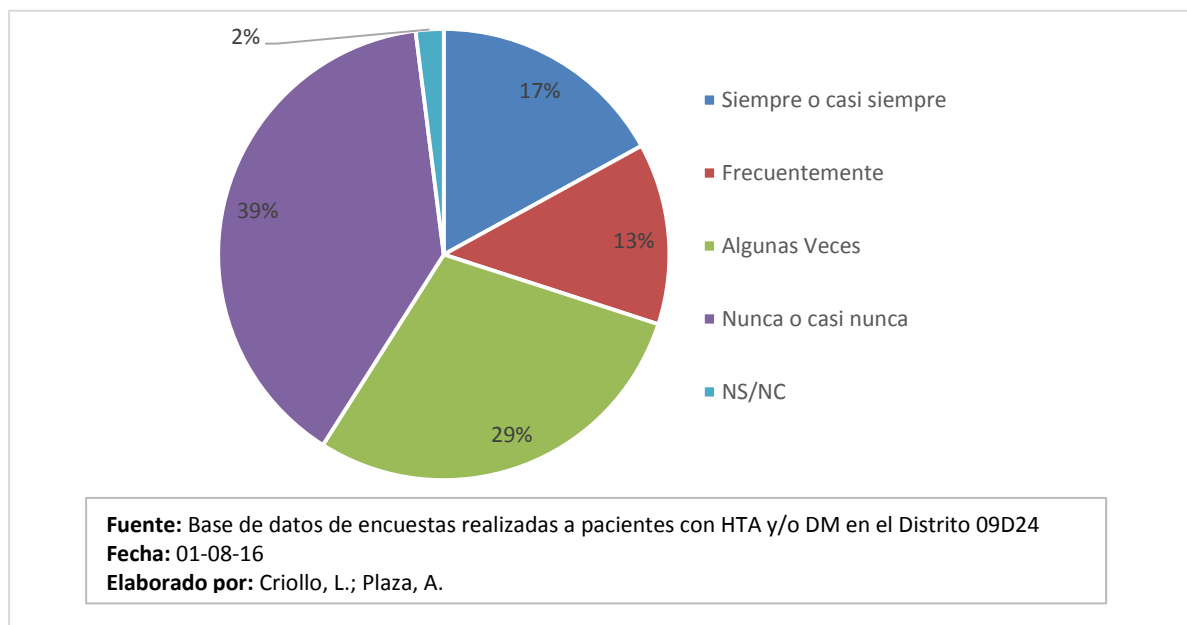
El no acceder a alimentos saludables no es el único problema sino no también la dificultad que tienen los/las pacientes de establecer una alimentación saludable; mantienen una dieta inadecuada lo cual se lo vincula con Adopción de estilos de vida occidental: *“Los estudios parecen indicar que, entre los que están expuestos a un alto riesgo, puede prevenirse la diabetes o retrasar su aparición mediante cambios sostenidos del estilo de vida, como por ejemplo una pérdida de peso del 7% y una actividad física moderada (p. ej. Caminar durante 30 minutos, 5 días a la semana)”* (OPS, OMS, 2013, pág. 14).

Según la tabla#8 el 61% de la población de pacientes consume 3 comidas diarias, mientras que apenas un 11% consume las 5 comidas que son medicamente recomendadas. Sin embargo, esto tendría vinculación con el ámbito cultural de la población en general, *“nuestra cultura occidental tiene tanto que ver con la comida que consumimos y no solo los/as pacientes sino manera general, es difícil dejar de comer lo que tanto estamos acostumbrados”* (Paciente5, 2016), *“no pueden decir que deje de comer lo que he venido comiendo por tanto tiempo, en mi familia sino se come arroz uno no se alimenta, ahora me dicen que debo de cambiar mis alimentos por esta enfermedad”* (Paciente5, 2016).

La cultura occidental se la relaciona con la globalización *“También hay una serie de determinantes subyacentes de las enfermedades crónicas, es decir, “las causas de las causas”, que son un reflejo de las principales fuerzas que rigen los cambios sociales, económicos y culturales: la globalización (...)”* (Organización Mundial de la Salud, 2015), *“esto un problema a nivel de país, esto no solo pasa en Durán esta realidad de no poder adaptarse a adecuados hábitos alimenticios le ocurre a todas las familias de nuestro país indistintamente de la clase social a la que pertenezcamos”* (Médico1, 2016).

Según la tabla#9 el 37% del colectivo de pacientes con HTA y/o DM señala que algunas veces les cuesta adaptarse al estilo de vida recomendado, en tanto, el 35% de la población sostiene siempre les cuesta. De acuerdo con la tabla#BF10 el 40% de la población de pacientes señala que frecuentemente tiene recaídas en su estado de salud.

Gráfico# 9: Consume exactamente la dieta recomendada



Como es posible observar en el gráfico 9 el 39% de la población de pacientes con HTA y/o DM señalan que nunca o casi nunca cumplen exactamente con la dieta recomendada, en tanto un 29% indica que si cumple algunas veces. En las manifestaciones de los/as pacientes se puede reafirmar la dificultad que tienen el poder adherirse a una alimentación saludable *“a mi estas comidas al vapor no me gustan niña, debo de serle sincero el Doctor dice que nada frito pero aquí en casa es así como*

se come con aceite” (Paciente3, 2016), “sé que por mi hipertensión debo de comer con menos sal, pero no me gusta la comida es simple, no puedo comer así no es fácil, y tampoco me alcanza para comprar toda la dieta que me mandan con un dólar compro arroz y me rinde para todos los que vivimos aquí” (Paciente8, 2016).

La persistencia en el no consumo de una dieta equilibrada y acorde al estado de salud de los y las pacientes incide en el mantenimiento del sobrepeso u obesidad en la población de pacientes, pese a que uno de los principales efectos de la diabetes es la pérdida de peso. De acuerdo con la tabla#11 el 37% nunca o casi nunca ha sentido satisfacción por los cambios físicos que han tenido como producto de las enfermedades crónicas diagnosticadas. En tanto, según la tabla#12 el 33% de la población de pacientes que se les ha diagnosticado HTA y/o DM, manifiestan algunas veces sentirse satisfechos/as consigo mismos/as. Por ende que esta situación estaría, a su vez, influyendo en el autoestima de los/as pacientes con HTA y/o DM.

Según las manifestaciones de los/as pacientes acceder a alimentos en altos carbohidratos es más factible que acceder a alimentos de saludables, el factor de la alimentación es netamente indispensable para pacientes diagnosticados con diabetes e hipertensión, el no poder llevar una alimentación adecuada perjudica y deteriora el estado de salud tanto física y emocional de los/as pacientes *“es increíble pensar como la alimentación influye hasta en el estado de ánimo de los pacientes, ellos/as se sienten frustrados en como como quisieran los familiares empresa que se enojan cuando comen cosas a pavor porque no les gusta” (Médico4, 2016).* Esto es corroborado por las estadísticas, ya que de acuerdo con la tabla#13 el 42% de la población de pacientes considera que el tipo de alimentación que lleva influye en la calidad de vida que lleva.

Los médicos reconocen que llevar una alimentación saludable conlleva contar con recursos económicos *“los/as pacientes que asisten al centro de salud con se escasos recursos se les hace más fácil comprar comida como arroz, verde y es que estos alimentos rinden más y a veces los grupos familiares están compuestos por más de tres miembros y a veces se centran en que todos coman dejando a un lado a su familiar con diabetes o hipertensión” (Médico4, 2016).* Como se puede ver el no poder acceder a este tipo de alimentos no permite que la salud mejore sino más bien se deteriore y la enfermedad prevalezca en otros miembros de la familia, además de contribuir en acentuar los síntomas y estragos producto de un estado de salud no controlado. Según la tabla#14 el 31% de la población de pacientes con HTA y/o DM sienten algunas veces dolor o malestar corporal producto de las enfermedades diagnosticadas, en tanto un 27% expresa sentir dichos malestares de manera frecuente.

Las estadísticas muestran que la mayoría de la población participante no tienen los recursos económicos. Según la tabla#15 el 63% de la población de pacientes con HTA

y DM no trabaja de forma remunerada, y solo un 33% genera ingresos económicos propios. De acuerdo con la tabla#16 el 82% de la población de pacientes que trabaja de forma remunerada lo hacen de forma independiente no teniendo un salario fijo mensual.

Por ello que existiría una dependencia económica del/a paciente hacia su familia, de acuerdo con la tabla# el 62% de la población declara tener ingresos familiares mensuales de menos o hasta \$366, que corresponde al salario mínimo vital. El/la paciente al no contar con las condiciones socioeconómicas para solventar sus gastos del tratamiento entra en un estado de dependencia económica por parte de su familia quienes se encargan del factor económico son los/as hijos/as de los/as pacientes, sin embargo, estos familiares responsables tampoco cuentan con todos los recursos económicos correspondientes para cubrir todos los gastos *“mi hijos me ayudan en lo que más pueden pero ellos también tienen otros gastos, no alcanza para todo”* (Paciente9, 2016), *“trato de ayudar a mi papá en lo que más pueda pero yo tengo una familia y hay muchos gastos, no siempre mi papá tiene las medicinas a tiempo y la dieta que tanto le recomienda que haga”* (Familiarpaciente1, 2016).

Los datos estadísticos permiten constatar a través de la tabla#17 que un 30% de la población encuestada no siente la libertad de tomar decisiones sobre su dinero. El no poder decidir sobre los recursos económicos y a su vez depender económicamente de sus familiares esto no permite un desarrollo en los/as pacientes, la libertad de decisión influye en la calidad de vida y el no poder desarrollarse en este ámbito puede influir de forma negativa en la salud emocional de los/as pacientes.

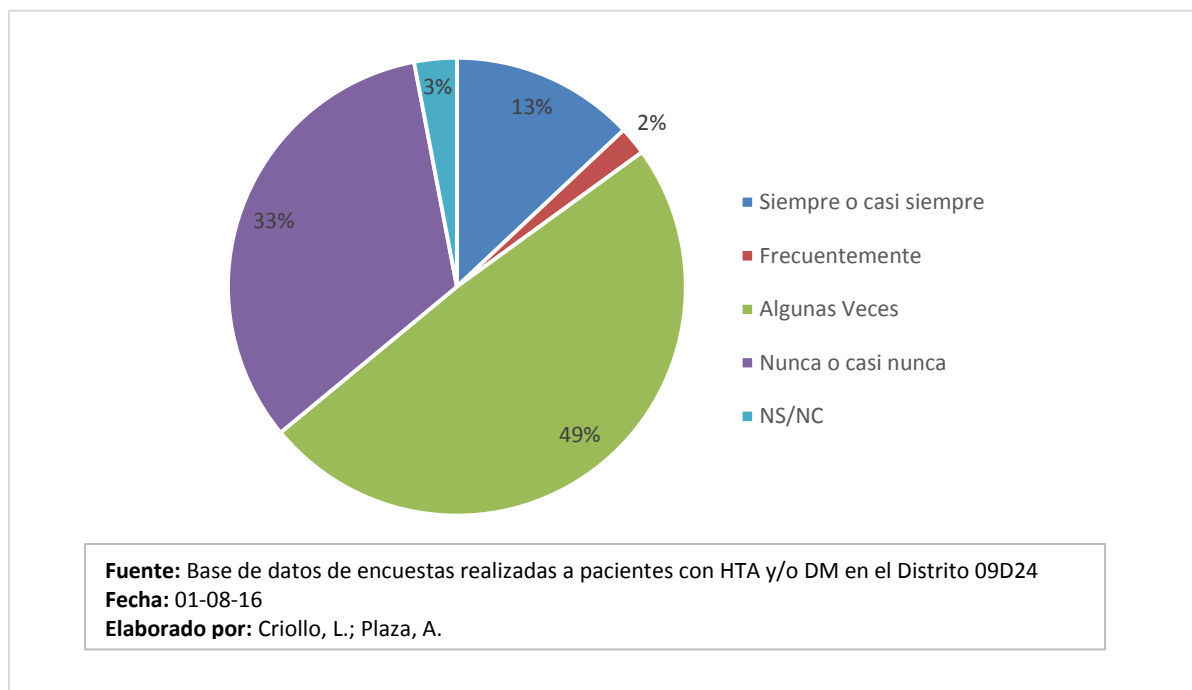
La dependencia económica de los/as pacientes se lo vincula con la no culminación de estudios básicos: en el distrito 09D24 de Durán los/as pacientes diagnósticos con diabetes e hipertensión no cuentan con estudios básicos culminados lo cual también es una causa que dificulta el acceso a plazas laborales, un informe de la OPS menciona *“La diabetes afecta a las personas de más bajo nivel educativo, lo que supone una mayor carga a los pobres estos resultados identificaron a grupos con una necesidad particular de intervención a fin de prevenir y controlar la diabetes, entre los que se cuentan las personas con un nivel educativo por debajo de la secundaria”* (Organización Panamericana de Salud, 2010)

Según la tabla#18 la mayor parte de la población (35%) de pacientes con HTA y/o DM tiene educación básica incompleta, un 14% tiene bachillerato completo. Estas dos características encuentran su vinculación en representar obstáculos al momento de que un/a paciente con HTA y/o DM solicita empleo. La no culminación de estudios superiores es una de las causas que influye en que los/as pacientes diagnosticados con

Diabetes e hipertensión no puedan satisfacer o cubrir sus necesidades como la compra de medicamentos y otros recursos materiales para llevar un adecuado tratamiento

Se puede evidenciar como situaciones sociales como la no culminación de estudio puede perjudicar a que la población diagnosticada con enfermedades crónicas puedan agravar su estado de salud, otra causa por el cual no exista acceso a las plazas de trabajo se debe a la discriminación por ser diagnosticados/as con enfermedades crónicas: la dependencia económica que viven los/as pacientes se debe según sus manifestaciones el no poder acceder a plazas de trabajo, lo cual se debe a sus estado de salud *“entre un trabajador sano y uno que no lo está como el que tiene diabetes o hipertensión no lo van a coger, escogerán al que no tiene estas enfermedades”* (Paciente5, 2016), *“la verdad esta enfermedad me agota no siempre me siento bien, me gustaría trabajar, pero aunque no me doliera nada aún así no me dan por estar enferma”* (Paciente4, 2016).

Gráfico# 10: Siente discriminación por su diagnóstico



Como es posible observar en el gráfico 10 cerca de la mitad de la población de pacientes con HTA y/o DM(49%) ha vivido en alguna ocasión algún tipo de discriminación por el estado de salud que tiene, inclusive en el ámbito laboral. Las estadísticas permiten verificar como los/as pacientes consideran viven discriminación por su diagnóstico.

Lo médicos expresan que los/as pacientes diagnosticados con diabetes e hipertensión están propensos a sufrir recaídas y mucho más en momentos de estrés *“varios de los/as pacientes no trabajan y dependen económicamente de sus hijos, no hay plazas laborales para ellos, lamentablemente los empleadores conocen los efectos de estas enfermedades y prefieren no darle la oportunidad”* (Médico5, 2016), *“todos/as los/as pacientes deben de tener la misma oportunidad laboral, sin embargo, no se es así, ellos deben de depender de lo que le den sus hijos/as”* (Médico4, 2016). Según la tabla#19 el 32% de la población menciona que algunas veces considera que hay barreras que dificultan que sean incluidos/as, en tanto un 24% señala considerar estas barreras siempre o casi siempre.

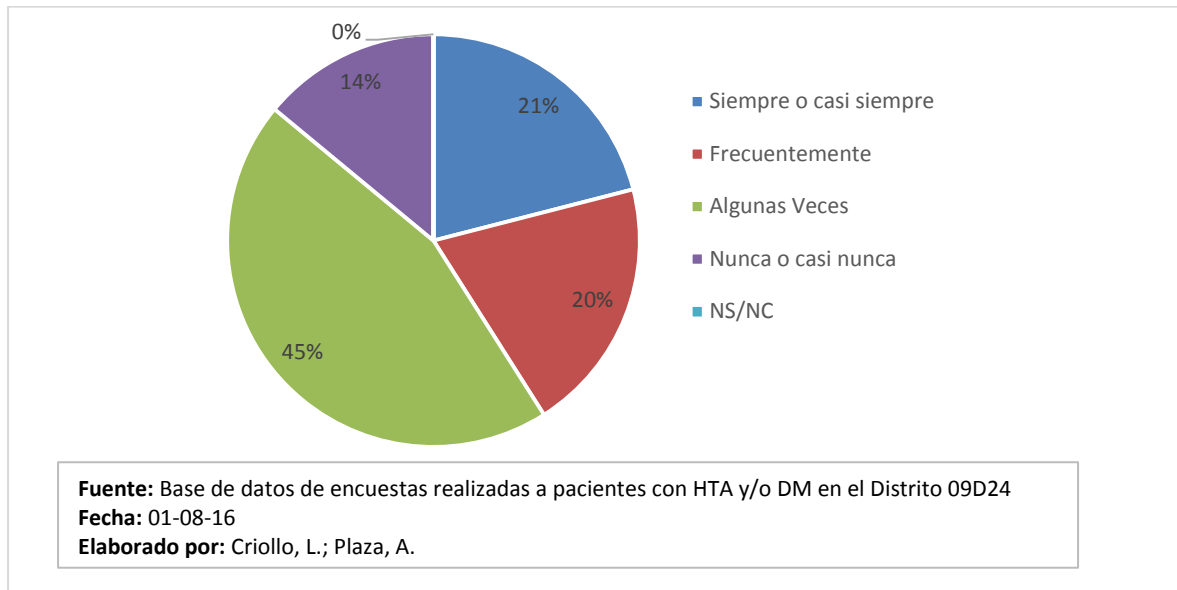
Entre otras causas que influyen que la salud de los/a pacientes diagnosticados con diabetes e hipertensión siga deteriorando su salud se debe al consumo frecuente de tabaco y alcohol: *La ingesta excesiva de alcohol es uno de los factores que conduce al aumento de la presión arterial y, en ocasiones, a hipertensión refractaria; pudiendo atribuirse directamente al exceso de alcohol el 10% de la hipertensión en hombres”* (MacMahon & Norton, 1986).

Los aportes teóricos permiten constatar lo perjudicial que son estos hábitos para la salud, sin embargo, los/as pacientes continúan con el consumo de tabaco y alcohol. *“resulta que un paciente venía regularmente hacerse ver pero notábamos que su presión estaba alta y su hija nos resultó decir que su padre se tomaba las pastillas con cerveza, ahí estaba la explicación de su presión alta”* (Médico5, 2016).

Otros estudios han descrito mayor incidencia de DM2 entre los consumidores de tabaco, en determinadas profesiones y condiciones laborales, o en presencia de síntomas depresivos o de hipertensión” (Revista Panamericana de Salud Pública , 2002). El consumo de tabaco y alcohol se debe al inadecuado manejo de Ansiedad y estrés: *“El estrés no puede eliminarse totalmente; es una reacción normal de las personas ante un evento externo, por lo que no es perjudicial en sí mismo. Cuando se hace inmanejable, se genera un desequilibrio que puede llevar a aumentar el riesgo cardiovascular”* (Clínica Alemana, 2015).

Este inadecuado manejo de estrés estaría vinculado a los problemas de sueño que viven los y las pacientes con HTA y/o DM ya que según la tabla#20 el 48% de la población de pacientes con HTA y/o DM tiene problemas de sueño, lo cual afecta de manera negativa a su estado de ánimo y de salud.

Gráfico# 11: Vive situaciones de estrés que provocan recaídas en la salud



Como es posible observar en el gráfico 11 el 45% de la población de pacientes con HTA y/o DM señalan que algunas veces viven situaciones de estrés que provocando decaídas en su estado de salud. Los/as pacientes que no llevan un adecuado tratamiento están expuestos a vivir situaciones de estrés y de ansiedad, los/as pacientes que tenían estos hábitos al no cuidarse están propensos a recaer *“varios de los/as pacientes fuman o les gusta consumir alcohol, ellos dicen que eso los ayuda a olvidarse de sus problemas o que les ayuda a mantener la calma ante su enfermedad”* (Médico2, 2016), *“cuando estoy estresado me gusta fumar sé que no debo, pero me da ansiedad y es algo que necesito hacer y eso me ayuda a sentirme mejor”* (Paciente4, 2016).

Según la tabla#21 el 35% de la población de pacientes con HTA y/o DM señalan algunas veces realizar actividades físicas o deporte, en tanto el 32% de expresa nunca o casi nunca realizar actividades físicas como parte del tratamiento médico recomendado

Causa Directa 2: Inadecuado Sistema de cuidados familiares a pacientes con Diabetes e Hipertensión.

Uno de los sistemas de apoyo de los/as pacientes con Diabetes e hipertensión es la familia, el apoyo y el involucramiento familiar es indispensable para el mejoramiento de la salud de/la paciente *“Los psicólogos y educadores en salud deben fomentar en el diabético que realice actividades que lo ayudarán a mejorar sus interacciones familiares, que son las que sostienen o perjudican su conducta terapéutica, y que en*

cierta forma son el reflejo de algunas características de la familia. A través de la red familiar, además de los amigos, es posible encontrar apoyo emocional” (Ramírez, 2005).

Desde la psicología se evidencia la importancia y la influencia que tiene el apoyo familiar en la recuperación y en la calidad de vida de los/as pacientes diagnosticados con diabetes, sin embargo, este apoyo familiar no se evidencia, se lo puede constatar en las manifestaciones de los/as pacientes que asisten a los centros de salud “se me hace difícil cuidarme me fuera más fácil si mi familia me ayudara, pero ellos están ocupados solo no puedo” (Paciente7, 2016), “mi familia no sabe nada de lo que yo tomo o de lo que debo de comer no se preocupan no hay apoyo de parte de mi familia, yo mismo debo de cuidarme” (Paciente4, 2016).

A partir de las manifestaciones de los/as pacientes se puede evidenciar la ausencia del involucramiento y apoyo familia, los médicos también a portan que el involucramiento de las familias es escaso “los/as pacientes muchas veces vienen solos, algunos de ellos son hasta adultos mayores y viven solos, siempre se les dice que vengan con algún familiar pero ellos dicen que sus hijos tienen otras ocupaciones y que no pueden acompañarlos” (Médico3, 2016), “es evidente que no existe el apoyo de la familia, los/as pacientes que vienen a control vienen solos/as y lo recomendable es que siempre estén acompañados porque siempre hay nuevas indicaciones y un acompañante que recepte esta información es importante” (Médico5, 2016).

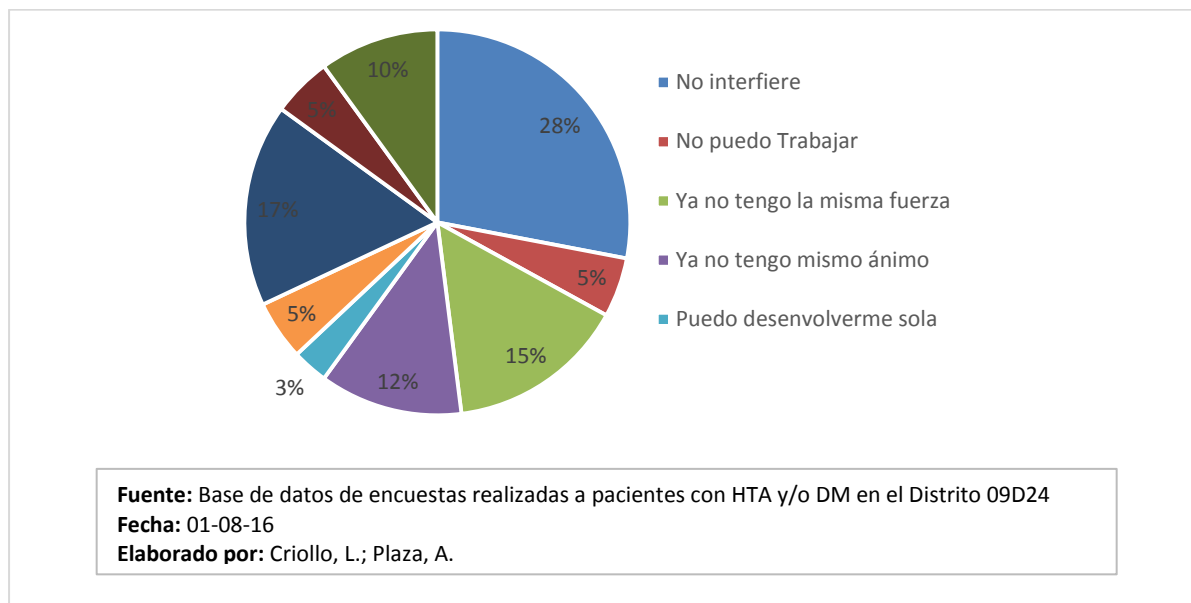
Según los datos estadísticos los/as pacientes consideran que su bienestar físico y emocional depende del apoyo o la relación que lleven con su grupo familiar; estos datos posicionan el apoyo y el involucramiento familiar como algo esencial para la recuperación de las personas diagnosticadas con Diabetes e hipertensión.

Causas estructurales Indirectas

En el sistema de apoyo familiar es necesario que la familia conozca de la enfermedad, sin embargo, se da el inadecuado manejo de los cambios de humor de los/as pacientes, los/as familiares de los/as pacientes diagnosticado/as con Diabetes e hipertensión desconocen los efectos de las enfermedades por lo que mucha veces no se maneja adecuadamente la reacción que surge entre el paciente y cuidador/a “*la educación a la familia es importante ya que es necesario para que la persona aprenda a auto cuidarse y la familia aprenda a llevar el tema con la persona que sufre*” (DirectorSubcentrodeSalud, 2015).

Los médicos aportan que la familia debe de ser educada para poder convivir con el paciente y así el grupo familiar tenga una respuesta eficaz con su familiar cuando él/ella entre en momentos de estrés. De acuerdo con la tabla#22 señala que el 42% de la población de pacientes con HTA y/o DM sienten que su bienestar depende del apoyo que le de su familia.

Gráfico# 12: Formas en las que pacientes consideran que su estado de salud interfiere con los objetivos personales y familiares



Como es posible observar en el gráfico 12 pese a que un 28% considera que su estado de salud no interfiere con sus objetivos personales como familiares, un 72% de la población de pacientes expresa las diversas formas en las que su estado de salud ha incidido en los propósitos individuales y a nivel familiar. Del 72%, un 17% de la población de pacientes con HTA y/o DM señala que la enfermedad influye en todos los ámbitos de su vida a partir de los efectos que se dan por las enfermedades, la transformación del estilo de vida necesario para el mejoramiento de la salud y las nuevas formas de organización y de comunicación que se toman en las familias de los y las pacientes como parte del apoyo a su estado salud.

Siguiendo el mismo gráfico es posible evidenciar que el 15% de la población de pacientes señala ya no tener la misma fuerza física para realizar las actividades cotidianas frente a lo cual juega un rol fundamental la distribución de las responsabilidades que se dan dentro de las familias y las medidas de apoyo a los y las pacientes dado los estragos producto de las enfermedades.

Por otro lado, un 12% de la población de pacientes indica ya no tener el mismo estado de ánimo que llevaba antes de conocer el diagnóstico de su estado de salud, este cambio de estado de ánimo no solo produce afectaciones a los y las pacientes de manera individual y aislada sino que se trata de un cambio que influye en las formas de comunicación dentro de una familia, y su respectivo funcionamiento; por ende que, se trata de situaciones que deben ser tratadas en co participación con el núcleo familiar.

Se lo considera un factor de riesgo el hecho de que la familia no conozca los efectos de la enfermedad, según los médicos esto influye en la calidad de vida no solo del paciente sino también en la calidad de vida familiar *“el paciente con Diabetes o hipertensión están propensos a tener un inadecuado manejo de su humor, la diabetes sobre todo trae efectos fuertes en estado emocional por ello es importante que la familia conozca cómo llevar estas reacciones pero sobre todo que la familia comprenda que no es la persona sino que todo es parte de la enfermedad”* (Médico2, 2016), *“mi mamá a veces se levanta de mal genio se queja de la comida que no puedo comer aquello o esto que esta enfermedad la está matando y se enoja con todos y la verdad no sabemos manejar eso ella grita todos gritamos”* (Paciente5, 2016).

Entre las manifestaciones de médicos y los familiares de los/as pacientes se puede probar que no existe una educación por parte de la familia y debido a ello los cambios de humor de los pacientes no son manejados adecuadamente lo cual ocasiona que las relaciones familiares negativas afecte el estado emocional no solo del paciente sino de todo el núcleo familiar, a más de estas manifestaciones los datos estadísticos permiten ver como los/as pacientes consideran que su estado de salud no influye de manera positiva en la relación con su familia.

Esto está vinculado con la naturalización de la sintomatología de las personas diagnosticadas con DM y HTA lo cual se da por la falta de sensibilización frente a los efectos de la enfermedad además de desconocer las formas de cómo manejar los cambios de humor de los/as pacientes, los familiares no están sensibilizados con el diagnóstico de su familiar ya sea diabetes o hipertensión, es decir no se ha comprendido que estas enfermedades traen consigo efectos que muchas veces el/la paciente no puede manejar, y al no estar sensibilizado es lo que ocasiona que el familiar no comprenda el comportamiento de su familiar *“siento que mi familia no me entiende, por eso siempre discutimos”* (Paciente9, 2016).

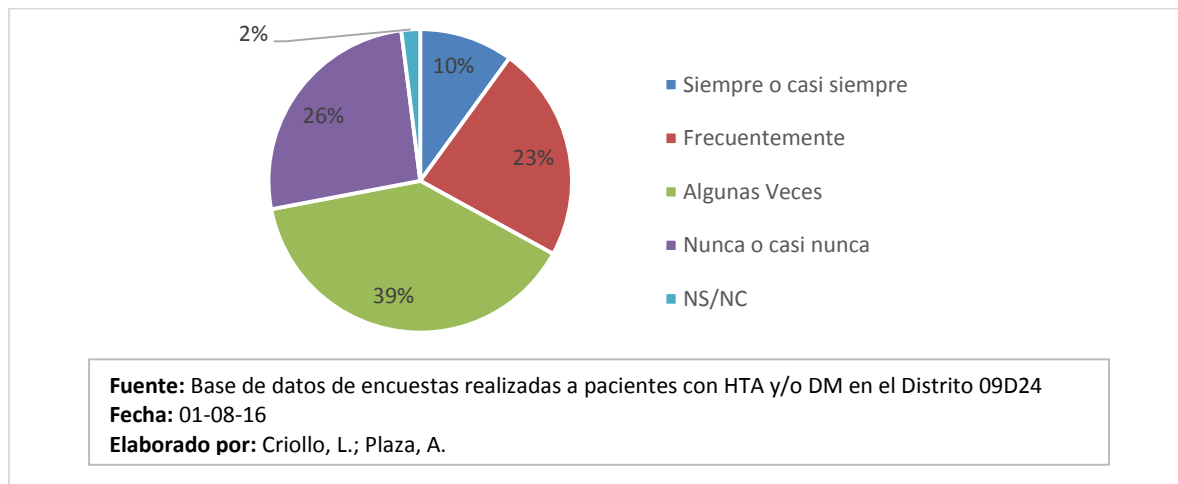
Como se puede evidenciar los/as pacientes consideran no contar con el apoyo de sus familiares y a su vez no se sienten valorados por sus familiares y lo expresan de la siguiente manera *“vivo sola, tengo como siete hijos pero solo uno que otro me visita dos de mis hijos me apoyan económicamente pero solo eso no se preocupan si voy al médico o como va mi enfermedad nada”* (Paciente9, 2016), *“no siempre el Doctor me*

da buenas noticias y cuando pasan esas cosas me gustaría tener la compañía de algunos de mis hijos creo que dolería menos y hasta me comprendieran porque ando de mal humor a veces” (Paciente3, 2016).

Según las aportaciones de los médicos esta problemática se debe a que no existe un acompañamiento por parte de los familiares cuando los/as usuarios/as deben de asistir a los chequeos médicos, ya que al no acompañar a sus familiares se pierden de la información que conlleva la enfermedad y a su vez de las recomendaciones que se deben de seguir “los/as pacientes cuando vienen a los chequeos expresan que sus familias no lo apoyan o no comprenden como se sienten, y esto genera las malas relaciones entre ellos” (Médico3, 2016), “ la familia o alguien de la familia debe de acompañar al paciente esto es necesario, el apoyo familiar es esencial, como no los acompañan se pierden de todas las recomendaciones que pudiera ayudar al cuidador a sobrellevar los efectos de la enfermedad” (Médico1, 2016).

Según la tabla 23, el 43% de la población de pacientes indica que solo algunas veces se siente de buen humor

Gráfico# 13: Considera que la situación de salud genera dificultades en las relaciones familiares

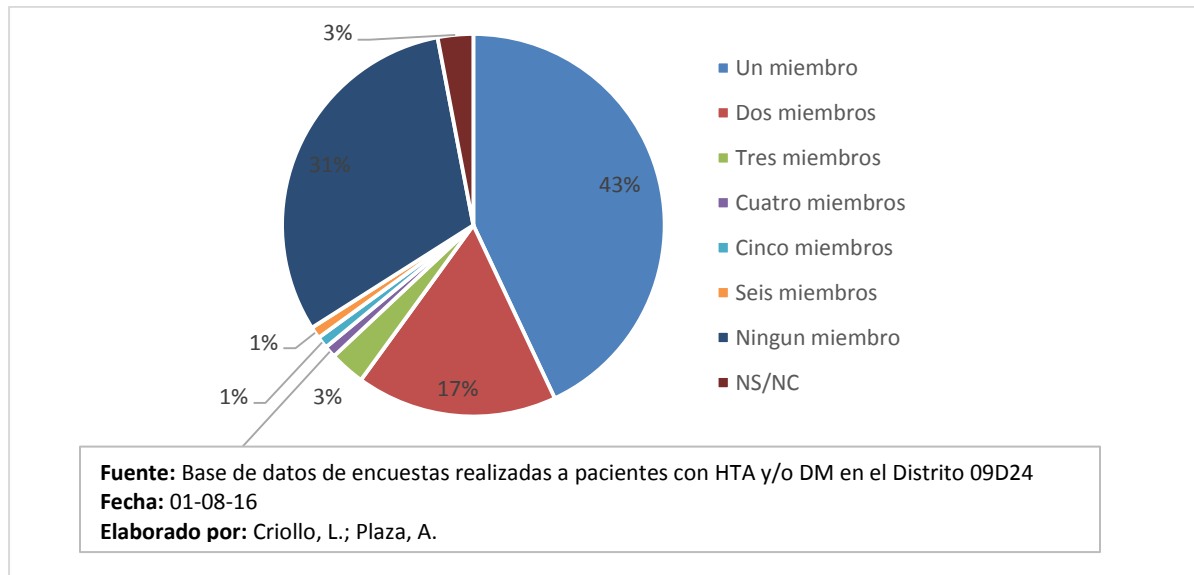


Según el gráfico 13 el 39% de la población de pacientes considera que algunas veces la situación de salud que vive a causa de la HTA y/o DM genera dificultades en las relaciones familiares

De acuerdo con la tabla#24 el 53% de la población de pacientes con HTA y/o DM expresa que algunas veces tiene dificultades para resolver los problemas en su vida.

De acuerdo con la tabla#25 el expresa que el 28% del total de pacientes con HTA y/o DM consideran que su estado de salud con frecuencia influye positivamente en la relación que tiene con las personas que vive, en tanto un 15% señala que nunca o casi nunca influye de forma positiva.

Gráfico# 14: Presencia de miembros de familia con HTA y/o DM



Como es posible observar en el gráfico 14 el 43% de la población de los pacientes con HTA y/o DM indican tener un miembro de su familia con que ha sido también diagnosticado/a con dichas enfermedades, en tanto un 17% señala tener dos miembros de su familia que han sido diagnosticados/as con HTA y/o DM. Esta cifra se extiende hasta un 1% de la población de pacientes que ha declarado tener hasta 6 miembros de su familia con el mismo diagnóstico compartido.

Según la tabla#26 el 58% de los/as pacientes comparten el mismo diagnóstico de la enfermedad con sus progenitores, en tanto, un 33% de comparten el diagnóstico con sus hermanos/as, y un 12% con sus cónyuges.

Sin embargo también existe un 31% de la población de pacientes que manifiestan no tener ningún miembro que presente dichas enfermedades, lo cual podría estar vinculado con el desconocimiento de las complicaciones de dichas enfermedades por parte de sus familias.

Las estadísticas permiten constatar como el inadecuado sistema familiar afecta la calidad de vida de todo el grupo familiar, la prevalencia de estas enfermedades también

se lo relaciona con el desconocimiento de información relacionada a los cuidados esenciales a pacientes con DM y HTA y por ende desconocen de dietas acorde al tipo/nivel de DM e HTA: las enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión conllevan un tratamiento médico de responsabilidad, por lo que es necesario tener una actitud de disciplina lo cual no solo involucra al/el paciente sino también al cuidador/a, esta disciplina consta de medicamentos, alimentación saludable y la actividad física, las familias de los/as pacientes diagnosticados desconocen que estas enfermedades deben de contar con todo este tratamiento de forma regular y con responsabilidad.

El desconocer el tratamiento por parte de los familiares dificultad que el/la paciente pueda adaptarse al estilo de vida que debe de llevar por su diagnóstico, el desconocimiento del tratamiento tiene que ver con el poco involucramiento familiar “mi familia desconoce que debo y que no debo comer por mi enfermedad y la verdad yo como lo que hacen para todos aquí en la casa” (Paciente4, 2016) Según la tabla#27 un 45% de la población de pacientes consideran algunas veces que cuentan con información medicamente válida para facilitar su adaptación a su estado de salud.

El que no exista un involucramiento por parte de la familia influye en el deterioro de la salud del/la paciente y esto es una de las causas por lo que la enfermedad prevalezca e influya de forma negativa en la calidad de vida individual del/a paciente, los médicos expresan que la ausencia de apoyo dificulta que los/as usuarios tengan una cultura de cuidado y de prevención *“esto es un trabajo en equipo, el/la paciente puede llegar a auto cuidarse pero siempre va a necesitar que alguien esté ahí para ayudarle a llevar un control, algunos de los familiares no conocen en que consiste la diabetes o la hipertensión ni todos los cuidados que conllevan y eso hace que la salud de ellos/as deteriore”* (Paciente6, 2016).

En que los familiares desconozcan la gravedad de afectación en el/a paciente por mantener una dieta inadecuada es lo que genera resistencia al cambio en los hábitos alimenticios de los/as miembros de la familia esta resistencia es lo que no permite que la salud del/la paciente mejore y a su vez es la causa por lo que las enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión siga teniendo cabida en la salud de la población del cantón Durán, la no crear una cultura alimenticia basada en bajos niveles de azúcar, sal y grasas desde temprana edad es lo que ocasiona que exista sobrepeso *“los niños que asisten al centro de salud acompañando a sus padres tienen sobre peso claro no todos, pero esto indica que las familias no previenen o no piensas en las grandes dificultades que pueden presentarse en la salud”* (Médico4, 2016).

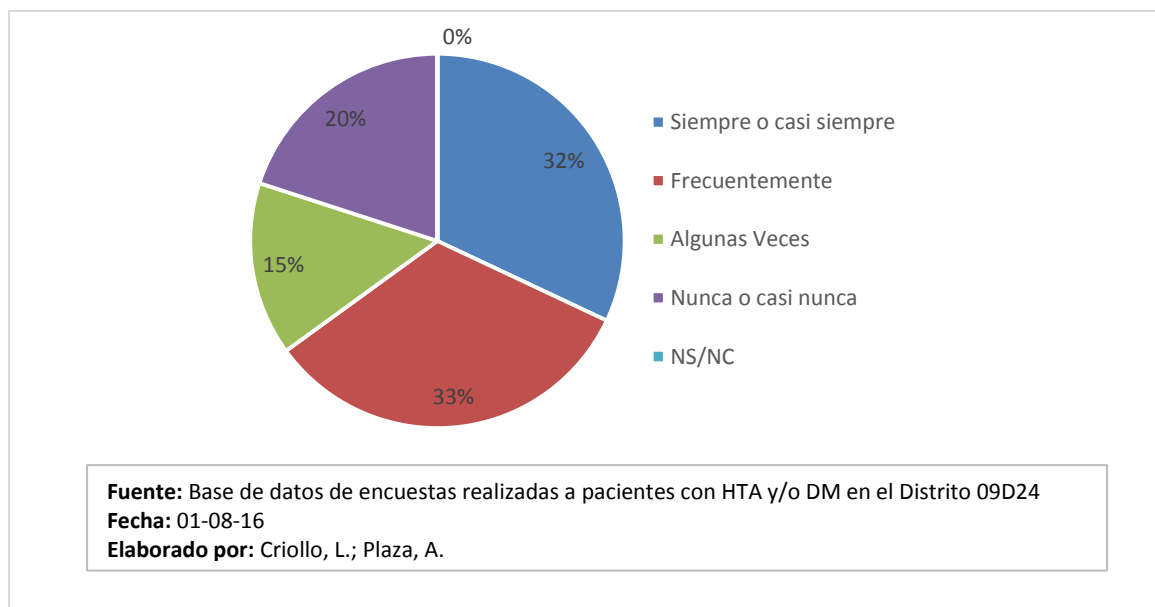
La resistencia ante los hábitos alimenticios se lo relaciona con los patrones y hábitos alimenticios familiares son predominantes frente a los cuidados necesarios; al conocer el diagnóstico del/la paciente es necesario que los hábitos alimenticios cambien con el

fin de que su salud no siga deteriorándose. Este es un cambio que no solo debe de hacerlo el/la paciente sino también el grupo familiar, sin embargo, los familiares les resulta difícil adherirse a nuevos hábitos alimenticios basado en bajos niveles de azúcar, sal y grasas; la dificultad que muestran las familias al adherirse a una alimentación saludable se debe a los patrones y hábitos alimentaciones que muchos llevan desde su infancia.

Esta dificultad de adherencia hacia nuevos hábitos alimenticios se lo evidencia a partir de las manifestaciones *“a mí me gusta lo que como niña, yo no estoy enferma para dejar de comer lo que tanto me gusta a mi papá le dijeron que debe de cambiar la forma de comer pero no por ello lo vamos hacer todo”* (Familiarpaciente1, 2016), *“debo de ser sincera sabemos que por la enfermedad de mis padres ellos deben de comer diferente y hasta a nosotros nos haría bien pero ya estamos acostumbrados a nuestras comidas no es comida sino hay arroz o menestra”* (Familiarpaciente5, 2016) Según la tabla#28 el 47% de la población de pacientes señala nunca o casi nunca sentir satisfacción con tipo el de alimentación que llevan, un 38% expresa algunas veces sentirse satisfecho/a.

Según el gráfico 15 el 33% de la población de pacientes comparte la misma alimentación con su familia frecuentemente, y un 32% lo hace siempre o casi siempre.

Gráfico# 15: Comparte la misma alimentación con su familia



Los médicos dan a conocer lo importante que es que la familia apoye a los/as en poder crear nuevos hábitos alimenticios, ya que esto hace que la problemática o la enfermedad sea compartida y así el/la paciente se sienta acompañado en el reto de poder mejorar su salud a pesar de su diagnóstico *“es notorio como les cambia a cara a*

la familia de los/as pacientes cuando se les dice que deben de cambiar la alimentación y que toda la familia también debería de hacerlo, pero pareciera que se le pide algo imposible” (Médico3, 2016), *“comprendemos que nuestra cultura tiene hábitos alimenticios basados en altos niveles de carbohidratos y se les dificultad dejar aquellos tanto para el/la paciente como al resto de la familia”* (Médico2, 2016)

De acuerdo con la tabla#29 un 20% de la población de pacientes indica que siempre existen desacuerdos entre las creencias de su familia y el tratamiento dado por el CS, pese a que un 47% declara que esto nunca o casi nunca sucede.

Al ver los efectos del inadecuado cuidado las familias se rigen en Reproducir patrones culturales de curación de enfermedades en la familia más no en la cultura de la prevención, “la verdad solo acompaño a mi mamá cuando ya la veo muy mal y no sé qué hacer, tiene fuertes recaídas y la verdad la Doctora hasta nos reta porque dice que solo vamos cuando mi mamá se siente mal” (Familiarpaciente5, 2016), “no asisto a las consultas médicas y no lo hago porque no me cuido y la verdad no quiero que me estén retando ya no estoy para eso, me debo de estar muriendo para ir al centro de salud” (Paciente6, 2016), “hay pacientes que necesitan venir pero no vienen, solo se los ve cuando tienen recaídas en su salud sobre todo cuando se les sube la presión y no debe de ser así” (Médico5, 2016).

Según la tabla#30 un 38% de la población de pacientes señala participar algunas veces en los espacios o actividades organizadas por el CS y un 25% expresa nunca o casi nunca participar en dichos espacios.

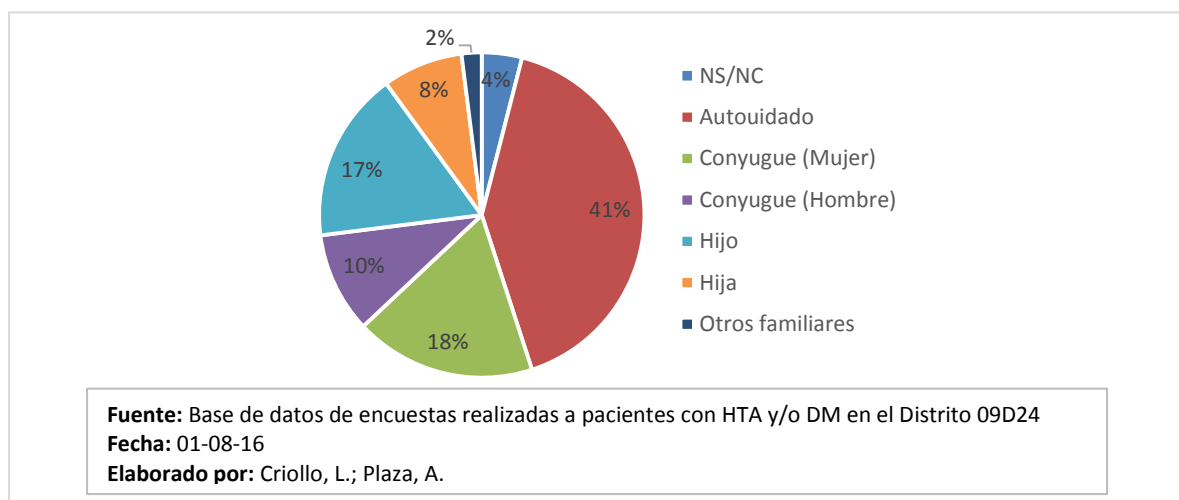
Entre otras causas por lo que las enfermedades crónicas siguen afectando la salud de los pacientes diagnosticados se debe al tratamiento relacionado con las medicinas, ya que se da un insuficiente involucramiento de la familia en la supervisión de la adherencia a recomendaciones médicas por ende el inadecuado control de la administración de los medicamentos según la prescripción médica, el hecho de que la familia no este sensibilizada con la gravedad de la enfermedad es lo causa que la familia no supervise el consumo de los medicamentos, y la familia es importante para que este tratamiento se lo pueda cumplir “La familia debe de darle un seguimiento permanente a estas nuevas formas de vivir que tienen sus familiares ya sea con diabetes o hipertensión, tienen que apoyarle para que puedan cumplir con el tratamiento adecuado de los medicamentos” (DirectordeSudcentrodeSalud, 2015).

Según la tabla#31 el 33% de la población de pacientes con HTA y/o expresan que frecuentemente han aprendido o desarrollado habilidades para facilitar el cumplimiento de su tratamiento médico; mientras que, un 28% de la población de pacientes nunca o casi nunca consideran haber desarrollado alguna habilidad.

Sin embargo, de acuerdo con la tabla#32 entre las principales habilidades desarrolladas los y las pacientes han declarado que las habilidades en un 39% están ligadas con la disciplina en el consumo de medicamentos, el 14% están relacionadas con la disciplina en el ejercicio físico, el 12% están relacionadas con la disciplina en el cumplimiento de la dieta, mientras que apenas un 2% se encuentran vinculadas con la organización para el control de citas médicas. Como es posible evidenciar los y las pacientes declaran haber desarrollado habilidades relacionadas a la cultura de curación, más se excluyen habilidades de tipo preventivas en los/as propios/as pacientes.

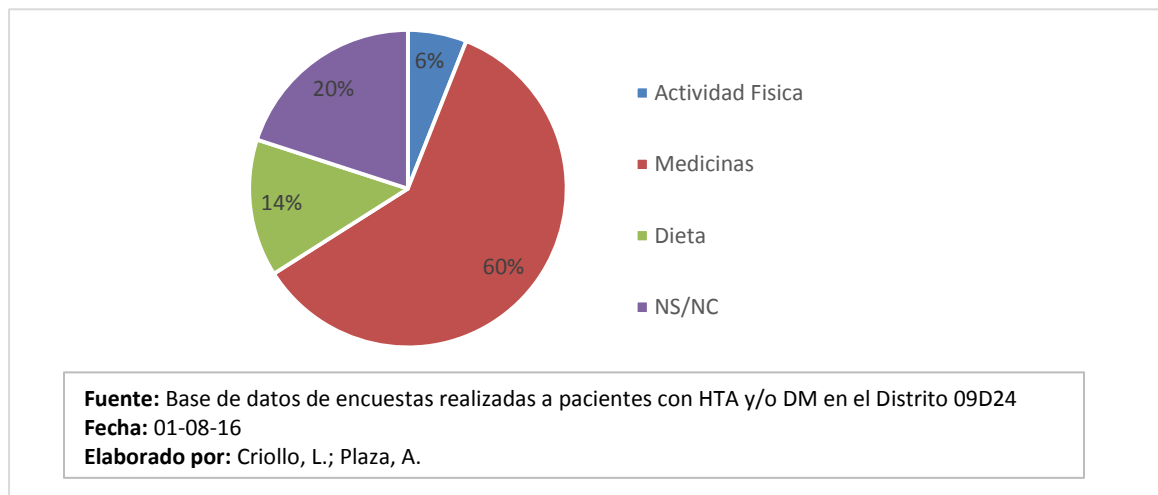
A pesar de que los/as pacientes siguen una parte del tratamiento las estadísticas permiten evidenciar como el autocuidado no se lleva adecuadamente y a su vez como los/as usuarios/as no han desarrollado habilidades que permitan llevar un mejor autocuidado de la salud.

Gráfico# 16: Miembro de familia que es cuidador/a principal del/la paciente



De acuerdo con el gráfico 16 el 41% de la población de pacientes con HTA y/o DM declara seguir el autocuidado de su salud sin declarar algún cuidador/a. En tanto un 17% señala a los hijos como cuidadores, y un 8% de la población indica que las hijas son las que se encargan de su cuidado, por lo que podría decirse que los y las hijos/as son quienes principalmente asumen el rol de cuidadores/as de la salud de sus madres y padres. Otro 10% de la población manifestó que sus cónyuges asumen el papel de cuidadores/as de su estado de salud. En los datos del gráfico 17 el 60% de la población de pacientes indica que su cuidador/a se encarga específicamente de la administración de medicinas, y un 14% se ocupa del cuidado en el consumo de una dieta adecuada para los/as pacientes.

Gráfico# 17: Aspectos de cuidado del que se encarga el/a cuidador/a



A más de los datos estadísticos las declaraciones de los propios familiares permiten constatar el insuficiente involucramiento en la supervisión de la adherencia a las recomendaciones médicas “la verdad no conozco exactamente cuáles son los medicamentos que mi papá debe de comer y en su alimentación también desconozco que puede y que no puede comer, yo lo ayudo económicamente pero más de eso no lo sé” (Familiarpaciente3, 2016), “yo trato de estar pendiente de las medicinas de mi mamá pero la verdad también me olvido y ella también a veces no se las toma o se las toma a cualquier hora y en la comida tampoco se cuidado come lo mismo que nosotros” (Familiarpaciente5, 2016).

Los/as pacientes necesitan contar con este sistema de apoyo, sin embargo, los familiares no asumen una distribución equitativa de responsabilidades por todos/as los familiares. De acuerdo con la tabla#33 el 47% de la población de pacientes tiene de una a tres hijos/as, un 28% tiene de cuatro a seis hijos/as, y el 7% tiene siete o más hijos/as. En tanto, un 11% expresa no tener hijos/as, las estadísticas permiten identificar que los/as pacientes tienen hijos que pueden hacerse cargo de su cuidado y tratamiento, sin embargo, no existe una distribución equitativa entre los miembros del hogar “vivo con todos mis hijos pero nadie sabe nada ni lo que mismo tengo” (Paciente10, 2016), “yo a veces me siento mal y aun así debe de hacer las cosas yo, mis hijos casi no me ayudan, mi nieta a veces” (Paciente5, 2016), “Mis viven a lada cada una las tengo cerca pero aun así a veces me siento sola” (Paciente4, 2016).

Esta causa de no la responsabilidad se la vincula con las experiencias familiares negativas de relacionadas con la historia de vida del pacientes que lo/a desvinculan de su familia. en el levantamiento de información se identificó mediante expresiones y manifestaciones que los hijos guardan un grado de resentimientos hacia sus padres

“creo que a mi hijo/a les molesta cuidarse porque cuando eran adolescentes yo era muy rígidos con ellos/as” (Médico2, 2016) *“aquí entre nos señorita yo tengo mucho dolor con mi padre, él nos trataba mal cuando éramos niños con mis hermanos y la verdad eso yo no me olvido”* (Familiarpaciente4, 2016), *“trato de visitar a mis padres lo más frecuente que pueda pero a veces no lo hago tengo dolor del pasado de como ellos se portaban, pero bueno ahí los ayudamos”* (Familiarpaciente2, 2016), *“yo trato de hacer todo por ellos lo que más pueda pero debo de reconocer que a veces me cuesta, ellos eran muy agresivos cuando era niña y a veces me acuerdo y me da coraje, pero son mis padres”* (Familiarpaciente1, 2016).

Las experiencias negativas influyen en que los/as hijas/puedan distribuir responsabilidades, esta causa trae consigo otras causas más que no permite que exista un sistema de cuidado familiar adecuado, el individualismo por parte de los/as miembros de la familia es parte de los efectos individualistas provenientes de cultura postmoderna según la teoría en nuestros tiempos el individuo tiene ciertas características “el individuo post-moderno luce ser astro y universo. Los ámbitos de su accionar parecen alcanzar los límites de sus intereses estrictamente personales (...)ya que sugiere un ser que, desconectado de su corporeidad, entiende el mundo en función de sus necesidades y no en función de su condición de relaciones con otros seres.” (Bello, 2013, pág. 2).

El ser humano está centrado en sí mismo y es lo que ocasiona que el individualismo es lo que predomine en su conducta, esas causas estructurales permite comprender el contexto y la realidad en la que los seres humanos se ven expuestos y lo que a su vez trae consigo consecuencias en problemáticas sociales de esta índole, esta realidad lleva a la última causa que permite conocer las causas por lo que no existe un apoyo integral de parte de la familia hacia sus familiares diagnosticados con enfermedades crónicas; la sobrecarga de responsabilidades de cuidadores/as familiares de paciente.

Según la tabla#34 el 45% de la población de pacientes con HTA y/o DM señala que en su vivienda habitan de 2 a 3 personas, un 27% señala que habitan de 4 a 5 personas, y un 17% indica que viven 6 o más personas. Mientras que, un 8% expresa vivir solo/a.

Mediante estos datos estadísticos se visualiza que los/as pacientes conviven con más de tres personas en el hogar, sin embargo, no se da la distribución de responsabilidades en el hogar en cuanto al cuidado del/la paciente “vivimos muchos aquí pero a veces es como si estuviera sola, no apoyan a la hora de hacer los quehaceres del hogar” (Paciente6, 2016)

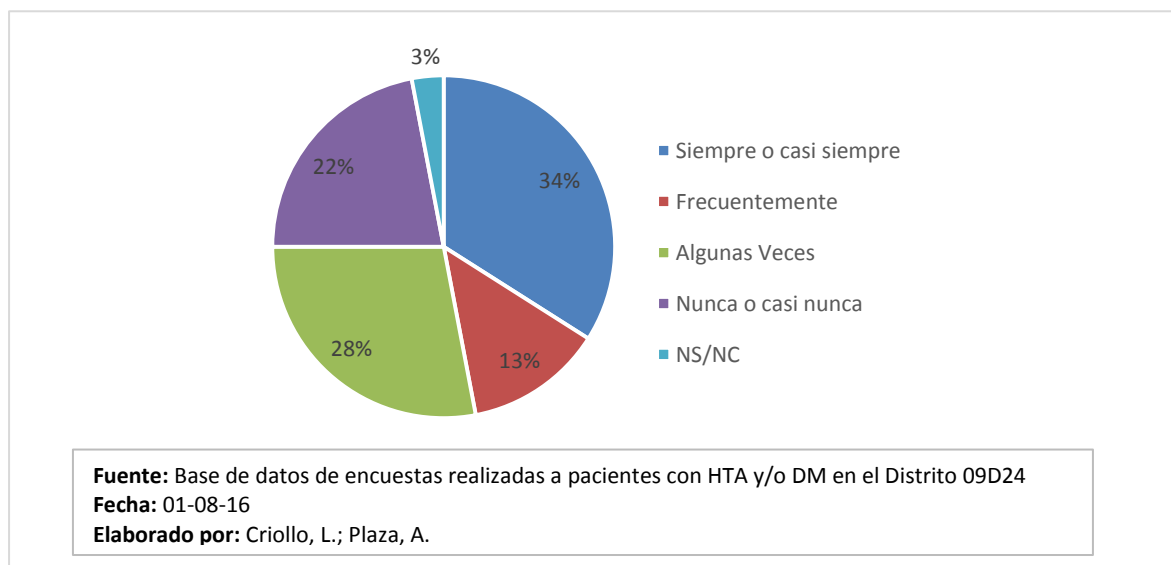
Como se mencionó entre las causas anteriores la población participante no han culminado sus estudios y a su vez no cuentan con un trabajo remunerado lo cual los

ubica en un estado de dependencia, el apoyo de los/as pacientes son sus hijos/as quienes ya tienen conformadas sus familias y por ende responsabilidades establecidas con cada uno de los miembros de su hogar, estas responsabilidades influyen en que no puedan dedicar mayor tiempo al cuidado de la enfermedad de su familiar.

Es necesario tomar en cuenta esta realidad que viven los/as usuarios/as que asisten a los diferentes centros de salud del cantón Durán; las responsabilidades y obligaciones que tienen los hijos de los/as pacientes no permite que se pueda dar una atención completa y se lo puede verificar a partir de las siguientes declaraciones “*mi hija tiene muchas cosas que atender creo que ya hace mucho al tenerme aquí en su casa*” (Paciente8, 2016), “mis hijos ya tienen sus familias, tienen hijos que deben de atender sus trabajos, no los veo siempre y ya no tienen mucho tiempo para uno” (Paciente4, 2016).

Los/as hijos/as responsables de los cuidados de sus familiares son padres, madres, estudiantes, empleados/as quienes mantienen responsabilidades y obligaciones lo cual influye en que no exista un completo involucramiento familiar, “trato de ayudar en lo que más puedo a mis padres pero también tengo otras preocupaciones mi familia mi trabajo y eso hace que no pueda estar siempre pendiente de mis padres” (Familiarpaciente6, 2016), “soy madre soltera debo de cubrir muchos gastos y ahora con la enfermedad de mi mamá se me hace aún más complicado hago lo que puedo” (Familiarpaciente3, 2016) el no contar con un acompañamiento los/as pacientes están propensos a no llevar un adecuado control de su tratamiento y esto influye en su deterioro de la salud, ya que no solo se toma en cuenta el acompañamiento físico sino también emocional

Gráfico# 18: Su familia lo apoya cuando lo necesita



Como es posible observar en el gráfico 18 menos de la mitad de la población de pacientes con HTA y/o DM considera que siempre o casi siempre su familia lo/a apoya cuando lo necesita; en tanto, un 28% señala que algunas veces se da este apoyo familiar, y un 22% señala que el apoyo se da nunca o casi nunca.

Según la tabla#35 el 32% de la población de pacientes considera que sentirse siempre tratado con respeto en su familia, mientras que un 31% señala que algunas veces siente ese trato respetuoso en su familia. De acuerdo con la tabla#R11 el 51% de la población de pacientes considera que algunas veces se siente valorado/a por su familia o personas importantes para el o ella y un 17% señala nunca o casi nunca sentir dicha valoración, y de acuerdo con la tabla#36 el 35% de la población de pacientes sienten que siempre tienen una relación cercana con su familia, un 21% siente eso de manera frecuente, mientras que el 16% nunca o casi nunca siente cercana la relación familiar.

La relación que llevan los/as pacientes con sus parejas también influye en la calidad de vida de quienes sean pacientes diagnosticados con HTA y/o DM, según la tabla#37 el 29% de la población se siente satisfecho/a con su pareja, un 28% comparte este sentimiento frecuentemente y un 26% siente dicha satisfacción algunas veces.

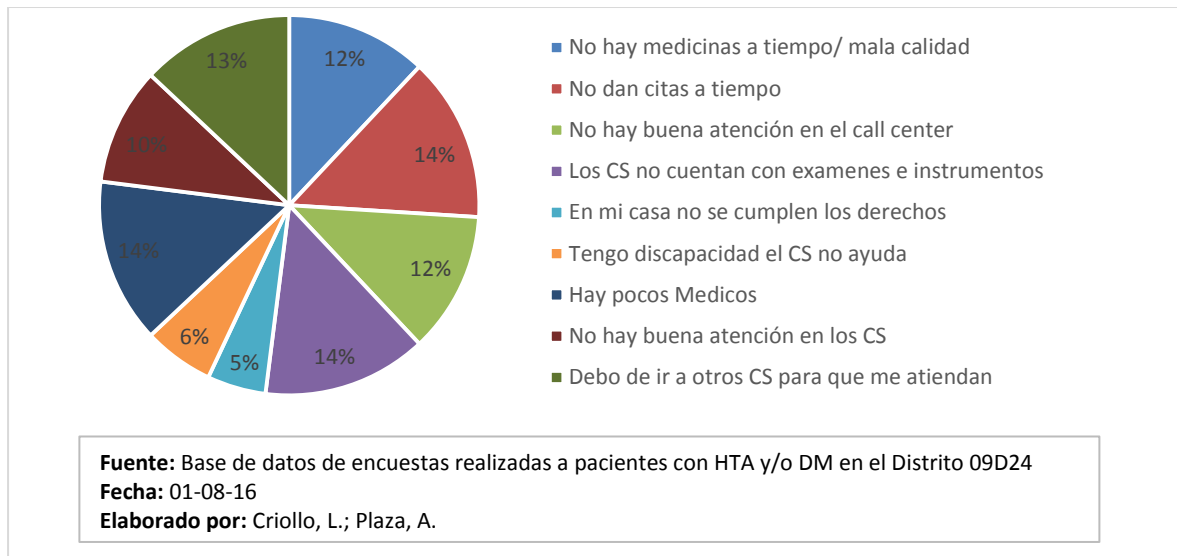
Causa directa 3: La inadecuada oferta institucional para la demanda epidemiológica de la población es otra de las causas que está influyendo en la prevalencia de las enfermedades crónicas, la atención institucional es esencial, sin embargo, los sistemas de salud no están cubriendo todas las necesidades.

Los médicos que prestan sus servicios de salud manifiestan que la oferta institucional que se da en los centros de salud no es la más pertinente *“hay muchas falencias en cuanto recursos, lo cual no permite que la oferta institucional no responda de forma completa frente a esta problemática que son las enfermedades crónicas”* (Médico3, 2016), *“los primeros sistemas para atender este tipo de problemáticas debe de ser los centros de salud, sin embargo, esto no se da, hay tanta población que debe de ser atendida que a veces la prioridad se convierte en poder atender a todos antes que la atención muchas veces responda a las necesidad de los/as pacientes”* (Médico4, 2016).

El que no exista una adecuada oferta institucional se lo vincula con que no se lleve un seguimiento del estado de salud de pacientes con diabetes e hipertensión *“se trata de informar a los/as usuarios/as que asisten al centro de salud, lo más que se pueda de las enfermedades crónicas, pero esto es un trabajo pequeño a comparación de toda la población que pudiera estar teniendo la enfermedad sin saberlo”* (Médico5, 2016), *“no toda la población asiste al centro de salud, no sabemos si hacen atender en otros centros pero hay personas que no conocen de su diagnóstico y cuando ya se dan*

cuenta muchas veces ya es tarde tienen la enfermedad avanzada”, . “el Subcentro de Salud nos dan citas médicas que están muy lejanas pero a veces los que tenemos diabetes o hipertensión nos sentimos mal pero toca esperarse hasta la cita” (Paciente9, 2016).

Gráfico# 19: Situaciones de la vida de pacientes en las que no se cumplen derechos



Existen situaciones en la cotidianidad desde las cuales los y las pacientes consideran que no se están cumpliendo sus derechos. Como es posible observar en el gráfico#19 el 14% de la población de pacientes considera que una de las situaciones en las que se vulneran sus derechos es cuando las citas que el call center programa son después de varios meses pese a la particularidad en la emergencia de cada situación que se encuentren viviendo los y las pacientes. Ligado a esta situación, con el 13% se ubica una parte de la población de pacientes que señalan que deben ir a otros CS para acceder a la atención médica requerida, lo cual implica costos

El poder llevar ese seguimiento se lo relaciona con que no existen campañas de diagnóstico a personas con diabetes y/o hipertensión *“para que las campañas sean efectivas de necesita de mucho material, el tema de las enfermedades crónicas es un tema complejo que trae consigo varios factores no solo físicos sino sociales que se deben de trabajar en forma conjunta es decir con las familias” (Médico1, 2016), según el Ministerio de salud “La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con los gobiernos seccionales, las cámaras de la producción y centros universitarios desarrollará actividades de información, educación, comunicación y participación comunitaria dirigidas al conocimiento del valor nutricional de los alimentos, su calidad, suficiencia e*

inocuidad, de conformidad con las normas técnicas que dicte para el efecto el organismo competente y de la presente Ley”. (MSP, 2011).

Aunque se espera que las autoridades pertinentes trabajen acorde a las necesidades de la población no se lo ha podido llevar a cabo ya que existen implementos básicos para poder dar el servicio completo a los/as usuarios de los distintos subcentros y centros de salud del Distrito; la usencia de una atención integral se lo vincula con el problema de no contar con los implementos médicos básicos *“los centros de salud no contamos con el glucómetro, son instrumentos que son caros y no hay presupuesto para acceder a ellos, contar con ese tipo de material aquí en los centros serian de gran ayuda, pero el problema son los recursos”* (Médico3, 2016), *“el material es limitado ese es el problema, por ejemplo las tirillas para glucometro, no vienen muchas tirillas”* (Médico4, 2016)

Declaraciones vertidas por miembros del personal de salud de los CS en el Distrito 09D24 señalan al respecto que *“Es un problema no poder contar con todos los instrumentos médicos para poder atender a la población, aun contamos con los club los cuales tratamos de que sean totalmente educativos, pero no en todos los centros se los realiza, depende mucho de la población que este alrededor de los centros de salud”* (Médico2, 2016). De acuerdo con el gráfico19 un 14% de la población de pacientes con HTA y/o DM considera que se vulneran sus derechos a la salud cuando en los CS no cuentan con los recursos e instrumentos necesarios para la atención especializada de los estados de salud que presentan.

Ante la ausencia de instrumentos médicos se visualiza el insuficiente presupuesto frente a la incorporación de atención de salud destinada a usuarios/as con ECNT, los médicos dan a conocer que no existe presupuesto para la incorporación de personal médico especializado *“no tenemos la cantidad de médicos, tenemos una población de 51 mil habitantes y solo somos 3 médicos y según la norma de atención necesitamos un medico por cada 7 mil habitantes, ósea que necesitaríamos como 14 médicos para poder abaratar toda la población que nos corresponde”* (Médico1, 2016), *“la medicación es limitada hay como que para para los primeros días del mes y ya como que unos días antes de que se acabe el mes ya no hay medicación entonces hay que mandar a solicitar”* (Médico5, 2016).

El insuficiente presupuesto en los centros públicos se lo relaciona con la no incorporación en la planificación de trabajo en los centros de salud al incluirse el debido presupuesto es lo que ocasiona que no se prevea el desabastecimiento de medicamentos e instrumentos médicos para la atención a ECNT *“nos gustaría hacer mucho por los pacientes, pero estamos limitados y debemos adaptarnos a nuestro sistema y hacer lo que más se pueda, ya se ha solicitado recursos económicos pero*

está muy difícil todo”, “el gobierno está pasando por una situación difícil y se sabe que la salud es un tema que no debe dejar como segundo plano, pero aun así los recursos económicos son limitados y la atención a pacientes con Diabetes e hipertensión no puede ser del todo integral como se debería” (Médico3, 2016).

Según la tabla#38 el 34% de la población de pacientes considera que el CS algunas veces toma en cuenta su desarrollo personal y el aprendizaje de nuevas habilidades, en tanto un 33% considera que nunca o casi nunca los centros de salud a los que asisten toman en consideración procesos en aras del aprendizaje de nuevas destrezas que aporten a los y las pacientes a la adaptación al nuevo estilo de vida que requieren.

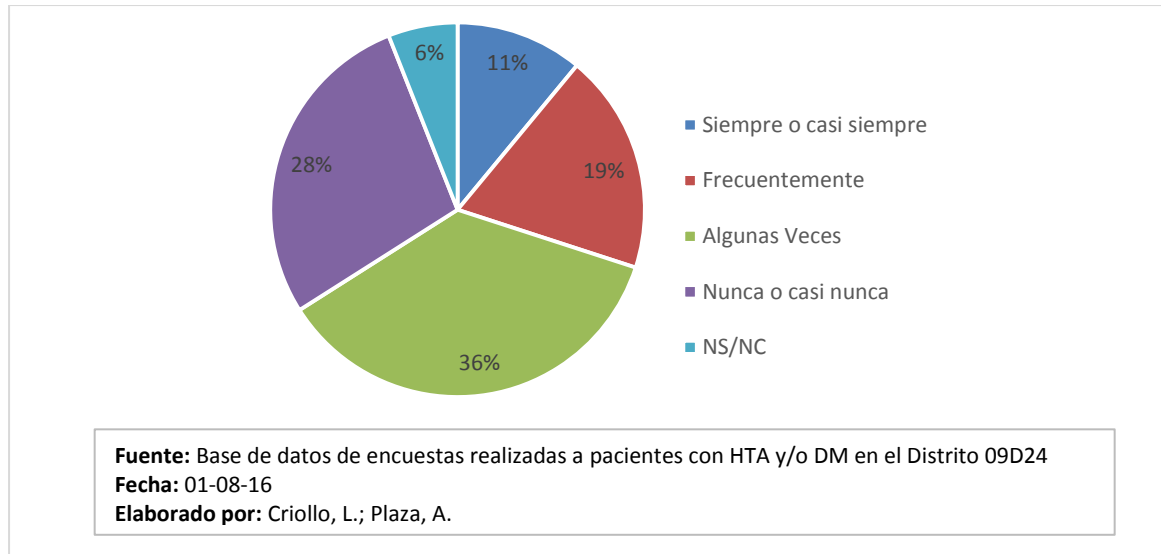
Como se puede evidenciar a partir de las manifestaciones de los EAIS de los diferentes centros de salud, el insuficiente presupuesto no permite que las enfermedades crónicas no puedan ser tratadas a tiempo y los/as pacientes que son diagnosticados/as no puedan recibir una atención adecuada. A nivel de distrito no existen en Durán centros de salud especializados la población y el equipo médico mencionan que es un problema que en los centros de salud no se incorpore médicos especializados para atender este tipo de enfermedades *“el único centro de salud que podemos tener acceso a un especialista es en el Oramas Gonzales no hay otro” (Paciente7, 2016), “la mayoría que atendemos este tipo de enfermedades somos médicos generales pero lo ideal es que se incorporen médicos especialistas se llevaría un mejor control del estado de salud de los/as pacientes” (Médico4, 2016).*

La usencia de personal médico especializado para la atención de enfermedades crónicas dificulta que no se dé una atención integral y que los centros de salud no cumplan con los estándares de atención y esto a su vez impide que se cumpla con responsabilidad que se tiene con la comunidad, esta situación se la relaciona con la no priorización de atención a las ECNT en los propósitos del MSP existe negligencia por parte de los autoridades correspondientes ya que los planes estratégicos que se proponen *“En Ecuador el campo de Salud se visualiza a partir de un enfoque entre los diversos sectores de una sociedad teniendo como propósito garantizar las condiciones para promover la Salud, al mismo tiempo que se realice una prevención de enfermedades. La importancia del logro de esto, es que mediante el cuidado de salud se potencia el fortalecimiento de las destrezas de los seres humanos, lo cual aporta al mejoramiento de su calidad de vida” (SENPLADES, 2013).*

La SENPLADES informe que el campo de salud debe de tener prioridades y que se debe de trabajar a partir de ellas, sin embargo, se evidencia la insuficiente integración de la problemática en la planificación de salud pública *“como distrito manejamos las estadísticas de toda la población atendida que asiste regularmente a su atención, pero lo que trae limites a poder implementar un adecuad método de trabajo son los escasos*

recursos económicos” (Médico3, 2016), “se conoce que en Durán la diabetes e hipertensión son enfermedades que han tomado gran cabida en las lista de enfermedades comunes, pero aún no se integra planes de trabajos idóneos que permita atender las enfermedades crónicas como se debe” (Médico2, 2016).

Gráfico# 20: Dificultad a la hora de exigir derechos



Por otra parte, desde una perspectiva sistémica se concibe que todos los actores involucrados/as en una situación contribuyen al cambio o permanencia de la misma. Si bien, por un lado la problemática de prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión se encuentra integrada insuficientemente en la planificación del MSP por otro lado el desempeño pasivo de la población de usuarios/as respecto a la exigibilidad de sus derechos de salud jugaría un papel fundamental. De acuerdo con el gráfico 20 el 36% de la población de pacientes con HTA y/o DM sienten algunas veces dificultad a la hora de exigir sus derechos, entre los que se encuentran los de salud que se ven concretados en la atención recibida por parte de los CS.

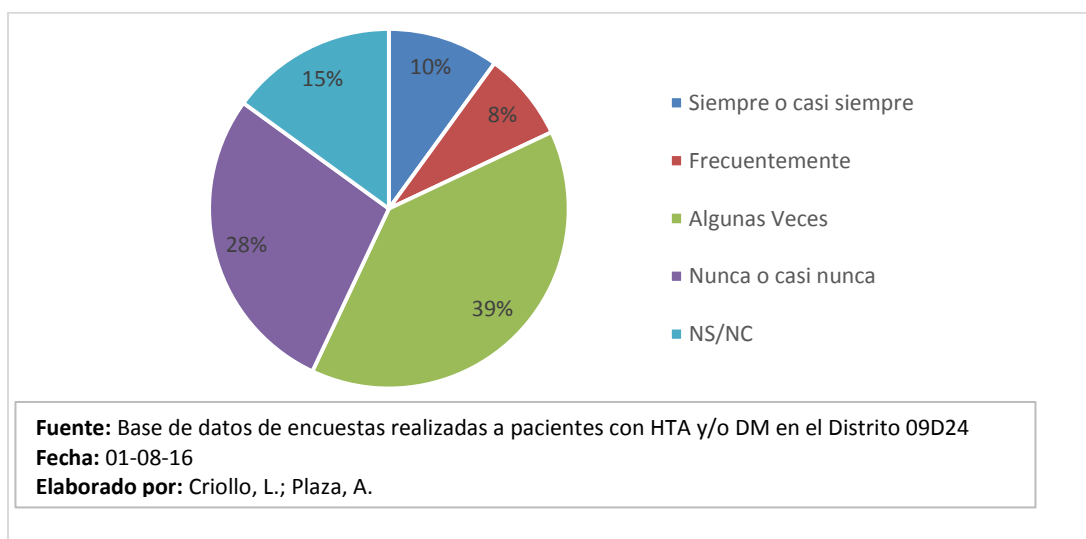
El tema de la cultura de la población es una causa que también influye en el estado de salud de los/as pacientes las creencias sobre solo asistir a los centros de salud cuando es alta la gravedad en cuanto a la sintomatología es un problema que tiene una alta influencia en el estado de salud de los/as usuarios/as “los/as pacientes solo buscan asistir al centro de salud cuando se sienten graves, como no hay cuidado previo muchas veces los pacientes tienen grandes consecuencias y quieren que solucionemos aquello de forma inmediata pero no es posible” (Médico5, 2016), “señorita yo solo me hago atender cuando me siento mal, busco cita llamo al call center o solo me voy al sub centro para que me atienda” (Paciente6, 2016) estas declaraciones que la población

tiene una adopción de cultura de curación lo cual es otra causa por lo que la prevalencia de estas enfermedades persista.

Uno de los problemas que manifiestan los/as usuarios/as es la congestión o la demanda de atención que existen en los diferentes centros de salud, a partir de las manifestaciones se puede evidenciar que la población asiste a los centros cuando tienen recaídas lo cual genera una demanda inmediata por lo que nos dirige a la siguiente causa que los/as pacientes prefieren Atención directa sin el trámite burocrático de las instituciones de Salud *“eso del call center es un problema yo no lo uso yo simplemente voy y que me atiendan claro me toca esperar pero a uno lo deben de atender cuando se siente mal no después de un mes”* (Paciente5, 2016), *“antes la citas se manejan de otra manera se tenía un mejor resultado, pero ahora es todo por medio del call center, los pacientes se quejan a veces llegan espontáneamente y hay que atenderlos”* (Médico2, 2016)

Esta demanda espontanea se da por el modelo de gestión que no se ajusta a las necesidades de la población lo cual a su vez se da por la cultura organizacional que privilegia los sistemas burocráticos *“los servicios públicos juntos con las instituciones tienen su modelo organizacional y esta no siempre va acorde a lo que la población espera o necesita, pero por el hecho que es público se necesita un mejor control”* (Médico3, 2016), *“pareciera que todos los que están involucrados en la Salud no quisieran brindar la atención medica nos ponen tantos peros para atendernos”* (Médico1, 2016).

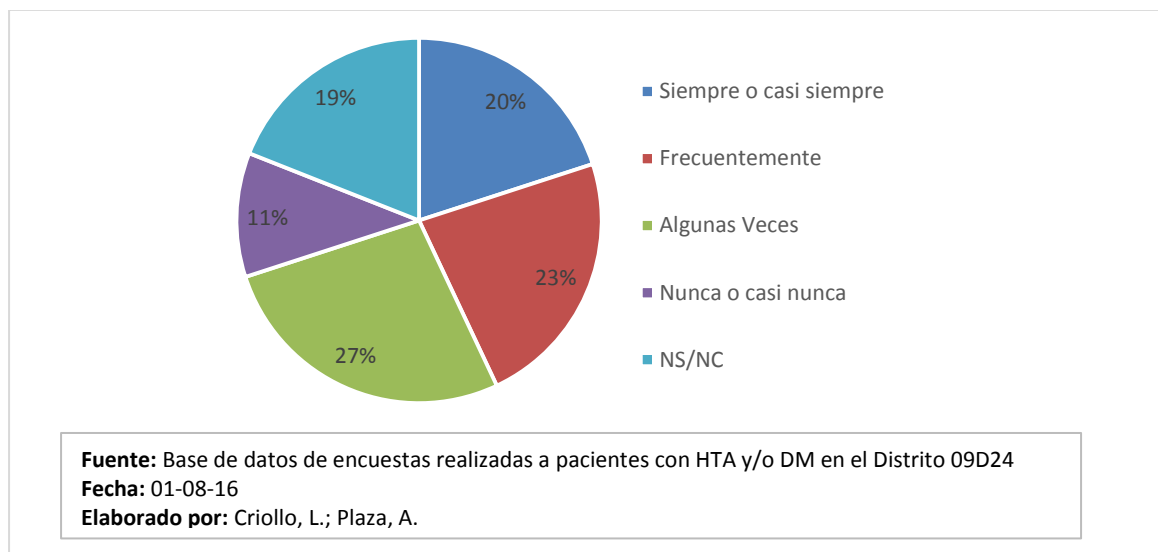
Gráfico# 21: Satisfacción con los servicios del CS al que acude



De acuerdo con el gráfico 21 el 39% de la población señala algunas veces sentir satisfacción con los servicios del CS, mientras que un 28% de la población de pacientes con HTA y/o DM señala nunca o casi nunca sentirse satisfechos/as con los servicios del CS al cual asisten.

La población a partir de sus manifestaciones permite identificar las situaciones que influyen en que exista una atención integral, a más de los sistemas burocráticos la sobrecarga de funciones y responsabilidades del equipo médico, debido a que no existe presupuesto para la incorporación de médicos esto ocasiona que el equipo existente obtengan responsabilidades y funciones extras con el fin de cubrir las necesidades de los centros de salud y a su vez de la población *“hay compañeros que tienen que dividirse o asumir otras funciones, la demanda es tan grande que no nos abastecemos y debo de cubrir puestos para poder brindar a atención porque si no es peor”* (Médico5, 2016), *“ en el subcentro no se alcanzar hay veces que esta full y creo que solo hay como siete personas y no creo que sea suficiente por eso la gente se queja y hasta se pelean”* (Médico2, 2016).

Gráfico# 22: Satisfacción con el personal EAIS del CS



Como es posible observar en la gráfico 22 el 27% de la población señala que solo algunas veces se encuentran satisfechos/as con el trato que recibe por parte del personal médico del CS, en tanto, un 23% comenta que sentir dicha satisfacción con frecuencia.

Las sobrecargas de responsabilidades y de funciones se debe a la cantidad insuficiente del personal médico en el Centro de Salud y esto se lo relaciona a la no derivación de una mayor cantidad de personal por parte del MSP *“en los informes que nos solicitan se*

expone esta situación, que se necesita más personal médico especializado pero los informes o cuando hay las rendiciones de cuenta se evidencia como en lo económico estamos limitados y toca más que adaptarnos” (Médico3, 2016), “el que no exista esa cantidad exacta de médicos ocasiona que la población con la que contamos en Durán no pueda ser atención y aquello es lo ocasiona insatisfacción y ocasiona que el sistema público sea mal visto” (Médico2, 2016). En tanto, de acuerdo con la el gráfico 19 otra parte de la población de pacientes indica que la insuficiente cantidad de personal médico en los CS es una de las formas que ellos y ellas consideran que representan una vulneración a sus derechos.

La demora en agilizar el proceso de contratación de personal del equipo médico de salud se debe a la baja asignación de presupuesto destinado a la contratación del personal *“se nos ha hecho ver que no existe presupuesto para contratación de más médicos aunque esto sea una necesidad en el ámbito de salud por el momento debemos de ajustarnos a lo que digan las máximas autoridades y seguir trabajando con lo que contamos”, (Médico1, 2016), “los centros de salud deben de estar mejor equipados, son tan pocos los que trabajan ahí y de tanta gente ya están como cansados y a veces nos tratan mal ni place regresar y buscar atención en otro lado pero no siempre hay plata” (Paciente2, 2016).*

Se ha venido analizando las diferentes causas que influyen en que no exista una adecuada oferta institucional ante la demanda epidemiológica, es necesario resaltar que existen causas estructurales que permiten comprender la realidad de los sistemas públicos en el área de salud, todas las causas antes mencionas se las vincula con corrupción al interior del MSP *“en lo público hay muchas personas que interfieren y toman decisiones pero sea cual sean las decisiones afecta nuestra realidad, la salud es primordial es un derecho fundamental y no se le está dando su prioridad” (Médico5, 2016), “sé que la situación del país está difícil, pero tengo entendido que como ciudadano tengo derechos y uno de ellos es la salud pero no veo que el servicio me lo den completo que pasa con los funcionarios” (Paciente8, 2016).*

Las manifestaciones de los médicos y de los/as usuarios permiten vincular esta realidad con la cultura de la ilegalidad generalizada en el área de Salud Pública *“pareciera ser que nuestra cultura está ligada a que las cosas no se hagan bien y que siempre exista corrupción y que esto vulnere los derechos de una sociedad” (Médico1, 2016), “hay prioridades y prioridades todos y todas tenemos necesidades y estar en puesto público nos hace responsable del bienestar común, sin embargo, la realidad que nos rodea me hace pensar que la corrupción es parte de nuestra cultura y que esto siempre se mantendrá” (Médico4, 2016).*

Estas causas expuestas permiten evidenciar la realidad de los sistemas públicos, entre las declaraciones de los/as profesionales del EAIS y los/as usuarios/as se pueda constatar las diferentes situaciones que está influyendo que las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes e hipertensión sigan prevaleciendo en el distrito 09D24, las diferentes causas analizadas y sustentadas con manifestaciones de los actores principales nos lleva a la última causa de esta problemática. El contar con los recursos básicos se lo relaciona con la no utilización de los recursos económicos y que estos sean utilizados con fines ajenos a lo predestinado “*en la rendición de cuenta se habla de presupuesto, presupuesto asignados para satisfacer las necesidades de las instituciones públicas, sin embargo, las necesidades se siguen evidenciando*” (Médico2, 2016).

Análisis de efectos y/o consecuencias

Como efectos generales se identifica:

- El Deterioro en las condiciones de salud en el/a paciente diagnosticado/a con Diabetes y/o Hipertensión.- el cual es generado junto con otros efectos como el Desarrollo de enfermedades o complicaciones a la salud, la insatisfacción con la vida sexual que lleva, el Desarrollo de discapacidad/es; el Aumento en los gastos sanitarios, la disminución de la capacidad adquisitiva; la Disminución de su autonomía, la Discontinuidad con su proyecto de vida, la Disminución del Autoestima del/a paciente, dependencia del/la paciente hacia su familia, Discriminación social, y Aislamiento Social.
- Manejo inadecuado de la situación de salud de pacientes con Diabetes e Hipertensión.- este efecto directo incluye otras consecuencias como el aumento de las probabilidades que otros miembros de la familia desarrollen ECNT (DM y/o HTA), el Arraigo de la cultura curativa en la población usuaria; la sobrecarga familiar en miembro/s específico/s, la Violencia ejercida por parte del cuidador/a primario, la Re victimización al paciente diagnosticado/a, la Dependencia familiar; el Inadecuado manejo de los cambios de humor de los/as pacientes, y la Persistencia de Conflictos familiares.
- Insatisfacción de población afectada frente a la respuesta institucional.- la cual se genera conjuntamente a otros efectos como el Incremento en la demanda de servicios médicos-hospitalarios, la Demora en los tiempos de atención a usuarios/as, el Aumento de gastos en la inversión de tratamiento y curación de las ECNT, el Incremento de los costos de atención a pacientes por parte de las instituciones, Aumento de la Morbimortalidad en la población; el Deterioro de la

imagen institucional y la Disminución en la demanda de atención de servicios públicos.

Como efecto central se evidencia:

El Deterioro de la calidad de vida de los y las pacientes diagnosticados/as con HTA y/o DM, al no brindarse la atención a las causas del problema central de forma adecuada provoca la generación de los efectos o consecuencias indicados anteriormente, los cuales al verse manifiestos en la sociedad representan indicadores de un efecto central que abarca todas las consecuencias descritas; es por ello, la relevancia que adquiere la atención a la persistencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (DM y/o HTA) como tal.

Capítulo V: Propuesta de intervención Profesional

5.1. Objetivos de la propuesta

Según los criterios de impacto, factibilidad y sostenibilidad presentados en la Matriz de Alternativas se han seleccionado los siguientes objetivos que se pretenden alcanzar en el presente proyecto:

La finalidad: Se ha impulsado el mejoramiento de la calidad de vida de los/as pacientes con DM/HTA del Distrito 09D24.

El propósito: Se ha fortalecido la integralidad y articulación de los cuidados de los diferentes sistemas de apoyo a los/as pacientes con diabetes y/o hipertensión del Distrito 09D24.

(Ver Anexo #7 Árbol de Objetivos)

Los 3 objetivos a lograrse en la propuesta de proyecto son los siguientes:

Objetivo Específico 1: Se ha promovido el adecuado autocuidado del/a paciente diagnosticado/a con DM y/o HTA.

Objetivos Indirectos:

- 1.1 Se ha incrementado el seguimiento y control periódico del estado de salud de pacientes con DM y/o HTA.
- 1.2. Se ha fomentado el empoderamiento clínico de los/as pacientes respecto a las implicaciones de su diagnóstico de salud.
- 1.3. Se ha mejorado la adherencia terapéutica e identificación de reacciones adversas.
- 1.4. Se ha mejorado la adherencia a la nutrición saludable a pacientes.
- 1.5. Se ha motivado la realización regular de actividades físicas en pacientes.
- 1.6. Se han potenciado las capacidades económicas de pacientes y/o familiares por medio de la articulación con servicios públicos.

Objetivo Específico 2: Se ha fortalecido el adecuado Sistema de cuidados familiares a pacientes con DM y/o HTA.

Objetivos Indirectos:

- 2.1. Se ha mejorado el manejo adecuado del estrés en pacientes y sus familias.

- 2.2. Se ha fortalecido estrategias familiares hacia la adherencia y cuidados integrales de los/as pacientes.
- 2.3. Se ha promovido el mejoramiento de las relaciones saludables familiares entre pacientes y sus familias.
- 2.4. Se ha fortalecido la formación en cuidados de los/as cuidadores principales de pacientes.
- 2.5. Se ha promovido la adherencia hacia nuevos patrones culturales saludables en torno a los tres pilares (Nutrición, actividad física, medicamentos)
- 2.6. Se ha promovido la distribución de roles en los cuidados de la familia hacia el paciente.

Objetivo Específico 3: Se ha fortalecido la oferta institucional para la demanda epidemiológica de la población.

Objetivos Indirectos:

- 3.1. Se ha promovido el seguimiento y control adecuado en pacientes con diabetes e hipertensión.
- 3.2. Se ha impulsado la superación de la cultura curativa mediante el fortalecimiento de la prevención en el nivel primario de salud
- 3.3. Se ha fortalecido estrategias de incremento en la recurrencia de los/as pacientes a las Unidades de salud.
- 3.4. Se ha logrado la participación de Actores locales en la promoción, prevención y atención de diabetes e hipertensión

(Ver Anexo # 8 Diagrama de Estrategias)

5.2. Indicadores de Resultados o Metas

Es necesario que para efecto de analizar los objetivos de la propuesta se rescate a través de una descripción los impactos que produciría en los diversos ámbitos, así como también el grado de factibilidad en cuanto la capacidad técnica, económica y política existente. Así mismo, el análisis incluye la sostenibilidad que pudiera existir en el desarrollo de la propuesta de proyecto.

(Ver Anexo # 9 Matriz de Análisis de Alternativas)

5.2.1. Análisis de Impacto de la propuesta

Impacto Social

El impacto social obtenido a través de los objetivos ha tenido un alto puntaje en su totalidad, ya que todos los objetivos apuntan para que el/a paciente pueda tener un control adecuado de su salud y que esta no se siga deteriorando, a su vez contribuyen a que el/la paciente tenga un mejor grado de aceptación lo cual tributaría a su calidad de vida. Facilitarían que los/as pacientes tengan un mayor control en cuanto el consumo de medicamentos recetados por el/la médico; a través de cada uno de ellos permitiría que la comunidad se concientice sobre la importancia de llevar un adecuado autocuidado de la salud y poder prevenir otras enfermedades que afecten su estado de salud.

El impacto social de estos objetivos también apuntan a que la comunidad y los/as pacientes puedan cumplir sus derechos en el poder acceder y tener una atención y salud plena. Conocer su estado de salud con el debido seguimiento también permitiría que la comunidad arme estrategias que permitan evitar enfermedades crónicas. Se hallaría también un impacto en la generación de recursos económicos, ya que se tendría la oportunidad de crear micro emprendimiento y así poder sustentar los gastos que conlleva la enfermedad.

Con algunos objetivos también se logra el involucramiento de la familia y se logra evidenciar el papel fundamental que cumple los miembros de la familia en los cuidados físicos y emocionales del paciente diagnosticados con ECNT. Se contribuiría en el mejoramiento de actitudes entre el/la cuidador/a principal y el/la paciente, logrando un estilo de vida que tribute a las buenas relaciones entre los miembros de grupo familiar y su paciente diagnosticado/a. Desde lo institucional los objetivos apuntan en otorgar un adecuado involucramiento y seguimiento a pacientes del sector con la finalidad de disminuir los riesgos de adquirir otras enfermedades y contribuir en su nuevo estilo de vida.

Impacto de Género

Con los objetivos se encuentran mayores impactos en equidad de género y etaria impulsando el ejercicio o exigibilidad de los derechos y garantías legales.

Se fortalece el involucramiento de cada uno/a de los miembros de la familia en la atención y cuidados del/a pariente diagnosticado/a, incrementando la participación de todos y todas los miembros, lo cual traería consigo la disminución de la sobre carga de responsabilidades que, en la mayoría de los casos, es llevada por parte de las mujeres a quienes se responsabiliza de “cuidadoras” en el control y tratamiento de la enfermedad del/a pariente diagnosticado/a, limitando su capacidad de desempeño de otros roles familiares. También se contribuiría a la promoción de la autovaloración de salud en mujeres y por ende se restituiría la valía de su bienestar como sujeto.

Dentro de los objetivos, mediante la prevención del empeoramiento de la situación de salud y/o adquisición de discapacidades generadas por la enfermedad, se disminuirían las posibilidades de dependencia por parte de pacientes diagnosticados/as con DM y HTA en relación a sus familias. También se fomentaría la generación de ambientes familiares con relaciones más saludables entre sus miembros en los que se disminuiría el riesgo de vivir violencia o procesos de revictimización a partir de la situación de salud de los y las pacientes diagnosticados/as.

Impacto ambiental

Dentro del impacto ambiental, los objetivos tienen un bajo impacto ya que en la mayoría de los objetivos no se evidencia impacto ambiental alguno, esto podría ser por lo que los objetivos no responden a ningún elemento ambiental sino más bien apuntan a lo social y al cumplimiento de derechos e inclusión.

5.2.2. Análisis de Factibilidad de la propuesta

Factibilidad técnica

Para estos objetivos existen pocos/as profesionales para la alta demanda que tiene los centros de salud del Distrito 09D24, lo cual disminuye el impacto ya que al no contar con el suficiente personal integral de salud y capacitado no se lograría atender a toda la población que está siendo afectada por las enfermedades crónica no transmisibles, es necesario resaltar que a pesar de que no existe el suficiente

personal médico sí hay metodología que contribuiría para poder atender la problemática.

Existe la normativa técnica de atención pero gran parte de los/as profesionales del EAIS no se encuentran sensibilizados sobre la urgencia que tiene poder llevar un adecuado control y seguimiento de los/as pacientes diagnosticados/as, lo cual tiene que ver con los/as diferentes profesionales que se debería contar en el centro de salud, entre ellos/as nutricionistas que puedan trabajar con los hábitos alimenticios de los/as pacientes y Trabajo Social que trabajaría a partir de las dinámicas familiar y su funcionamiento.

El no contar con estos servicios en las Unidades de salud la factibilidad disminuye en los objetivos propuestos, sin embargo, le permite ver a las autoridades lo importante de un trabajo multidimensional, sistémico y colaborativo entre las diferentes ramas de las profesiones y a su vez permite la búsqueda de alternativas de solución y de nuevas propuestas a la máximas autoridades para que puedan ser implementadas y así otorgar una atención de calidad y que esto tribute a la calidad de vida de los/as pacientes.

Factibilidad económica

La factibilidad económica que existe en los objetivos puede llevarse a cabo debido a que el Ministerio de Salud Pública cuenta con presupuestos destinados a la ECNT los cuales podrían ser usados en implementar las nuevas áreas en los centros de salud del Distrito para atender la demanda del territorio y la problemática de ECNT, a su vez responden a las leyes implementadas las cuales garantizan cubrir las necesidades básicas de la salud.

El adecuado seguimiento por parte del equipo integral de salud en las unidades de atención contribuiría en que los/as pacientes lleven una calidad de vida que permita que la comunidad afectada con ECNT pueda continuar con sus proyectos de vida y a su vez a emprender nuevos retos de micro emprendimiento que tribute a la generación de recursos económicos para la continuación de su tratamiento.

Factibilidad Política

La factibilidad económica de los objetivos seleccionados es posible dado que en la mayoría de estos no es requerido la asignación de un presupuesto adicional al que ya se tiene establecido, además que las familias y población usuaria estarían en capacidad de aportar con recursos para el desarrollo de los objetivos, al igual que lo

estarían las organizaciones aliadas a la resolución de la problemática establecida. Los objetivos, en su mayoría, sí cuentan con la colaboración e interés de las autoridades de la institución, familias y población usuaria que ha sido diagnosticada con DM y HTA por lo cual sí existe la factibilidad política mediante la participación de estos/as agentes sociales.

5.2.3. Análisis de Sostenibilidad de la propuesta

Existe mediana sostenibilidad en cuanto a los objetivos dado que varios de estos hacen referencia al cambio de hábitos o estilo de vida de personas y familias que actúan desde sus concepciones culturales que en ocasiones se encuentran muy arraigadas lo cual implicaría una dificultad en logro y mantenimiento a través del tiempo. En tanto, respecto a otros objetivos en los que su sostenibilidad es baja es dado a que dependen del control y seguimiento por parte de la organización específica o de los y las integrantes del equipo técnico a cargo para su mantenimiento.

5.3. Método a implementar y Plan de Acción

El Plan de Acción tiene actividades que se desarrollaran para alcanzar los objetivos específicos y junto con ellos los objetivos indirectos que han sido propuestos para alcanzar un objetivo a largo plazo. Es necesario que antes de poner en marcha las actividades propuestas primero se debe plantear un marco teórico que sustente lo que se desee ejecutar y así darle la validez suficiente a las actividades y tareas de la intervención profesional que se ejecutará a través del proyecto.

5.3.1. Método de Intervención sistémico desde el modelo Terapéutico

Este método se lo trabajara a partir del modelo terapéutico el cual engloba características que apremian el plan de acción a proponer según la autora manifiesta que este modelo” se caracteriza por el manejo de las relaciones y de los procesos comunicativos que generan tensiones entre el sujeto individual o colectivo y su ambiente. La finalidad es promover los cambios que el sistema requiere para recobrar el relativo equilibrio propicio para el desarrollo individual y familiar que se aspira y que es posible”(Molina, 1994, pág. 6).

Tomando en cuenta la intencionalidad de este modelo, debido a que se preocupa en trabajar en las interacciones familiar y fomentar cambio en las mismas; este modelo si direcciona en el poder intervenir en momentos de crisis y de estrés, a su vez con las interacciones que generan la situación problemática y junto con ello busca encontrar los puntos por lo que se originan la situación objeto de intervención

(Molina, 1994, pág. 7), bajo todas estas características se selecciona el modelo ya que acompaña el propósito de las actividades propuestas.

El modelo declarado abarca el método sistémico el cual cumple con características que van acorde con el plan a proponer “El modelo sistémico llevado al trabajo social con familias, incluye para su tratamiento una óptica totalizadora de las relaciones, que permite a los profesionales enfrentarse, gracias a los supuestos teóricos del modelo, a una serie de contradicciones familiares que es preciso conocer para poder ayudar a la familia y que pasarían inadvertidas si no es a través de la metodología sistémica”(Palomar & Suarez, 1980, pág. 171).

El método contiene fases que permiten direccionar la intervención entre la fases que propone el método se encuentra la fase social, este primer momento se realiza la presentación de las partes familia interventor, el profesional de trabajo social dará a conocer el servicio a la familia con la intención de delimitar la ayuda en cual también se da a conocer el tiempo, horario y prioridad, etc. Cada miembro de la familia con el trabajador social se dará a conocer sus características personales para establecer un clima relajado lo cual es crucial en la intervención(Haley & Andolfy, 1980, pág. 41).

Planteamiento y definición de problema durante esa fase el trabajar socia genera una serie de preguntas que permiten reconocer quienes en la familia se involucran más, bajo esta situación los sentidos juegan un papel esencial, como tercera pase se ubica la fase de interacción “La tarea principal de esta fase es la activación de mecanismos comunicativos directos entre los miembros de la familia; con esto la familia ocupará el lugar central del diálogo”(Haley & Andolfy, 1980, pág. 50).

En la fase final está la definición de los cambios deseados el trabajador social ha logrado conseguir un dialogo interactivo, el cual se ha dado por un acuerdo entre familia y profesional que había algo en la dinámica familiar que no funcionaba “el Trabajador Social interviene solicitando a cada uno de los miembros el marco de una situación favorable y deseable por y para todos. En ella debe tener cabida toda posibilidad alternativa a la actual, a la vez que se respeta el margen de autonomía personal de cada uno, sin necesitar el consentimiento de todos para su actuación, inspirado éste en el temor al cambio y a sus posibles consecuencias”(Haley & Andolfy, 1980, pág. 51).

Entre las ultimas características que se debe de dar en este método es que se generen logros “que la familia se sienta cómoda, Conseguir empalmar con todos, Disminuir los temores y las ansiedades, Conocerse todos, Averiguar la visión que tiene la familia del problema, Posición de la familia ante el problema, Conocer la estructura familiar como Alianzas, comunicación, función de síntoma, reglas,

Conocer las esperanzas que tiene la familia, Establecer un contrato terapéutico, Repartición de las tareas”(Palomar & Suarez, 1980, pág. 173).

El método de intervención sistémico procura una intervención completa tomando en cuenta la estructura familiar y comprendiendo la misma, ya que a partir de las interacciones familiar se identificar las fortalezas que se pueden utilizar para su efectiva intervención, por lo que la intencionalidad del método acompaña los objetivos planteados.

5.3.2. Metodo de Grupo en Trabajo Social

El Trabajo Social se ha enfocado principalmente al mejoramiento de las condiciones de vida de los seres humanos, mediante los diferentes papeles que asumen en los campos de intervención en los que se desenvuelven profesionalmente en funciones entre las que se encuentra la de educadores/as sociales. Por tanto, se ha decidido seleccionar **el Método de Grupo** "el objeto de este método es aprovechar de una característica humana como es la necesidad básica de pertenencia y de relación social, para mejorar las actitudes de los individuos y enriquecer su participación en las actividades de grupos organizados” (B. Sierra, 1963, pág. 498).

“La primera condición para la reunión del grupo es la existencia de un interés común que nucleé a sus participantes; y el método. Consiste en el uso deliberado y dirigido de las correlaciones dentro del grupo, tendiendo no solo al logro del objetivo expreso por el mismo, sino a mejorar y ampliar la esfera de acción de las personalidades individuales, aliviando las tensiones y aumentando así el alcance y la riqueza de sus contactos humanos” (B. Sierra, 1963, pág. 498).

Las actividades de este proyecto han sido planteadas con la intencionalidad de que cada uno de los/as participantes puedan fortalecer sus redes de apoyo y si estas no existirían que puedan llegar a reconstruirse, el poder compartir la problemática y que esta sea trabajada a partir de métodos que generen cambios en los/as participantes de forma individual y grupal. El Método de grupo también se lo define como “un método de educación social en el que los miembros del grupo son educandos, educadores y material didáctico, actuando en un proceso de interrelación” (Kisnerman, 1980, pág. 498). En vista del objetivo del método de grupo se sugiere que las actividades propuestas puedan realizarse a incluyendo aspectos del método de educación popular.

El método de Educación Popular, dado que desde su esencia permite la intervención en diversos contextos como organizaciones, comunidades, familias y en los sistemas donde habitan las poblaciones para el trabajo conjunto y la

potenciación de capacidades de comunidades (Guevara, 2015, pág. 5), lo cual guarda relación con lo previsto a desarrollarse a través de las actividades.

“En este modelo se establecen estrategias que requieren de acción y que puedan ser realizables para un cambio en una sociedad excluyente con sus integrantes; esto se lo logra a partir de los siguientes medios:

- ✓ Construcción de redes
- ✓ interrelación de actores desde sus vivencias basadas en los problemas significativos.
- ✓ Intervienen aquí los grupos, organizaciones de base y las redes vinculadas a las instituciones públicas” (Molina & Romero, 2006, pág. 25)

“Como ya se mencionó este modelo a utilizar parte de las necesidades sociales que implica desarrollar procesos dentro del mismo tales como:

- ✓ El concientizar
- ✓ Capacitar
- ✓ Moviliza recursos individuales, grupales e institucionales
- ✓ se construye redes y alianzas, genera movimientos y nuevas estructuras” (Molina & Romero, 2006, pág. 26).

Según la autoras este modelo está diseñado para el desarrollo de habilidades que se desarrollaran en los/as participantes para generar inclusión social en los diferentes entornos en el que se encuentre el ser humano. Por ende que, desde esta perspectiva adquiere relevancia el trabajo en coherencia con el método de Educación Popular. De acuerdo con el (Programa de Especialización en "Gestión de Desarrollo Comunitario", 2005, pág. 43). la educación popular integra las dimensiones de política y cultura a través de un movimiento constituido por los propios sujetos, con quienes se trabaja con un propósito liberador hacia la transformación de la realidad a partir de los recursos y objetivos en el marco de una comunidad o sector popular.

La educación popular integra desde su concepto diversas dimensiones como: la pedagógica, por el proceso de toma de conciencia sobre las situaciones en las que se vive; la ético-metodológica, dado que la correlación en la importancia que tienen tanto los fines como los medios; y la política, en su enfoque transformador de la realidad a partir de la emancipación (Programa de Especialización en "Gestión de Desarrollo Comunitario", 2005, pág. 45).

Según (Moreno, 1997, pág. 15) la Educación Popular se trata de un “proceso de aprendizaje colectivo del pueblo, que apunta al fortalecimiento de su organización a fin de transformar la realidad en función de sus intereses”. El proceso de Educación Participativa se caracteriza por la circularidad a través de los que según

se definen como posibles momentos metodológicos a seguir, dado el dinamismo de la diversidad de realidades sociales en las que se inserta este método.

Básicamente el procedimiento se basa en el reconocer para luego construir en conjunto e implementar nuevas formas de actuar. Los momentos son: 1) ideación, que se encuentra orientada al propósito; 2) la invitación, que se realiza con el objetivo de generar motivación; 3) la planificación desde la concepción metodológica, 4) construcción de procesos de intercambio; 5) búsqueda activa de información, junto con participantes; 6) confrontación, mediante el reconocimiento crítico de la realidad; 7) acción-reflexión-acción; 8) formulación; 9) proyección; y 10) profundización sobre la conciencia crítica (Programa de Especialización en "Gestión de Desarrollo Comunitario", 2005).

5.4. Objetivos Específicos de la propuesta

Componente 1. Se ha promovido el adecuado autocuidado del/a paciente diagnosticado/a con DM y/o HTA.

Objetivos específicos:

- 1.1 Se ha incrementado el seguimiento y control periódico del estado de salud de pacientes con DM y/o HTA.
- 1.2 Se ha fomentado el empoderamiento clínico de los/as pacientes respecto a las implicaciones de su diagnóstico de salud.
- 1.3 Se ha mejorado la adherencia terapéutica e identificación de reacciones adversas.
- 1.4 Se ha mejorado la adherencia a la nutrición saludable a pacientes.
- 1.5 Se ha motivado la realización regular de actividades físicas en pacientes
- 1.6 Se han potenciado las capacidades económicas de pacientes y/o familiares por medio de la articulación con servicios públicos.

5.4.1. Actividades del objetivo específico 1

- 1.1. Contratación de personal del Equipo Sanitario: Para la ejecución de las actividades previstas para el logro de los tres objetivos específicos es necesario la contratación de profesionales de diversas disciplinas para la conformación de los EAIS, entre estos profesionales de: Trabajo Social, Psicología, Enfermería, Medicina General, Técnicos de atención primaria (TAP).

De acuerdo al método de intervención Sistémica las actividades responden a la Fase social Planteamiento, definición o estudio del problema, Fase de interacción, Definición de los cambios deseados (Haley & Andolfy, 1980, pág. 171).

- 1.2. Proceso de selección de los/as pacientes: Los criterios de selección de pacientes a participar en el proyecto se encuentran detallados a partir de las dos fases propuestas en las actividades 1.1.1 y 1.1.2.

- 1.2.1. Fase 1: Se iniciará este proceso a partir de la Revisión de las Historias Clínicas de los/as pacientes de cada CS diagnosticados/as con HTA y DM teniendo en consideración:

- a. Evolución (Avances y retrocesos) del estado de salud de pacientes
- b. Recepción de medicamentos prescritos

- 1.2.2. Fase 2: De manera complementaria, se entrevistará al personal médico encargado de la atención a pacientes con HTA y/o DM para la identificación de los siguientes criterios que permitan seleccionar a aquellos para participar en el proyecto en cuanto a:

- a. Bajo grado de acompañamiento familiar
- b. Limitada o parcial adherencia al tratamiento
- c. Incumplimiento de citas médicas periódicas

- 1.2.3. Se realizará entrevistas en domicilio a los/as pacientes seleccionados/as teniendo como propósitos:

- 1.2.3.1. Determinar factores de riesgo: El/a interventor/a identificará la presencia de Factores de Riesgo del/a paciente como criterio de selección teniendo énfasis en los 3 pilares básicos que recoge este proyecto:

- Nutrición
- Adherencia farmacológica
- Actividad/Ejercicio físico

- 1.2.3.2. A partir de la información identificada podrán generarse la demanda que motive a el/a paciente y su familia a participar en el proyecto. En

tanto, la presentación del proyecto se dará siguiendo la lógica siguiente:

- 1.2.3.2.1. Explicación del proyecto
 - A. Antecedentes del proyecto
 - B. Propósitos del proyecto
 - C. Invitación a formar parte del proyecto

1.2.4. Aceptación a participar en el proyecto: De aceptar el/a paciente, se firmará el consentimiento informado como registro del compromiso adquirido con el proyecto.

1.3. Construcción del Diagnóstico Social - Familiar:

1.3.1. Se elaborará el Diagnóstico mediante visitas domiciliarias en las que se rescatará y analizará información sobre:

1.3.1.1. Los factores de riesgo/protección¹ que inciden en la prevalencia de HTA y DM:

- a. Vinculados al individuo: Los valores (hacia la salud, prosociales, ético morales), actitudes positivas hacia la salud, competencia individual para la interacción social y la toma de decisiones, dificultad para el manejo de estrés, falta de habilidades sociales,
- b. Vinculados al contexto:
 - Factores microsociales: relacionados con el ámbito familiar (formas de organización e interacción), comunidad, grupo de iguales/amigos(as), ámbito laboral.
 - Factores macrosociales: relacionados a la promoción de la salud, sistema colectivo de valores, inadecuado discurso social sobre HTA y/o DM, Actitudes sociales tolerantes hacia estilo de vida no saludable.

1.3.1.2. Determinantes de Salud precisados en el MAIS²:

- Contexto socioeconómico y político
- Posición socioeconómica
- Los determinantes intermedios o factores intermediarios
- Determinantes ambientales
-

El levantamiento de información para el diagnóstico se realizará utilizando los siguientes instrumentos:

- Encuesta de Estratificación económica del INEC

¹ Tomado de pág 62- 72 del Plan Municipal contra las Drogas. Área de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid. (Adaptado a la problemática de HTA y/o DM)

² Tomado de pág. 40-42 del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)

- Genograma Familiar
- APGAR Familiar
- Mapa de Redes
- Ecomapa
- Escala de Sobrecarga del cuidador-Test Zarit
- Guía de preguntas y Guía de Observación basada en el punto 1.3.1.1 y 1.3.1.2.

1.3.2. Posteriormente, se realizará una Reunión para la socialización, al equipo de salud de cada CS, acerca de los resultados generados a partir del diagnóstico.

1.4. Elaboración del Plan de Intervención Interdisciplinar: Una vez que se haya socializado el diagnóstico de las familias participantes, el equipo sanitario realizará de manera conjunta el Plan de Intervención interdisciplinario dirigido a cada familia reconociendo sus particularidades.

El proceso de la elaboración de los planes interdisciplinarios se realizará a partir de lo siguiente:

- a. Identificación integral de los factores de riesgo de salud desde las distintas miradas interdisciplinarias
- b. Establecimiento de acuerdos a realizarse por parte de cada profesional según la especificidad de su disciplina

Las estrategias aportadas a cada Plan de intervención interdisciplinario se trabajarán a partir de tres ejes transversales que son:

- Adherencia al Tratamiento y cuidados Médicos
- Involucramiento familiar
- Adecuados hábitos alimenticios y de actividades físicas.

1.5. Ejecución del Plan de Intervención: La descripción de la ejecución se detallará en el Objetivo 2 (Ver actividad 2.1.).

1.6. Conformación de los Grupos de apoyo

Los objetivos de los Grupos de apoyo estarían ligados en torno a la alianza de personas que tienen una situación de salud en común, para empoderarlos en cuanto el desarrollo de habilidades, capacidades y destrezas para la mejora en la adaptación al tratamiento prescrito.

1.6.1. Invitación a los y las pacientes seleccionados/as a los grupos de apoyo a conformarse: Teniendo como el registro de los datos básicos de información de los y las pacientes seleccionados/as y sus familias se procederá a realizar el contacto y convocatoria para los grupos de apoyo.

Dada la relevancia del proceso de convocatoria para el proyecto, a lo largo de esta actividad se sugiere al/a interventor/a usar estrategias y técnicas de corrimiento o enganche social con las que se promueva la asistencia constante de los y las pacientes que libre y voluntariamente han aceptado participar en los Grupos de apoyo.

1.6.2. Realización de las sesiones de Grupos de Apoyo periódicas entre los y las usuarios/as confirmados/as

En cuestiones de logística, para la obtención de los refrigerios a brindarse durante las sesiones de los Grupos de apoyo, se recurrirá: a) Búsqueda de redes de apoyo de instituciones aliadas al proyecto, b) colaboración por parte de los/as participantes, c) la convocatoria de instituciones o empresas auspiciantes interesadas en la colaborar con el proyecto por medio de la entrega de recursos, productos o servicios que sirvan de refrigerios.

A continuación se presentarán las fases del proceso a partir de temas a tratar en las sesiones. El/a interventor/a seleccionará el número de sesiones (mínimo 15) en las que se desarrollarán los temas de acuerdo a la dinámica del grupo dirigido. Los temas a tratar son:

Proceso del Grupo de apoyo

Fase 1: Yo inicio el camino con los/as otros/as desde una situación de salud compartida: Conformación del Grupo de apoyo

La primera fase está basada en el Reconocimiento de las y los pacientes a nivel personal y grupal y la conformación de los/as participantes como parte del grupo.

- A nivel personal: “Yo soy”:
- Cualidades personales de cada uno de los/as participantes
- Descubrimiento de nuevas cualidades, atributos o habilidades a partir del diagnóstico de sus situaciones de salud

A nivel grupal: “Yo participo con los/as otros/as que viven una situación similar”:

- Motivaciones varias y de salud por las que sienten que están en el grupo y Expectativas y esperanzas de la participación respecto al mejoramiento de sus estados de salud
- Aporte y contribución personal con el grupo
- Reglas personales para participar en el grupo y Acuerdo de reglas de todos/as para el grupo
- Identidad del grupo de pacientes:
 - Proponer y elegir un nombre para el grupo en la que se tome en consideración el ámbito de salud
 - Proponer y elegir una imagen para el grupo en la que se tome en consideración el ámbito de salud
- Confianza y apoyo grupal:
 - Personas en quien confía: Exploración a lo largo de las etapas de vida, haciendo énfasis desde los periodos en los que recibió el diagnóstico, desarrollo de la situación de salud y momentos de recaídas en la situación de salud
 - Sucesos positivos y/o negativos generados a partir de la confianza dada hacia el/a otro/a: Formas en las que estos sucesos han incidido en los avances o retrocesos de la situación de salud
 - Aprendizajes de experiencias en las relaciones de confianza mantenidas:
 - Características de una persona confiable: Haciendo énfasis en las características de las personas que desearían confiar temporalmente sus cuidados
 - Características negativas y/o positivas de las personas cercanas para el/a paciente Formas en las que estas características han incidido en los avances o retrocesos de la situación de salud
 - Acciones/estrategias a construir para sentir mayor confianza propia a corto, mediano y largo plazo de acuerdo al diagnóstico. : Consigo mismo/a y con los/as otros/as

- A nivel familiar, los/as participantes reflexionan sobre:
- Reconocimiento de las reglas familiares: Haciendo énfasis en las normas para los cuidados de del/a paciente.
- Organización en la toma de decisiones para las reglas familiares
- Percepción de los sentimientos de los miembros de la familia frente a las reglas establecidas en cuanto a los cuidados del/a paciente.

Fase 2: Reconociendo lo presente desde lo vivido: Lo cotidiano en la relación de el/a paciente con HTA y/o DM y su pareja, familia y de manera grupal

En esta fase los/as paciente reconocerá y reflexionará sobre la influencia del modelo de familia heredado en las relaciones de pareja y de familia que actualmente mantiene; y las formas en las que el modelo heredado influye en los cuidados del/a paciente

a. Modelo de familia que heredamos

- Familia de origen
- Familia constituida
- Relación con pareja
- Comparación de similitudes de la familia de origen en la construcción de la relación de pareja y familia constituida

b. Familia

- Formas de relacionarse antes y después del diagnóstico de la situación de salud. Implicaciones de la situación de salud en la vida de los/as pacientes y formas de interactuar con su medio
- Significados aprendidos y reproducidos actualmente sobre lo que es familia, pareja, madre, hija/o. Al igual que, significados sobre ser un/a paciente, cuidador/a en la familia

c. Roles

- Actividades compartidas en familia: Actividades rutinarias en la familia, haciendo énfasis en las actividades que sean un factor de riesgo o de protección a la situación de salud del/a paciente y su familia
- Jerarquía familiar: Toma de decisiones respecto a la administración de medicamentos, alimentación y ejercicio/actividad física
- Roles familiares: Miembros de la familia claves en la atención a los cuidados de salud y formas de Redistribución de roles en el cuidado del/a paciente.
- Roles Asignados vs. Asumidos a lo largo de las etapas del ciclo vital en torno al cuidado de la salud personal y familiar y personas que le han asignado dichos roles.
- Significados de roles asignados en la vida del/a paciente: Haciendo énfasis en los significados en torno a ser un/a paciente diagnosticado/a con DM/HTA
- Sentimientos por los roles asumidos y asignados en la familia, en relación a ser un/a paciente diagnosticado con DM/HTA
- Efectos del desempeño de roles a nivel de: salud, relaciones con los demás, bienestar emocional, autoestima, plan de vida personal y familiar.
- Estrategias de cambio a corto y largo plazo frente a los roles asignados que le resulten displacenteros en torno a los cuidados de la salud.

Fase 3: Resolviendo lo pasado: Situaciones de conflicto en familia de origen y constituida que actualmente inciden en las formas de cuidados de salud

En esta fase los/as paciente identificará sucesos, eventos y hechos no resueltos en su historia familiar que actualmente estén afectando la relación de pareja y familia, a su vez los/as pacientes generarán estrategias de resolución para llevar relaciones positivas, cada uno de los sucesos o hechos deben de girar alrededor del diagnóstico de HTA/DM, lo cual permita al/a paciente generar estrategias para construir relaciones personales saludables y de cuidados mutuos.

- Definición de conflicto intrafamiliar ya sea pasado o latente que hubiera incidido en la ruptura de la funcionalidad familiar: Identificación de cuál fue el conflicto desde la perspectiva del diagnóstico del/a paciente, Personas

involucradas en el conflicto, Identificación de sucesos o hechos donde se dio el conflicto

- Momentos o recuerdos significativos que lastiman o lastimaron a los/as pacientes: Términos o frases significativas que marcaron la vida de pacientes, Percepciones/Sentimientos alrededor del conflicto, Mitos y creencias alrededor de la enfermedad y el conflicto
- Efectos del conflicto/formas en la que los/as pacientes sienten que les ha afectado: Significado que le dio al conflicto para su vida, Miedos de los/as pacientes para iniciar un cambio de acuerdo al diagnóstico.
- Medidas que se han tomado frente al conflicto conforme al diagnóstico del/a paciente: Percepciones sobre las medidas necesarias a tomarse por parte del/a paciente para resolver el conflicto, Qué podrían hacer cada uno/a de los miembros de la familia alrededor del diagnóstico. Reflexión sobre cómo resolver el conflicto

Fase 4: Es hora de un cambio en el presente para un futuro mejor: Un plan de vida personal, familiar y grupal en el que todos y todas nos cuidamos.

En esta fase los/as pacientes construirán su plan de vida estableciéndose objetivos, metas y estrategias que contribuyan a sus relaciones de pareja y familia y a su vez que influyan en su calidad de vida individual y familiar haciendo énfasis en las situaciones de salud de pacientes dado que, cada uno de los aspectos a trabajar el facilitador debe de enfocarlos en el diagnóstico de DM/HTA del/a paciente.

a. Respecto al Plan de vida familiar y personal

- Formas en la que el/a paciente se brinda apoyo, confianza y valor así mismo/a alrededor de su diagnóstico.
- ✓ Formas en la que el/a paciente refuerza su “Autoestima”
- ✓ Visualización del futuro personal y familiar a corto y largo plazo(Logros, situaciones, personas con quien comparte su futuro)
- Principales objetivos y metas
 - ✓ Recursos con los que cuenta para lograr los objetivos y el mejoramiento de su situación de salud. Personas claves disponibles para brindar apoyo

- ✓ Posibles limitaciones u obstáculos en el mejoramiento de su situación de salud
- Significado de alcanzar logros en la vida personal y familiar
- ✓ Decisiones tomadas como parte de plan de vida
- ✓ Motivaciones que posibilitaron la toma (o no) de decisiones y lograr objetivos personales

b. Respecto al Plan grupal: Una red de apoyo compartida desde ahora

- Significado de la participación en el grupo de apoyo: Para el crecimiento personal, mejora de sus relaciones familiares, mejora de la situación de salud.
- Sentimientos generados al participar en los grupos de apoyo: Sentimientos positivos y negativos respecto a la participación individual y en conjunto con otros/as pacientes que comparten un mismo diagnóstico de salud
- Logros y dificultades durante el grupo de apoyo: Para el crecimiento personal, mejora de sus relaciones familiares, mejora de la situación de salud.
- Compromisos para que a partir de lo vivido en el grupo de apoyo se dé la conformación de una red de apoyo mutua entre los/as participantes: Aporte personal de cada miembro, posibles dificultades en el mantenimiento de la red, formas de mantenimiento del grupo como red de apoyo, formas de enfrentar las posibles dificultades para mantener activa la red de apoyo entre pacientes participantes del Grupo de apoyo

1.7. Articulación de pacientes y/o familiares con servicios públicos para la potenciación de capacidades económicas.

Esta actividad ha sido pensada desde una de las diversas funciones del Trabajo Social: la gestión de derechos en el ámbito público. A partir de esta actividad se tiene como propósito el fortalecimiento y desarrollo de habilidades, destrezas y capacidades que posibiliten el desarrollo de capacidades económicas y, de esta forma aumentar las oportunidades de generar ingresos económicos familiares para la satisfacción de las necesidades básicas e implicaciones del tratamiento médico de pacientes con HTA y/o.

1.7.1. Elaboración de un registro digital (Base de datos) a partir de la información sobre los miembros de la familia a partir de la:

- a. Revisión del Informe de diagnóstico familiar del/a paciente participante en términos de: ingresos económicos familiares, número de miembros del grupo familiar, estado ocupacional de miembros de familia, y edades.
- b. Realización de entrevistas en domicilio para identificar los intereses, aptitudes, y destrezas desarrolladas por cada uno de los miembros de las familias.

c. Aceptación de participar en el proceso de articulación con servicios públicos

1.7.2. Articulación de servicios de instituciones públicas a partir de los intereses y necesidades de la población

a. Diseño de la Cartera/portafolio de servicios en la cual se registre la derivación de los/as participantes de acuerdo a sus aptitudes.

b. Acompañamiento a los/as participantes para el acceso a los servicios públicos.

1.8. Evaluación

El/a facilitador/a cada sesión o actividad tendrá a su disposición información que contribuirá a la realización de las:

1.8.1. Sesiones de retroalimentación con los/as pacientes participantes de los diversos grupos, respecto a los procesos desarrollados y los avances obtenidos.

1.8.2. Sesiones de evaluación con el Equipo Técnico acerca de las fortalezas y debilidades, y cumplimiento de propósitos mediante las actividades trabajadas en todo el procedimiento.

Componente 2. Se ha fortalecido el adecuado Sistema de cuidados familiares a pacientes con DM y/o HTA.

Objetivos específicos:

2.1 Se ha mejorado el manejo adecuado del estrés en pacientes y sus familias.

2.2 Se ha fortalecido estrategias familiares hacia la adherencia y cuidados integrales de los/as pacientes.

2.3 Se ha promovido el mejoramiento de las relaciones saludables familiares entre pacientes y sus familias.

2.4 Se ha fortalecido la formación en cuidados de los/as cuidadores principales de pacientes.

2.5 Se ha promovido la adherencia hacia nuevos patrones culturales saludables en torno a los tres pilares (Nutrición, actividad física, medicamentos).

2.6 Se ha promovido la distribución de roles en los cuidados de la familia hacia el paciente.

5.4.2. Actividades del objetivo específico 2

De acuerdo al método de intervención Sistémica Familiar se realizará las siguientes actividades:

2.1. Intervención Familiar

Este proceso está concebido como una propuesta en la cual participará de manera conjunta el equipo sanitario conformado por personal de Trabajo Social, Psicología, Enfermería, medicina general, nutrición, cardiología y endocrinología. Dependiendo del tema a trabajarse, cada sesión estará a cargo de los/as profesionales cuya experticia tribute al desarrollo de cada tema en específico.

La ejecución del Plan de intervención familiar interdisciplinario se realizará mediante sesiones de trabajo de miembros del equipo sanitario en el domicilio respectivo de los/as participantes.

No todos los temas son obligatorios, ni necesariamente se requiere seguir el orden en el que se presentan; además que, el/a interventor/a por la situación y dinámica, necesidades y demandas de las familias podrá omitir o reforzar el contenido a trabajarse. Por ende que, el desarrollo de los temas en las sesiones se dará dependiendo de la particularidad de los/as pacientes y sus familias.

2.1.1. Ejecución del Plan de Intervención Familiar interdisciplinario (Ver actividad 1.4. y 1.5.) a partir de:

Temática 1: Cuidador/a principal del/a paciente

Se iniciará por el rastreo de la presencia de un/a cuidador/a dentro del núcleo familiar con el propósito de que:

- a. Si existe formalmente un/a cuidador/a del/a paciente en la familia: no sea el/a único/a que se vincule al proceso de acompañamiento del/a paciente con DM y/o HTA, sino trabajar la vinculación a nivel familiar.

Organización familiar para asumir el rol de cuidadores/as alternos/as: cabe recalcar a pesar de existir un/a cuidador/a principal formal, otro de los resultados del proceso de intervención, será establecer estrategias para la rotación del rol del cuidador/a entre los miembros de la familia ampliada del/a paciente, en aras de prevenir la sobre carga de responsabilidades en el cuidador/a principal, lo cual pudiera desencadenar en actitudes y conductas adversas hacia el/a paciente.

- b. Si no existe formalmente un/a cuidador/a en la familia: A partir del trabajo de intervención con la familia concretado a través de las sesiones, sea el núcleo familiar quien junto al/a interventor/a designe a un miembro responsable de asumir el rol de cuidador/a de el/a paciente, de manera libre y voluntaria.
- c. Si el/a paciente vive solo/a o posee una red de apoyo familiar escasa: En este caso se vinculará al/a paciente al Comité de Acompañamiento en los cuidados de la salud a pacientes (Ver actividad 3.1.2)

Temática 2: Cultura de cuidados alimenticios

El apoyo familiar resulta fundamental en los procesos de cambio de hábitos alimenticios de cualquier persona. Este mismo apoyo puede aumentar la promoción de la salud cuando el/a paciente siente la pertenencia y respaldo de un grupo social que comparte un mismo compromiso. El propósito del trabajo de esta temática tendrá 2 enfoques; por un lado, la promoción de un estilo de vida saludable para todos los integrantes de la familia y con ello, la prevención de posibles enfermedades. Por otro lado, dará respuesta a la atención de adherencia al tratamiento del/a paciente con HTA y/o DM. Esto es a partir de la identificación de:

- Factores biológicos: sentido de gusto y saciedad, herencia genética y apetito
- Factores económicos: ingreso familiares disponibles para la compra de alimentos y la disponibilidad del acceso a los mismos
- Factores físicos: como la capacidades personales del/a responsable de la preparación o compra de las comidas, la etapa del ciclo vital en el que se encuentren los miembros de una familia, y el tiempo disponible para la preparación y consumo de alimentos.
- Factores sociales: conocimientos, creencias y costumbres culturales sobre la composición de la dieta familiar y número de comidas diarias, patrones familiares alimenticios y los gustos y/o preferencias de cada uno de los miembros de la familia, percepciones sobre trastornos alimenticios, funcionalidad familiar.
- Factores psicológicos: estado de ánimo displacenteros, autoestima/autovaloración, estrés, culpa y emocionales vinculados a situaciones de ansiedad que motiven

Durante el desarrollo de la identificación de estos factores el/a profesional a cargo generará espacios de retroalimentación sobre los mismos a partir de su experticia profesional. A su vez, los/as profesionales responsables evaluarán de manera integral

el estilo de vida y actividades saludables en la rutina diaria de los miembros de familia. También se trabajará con las familias en el diseño de dietas ajustadas, según sus preferencias y recursos económicos disponibles.

Temática 3: Cultura de cuidados en medicamentos

El apoyo familiar resulta fundamental en los procesos de la adherencia terapéutica farmacológica prescrito a los/as pacientes. El propósito del trabajo de esta temática abordará la identificación de factores que dificultan que el/a paciente lleve una adecuada administración y control de los medicamentos recomendados por el Centro de salud al que acude para la obtención de los mismos.

Frente a la HTA y/o DM, y el consumo de tratamiento farmacológico se identificarán y trabajará:

- Principales preocupaciones del/a paciente
- Actitud de negación y angustia del diagnóstico
- Predisposición del/a paciente para la adhesión
- Percepción sobre el estigma social
- Rastreo de posibles sucesos de discriminación vividos por el/a paciente
- Percepción/expectativas del/a paciente
- Conocimiento y mitos y demás creencias culturales

Respecto a la Administración y Supervisión en el consumo de medicamentos se indagará acerca de:

- Hábitos de automedicación
- Supervisión y control familiar
- Grado de instrucción de quien administra el tratamiento farmacológico
- Principales motivaciones del/a paciente y familia
- Dificultades presentes en el fracaso en la adhesión a tratamientos anteriores
- Consumo paralelo de sustancias psicoactivas y medicamentos

Respecto al ámbito cultural se trabajará en las creencias sobre la adecuada adhesión al tratamiento prescrito y la percepción del/a paciente acerca de lo que significa estar enfermo(a)/sano(a). De igual forma, en base al rastreo de las creencias y uso de la medicina natural/tradicional los/as profesionales a cargo del desarrollo de esta temática evaluarán la pertinencia del consumo de medicina natural y/o tradicional según la cultura y las particularidades del diagnóstico de los/as pacientes

En relación al Centro de Salud al cual el/a paciente acude se el trabajo se dará en base a las causales o motivaciones que generan la poca recurrencia de los/as pacientes a los CS y la organización que se lleva por parte de la familia para Movilización, coordinación y acompañamiento del/a paciente al Centro de Salud.

De manera general, se darán pautas de organización respecto al control en la administración de los medicamentos y también se trabajará con las familias y el/a paciente en el diseño y personalización de organizadores de medicamentos prescritos como estrategia para la adaptación al tratamiento a seguir.

Temática 4: Cultura de cuidados en cuanto a la actividad/ejercicio físico

El apoyo familiar y la motivación resultan fundamentales a la hora de emprender una rutina de actividad física. El propósito del trabajo de esta temática abordará la identificación de dificultades que obstaculicen a la familiar generar espacios de ocio o recreativos compartidos. En este proceso el/a interventor/a acompañará a la familia a generar estrategias que faciliten realizar actividades físicas y creativas que contribuyan a salud a un nivel familiar, y que esto a su vez influya en la relaciones familiares de manera positiva.

En relación a la actividad física/ejercicio desde los distintos espacios en los que puede realizarse y pautas de organización respecto al tiempo destinado a ejecutarla.

a. Factores demográficos y biológicos:

- Edad, género e identidad étnica
- Estado de salud
- Estado de salud auto percibido
- Niveles de ejercicio físico

b. Factores conductuales

- Percepción sobre la imagen corporal
- Consumo de tabaco y alcohol
- Participación social/comunitaria
- Consumo de dieta alimenticia
- Tiempo destinado al uso de dispositivos electrónicos
- Conductas sedentarias
- Organización del tiempo/uso del tiempo libre
- Actitudes frente al uso de prendas deportivas

c. Factores psicosociales

- Actitudes hacia la actividad física
- Orientaciones motivacionales basadas en el esfuerzo y la mejora personal
- Desarrollo de liderazgo y trabajo en equipo
- Experiencias negativas en la educación físicas
- Predisposición a participar de manera grupal

- Influencia de grupos de pares a la hora de realizar actividades
- Actividades compartidas con grupos de pares y comunidad
- Capacidades físicas de los miembros de la familia
- Preferencias y gustos de los miembros de la familia
- Sobrecarga de responsabilidades/ocupaciones
- Ventajas sociales de realizar actividades físicas

d. Factores ambientales

- Creencias sobre idoneidad de los espacios de donde poder realizar ejercicio
- Condiciones de trabajo o movilidad
- Condiciones de seguridad en el sector
- Disponibilidad espacial y temporal
- Oferta de instituciones para la realización de ejercicio físico

De acuerdo al método de grupo se realizará las siguientes actividades:

2.2. Fortalecimiento de estrategias de cuidado por parte de cuidadores/as

Se da con un formato grupal y aborda tres niveles de intervención a trabajarse de forma vivencial: lo cognitivo, instrumental y emocional

2.2.1. Invitación a los Grupo de Apoyo a trabajarse con los/as cuidadores/as principales y cuidadores/as alternos/as de los/as pacientes. El rol de cuidador/a alterno/a irá rotando entre los miembros de la familia de cada uno/a de los/as pacientes que estén dispuestos/as a participar en el proceso.

2.2.2. Realización de sesiones de Grupo de apoyo para el fortalecimiento de Involucramiento familiar

Proceso de Grupo de Apoyo para el fortalecimiento del perfil del cuidador/a principal y alternos/as

Primer momento: Formando el camino hacia el reconocimiento del “Yo cuidador/a”

Este primer momento está basado en el Reconocimiento de las y los cuidadores/as principales a nivel personal y grupal. A nivel personal los/as cuidadores/as identificarán sus cualidades existentes y descubrirán nuevos atributos o habilidades; esto posibilitará el reconocimiento de cualidades en las demás personas que integran el grupo de formación. A nivel grupal el/a cuidador/a se reconocerá las motivaciones, expectativas, contribuciones y compromisos en el proceso grupal de formación. Lo anterior, posibilitará el compromiso de los/as cuidadores/as a partir de reglas, acuerdos

a nivel personal y grupal. Para esto, es necesario que los/as cuidadores/as acuerden un nombre para designar el grupo al cual integran.

El propósito de este primer momento es trabajar las expresiones del/a cuidador/a acerca de su sentir como responsable del rol de cuidador/a de un/a paciente con HTA y/o DM. Esto implica que el reconocimiento y valoración de:

- La experiencia como cuidadores/as
- Las motivaciones que incentivan los cuidados
- El significado que tiene el rol de cuidador/a en sus vidas.
- Autoestima/autoimagen de cuidador/a
- Los efectos tanto positivos (satisfacción de velar por un “otro”) como negativos (cansancio, fatiga, sobrecarga de responsabilidades) que se han generado a partir del tiempo de cuidado.
- Las necesidades personales de los/as cuidadores/as

De tal manera que se reconozca que los efectos del cuidado son parte del rol desarrollado y que, a su vez, estos efectos son sentidos por otros/as cuidadores/as de forma compartida.

En este momento el/a interventor/a promoverá el enganche, sentido de pertenencia, confianza e involucramiento de los/as cuidadores al proceso personal y grupal dentro del Grupo de formación.

Segundo momento: “Yo cuidador/a” descubro desde mi historia mis creencias culturales

Este segundo momento está basado en el reconocimiento del tipo de familia de origen y constituida de los y las cuidadores/as. Para que a partir de los elementos familiares manifestados, los y las cuidadores/as comparen y encuentren similitudes y/o diferencias en los patrones culturales que se han venido reproduciendo de forma intergeneracional; esto es, en torno a creencias, costumbres, tradiciones y hábitos de salud cada uno de estos aspectos deben de girar alrededor del diagnóstico del/apaciente. Se analizará las formas en que se ha construido la vida de los/as cuidadores/as en los subsistemas conyugal, parental y familiar.

El propósito de este momento dentro del proceso es que los y las cuidadores/as puedan cuestionarse acerca de la cultura familiar de origen y constituida, dando un especial énfasis a los aspectos relacionados a la salud y/o enfermedad, y a las formas en las que se han desarrollado patrones familiares de la cultura de curación y/o prevención de la salud. Esto implica el reconocimiento de:

- Construcciones aprendidas que se lleva a la práctica actualmente
- Cuidados de salud adecuados
- Alimentación saludable

Posterior al reconocimiento de las creencias culturales el/a interventora junto con el/a cuidador/a generarán un espacio en el cual se pueda identificar el estilo de vida seguido a partir de las construcciones mentales y los efectos que dichos hábitos tienen en la calidad de vida del grupo familiar. En este aspecto se le dará énfasis al estilo de vida sedentario llevado por cada uno de los miembros de diferentes edades; esto implica que además se trabaje sobre los cuidados esenciales que los/as pacientes con diagnóstico HTA y/o DM necesiten tener en consideración previo, durante y posteriormente a la realización de las actividades físicas con la finalidad de evitar posibles lesiones físicas y complicaciones a la salud.

Tercer momento: “Yo cuidador/a” reconstruyo historia presente y pasada con “el/a otro/a” para una mejor relación

Este tercer momento estará basado en la identificación de la relación existente entre el/a paciente y el/a cuidador. En este espacio, posteriormente el/a cuidador/a podrá reconstruir su historia familiar, lo que permitirá reconocer y cuestionarse sobre hechos o sucesos del pasado que en la actualidad estén afectando u obstaculizando una relación saludable. La reconstrucción de la historia familiar vivida posibilitará que el/a cuidador/a conjunto a el/a interventor/ generen estrategias o cursos de acción que le posibiliten mejorar la relación con el/a paciente o crear una saludable relación cuidador/a-paciente.

a. Relación presente

- Formas de Comunicación entre cuidador/a-paciente
- Obstáculos o barreras en la resolución de conflictos familiares
- Límites y reglas en la relación cuidador/a-paciente
- Cuidados personales vs. Cuidados a pacientes
- Cuidados/descuidos personales: frecuencia de revisiones médicas

b. Relación pasada

- Hechos significativos en la historia familiar a partir del ciclo vital que puedan estar afectado la relación con el/a paciente diagnosticado con DM/HTA
- Sentimientos, pensamientos y explicaciones dadas por el/a cuidador/a a partir de hechos significativos en la historia familiar
- Comportamientos o decisiones tomadas como respuesta frente a situaciones vividas.

- Efectos y consecuencias en las relaciones con la familia debido al diagnóstico del/a paciente con HTA/DM.
- Acciones realizadas para solucionar conflictos de acuerdo al estado de salud del/a paciente

Cuarto momento: Todos/as podemos ser cuidadores/as en mi familia

Este cuarto momento dentro del proceso se basará en el reconocimiento de los roles, funciones y responsabilidades que desempeñan cada uno/a de los miembros de la familia. Los/as participantes con el/a interventor/a podrán reconocer las formas y expresiones cotidianas a través de las cuales las familias desde la cotidianidad se convierten en un sistema de apoyo o limitante para el/a paciente. De esta manera, el taller le permitirá a el/a cuidador/a junto a el/a interventor/a identificar qué roles se pueden redistribuir entre los miembros de las familias para promover la responsabilidad de los miembros y disminuir la sobrecarga de responsabilidades a partir del trabajo sobre:

- Significados incorporados a partir de la familia de origen sobre lo que es familia, pareja, madre/padre, hija/o
- Roles asignados vs. Asumidos en la familia
- Formas familiares de interaccionar y relacionarse
- Jefatura (Jerarquía) y toma de decisiones en la familia
- Relaciones desiguales basadas en el poder dentro de la familia
- Alianzas, desacuerdos y conflictos en los roles familiares
- Redistribución y cambio de funciones y de responsabilidades de los miembros
- Miembros de la familia claves para realizar cambios en el funcionamiento familiar
- Aliados/as o redes de apoyo frente a dificultades

Quinto momento: “Yo cuidador/a” + “los/as otros/as”= nosotros/as construimos nuestra propia realidad

En este último momento se tiene como propósito trabajar las formas de organización dentro de la familia en relación a los cuidados del/a paciente con HTA y/o DM, parte de lo cual involucra aspectos de ocio y de recreación compartidos por todos los miembros del grupo familiar. Si bien las actividades o dinámicas de recreación están vinculadas al ocio, el taller se encuentra encaminado a que por medio de dichas actividades se aporten a la salud emocional, mental y física de cada uno de los integrantes de las familias, ya sea a nivel personal para distracción propia o como una estrategia que promueva los espacios y tiempos compartidos en familia, y por ende la cohesión de este grupo primario con el/a paciente. Para este propósito se trabajará respecto a:

- Actividades cotidianas compartidas en familia

- Dificultades o barreras para la organización de actividades recreativas
- Gustos y preferencias sobre actividades de ocio familiares
- Organización de actividades familiares compartidas que vayan acorde al estado de salud del/a paciente

Finalmente, se tendrá como objetivo el cierre del Grupo de Formación a partir de la retroalimentación de los/as cuidadores/as y el/a interventor/a acerca de:

- Significado de la participación en el grupo de formación
- Sentimientos generados por la participación
- Logros alcanzados y dificultades
- Compromisos adquiridos durante el proceso
- Diseño de un registro de red de apoyo conformados por los/as cuidadores/as que acompañaron en el grupo de formación

Este momento se llevará a cabo mediante sesiones de corte vivenciales tendrán como propósito la promoción del desarrollo de habilidades y compromisos por parte de los/as participantes vinculados/as con el cuidado con el/a paciente. Si bien los talleres fueron diseñados a partir de la lógica de procesos, de forma interna cada taller implica un proceso en el que se da un calentamiento o “caldeo” para que los/as participantes se involucren en cada taller, se explica la/s técnica/s a utilizarse, se lo ejecuta y se realiza la devolución y cierre del mismo a partir de la recogida de los sentimientos generados en cada taller, los descubrimientos y acuerdos alcanzados.

2.3. Evaluación

- 2.3.1. Sesiones de retroalimentación con las familias participantes respecto a los procesos desarrollados, y los cambios e impactos obtenidos.
- 2.3.2. Sesiones de evaluación con el Equipo técnico del proyecto acerca de las fortalezas y debilidades, y cumplimiento de propósitos mediante las actividades trabajadas en todo el procedimiento.

2.4. Sistematización

Construcción de la Sistematización junto a los y las actores/as sobre el proceso desarrollado.

Componente 3. Se ha fortalecido la oferta institucional para la demanda epidemiológica de la población³.

Objetivos específicos:

³ En articulación con los lineamientos Generales para la implementación del MAIS

3.1. Se ha promovido el seguimiento y control adecuado en pacientes con diabetes e hipertensión.

3.2. Se ha impulsado la superación de la cultura curativa mediante el fortalecimiento de la prevención en el nivel primario de salud

3.3. Se ha fortalecido estrategias de incremento en la recurrencia de los/as pacientes a las Unidades de salud.

3.4 Se ha logrado la participación de Actores locales en la promoción, prevención y atención de diabetes e hipertensión en el Distrito 09D24.

5.4.3. Actividades del objetivo específico 3

Participación de Actores Locales

3.1. Conformación y funcionamiento de Comités Integrales de Salud

3.1.1. Convocatoria a instituciones para Comités Integrales de Salud: Se coordinará con las instituciones a nivel de Distrito involucradas en el ámbito de salud. Entre ellas estarán los Gobiernos Autónomos descentralizados (GAD), la Prefectura, la Gobernación de la provincia, MIES, Ministerio de Salud, Ministerio de Deporte, Ministerio de Educación, Centros de Culto, entre otras.

3.1.2. Conformación y Desarrollo para Comités Integrales de Salud: El propósito de la conformación de los Comités gira entorno a desarrollar compromisos de actuación y participación de forma activa de parte de todos/as los/as participantes, sean estos individuales y colectivos. Esta estrategia se realizará a favor de las familias del Distrito 09D24 para la promoción y prevención de salud comunitaria; y a su vez, la prevención y atención estará dirigida a los y las pacientes con HTA y/o DM usuarios/as de los CS del distrito.

Durante el Desarrollo de las sesiones de este proceso, el/a coordinador/a del proyecto junto a los/as actores participantes realizarán la identificación de asociaciones y/o movimientos en las instituciones participantes. Aunque generalmente la mayoría de las agrupaciones existentes dentro de las organizaciones sean voluntariado, la convocatoria está abierta a todo grupo dispuesto a participar en la Formación de los Comités de Acompañamiento en los cuidados de la salud a pacientes. (Ver actividad 2.1.1 Sesión1)

La conformación de los Comité de Acompañamiento deben de trabajar de forma articulada con cada una de las instituciones participantes, es decir la intervención de estos comités debe de realizarse de manera inter – institucional, los/as pacientes

participantes manifestaran diferentes necesidades y quienes conformen estos comités tendrán la responsabilidad de articularlos con los diferentes actores que conformen los comités integrales de salud. Los/as participantes de los Comités de acompañamiento deberán articular a los/as pacientes con los diferentes sistemas de apoyo la familia y el grupo de atención integral de salud de las Unidades de atención con la finalidad que se realice un trabajo eficaz y cada uno de estos procesos influya en la calidad de vida de los/as pacientes.

Para ello el/a Coordinador/a del proyecto designará a los/as profesionales a cargo de la actuación de los/as voluntarios/as quienes serán interlocutores/as ante el/a director/a de los CS, además de:

- Seleccionar y prever la formación de los/as voluntarios/as participantes
- Aportar el personal voluntario necesario para la correcta atención de los enfermos y familiares.
- entregar identificaciones/credenciales para los/as voluntarios/as.
- Precautelar medidas de seguridad a los/as voluntarios/as.
- Integrar a los/as voluntarios/as en todos aquellas actividades o procesos donde se trabajen temas relacionados a cuidados a pacientes con HTA y/o DM.

La formación de este comité tendrá como propósito general: Brindar acompañamiento en los cuidados a pacientes con HTA y/o DM para ello:

a. Las funciones a realizar por parte de los/as voluntarios/as son:

- Suplencia temporal del/a cuidador/a principal para propiciar su descanso físico y emocional
- Apoyo emocional al/a paciente y su familia frente a las implicaciones del estado de salud.
- Actividades de entretenimiento para facilitar la adaptación del/a paciente al estilo de vida recomendado y la distracción con actividades de recreación.
- Interlocución con los/as profesionales que coordinan el voluntariado para el reporte de situaciones y necesidades emergentes que requieran la intervención rápida por parte del CS.

b. El perfil de los/as pacientes a ser acompañados/as es:

- Paciente con diagnóstico de HTA y/o DM

- Pacientes con complicaciones en la adhesión al tratamiento médico⁴
- Viva Solo/a o cuente con una red de apoyo socio familiar escasa en los cuidados
- Pacientes que desempeñen el rol de cuidadores/as de otros miembros de familia con complicaciones de salud

3.1.4. Creación de acuerdos en los Comités Integrales de Salud.

3.2. Re-Captación de usuarios/as para promover la cultura de promoción de deporte, de alimentación sana y prevención de enfermedades.

3.2.1. Invitación a usuarios/as

3.2.2. Realización de tres Ferias con el tema “Prevenir cuesta menos”, estas ferias tendrán la finalidad de realizar el mercadeo social en la comunidad como parte del enfoque de promoción de salud. Para esto, se contará con la participación de los/as integrantes del Comité de Acompañamiento en los cuidados de la salud a pacientes. De igual forma serán dirigidos a la población en general del Distrito 09D24 para el conocimiento de las temáticas a tratar para la promoción de hábitos saludables. Durante las ferias se dará información sobre los siguientes temas:

- La identificación de riesgos familiares y comunitarios.
- Mitos y Verdades sobre las creencias en torno a las formas más comunes de contraer enfermedades.
- Hábitos y costumbres no saludables
- ¿Qué tipo de paciente soy? (identificación implícita sobre la cultura preventiva o curativa del/a usuario/a)
- Exposición de posibles costos a la hora de tratamientos por adquirir enfermedades que pudieron ser evitadas a través de la cultura preventiva.

3.3. Fomento de la formación profesional del Equipo de Atención Integral de Salud.

3.3.1. Talleres de fortalecimiento del perfil de los y las profesionales médicos que brindan atención a pacientes con HTA y/o DM.

3.3.1.1. Invitación a equipo médico a las capacitaciones.

⁴ Para esto se dispondrá de la información recabada en los informes de Diagnóstico cuya revisión se dará bajo criterios de confidencialidad.

3.3.1.2. Realización de 2 talleres impartidos por profesionales de Trabajo Social, Psicología y Enfermería. En el desarrollo de estos dos talleres se abordarán aspectos de carácter técnico, las destrezas y demás recursos de los y las profesionales para incrementar la eficacia de la atención para la mejora de los resultados a generarse con los/as pacientes con HTA y/o DM. Además, en estos talleres se tratará los siguientes aspectos⁵:

- ✓ Fortalecimiento de la comunicación asertiva en el manejo de las demandas del/a paciente:

Esto implica la manera de expresarse al/a usuario/a con un lenguaje claro que facilite una mayor comprensión de la explicación dada sobre su situación de salud y del tratamiento a seguir, el ánimo en la escucha activa, y la disposición a aclarar las dudas de los/as usuarios/as desde un servicio de calidad y calidez.

- ✓ Fortalecimiento de la relación entre médico/a y paciente para la generación de vínculos de confianza:

La confianza se va generando a partir del adecuado trato entre el/a paciente y el/a profesional y puede acrecentarse o disminuir; teniendo en consideración que si ocurre lo segundo esta desconfianza induciría a una postura de omisión del/a paciente, tratando de desvincularse o de no comprometerse con el tratamiento.

3.3.2. Supervisión del Equipo médico frente a la carga emocional en la atención médico/a-paciente con HTA y/o DM:

El espacio de supervisión se llevará a cabo a través de sesiones grupales de forma quincenal durante el desarrollo del proyecto. Está dirigido a todo el equipo sanitario participante en el proyecto, y tiene como principal propósito abordar las dificultades de carácter emocional que surgen en el equipo sanitario en los procesos de intervención con pacientes con HTA y/o DM.

Esto incluye proporcionar estrategias de autorregulación o manejo de los sentimientos, emociones y sensaciones con el propósito del mantenimiento de un clima de equilibrio en la dinámica con el/a paciente, además de prevenir posibles reacciones del personal médico en la re victimización a los/as pacientes.

3.4. Formulación de la propuesta para el seguimiento de los/as pacientes con HTA y/o DM.

⁵ En articulación con el lineamiento “Mejorar la capacidad resolutiva del equipo de salud, a través del fortalecimiento y desarrollo de nuevas destrezas y habilidades”.

Inicialmente se realizará una reunión con el equipo técnico para la socialización de la nueva propuesta de seguimiento del tratamiento de salud a los/as pacientes diagnosticados/as con HTA y DM. Se dará a conocer al equipo sanitario las implicaciones de la propuesta para realizar las necesarias articulaciones con las distintas áreas de salud, en las que el/a paciente participe. Una de las principales implicaciones se basa en que todos los miembros del equipo sanitario tengan acceso de manera responsable y confidencial a los exámenes médicos de HTA y/o DM que se realicen los/as pacientes.

3.4.1. Instalación del servicio de Atención psicosocial pre y post diagnóstico de HTA y/o DM como parte del tratamiento integral que brindan los CS: Este servicio será llevado por parte de profesionales de Trabajo Social y Psicología y Enfermería a partir del protocolo de Atención.

Es una actividad orientadora que a través de una intervención confidencial entre profesional y paciente se preparara a este último para sobrellevar la tensión y el impacto generado a partir del diagnóstico de la enfermedad. Al conocer la existencia de opciones para mejorar la condición de salud y prevenir futuras complicaciones, se genera el cambio de actitud de los/as pacientes al brindar apoyo en la toma de decisiones personales para enfrentar la enfermedad de una manera funcional.

Este espacio permitirá:

- ✓ Brindar información frente a creencias erróneas o prejuicios frente a la HTA y DM: ¿Qué significa tener diagnóstico de HTA y DM?, Percepciones del riesgo
- ✓ Generar un ambiente de escucha confidencialidad y apoyo
- ✓ Informar sobre derechos y obligaciones como pacientes con HTA y DM.
- ✓ Ofrecer consejería a pareja y familiares
- ✓ Evaluar los cambios y avances logrados durante el desarrollo del tratamiento

- ✓ Sugerir y motivar a:
 - Seguir pautas de autocuidado
 - Integración a grupos de autoayuda para pacientes llevados por los CS.

La primera actividad a realizar en este proceso de atención será el diseño de material informativo sobre las ECNT y de estrategias/pautas a seguir en su tratamiento, en un lenguaje claro y concreto, a partir de todo el contenido propuesto en el protocolo. Previo a la aplicación del protocolo el profesional deberá contar con el resultado del diagnóstico médico y la ficha médica para registrar lo trabajado en la sesión.

Protocolo de atención a pre y post diagnóstico de Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)⁶

1. Presentación del espacio de atención:

Este espacio inicia a partir del saludo y bienvenida por parte del/a interventor/a a cargo al/a paciente y acompañante/s que recibirá el resultado. Se le/s explicará acerca de los propósitos del espacio y se rastrearán las expectativas del/a paciente respecto al espacio en el que se encuentra siendo atendido/a.

2. Entrega del resultado:

Previamente el/a interventora verificará que el diagnóstico corresponda al/a paciente que se encuentra presente, además de rastrear posibles antecedentes psicológicos y psiquiátricos. Habiendo generado una relación empática con el/a paciente y acompañante/s, se le/s explicará el significado de los resultados del diagnóstico de ECNT de una forma clara y concreta con el propósito de reducir los niveles de ansiedad que pudieran generarse durante el proceso.

Frente a este tipo de diagnósticos suelen desencadenarse una serie de emociones, sensaciones, preocupaciones y dudas. Para lo cual, es importante que el/a interventor/a se asegure de que el/la paciente y acompañante/s entienda lo que significa el resultado del diagnóstico simultáneamente le dará tiempo a el/a paciente para que confronte sus emociones tras enterarse de su diagnóstico de salud. El/a interventora a partir de su formación profesional aplicará técnicas y estrategias necesarias para la contención y estabilización del estado emocional del/a paciente.

El/a interventor/a reconocerá que el efecto emocional de recibir un resultado de diagnóstico de cualquiera de las ECNT generalmente dificulta al/a paciente absorber otro tipo de información durante la cita, especialmente cuando se generan crisis emocionales por al enterarse del resultado. Por ello, es posible que el/a interventor/a contemple la necesidad de programar citas adicionales con el/a paciente durante el proceso de salud que lleve de forma simultánea (ver punto 7 de este protocolo)

3. Identificación de factores de apoyo social:

A partir del diálogo establecido se indagará sobre los siguientes aspectos:

- ✓ Situación laboral
- ✓ De hábitos entorno a medicinas, alimentación y actividad física

⁶ Adaptado del Manual de consejería pre y posprueba en VIH y sida. Programa de sida-Ministerio de Salud. Pág 39-45

- ✓ Recursos de salud disponibles
- ✓ Redes de apoyo a nivel familiar, grupo de pares y comunidad.

Posterior a la identificación de los factores mencionados se dará un espacio de retroalimentación en el que el/a profesional brinde indicaciones de del autocuidado general a partir de las observaciones generadas e informe acerca de los recursos disponibles y de redes de apoyo.

4. Explicación de la ruta de autocuidados del/a paciente frente al diagnóstico:

Se explicaran las pautas que los y las pacientes deberán de seguir las cuales están contempladas a manera de compromiso en un acta, la cual deberá ser firmada por el/a paciente e interventor/a.

5. Entrega de material informativo:

Se dará con una explicación complementaria del contenido de dicho material y se lo entregará a el/a paciente y acompañante/s para que pueda consultarlo cuando desee.

6. Registro de los datos en la historia clínica:

El/a interventor/a registrará el proceso llevado con el/a paciente en la ficha de historia clínica, la misma que una vez utilizada deberá retornar al departamento del CS encargado de archivar este documento.

7. Programación de posibles citas subsecuentes:

La programación de posibles citas se llevara a cabo si el médico responsable del seguimiento considera que el/a paciente está mostrando resistencia a la adherencia al tratamiento, para la programación de esta cita se dará un proceso de interlocución entre médico y profesional a cargo con la finalidad de evidenciar la pertinencia de una nueva cita dada la particularidad de la situación del paciente.

3.4.2. Instalación del proceso de seguimiento a los/as pacientes a través del análisis de caso.

Se realizará el análisis de casos de forma quincenal contando con la participación del equipo sanitario interdisciplinario. En estas sesiones se darán a conocer los progresos médicos, factores de riesgo y de protección, se llevara un control de todos los aspectos expuestos y analizados y será registrada en el historial clínico del/a paciente. Dirigida a pacientes cuya evolución no haya sido positiva pese a la asistencia y consumo de medicamentos.

3.5. Evaluación

Sesiones de evaluación con el Equipo Técnico de las fortalezas y debilidades, y cumplimiento de propósitos mediante las actividades trabajadas en todo el procedimiento.

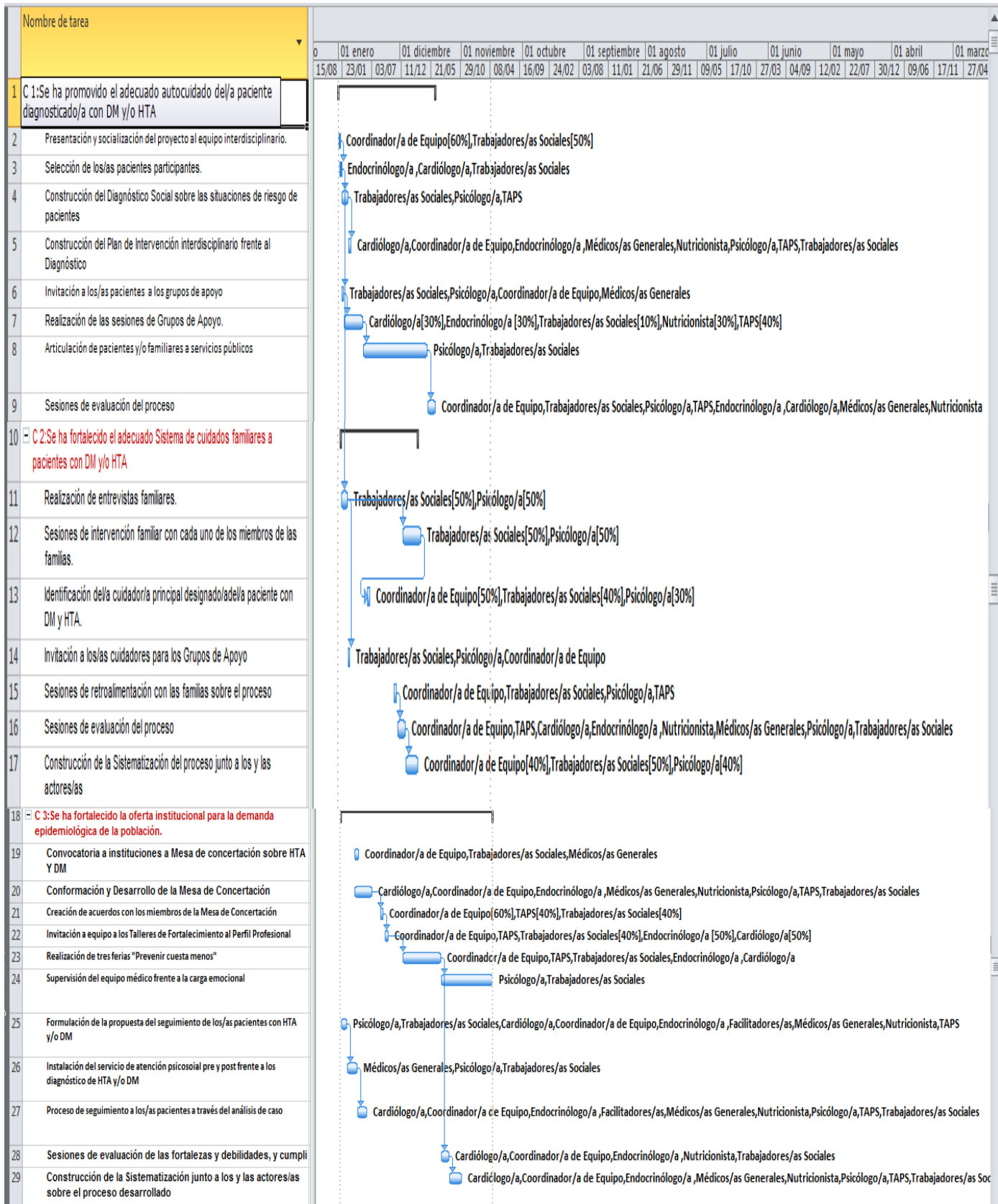
3.6. Sistematización

Construcción de la Sistematización junto a los y las actores/as sobre el proceso desarrollado.

5.5. Duración y Cronograma

La propuesta tendrá una duración de 12 meses, tiempo en el que se realizarán actividades de los tres Objetivos Específicos de forma simultáneamente desde el mes 1, siendo solo el Objetivo Específico 3 el que tendría comienzo posteriormente en el mes 2.

Gráfico #23 Cronograma de Grant



5.6. Presupuesto del proyecto

El presupuesto que ha sido calculado a requerir para la propuesta es de \$128.940,840 dólares americanos; los cuales han sido desglosados en el Aporte propio que es el 36%, es decir, \$31.942,00 es el valor que la institución costea y el Aporte solicitado es \$96.998,040 el 64% del valor total. Para éste presupuesto se ha calculado ya un valor de 10% de imprevistos y del 4% por inflación anual existente en el país.

(Ver anexo # 13 Matriz de presupuesto con presupuesto)

A continuación se indica el resumen del presupuesto

Gráfico #24 Resumen del presupuesto

Componentes	Total	Propio	Solicitado
Componente 1	\$ 106.338,00	\$ 27.468,00	\$ 78.870,00
Componente 2	\$ 1.944,00	\$ 300,00	\$ 1.644,00
Componente 3	\$ 4.824,00	\$ 252,00	\$ 4.572,00
Subtotal	\$ 113.106,000	\$ 28.020,000	\$ 85.086,000
10% Imprevistos	\$ 11.310,600	\$ 2.802,000	\$ 8.508,600
4% Inflación	\$ 4.524,240	\$ 1.120,800	\$ 3.403,440
Total	\$ 128.940,840	\$ 31.942,800	\$ 96.998,040
		25%	75%
Fecha: 11/02/2016			
Fuente: Matriz de presupuesto			
Elaborado por: Lady Criollo, Alejandra Plaza			

5.7. Matriz de Marco Lógico

Gráfico 25 # Matriz de Marco lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS Y FACTORES EXTERNOS
<p>Finalidad: Se ha impulsado el mejoramiento de la calidad de vida de los/as pacientes con DM/HTA del Recreo 2.</p>	<p>Al término del proyecto, se ha logrado promover la integralidad de los diversos sistemas de apoyo en el cuidado de los/as pacientes con DM/HTA del Recreo 2, en términos de adecuado autocuidado del/a paciente diagnosticado/a con DM y/o HTA, adecuado cuidados familiares a pacientes con DM y/o HTA, y oferta institucional para la demanda epidemiológica de la población.</p>	<p>Informe Final del Proyecto</p>	<p>Se respetan y promueven los Planes y políticas nacionales en los que se prioriza la atención a ECNT en la población.</p> <p>El MSP facilita la creación de proyectos y propuestas de integración de sistemas de cuidado en la atención frente a la prevalencia de ECNT en usuarios/as del CS Recreo 2.</p>
<p>Propósito: Se ha promovido la integralidad y articulación de los diferentes sistemas de apoyo en el cuidado de los/as pacientes con DM/HTA del Recreo 2</p>	<p>Se ha empoderado a los/as pacientes participantes con respecto a las implicaciones en su autocuidado mediante la participación en el desarrollo del plan de intervención interdisciplinario basado en los tres ejes de básicos de intervención y a través de la participación en las sesiones periódicas de grupo de apoyo.</p> <p>Al finalizar el proyecto se ha promovido la potenciación de capacidades económicas en los/as usuarios/as participantes mediante la articulación con servicios públicos basados en los intereses, demandas y necesidades identificadas en los/as participantes.</p>	<p>Diversos tipos de Informes:</p> <p>*Informe del Proyecto</p>	<p>Autoridades y habitantes de la comunidad cooperan en la participación y formación continua de los miembros del Equipo de Salud en la mejora de los servicios de atención a pacientes con ECNT.</p>

	<p>Se ha potenciado el involucramiento familiar en un 75% a través de la participación de miembros de las familias de los/as usuarios/as en las sesiones familiares desarrolladas y en la asunción de la responsabilidad del cuidado por parte de los miembros.</p> <p>Se ha promovido en 30 usuarios/as y sus familias el fortalecimiento de estrategias de cuidado de la salud y fortalecimiento en la adherencia al tratamiento médico de usuarios/as mediante la realización de sesiones acerca de cuidados a el/paciente y autocuidado como cuidador/a.</p> <p>Al término del proyecto se ha fortalecido la oferta institucional en respuesta a las necesidades de la población en términos del establecimiento de redes de apoyo de instituciones vinculadas con la problemática, fortalecimiento de la prevención de la problemática a nivel primario y el fortalecimiento de estrategias para el incremento de la recurrencia de la población usuaria del servicio de salud que ha sido diagnosticada con HTA y DM.</p> <p>Al finalizar el proyecto se han instaurado procesos en los CS en los que se atiendan las necesidades psicosociales con énfasis en el bienestar emocional de pacientes con HTA y/o DM. Además de sesiones en las que se supervise al equipo médico respecto a la carga emocional generada a partir del trabajo con pacientes con enfermedades crónicas</p> <p>Hasta fines del proyecto se ha capacitado en 2 talleres a profesionales en formación para el abordaje profesional en la relación con usuarios/as sobre los diversos elementos que intervienen en la atención necesaria a HTA y DM.</p>	<p>*Informes de Evaluación del proceso global de cada componente</p> <p>*Informes generales de cada proceso (que se ha llevado a través de sesiones o talleres)</p> <p>*Informes de Planes de Intervención desarrollados</p> <p>*Informes de Diagnóstico con enfoque a usuarios/as, familias y de manera situacional</p>	<p>CS accede al desarrollo de procesos de salud incluyendo al ámbito familiar como agente fundamental para el mejoramiento de la situación de salud de pacientes con HTA y DM.</p> <p>Sistema de Salud incorpora el cumplimiento del MAIS F-C referente al proceso de atención y seguimiento de casos de pacientes con ECNT.</p>
--	--	--	--

<p>Componente 1</p> <p>Se ha promovido el adecuado autocuidado del/a paciente diagnosticado/a con DM y/o HTA.</p> <p>Objetivos del componente 1</p> <p>1.1. Se ha incrementado la evaluación periódica de los niveles de glucosa en la sangre.</p> <p>1.2. Se ha fomentado el empoderamiento del/a paciente respecto a las implicaciones de su diagnóstico de salud.</p> <p>1.3. .Se ha aumentado el consumo de los medicamentos correspondientes.</p> <p>1.4. .Se ha disminuido el sobrepeso/ obesidad.</p>	<p>Hasta Finales del 1er mes se realizó el proceso de selección de los pacientes participantes.</p> <p>Hasta finales del 2do mes se construyó los diagnósticos socio familiares del 90% de las familias de pacientes participantes que no muestren mejorías en su estado de salud pese a la adecuada adhesión al tratamiento farmacológico.</p> <p>A finales del 2do mes el equipo técnico del CS dio a conocer el Plan de Intervención interdisciplinario especificando los aspectos de los cuales se va a encargar según su especificidad</p> <p>A inicios del 2do mes se realizaron los Grupos de Apoyo basados en las estrategias de autocuidado y de convivencia familiar con el 85% de participación del total de pacientes.</p> <p>A mediados del tercer mes del proyecto se conoció las demandas, intereses y necesidades del 95% de los/as participantes y sus sobre servicios con los cuales desearía llevar un proceso de articulación.</p> <p>A finales del quinto mes se impartieron gestionó con instituciones públicas servicios para el desarrollo de capacidades económicas al 80% del total de participantes que expresaran su interés en este subproceso.</p>	<p>Reportes de la Selección Informe de las Visitas domiciliarias realizadas</p> <p>Informe de Diagnostico Social Anexo de instrumentos diligenciados</p> <p>Plan de Intervención interdisciplinario Informe de resultados de la socialización del plan Planificación de las Sesiones Registro de Asistencia Fotos de las sesiones Reportes de las Sesiones</p> <p>Informe de la información levantada Fotos</p> <p>Planificación del proceso de articulación Base de datos con información necesaria de participantes Fotos durante el acompañamiento en la articulación con servicios públicos para el desarrollo de habilidades económicas Informe de Resultado de Talleres</p>	<p>Pacientes acceden a la participación en los grupos de apoyo</p> <p>Condiciones climáticas permiten que se den los talleres</p> <p>Usuarios y usuarias acceden a la participación en los talleres</p>
---	--	---	---

<p>1.5. .Se ha sensibilizado sobre las consecuencias del consumo alimentos con alto índice en grasas/carbohidratos.</p> <p>1.6. .Se ha promovido el consumo de dietas equilibrada de alimentos saludables.</p> <p>1.7. .Se han potenciado habilidades para el desarrollo de capacidades económicas</p>	<p>A mediados del 11avo mes se han implementado evaluaciones al 75% de los/as participantes sobre los Grupos de apoyo durante el proyecto.</p> <p>A finales del 11avo mes se han implementado evaluaciones de la efectividad del proceso al 70% del personal del Equipo Técnico participante.</p>	<p>Informe de resultados de evaluación a usuarios/as participantes</p> <p>Informe de Resultados de evaluación al Equipo Técnico</p>	<p>CS permite el acceso a Historias Clínicas de los y las pacientes</p> <p>Miembros del equipo sanitario acceden al trabajo interdisciplinario</p>
<p>Componente 2</p> <p>Se ha fortalecido el adecuado Sistema de cuidados familiares a pacientes con DM y/o HTA.</p> <p>Objetivos del componente 2</p> <p>2.1. Se ha mejorado el adecuado manejo de los cambios de humor de los/as pacientes.</p>	<p>A mediados del 1mes del proyecto se realizaron entrevistas domiciliarias en el 80% de las familias.</p> <p>Se realizaron sesiones de intervención familiar a inicios del 2do mes con una participación del 80% del total de los miembros de las familias.</p>	<p>Planificación de las entrevistas</p> <p>Reporte de las sesiones en las que se produjo la identificación</p>	<p>Las familias de pacientes acceden en la participación en el proyecto</p>

<p>2.2. Se ha fortalecido estrategias adecuadas hacia el cuidado de los/as pacientes con DM/HTA.</p>	<p>A finales del 4to mes se identificó al cuidador principal del 90% del total de pacientes participantes en el proyecto.</p>		
<p>2.3. Se ha sensibilizado a la familia sobre los efectos de la enfermedad.</p>	<p>A mediados del 4to mes se ha promovido el intercambio de roles de los miembros de la familia en la responsabilidad del cuidado del/a paciente participante.</p>	<p>Reporte de las sesiones en las que se produjo la promoción del intercambio de roles en las familias</p>	<p>Los trabajos/empleos de los/as cuidadores/as principales brindan flexibilidad de horarios lo cual permitiría la asistencia grupos de apoyo</p>
<p>2.4. Se ha fortalecido el control en la administración de medicamentos del tratamiento médico.</p>	<p>A finales del 6to mes del primer año del proyecto se implementaron sesiones a partir los 5 momentos del Grupo de apoyo basados en las estrategias de cuidado familiar con la participación del 70% de los/as cuidadores/as de los/as pacientes diagnosticados/as con DM Y HTA.</p>	<p>Planificación de los Talleres Registro de Asistencia Fotos de los talleres Informe de Resultado de talleres</p>	
<p>2.5. Se ha sensibilizado sobre la importancia del acompañamiento en las implicaciones de llevar un tratamiento para la enfermedad</p>	<p>A inicios del 11avo mes se han implementado evaluaciones al 80% de las familias y/o los/as cuidadores/as principales que han participado durante el proyecto.</p>	<p>Informe de resultados de evaluación a familias y/o cuidadores/as principales que hayan participado.</p>	<p>Miembros de familia ampliada aceptan participar de las sesiones y se comprometen a cumplir los acuerdos</p>
<p>2.6. Se ha promovido la adherencia hacia nuevos hábitos alimenticios en el entorno familiar.</p> <p>2.7. Se ha potenciado el involucramiento de la familia en la supervisión de la adherencia a recomendaciones médicas.</p>	<p>Se elaboró la Sistematización del proceso en conjunto del 90% de los/as cuidadores/as principales en el final del 12vo mes</p>	<p>Documento físico de Sistematización del proceso</p>	
<p>Componente 3</p> <p>Se ha fortalecido la oferta</p>	<p>A finales del 3er mes se dio 3 sesiones de la mesa de concertación con la participación de 7 actores locales involucrados en la atención a ECNT como la HTA y DM.</p>	<p>Informe de sesiones Fotografías durante las sesiones de trabajo Registro de Asistencia</p>	<p>Planificación de los Talleres Registro de Asistencia Fotos de los talleres Informe de Resultado de Talleres</p>

<p>institucional para la demanda epidemiológica de la población.</p> <p>Objetivos del componente 3</p> <p>3.1. Se ha logrado la incorporación de Actores Locales para reducir la prevalencia de ECNT en Distrito 09D24.</p>	<p>A mediados del 4to mes se dio la conformación de los Comités de acompañamiento de los cuidados de la salud cubriendo un 80% de los casos especiales de pacientes que necesitan acompañamiento</p> <p>Se desarrollaron acuerdos en el 80% de las sesiones de la mesa de concertación con temática de HTA y DM en la población de Durán a mediados del 5to mes.</p> <p>A mediados del 5to mes se ha realizado 3 ferias "Prevenir cuesta menos" contando con la participación del 60% de los/as habitantes de las comunidades cercanas a los Centros de salud del distrito</p> <p>A finales del 7mo mes se ha promovido en el 75% de los miembros del Equipo médico el fortalecimiento del perfil de atención a pacientes en términos de calidad y calidez</p> <p>A mediados del 6to mes se ha realizado los 2 talleres de capacitación para la generación de una relación de confianza médico/a-paciente y el fomento de la comunicación asertiva</p>	<p>Base de datos de miembros del comité</p> <p>Acta de acuerdos con voluntarios/as</p> <p>Planificaciones del proceso a llevar con los/as pacientes específicos/as</p> <p>Actas de Memoria de sesiones con enfoque de acuerdos realizados</p> <p>Planificación de las ferias</p> <p>Cronograma de Actividades en cada stand</p> <p>Registro de asistencia para habitantes</p> <p>Fotografías</p> <p>Evaluación de satisfacción del evento diligenciada por habitantes</p> <p>Reporte de las sesiones en las que se promovieron las estrategias declaradas</p> <p>Informe de Resultados de evaluaciones de cumplimiento de indicadores de atención de calidad.</p>	<p>Directiva del MSP y CS accede a permisos para la participación de miembros del equipo médico</p> <p>Otras organizaciones cooperan en el trabajo y participación en la Mesa de Concertación para la creación de acuerdos</p>
--	--	---	--

<p>3.2. Se ha impulsado la superación de la cultura curativa mediante el fortalecimiento de la prevención en el nivel primario de salud.</p> <p>3.3. Se ha fortalecido la calidez en el sistema de atención a los(as) pacientes al CS</p> <p>3.4. Se ha promovido el seguimiento adecuado de la salud en pacientes con diabetes e hipertensión.</p>	<p>Al termino del 8vo mes se han desarrollado 8 sesiones de Supervisión del Equipo médico frente a la carga emocional en la atención médico/a-paciente con HTA y/o DM contando con el 80% de participación del personal sanitario de los CS</p> <p>Se ha atendido a mediados del 12avo mes al 90% del total de pacientes con diagnóstico de HTA y/o DM reciente, mediante el servicio de Atención psicosocial post diagnóstico de HTA y/o DM como parte del tratamiento integral que brindan los CS.</p> <p>A mediados del 12avo mes se ha dado seguimiento al 90% de casos de pacientes, cuya situación se considere de especial tratamiento, mediante el análisis de casos contando con la participación del Equipo médico del CS</p> <p>A inicios del 12avo mes se han implementado evaluaciones al 70% de los miembros del equipo médico del CS que han participado durante el proyecto.</p> <p>Se elaboró la Sistematización del proceso en conjunto al personal de las 3 áreas que intervienen en la problemática para finales del proyecto.</p>	<p>Planificación de las sesiones Acta de memoria de las sesiones y fotografías</p> <p>Acta del servicio prestado y acuerdos pactados con paciente la cual se archivará en la respectiva carpeta médica Matriz de atenciones prestadas a pacientes</p> <p>Actas de Memoria Informes integrales de casos Informes de Seguimiento</p> <p>Informe de resultados de evaluación a miembros del equipo médico</p> <p>Documento físico de la sistematización del proceso</p>	<p>Habitantes del Distrito 09D24 acceden a participar en las ferias</p> <p>Organizaciones y profesionales del equipo sanitario aportan propuestas e información del área al que pertenecen</p>
---	--	--	--

Actividades de Componente 1	Presupuesto Componente 1:			
Selección de pacientes participantes	Coordinador/a del Equipo	\$	20.400,00	
Diagnóstico socio familiar de pacientes				
	2 T. Sociales (nuevos/as)	\$	31.200,00	
Reunión de Socialización de la información al Equipo	1 T. Social (ya contratado/a)	\$	7.800,00	
	1 Psicólogo/a (nuevo/a)	\$	15.600,00	
Planteamiento del Plan de Intervención Interdisciplinario	1 Psicólogo/a (ya contratado/a)	\$	6.240,00	Los/as pacientes aceptan las visitas domiciliarias por parte del equipo del proyecto.
	1 TAPS	\$	4.800,00	
	1 Cardiólogo/a	\$	9.600,00	
Invitación a pacientes a Grupos de Apoyo	1 Endocrinólogo/a	\$	9.600,00	Informes financieros
	1 Nutricionista	\$	5.280,00	Roles de pago
Realización de sesiones de Grupos de Apoyo				
	1 Promotor de salud comunitario	\$	1.728,00	
	Capacitador/a	\$	400,00	
	1 Enfermera (nueva)	\$	6.000	
	1 Enfermera (contratada)	\$	6.000	
	Auditorio Equipado	\$	300,00	Recibos de Caja
	Material de Oficina	\$	480,00	Pacientes participantes asisten a los Grupos de apoyo.

Sesiones de evaluación con el Equipo Técnico	Folletería	\$	120,00	Facturas	Pacientes participan en cada uno de las sesiones de Grupos de apoyo
	Refrigerio	\$	90,00		
	Recargas telefónicas	\$	120,00		
	Insumos para taller	\$	320,00		
	Video cámara y Trípode	\$	180,00		
Sesiones de evaluación con los/as pacientes participantes	Subtotal:		\$ 125.538,00		Familiares de pacientes participan en el proceso para potenciar capacidades económicas
<u>Actividades de Componente 2</u>	<u>Presupuesto Componente 2:</u>				
Elaboración de Planificaciones de la intervención con familias	Recargas Telefónicas		\$120.00	Informes Financieros	Las familias de los pacientes aceptan participar en las sesiones de intervención familiar.
	Auditorio Equipado		\$300.00		
Realización de las sesiones de intervención familiar en Domicilio					
Identificación del/a cuidador/a principal del/a paciente	Material Didáctico		\$1.524.00	Roles de Pago	
Invitación a los/as cuidadores/as principales de				Facturas	El o la cuidadora principal asisten a las sesiones

<p>pacientes</p> <p>Realización de Grupos de apoyo a cuidadores/as</p> <p>Sesiones de evaluación del Proceso</p> <p>Construcción de la sistematización junto a los/as actores participantes</p>			
	<p>Subtotal:</p>	<p>\$ 1.944,00</p>	<p>Recibos de Caja</p> <p>El o la cuidadora dispone de tiempo para participar en el proceso.</p>
<p><u>Actividades de Componente 3</u></p> <p>Convocatoria a instituciones a Mesa de Concertación sobre la HTA y DM.</p> <p>Conformación y Desarrollo de la Mesa de Concertación</p> <p>Creación de acuerdos con los participantes de la Mesa de Concertación.</p> <p>Fomento del perfil de atención del Equipo médico del CS</p>	<p><u>Presupuesto Componente 3:</u></p> <p>Auditorio Equipado \$ 60,00</p> <p>Material Didáctico \$ 3.792,00</p> <p>Refrigerio \$ 72,00</p> <p>Alquiler de Sillas \$ 450,00</p>	<p>Roles de Pago</p> <p>Informes Financieros</p> <p>Facturas</p>	<p>Se conforman mesas de concertación con acuerdos que tributan al proyecto y a la problemática atendida.</p> <p>Otras instituciones públicas apoyan el proyecto.</p> <p>El equipo Médico asiste a los talleres de capacitación.</p>

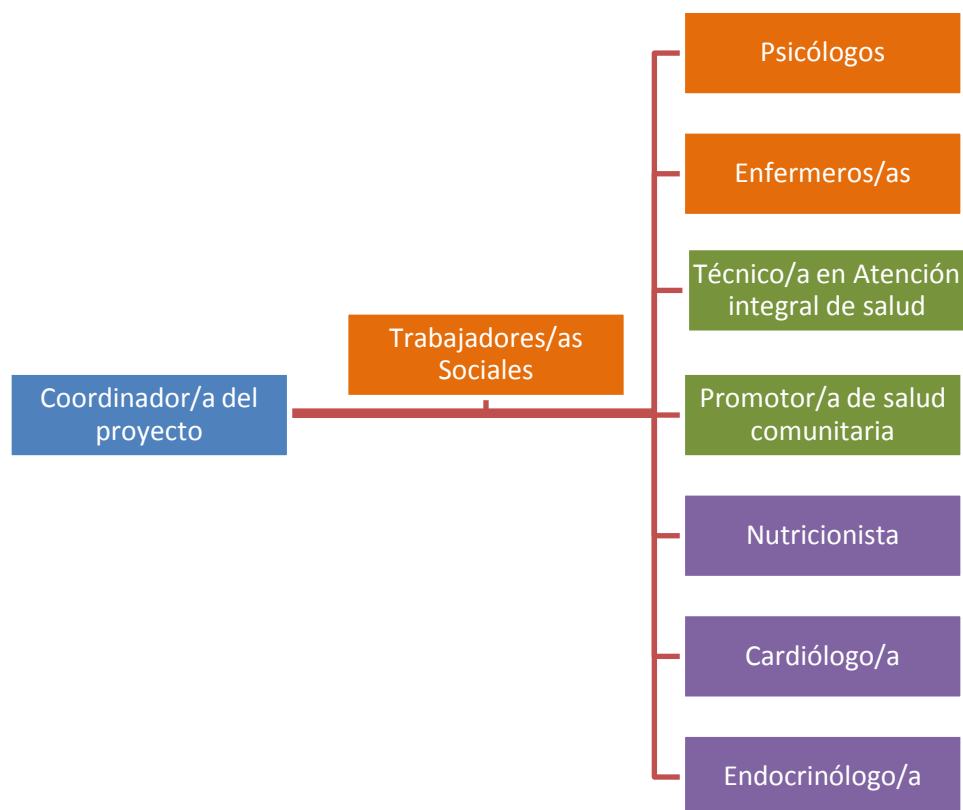
Invitación al Equipo médico a capacitaciones Realización de 2 talleres de capacitación sobre calidad y calidez	Alquiler de Carpas	\$ 450,00	Recibos de Caja	El equipo médico comienza el nuevo proceso de seguimiento hacia los pacientes.
Realización de las 3 ferias "Prevenir cuesta menos"				
Reuniones quincenales para el análisis interdisciplinario de casos				
Subtotal:	\$ 4.824,00			
Sesiones de evaluación del Proceso Construcción de la sistematización junto a los/as actores participantes	Total de Componentes del Proyecto	\$ 150.828,00		
Elaboración: Criollo, Lady Alejandra Plaza Fecha: 25/02/2016 Fuente: Matriz de actividades con presupuesto				

5.8. Sistema de Gestión y Evaluación de la propuesta

5.8.1 Sistema de Gestión

Organigrama Referencial de la propuesta

Gráfico # 26 Organigrama de la organización



Fuente: Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS)

Fecha: 03 de marzo de 2016

Elaborado por: Lady Criollo y Alejandra Plaza

La jerarquía del equipo que constituye la propuesta se da de manera horizontal, dado que está pensada desde el trabajo interdisciplinario en el cual cada profesión desde su especificidad aporta brindando complementariedad al trabajo de los/as demás miembros del Equipo. De izquierda a derecha, el recuadro azul que encabeza el gráfico indica la superioridad del cargo que en este caso es del/a Trabajador/a Social que dirige el proyecto. El recuadro ubicado de manera contigua

representa a los/as profesionales de Trabajo Social que darán supervisión a los procesos previstos en la propuesta.

Pese a pertenecer a un mismo equipo, existen miembros del mismo que comparten especificidades en común dado su quehacer profesional, siendo así que:

- De color anaranjado: Se identifica a los/as profesionales cuyo objeto de actuación está referido al análisis de los factores sociales y particulares que influyen en la calidad de vida de los sujetos. Principalmente su escenario de atención es el individual y familiar.
- De color verde: Se identifica a los/as profesionales cuya actuación abarca principalmente el escenario comunitario “in situ”.
- De color morado: Se identifica a los/as profesionales cuya actuación se encuentra establecida como necesaria para el segundo nivel de atención, de acuerdo a la Red de Salud Integral, dado que su especialidad se centra en la atención a las enfermedades crónicas no transmisibles como la HTA y DM (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Descripción de Funciones

El equipo multidisciplinario que forma parte de la propuesta está conformado por su Coordinador/a, tres Trabajador/as Sociales, dos Psicólogos/as, un/a Técnico/a en Atención Primaria de Salud (TAPS), un/a Promotor/a de Salud Comunitaria, de los cuales un/a Trabajador/a Social, un/a psicólogo/a y el TAPS ya laboran en la institución, los/as demás profesionales serán nuevas contrataciones. Las funciones de los miembros del Equipo serán las siguientes:

Coordinador/a del Proyecto

Perfil:

- ✓ Lcdo/a. en Trabajo Social.
- ✓ Título de 4to nivel especializado en Terapia Familiar.
- ✓ Sexo indiferente.
- ✓ Edad de 25 años en adelante.
- ✓ Habilidad en coordinación de equipo multidisciplinario.
- ✓ Buen manejo de relaciones personales.
- ✓ Manejo de herramientas de Microsoft Office.
- ✓ Conocimiento de Manual de atención integral de salud (MAIS).

Funciones:

- ✓ Designación del Equipo multidisciplinario o técnico.
- ✓ Realización de visitas domiciliarias.
- ✓ Construcción de diagnósticos.
- ✓ Análisis de casos.
- ✓ Elaboración en conjunto de Planes de Intervención a partir de los Diagnósticos Sociales.
- ✓ Co-Facilitación para grupos de apoyo, talleres y capacitaciones.
- ✓ Coordinación de equipo.
- ✓ Elaboración de la Sistematización del proceso.

Trabajadores/as Sociales (dos profesionales ya laboran en la institución y uno/a nuevo/a a contratarse)

Perfil:

- ✓ Lcda/o en Trabajo Social.
- ✓ Sexo indiferente
- ✓ Experiencia previa en Ámbito de Salud.
- ✓ Manejo de Metodologías Profesionales en Intervención familiar y trabajo social en grupo.
- ✓ Excelente actitud de empatía, paciencia, compromiso, acogida y sensibilidad.
- ✓ Fortaleza emocional.
- ✓ Habilidades de comunicación.
- ✓ Conocimientos del Manual de atención integral de salud.
- ✓ Manejo de grupo.

Funciones:

- ✓ Realización de visitas domiciliarias.
- ✓ Construcción de diagnósticos familiares.
- ✓ Análisis de casos.
- ✓ Elaboración en conjunto de Planes de Intervención a partir de los Diagnósticos Sociales.
- ✓ Co-Facilitación para grupos de apoyo, talleres y capacitaciones
- ✓ Coordinación de equipo.
- ✓ Elaboración de la Sistematización del proceso.

Psicólogo/a (ya labora en la institución)

Perfil:

- ✓ Psicólogo/a clínico.
- ✓ Sexo indiferente.
- ✓ Edad de 23 años en adelante.
- ✓ Experiencia en ámbito de salud.
- ✓ Excelente actitud de empatía, paciencia, compromiso, acogida y sensibilidad.
- ✓ Fortaleza emocional.
- ✓ Habilidades de comunicación.

Funciones:

- ✓ Realización de visitas domiciliarias.
- ✓ Co-Elaboración del Diagnóstico Social.
- ✓ Elaboración en conjunto de Planes de Intervención a partir de los Diagnósticos Sociales.
- ✓ Co-Facilitación de Talleres, grupos de apoyo y capacitaciones Manejo terapéutico.
- ✓ Análisis de casos.
- ✓ Manejo de grupos.

Técnico/a de Atención primaria en salud (TAPS) (ya labora en la institución)

Perfil:

- ✓ Enfoque integral: vida, género, culturas, individuo, familia, comunidad Trabajo en equipo Coordinación entre niveles: sistemas de referencia y contra-referencia.
- ✓ Manejo de conflictos.
- ✓ Gestión clínica.
- ✓ Sexo indiferente.
- ✓ Adecuada comunicación con profesionales del EAIS e individuos.
- ✓ Trato al paciente Atención centrada en el individuo y la familia.
- ✓ Gestión del conocimiento.
- ✓ Manejo de sistemas de información.
- ✓ Manejo de internet.
- ✓ Medicina basada en pruebas (guías clínicas)
- ✓ Conocimiento en Hábitos y estilo de vida.

Funciones:

- ✓ Atención preventiva, curativa, rehabilitadora y cuidados paliativos.
- ✓ Seguimiento compartido.

- ✓ Atención domiciliaria.
- ✓ Funciones administrativas y gerenciales: liderazgo, supervisión y coordinación.
- ✓ Negociación Gestión de la calidad, reclamos Planificación y evaluación Gestión clínica.
- ✓ Trabajo multidisciplinario.

Nutricionista

Perfil:

- ✓ Postura de escucha a usuarios/as.
- ✓ Creatividad en el desarrollo de su actuación profesional con enfoque diferencial de las etapas del ciclo vital en las que se encuentran los/as participantes.
- ✓ Conciencia de las necesidades y condiciones socioeconómicas de la población atendida.
- ✓ Enfoque familiar y comunitario.
- ✓ Capacidad para diseñar, desarrollar y evaluar estrategias de implementación para la mejora de los hábitos alimenticios de la población atendida.
- ✓ Actitud de respeto a la diversidad de percepciones de los individuos.
- ✓ Capacidad de negociación y establecimiento de acuerdos con usuarios/as y familias.

Funciones:

- ✓ Elaboración en conjunto de Diagnóstico Familiar brindando su aporte a la construcción del mismo desde la perspectiva de nutrición.
- ✓ Elaboración en conjunto de Planes de Intervención brindando su aporte desde a la construcción del mismo la perspectiva dietética.
- ✓ Acompañamiento y monitoreo en la implementación de los planes de intervención diseñados.
- ✓ Auxiliar en sesiones de grupo de apoyo, entrevistas y evaluaciones para la modificación de hábitos de higiene y alimentación a nivel clínico.

- ✓ Co-Facilitación en talleres sobre Estrategias de cuidado familiar en las que brindará su aporte en lo relacionado a la orientación sobre los adecuados hábitos alimenticios individuales y familiares.
- ✓ Asistencia en el Análisis de Casos de pacientes con HTA y DM.
- ✓ Co-Facilitación en las Ferias “Prevenir cuesta menos”.
- ✓ Auxiliar en la Elaboración de la Sistematización del proceso.

Promotor/a de Salud Comunitaria

Perfil:

- ✓ Capacidad de comunicación asertiva tanto con comunidad como autoridades de instituciones participantes.
- ✓ Sexo indiferente.
- ✓ Profesional autorizado en la Promoción de Salud Comunitaria.
- ✓ Experiencia en el trabajo en comunidades.
- ✓ Enfoque Comunitario.
- ✓ Habilidades de comunicación con familias y comunidad.
- ✓ Actitud investigativa, compromiso y sensibilidad con familias.

Funciones:

- ✓ Auxiliar en el proceso de selección de pacientes participantes.
- ✓ Elaboración en conjunto de Planes de Intervención brindando su aporte desde a la construcción del mismo la perspectiva comunitaria.
- ✓ Acompañamiento y monitoreo en la implementación de los planes de intervención diseñados.
- ✓ Auxiliar en sesiones de grupo de apoyo, entrevistas y evaluaciones para la promoción de la salud.
- ✓ Co-Facilitación en talleres sobre Estrategias de cuidado familiar en las que brindará su aporte en lo relacionado a la orientación sobre el involucramiento familiar y comunitario con el/a paciente.
- ✓ Asistencia en el Análisis de Casos de pacientes con HTA y DM.

- ✓ Verificación de avances y cumplimiento de las actividades y propósitos de los planes de intervención diseñados para las familias participantes.
- ✓ Co- Elaboración de la planificación de las Ferias “Prevenir cuesta menos” y acompañamiento respectivo.
- ✓ Co Elaboración en conjunto de Diagnóstico Situacional de la problemática.
- ✓ Asistencia en la conformación y desarrollo de la Mesa de Concertación local.
- ✓ Auxiliar en la Elaboración de la Sistematización del proceso.

Enfermeras

Perfil:

- ✓ Capacidad de comunicación asertiva tanto con comunidad como autoridades de instituciones participantes.
- ✓ Profesional titulada.
- ✓ Conocimientos en primeros auxilios.
- ✓ Experiencia en trabajo de comunidades.
- ✓ Enfoque Comunitario.
- ✓ Habilidades de comunicación con familias y comunidad.
- ✓ Actitud investigativa, compromiso y sensibilidad con familias.

Funciones:

- ✓ Auxiliar en el proceso de selección de pacientes participantes.
- ✓ Acompañar a realizar visitas domiciliarias si se lo requiriera
- ✓ Atención en el servicio de Atención psicosocial pre y post diagnóstico de HTA y/o DM como parte del tratamiento integral que brindan los CS.
- ✓ Informar sobre efectos y consecuencias de enfermedades crónicas no transmisibles.

5.8.2. Sistema de evaluación

Gráfico # 27 Matriz de evaluación y monitoreo

INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	MECANISMOS PARA SEGUIMIENTO	TIEMPO	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
<p>De finalidad</p> <p>Al término del proyecto, se ha logrado promover la integralidad de los diversos sistemas de apoyo en el cuidado de los/as pacientes con DM/HTA del Recreo 2, en términos de adecuado autocuidado del/a paciente diagnosticado/a con DM y/o HTA, adecuados cuidados familiares a pacientes con DM y/o HTA, y oferta institucional para la demanda epidemiológica de la población.</p>	Informe Final del Proyecto	<p>Reuniones con equipo multidisciplinario para retroalimentación del proceso.</p> <p>Reuniones con equipo multidisciplinario para revisión de la sistematización.</p> <p>Revisión de los resultados de evaluación del proceso seguido.</p>	<p>Mensual</p> <p>semestral</p> <p>Cada dos meses</p>	Coordinador/a del proyecto
<p>De propósito</p> <p>Se ha empoderado a los/as pacientes participantes con respecto a las implicaciones en su autocuidado mediante la participación en el desarrollo del plan de intervención interdisciplinario basado en los tres ejes de básicos de intervención y a través de la participación en las sesiones periódicas de grupo de apoyo.</p>	Diversos tipos de Informes:	<p>Reunión con equipo multidisciplinario.</p> <p>Revisión de informes.</p>	<p>Inicio del mes.</p> <p>Quincenal</p>	Secretaria del Centro de Salud

<p>Al finalizar el proyecto se ha promovido la potenciación de capacidades económicas en los/as usuarios/as participantes mediante la articulación con servicios públicos basados en los intereses, demandas y necesidades identificadas en los/as participantes.</p>	<p>*Informe del Proyecto</p>	<p>Reunión con equipo multidisciplinario. Supervisión de proceso de articulación para la potenciación de capacidades económicas Revisión de informes de evaluación.</p>	<p>Mensual Quincenal</p>	<p>Trabajador/a Social</p>
<p>Se ha potenciado el involucramiento familiar en un 75% a través de la participación de miembros de las familias de los/as usuarios/as en las sesiones familiares desarrolladas y en la asunción de la responsabilidad del cuidado por parte de los miembros.</p>	<p>*Informes de Evaluación del proceso global de cada componente</p>	<p>Reunión con equipo multidisciplinario. Supervisión de Sesiones de Grupos de apoyo. Revisión de informes de progresos de familias participantes.</p>	<p>Mensual Quincenal</p>	<p>Directora del Subcentro de Salud</p>
<p>Se ha promovido en 30 usuarios/as y sus familias el fortalecimiento de estrategias de cuidado de la salud y fortalecimiento en la adherencia al tratamiento médico de usuarios/as mediante la realización de sesiones acerca de cuidados a el/paciente y autocuidado como cuidador/a.</p>	<p>*Informes generales de cada proceso (que se ha llevado a través de sesiones o talleres)</p>	<p>Reunión con equipo multidisciplinario. Supervisión de Grupo de apoyo in situ basados en cuidado familiar. Revisión de informes de evaluación.</p>	<p>Mensual Trimestral</p>	<p>Secretaria del Centro de Salud</p>
<p>Al término del proyecto se ha fortalecido la oferta institucional en respuesta a las necesidades de la población en términos del establecimiento de redes de apoyo de instituciones vinculadas con la problemática, fortalecimiento de la prevención de la problemática a nivel primario y el fortalecimiento de estrategias para el incremento de la recurrencia de la población usuaria del servicio de salud que</p>	<p>*Informes de Planes de Intervención desarrollados</p>	<p>Asistencias a las sesiones de la mesa de concertación con el equipo multidisciplinario. Revisión de acuerdos establecidos en la mesa de concertación.</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Coordinadora/or del proyecto Directora del Subcentro de Salud</p>

<p>ha sido diagnosticada con HTA y DM. Al finalizar el proyecto se han instaurado procesos en los CS en los que se atiendan las necesidades psicosociales con énfasis en el bienestar emocional de pacientes con HTA y/o DM. Además de sesiones en las que se supervise al equipo médico respecto a la carga emocional generada a partir del trabajo con pacientes con enfermedades crónicas</p> <p>Hasta fines del proyecto se ha capacitado en 2 talleres a profesionales en formación para el abordaje profesional en la relación con usuarios/as sobre los diversos elementos que intervienen en la atención necesaria a HTA y DM.</p>	<p>*Informes de Diagnóstico con enfoque a usuarios/as, familias y de manera situacional</p>	<p>Revisión de microplanificaciones. Acompañamiento en la ejecución de talleres. Revisión de informes de progresos.</p>	<p>Semanal. Después de dos semanas de dar los talleres.</p>	<p>Psicóloga del subcentro de salud</p>
<p>Del componente 1 Hasta Finales del 1er mes se realizó el proceso de selección de los pacientes participantes.</p> <p>Hasta finales del 2do mes se construyó los diagnósticos socio familiares del 90% de las familias de pacientes participantes que no muestren mejorías en su estado de salud pese a la adecuada adhesión al tratamiento farmacológico.</p>	<p>Reportes de la Selección Informe de las Visitas domiciliarias realizadas .</p>	<p>Revisión de Historias clínicas de pacientes. Llamadas telefónicas a pacientes.</p> <p>Reunión con equipo multidisciplinario para revisión de informes Diagnóstico.</p>	<p>10 días para revisar.</p> <p>Semanal.</p>	<p>Directora del Subcentro de Salud</p> <p>Secretaria del Centro de Salud</p>

<p>A finales del 2do mes el equipo técnico del CS dio a conocer el Plan de Intervención interdisciplinario especificando los aspectos de los cuales se va a encargar según su especificidad</p>	<p>Informe de Diagnóstico Social Anexo de instrumentos diligenciados.</p>		<p>Al inicio del primer mes. Cada dos semanas.</p>	<p>Psicóloga del subcentro de salud Secretaria del subcentro de Salud</p>
<p>A inicios del 2do mes se realizaron los Grupos de Apoyo basados en las estrategias de autocuidado y de convivencia familiar con el 85% de participación del total de pacientes.</p>	<p>Informe de la información levantada Fotos</p>	<p>Reunión con equipo multidisciplinario. Asistencia de Grupos de apoyo. Revisión de informes de resultados.</p>	<p>Una semana antes de los grupos de apoyo. Trimestral.</p>	<p>Secretaria del Centro de Salud</p>
<p>A mediados del tercer mes del proyecto se conoció las demandas, intereses y necesidades del 95% de los/as participantes y sus sobre servicios con los cuales desearía llevar un proceso de articulación.</p>	<p>Planificación de las sesiones Registro de Asistencia Fotos Informe de Resultado del proceso</p>	<p>Asistencias de Grupo de apoyo.</p>	<p>In situ</p>	
<p>A finales del quinto mes se impartieron gestionó con instituciones públicas servicios para el desarrollo de capacidades económicas al 80% del total de participantes que expresaran su interés en este subproceso.</p>	<p>Informe de resultados de evaluación a usuarios/as</p>	<p>Reunión de equipo multidisciplinario para revisión de microplanificaciones. Supervisión insitu de Grupo de apoyo y Revisión de informes de evaluación.</p>	<p>Una semana antes de los grupos de apoyo. Trimestral.</p>	<p>Directora del Subcentro de Salud</p>
<p>A mediados del 11avo mes se han implementado evaluaciones al 75% de los/as participantes sobre los Grupos de apoyo durante el proyecto.</p>	<p>Informe de resultados de evaluación a usuarios/as</p>	<p>Reunión de equipo multidisciplinario. Revisión de informes de progresos.</p>	<p>Mensual Trimestral</p>	<p>Secretaria del Centro de Salud</p>

<p>A finales del 11avo mes se han implementado evaluaciones de la efectividad del proceso al 70% del personal del Equipo Técnico participante.</p>	<p>participantes</p> <p>Informe de Resultados de evaluación al Equipo Técnico</p>	<p>Revisión de informes de resultados de evaluación del equipo técnico.</p>	<p>Quincenal</p>	
<p>Del componente 2 A mediados del 1er mes del proyecto se realizaron entrevistas domiciliarias en el 80% de las familias.</p> <p>A inicios del 2do mes se elaboró un diagnóstico social del 90% de las familias de pacientes participantes que no muestren mejorías en su estado de salud pese a la adecuada adhesión al tratamiento farmacológico.</p> <p>Se realizaron sesiones de intervención familiar a inicios del 3er mes con una participación del 80% del total de los miembros de las familias.</p> <p>A inicios del 4to se identificó al cuidador principal del 90% del total de pacientes participantes en el proyecto.</p>	<p>Planificación de las entrevistas</p> <p>Informe Diagnóstico Social de las familias</p> <p>Reporte de las sesiones en las que se produjo la identificación</p>	<p>Reunión de Planificación para entrevistas domiciliarias. Acompañamiento en la realización de entrevistas domiciliarias.</p> <p>Reuniones con equipo multidisciplinario. Reunión para revisión de diagnóstico con equipo multidisciplinario. Reunión de socialización del diagnóstico final con equipo multidisciplinario.</p> <p>Reunión de equipo multidisciplinario. Supervisión insitu de sesiones de intervención familiares. Llamadas telefónicas. Revisión de informes.</p> <p>Realización de sesiones familiares.</p>	<p>3 días antes</p> <p>Cada 2 semanas</p> <p>3 días antes de las sesiones</p> <p>Mensual</p>	<p>Directora del subcentro de salud</p> <p>Secretarias del subcentros de Salud</p> <p>Coordinadora del proyecto</p>

<p>A mediados del 4to mes se ha promovido el intercambio de roles de los miembros de la familia en la responsabilidad del cuidado del/a paciente participante.</p> <p>A finales del 6to mes del primer año del proyecto se implementaron 10 Talleres basados en las estrategias de cuidado familiar con la participación del 70% de los/as cuidadores/as de los/as pacientes diagnosticados/as con DM Y HTA.</p> <p>A inicios del 11avo mes se han implementado evaluaciones al 80% de las familias y/o los/as cuidadores/as principales que han participado durante el proyecto.</p> <p>Se elaboró la Sistematización del proceso en conjunto del 90% de los/as cuidadores/as principales en el inicio del 3er mes del segundo año.</p>	<p>Reporte de las sesiones en las que se produjo la promoción del intercambio de roles en las familias</p> <p>Planificación de los Talleres</p> <p>Registro de Asistencia</p> <p>Fotos de los talleres</p> <p>Informe de Resultado de talleres</p> <p>Informe de resultados de evaluación a familias y/o cuidadores/as principales que hayan participado.</p> <p>Documento físico de Sistematización del proceso</p>	<p>Reuniones de revisión de contenidos de sesiones de Grupo de apoyo a cuidadores/as</p> <p>Asistencias a grupos de apoyo.</p> <p>Revisión de informes de progresos.</p> <p>Reunión con equipo multidisciplinario.</p> <p>Supervisión de talleres.</p> <p>Revisión de informes de avances de familias participantes.</p> <p>Revisión de los informes de resultado con equipo multidisciplinario.</p> <p>Análisis de sistematización</p>	<p>3 días antes de los Grupos de apoyo</p> <p>1na semana antes.</p> <p>Trimestral</p> <p>Quincenal</p>	<p>Secretarias del subcentros de Salud</p> <p>Secretarias del subcentros de Salud</p>
--	--	---	--	---

<p>Componente 3 A mediados del 6to mes se ha realizado los 6 talleres de capacitación sobre calidad y calidez en el servicio a pacientes.</p> <p>A finales del 6to mes se ha promovido en el 75% de los miembros del Equipo médico el aprendizaje de estrategias para el mejoramiento de la relación con los/as pacientes con HTA y DM, y el manejo de sus emociones durante las citas médicas.</p> <p>Se ha formulado la propuesta de seguimiento a pacientes mediante el análisis de casos contando con la participación del 60% del Equipo médico del CS a mediados del 8vo mes.</p>	<p>Planificación de los Talleres Registro de Asistencia Fotos de los talleres Informe de Resultado de Talleres Reporte de las sesiones en las que se promovieron las estrategias declaradas Informe de Resultados de evaluaciones de cumplimiento de indicadores de atención de calidad. Informe de Propuesta Acta de Memoria Registro de Participantes</p>	<p>Reunion con equipo multidisciplinario. Supervision insitu de Talleres. Revision de informes de resultados de capacitaciones.</p> <p>Revision de informes de resultados de capacitaciones.</p> <p>Reuniones con equipo multidisciplinario. Revision de informes diagnosticos.</p>	<p>SemanaL Mensual</p> <p>Quincenal</p> <p>Cada 2 semanas</p>	<p>Secretaria del subcentro de Salud</p> <p>Directora del subcentro de salud</p> <p>Secretaria del subcentro de Salud</p>
--	---	---	---	---

<p>A finales del 9no mes se ha implementado un sistema de seguimiento periódico de casos de pacientes con ECNT sobre la mejoría de la situación de salud a través del apego a las estrategias brindadas en el proyecto.</p>	<p>Oficios de autorización de la implementación del sistema</p>	<p>Revisión de informes de resultados con equipo multidisciplinario.</p>	<p>Quincenal</p>	<p>Psicóloga del Subcentro de Salud.</p>
<p>A mediados del 11avo mes se ha realizado 3 ferias "Prevenir cuesta menos" contando con la participación del 60% de los/as habitantes de la Cooperativa 28 de Agosto del Cantón Durán.</p>	<p>Actas de Memoria Informes integrales de casos Informes de Seguimiento Planificación de las ferias Cronograma de Actividades en cada stand Registro de asistencia para habitantes Fotografías Evaluación de satisfacción del evento diligenciada por habitantes</p>	<p>Reunión con equipo multidisciplinario para coordinación de Feria. Supervisión en situ de Ferias. Revisión de informe de resultados de feria resultada.</p>	<p>1na semana antes</p>	<p>Coordinadora del proyecto</p>
<p>A finales del 13avo mes se elaboró un diagnóstico situacional participativo contando con la participación de 6 actores locales involucrados en la atención a ECNT como la HTA y DM.</p>	<p>Informe de diagnóstico participativo Registro de Asistencia</p>	<p>Llamadas telefónicas a actores participantes. Correos electrónicos. Reunión para elaboración de Diagnóstico. Reunión para revisión de Diagnóstico.</p>	<p>1na semana después</p>	<p>Directora del subcentro de salud</p>
<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p>1era semana del 5to mes</p>	<p></p>

<p>Se desarrollaron acuerdos en el 80% de las sesiones de la mesa de concertación con temática de HTA y DM en la población de Durán (Coop. 28 de Agosto) a mediados del 14avo mes.</p> <p>A inicios del 15avo mes se han implementado evaluaciones al 70% de los miembros del equipo médico del CS que han participado durante el proyecto.</p>	<p>Actas de Memoria de sesiones con enfoque de acuerdos realizados</p> <p>Informe de resultados de evaluación a miembros del equipo médico</p> <p>Documento físico de la sistematización del proceso</p>	<p>Llamadas telefónicas.</p> <p>Supervisión de la Mesa de concertación.</p> <p>Revisión de acuerdos establecidos</p> <p>Correos electrónicos.</p> <p>Revisión de los informes de resultados del equipo.</p> <p>Análisis de sistematización</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Coordinadora/or del proyecto</p> <p>Coordinadora/or del proyecto</p>
---	--	--	-------------------	---

Elaboración Alejandra Plaza y Lady Criollo
Fecha 16 de Marzo del 2016
Fuente Matriz Marco Lógico

Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Paso a paso en la educación y el control de la Diabetes: pautas de atención integral. .
- ACR Latinoamérica . (05 de 05 de 2011). *En el hospital respire tranquilo*. Recuperado el 20 de 07 de 2015, de <http://www.acrlatinoamerica.com/201105054196/articulos/aire-acondicionado-y-ventilacion/en-el-hospital-respire-tranquilo.html>
- Agusti, R. (Enero - Abril de 2005). *Revista Peruana de Cardiología*. Vol. XXXI Nº 1.
- Alcaldía de Durán. (29 de 03 de 2012). *Durán "La ciudad que progresa en obras"*. Recuperado el 21 de 07 de 2015, de http://dalton-narvaez.blogspot.com/2012_03_01_archive.html
- Aldler, A. (s.f.). *Psicología online*. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/>
- Alina J. BELLO. (2000). *Individuos e individualismo en la edad Post Moderna*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2015, de <http://www.revistare.com/material/68indivisuoseindividualismo.pdf>
- Aristimuno, G., Foster, T., & Voors , A. (1984). Influence of persistent obesity in children on cardiovascular risk factors: The Bogalusa Heart Study. *Circulation*.
- Asamblea Nacional. (2008). Constitución de la República de Ecuador. Montecristi.
- Bandura, A. (21 de Julio de 2008). *La coctelera*. Obtenido de <http://socialpsychology43.lacoctelera.net/post/2008/07/21/aprendizaje-social-teorias-albert-bandura>
- Boeree, G. (2002). *Psicología On line*. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/adler.htm>
- Brenda Martínez. (2007). *Importancia de la Familia en el Paciente con Diabetes Mellitus Insulinodependencia*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117207.pdf>
- Carolina , M., & María, F. O. (diciembre de 2009). *Las representaciones sociales de los adolescentes de Rufino sobre las adicciones*. Recuperado el 23 de 07 de 2015, de <http://www.margen.org/suscri/margen56/mariatti.pdf>
- Carvajal, G. (2011). *Información para el Desarrollo de Salud en América Latina*. Recuperado el 10 de 07 de 2015, de <http://www.elhospital.com/temas/Aire-acondicionado-en-instalaciones-sanitarias-busca-ser-reglamentado+8086145>
- CEPAM, & MIES. (2010). *Modelo de Atención Integral y Especializada a la violencia hacia las mujeres. Guía y Protocolos de actuación*. Guayaquil.
- CES. (2013). Reglamento de Régimen Académico. 34-35.

- Clínica Alemana. (2015). *Factores de Riesgo Modificables*. Obtenido de <http://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/Internet/Home/centro-de-extension/aprendamos-de/Hombre/Factores+de+riesgo+cardiovascular/Cuales+son+los+factores+de+riesgo+modificables>
- CONADIS. (2013). *Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades 2013-2017*. Quito.
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). Ley Orgánica de Salud. En R. O. Ley 67.
- Constitución. (2008). Constitución de la República de Ecuador. Montecristi.
- Coopersmith. (s.f.). *Psicología Universal*.
- Corral, H. (2010). *Periodismo Trascendente*. Obtenido de <http://periodismotrascendente.obolog.com/henry-wallon-586446>
- D.R.A.E. (2010). Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=democracia>
- DiariodeCampo. (14 de Agosto de 2015). Prevalencia de la Diabetes en Adultos del Recreo 2. (L. Criollo, Entrevistador)
- DiariodeCampoC.V. (2 de junio de 2015). Durán.
- DirectordeSudcentrodeSalud. (16 de Agosto de 2015). Prevalencia de la Diabetes en Adultos del Recreo 2. (L. Criollo, Entrevistador)
- DirectorSubcentrodeSalud. (16 de Agosto de 2015). Prevalencia de la Diabetes en Adultos del Recreo 2. (L. Criollo, Entrevistador)
- EcuadorenVivo. (01 de Diciembre de 2013). *Ecuador en Vivo*. Recuperado el 10 de Agosto de 2015, de http://www.ecuadorenvivo.com/salud/81-salud/8195-una-alimentacion-rica-en-grasa-nos-afecta-diario-el-universo.html#.Vch5p_ntmkp
- El Expreso. (13 de Noviembre de 2014). *El Expreso*. Recuperado el 10 de Agosto de 2015, de <http://expreso.ec/expreso/plantillas/nota.aspx?idart=7298821&idcat=19351&tipo=2>
- El Telegrafo. (10 de Noviembre de 2013). *El Telegrafo*. Recuperado el 10 de Agosto de 2015, de <http://telegrafo.com.ec/sociedad/item/diabetes-afecta-a-800-mil-personas.html>
- El Universo. (27 de 09 de 2005). *El Recreo crece en Desorden*. Recuperado el 10 de 07 de 2015, de <http://www.eluniverso.com/2005/09/27/0001/18/AD8CF0649D7C455A9165896DCA741522.html>
- El Universo. (5 de 10 de 2010). *El Recreo reclama mejorar seguridad y servicios básicos*. Recuperado el 08 de 07 de 2015, de <http://www.eluniverso.com/2010/10/05/1/1445/recreo-reclama-mejorar-seguridad-servicios-basicos.html>

- El Universo. (19 de Enero de 2014). *El Universo*. Recuperado el 10 de Agosto de 2015, de <http://www.eluniverso.com/noticias/2014/01/19/nota/2049516/hay-dos-males-silenciosos-que-afectan-salud>
- ElTelegrafo. (11 de Agosto de 2011). *ELTelegrafo*. Recuperado el 10 de Agosto de 2015, de <http://voto2013.eltelegrafo.com.ec/noticias/guayaquil/item/la-diabetes-una-enfermedad-en-que-la-prevencion-es-clave.html>
- Entrevistada1. (11 de Junio de 2015). Diagnóstico Institucional. (E. d. 2", Entrevistador)
- Entrevistado2. (11 de Julio de 2015). Diagnóstico Institucional. (E. P. 2, Entrevistador)
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2015). *International Federation of Social Workers*. Recuperado el 08 de 07 de 2015, de <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>
- Felix Lopez, M. J. (s.f.). El desarrollo del apego durante la infancia. En M. J. Felix Lopez. Ediciones Piramide.
- Fernando Aristizabal. (Agosto de 2011). *Psicología Y Mente*. Recuperado el 24 de Septiembre de 2015, de <http://psicologiaymente.net/salud/diabetes-y-salud-mental#!>
- Folson , A., Kaye, S., & Sellers , T. (1993). Body fat distribution and 5-year risk of death in older women. (págs. 269-483.). JAMA.
- GAD del Cantón Durán . (2012). Proyecto de Remodelación y adecuación de peatonales. *Ec. Daltón Narváez Mendieta*, págs. 34-35.
- González, F. J. (2011). *Rebelión.El Buen Vivir Un Paradigma Anticapitalista*. Recuperado el 10 de 02 de 2014, de <http://www.rebelion.org/docs/163836.pdf>
- Hernandez, E. (2011). *psicologia-online*. Recuperado el 15 de 12 de 2012, de <http://www.psicologia-online.com/infantil/apego.shtml>
- Humanos, D. U. (2012). *Naciones Unidas*. Obtenido de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- IESS. (2015). *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Afiliación Voluntaria*. Recuperado el 25 de 07 de 2015, de <http://www.iess.gob.ec/es/web/afiliacion-voluntaria/quienes-pueden-afiliarse>
- INEC . (2010). *AEV – Anuario de Estadísticas Vitales*. Quito.
- INEC. (2010). *Crecimiento de la población comparando al crecimiento de abastecimiento de recolección según tendencia máxima*.
- INEC. (2010). *Censo de Población y Vivienda*. Recuperado el 08 de 07 de 2015, de www.ecuadorencifras.gob.ec/
- INEC. (2012). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo*. Quito.

- INEC. (2012). *Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud*.
- INEC. (2012). *Estadísticas Vitales-Defunciones*.
- INEC. (2013). *Estadísticas de Camas y Egresos Hospitalarios*.
- Janet Cifuentes. (Abril de 2005). *La Familia Apoyo o Desaliento para el paciente Diabético*.
Obtenido de
http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf
- LaRevista. (13 de Octubre de 2013). *LAREVISTA. UNIVERSO*. Recuperado el 10 de Agosto de 2015, de <http://www.larevista.ec/orientacion/salud/novedades-sobre-diabetes>
- Latinobarómetro. (2011). *Informe 2011. Infoamérica*. Recuperado el 10 de 07 de 2015, de <http://goo.gl/SUpE9>
- Luis Lizán. (2008). *ELSEVIER*. Recuperado el 12 de Septiembre de 2015, de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-13139004>
- Luz Helena Alba. (02 de Marzo de 2013). *Familia y práctica médica*. Obtenido de <http://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/3187464/Familia+y+practica+medica.pdf/0e6cfaf5-0ad8-4e41-9106-80c3692de96f>
- MacMahon, S., & Norton, R. (1986). Alcohol and hypertension: implications for prevention and treatment. *Ann Int Med*.
- Mallardi, M., & Cañizares, B. (2011). *“La aprehensión de la cuestión social en la práctica del Trabajo Social: Aportes para la elaboración de proyectos sociales en el ejercicio profesional”*. Buenos Aires: Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Maturana, H. (1997). la infancia en la construcción de la democracia. En H. Maturana, *La Democracia es una obra de arte* (pág. 44). cooperativa editorial Magisterio.
- Maturana, H. (1997). La noción de lo público. En H. Maturana, *La Democracia es una obra de arte* (pág. 39). Colombia: cooperativa Editorial Magisterio.
- MIES. (2015). *Beneficiarios del Bono de Desarrollo Humano*. Recuperado el 23 de 07 de 2015, de <http://www.inclusion.gob.ec/beneficiarios-bdh/>
- Ministerio de Deporte. (2012). *Actividad Física de la población ecuatoriana, demanda y hábitos de consumo deportivo*. Quito.
- Mondragón, J., & Trigueros, I. (1999). *Manual de Prácticas de Trabajo Social en el campo de la Salud*. España: Siglo XXI.
- Montas, F. (2010). *Psicomisavel*. Recuperado el 2012

- MSP. (2006). *Normas de prevención y Control de las infecciones Nosocomiales*. Quito.
- MSP. (2010). *Indicadores Básicos de Salud*. Quito.
- MSP. (06 de 2011). *Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles-ECNT*. Quito.
- MSP. (06 de 2011). *Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles-ECNT*. Quito.
- MSP. (2012). *Implementación del Nuevo Modelo de Gestión*. Recuperado el 08 de 07 de 2015
- MSP. (2013). *Call Center es Gratuito*. Recuperado el 20 de 07 de 2015, de http://instituciones.msp.gob.ec/dps/zamora_chinchi/index.php/transparenciaarea_sdesalud/221-callcenter/289-callcenter
- MSP. (2015). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 08 de 07 de 2015, de <http://www.salud.gob.ec/>
- MSP. (16 de 06 de 2015). *Noticias*. Recuperado el 14 de 07 de 2015, de <http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-celebra-sus-45-anos-con-obras/>
- Nancy Klobossa. (2008). *TRUEinsight*. Recuperado el 24 de Septiembre de 2015, de http://www.niprodiagnostics.com/diabetes_resources/downloads/true_insight/MKTO306Sr20_Emotions_Spanish.pdf
- ODNA. (2010). *Los niños y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI*. Quito.
- ODNA. (2012). *Los niños y niñas en el Ecuador a inicios del siglo XXI*. Quito.
- OMS. (2000). *La diabetes mellitus y sus complicaciones vasculares: un problema social de salud*. Recuperado el 10 de Agosto de 2015, de http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_1_00/ang15100.htm
- ONU. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015*. Recuperado el 10 de 07 de 2015, de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/childhealth.shtml>
- OPS, OMS. (12 de Noviembre de 2013). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 10 de Agosto de 2015, de http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1010:dia-mundial-diabetes&Itemid=258
- Organización Mundial de la Salud. (07 de 04 de 1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 08 de 07 de 2015, de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Centro de Prensa-Enfermedades Cardiovasculares*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

- Organización Panamericana de Salud. (2009). Paso a paso en la educación y el control de la Diabetes: pautas de atención integral, Organización Panamericana de la Salud. Washington.
- Organización Panamericana de Salud. (2010). Primer estudio epidemiológico realizado en Nicaragua sobre la prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial y factores de riesgos en personas mayores de 19 años, con representatividad de una zona geográfica del país. Managua.
- Organización Panamericana de Salud. (2014). *Prevención y Control de Enfermedades-Análisis de Salud*.
- Piaget. (2008). Desarrollo cognitivo.
- Polaino y Roales. (1994). La Familia del Diabético. *Importancia de la Familia en los Pacientes con Diabetes*, 233.
- Porter. (2004). *Psicología y Salud*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117207.pdf>
- Ramírez. (2005). La familia del diabético insulino dependiente. *La Importancia de la Familia en el Paciente con Diabetes*, 232.
- Red de Salud UC CHRISTUS . (2014). *Factores de Riesgo Cardiovasculares*. Obtenido de <http://redsalud.uc.cl/ucchristus/QuienesSomos/>
- Revista Panamericana de Salud Pública . (2002). Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(6). *Edición 12 (6)*, 399.
- Seiffge-Krenke . (2001). *Importancia de la Familia en los Pacientes con Diabétes*, 232.
- SENPLADES. (2010). *Agenda Zonal para el Buen Vivir*. Recuperado el 08 de 07 de 2015, de Propuestas de Desarrollo y Lineamientos para el Ordenamiento Territorial: <http://issuu.com/publisenplades/docs/agenda4>
- SENPLADES. (2011). *Subsecretaría Zona 8*. Vicepresidencia de la República.
- SENPLADES. (2013). *(Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo) Estudio cualitativo de movilidad social*. Quito.
- SENPLADES. (2013). *Atlas de las Desigualdades*.
- SENPLADES. (2013). *Buen Vivir. Plan Nacional 2013-2017*. Recuperado el 28 de 05 de 2014, de http://issuu.com/buen-vivir/docs/cap_6_-_objetivos_nacionales_para_e
- Social, C. d. (12 de 2012). *Universidad Catolica Santiago de Guayaquil*. Obtenido de http://www2.ucsg.edu.ec/jurisprudencia/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=57
- UsuariodelSubcentrodeSalud. (14 de Agosto de 2015). Prevalencia de la Diabetes en Adultos del Recreo 2. (L. Criollo, Entrevistador)

Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de Salud. (2010). Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural.

WordReference. (2012). *Definicion de*. Obtenido de <http://definicion.de/democracia/>

Siglas

C

CS: Centros de Salud

T

TGS: Teoría General de Sistemas

D

DM: Diabetes Mellitus

E

EAIS: Equipo de Atención Integral de Salud

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles

H

HTA: Hipertensión Arterial

M

MAIS-FCI: Modelo de Atención Integral de Salud-Familiar, Comunitario e Intercultural

MSP: Ministerio de Salud Pública

N

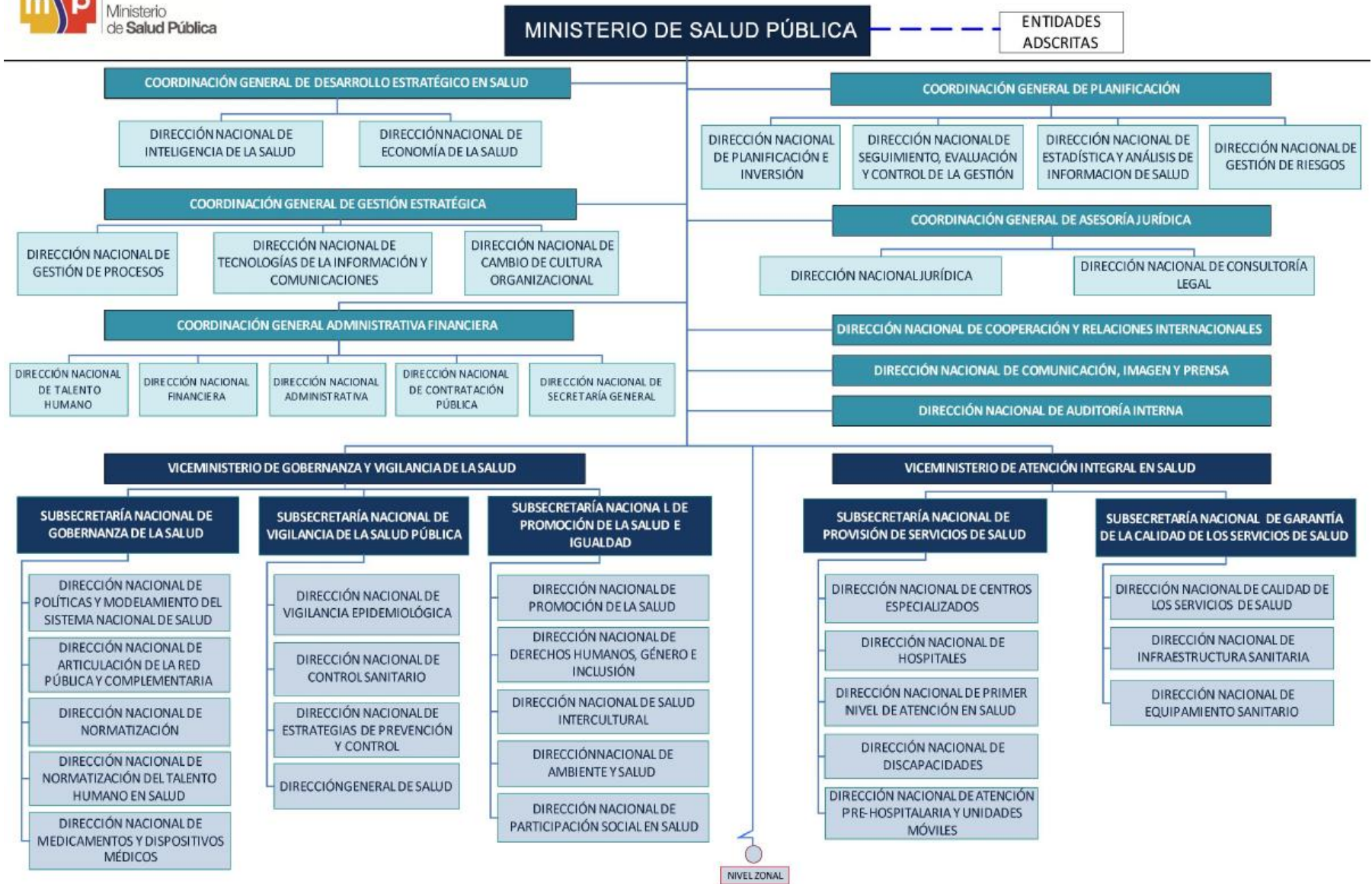
NNA: Niños, niñas y adolescentes

S

SNS: Sistema Nacional de Salud

Anexos

Anexo #1: Organigrama Institucional



Anexo #2: Lista de problemas jerarquizados

PROBLEMA (Situación de insatisfacción o indeseada)	DESCRIPCIÓN (Significado)	EVIDENCIA (Datos, cifras o hechos que indiquen la presencia del problema)
Contaminación medioambiental del sector de vivienda	La Contaminación medioambiental abarca elementos como el suelo, el agua y el aire. Esta situación resulta un problema debido a que de este hecho se desprenden mayoritariamente malos olores intensos que pueden afectar de forma negativa a la salud. Náuseas, dolores de cabeza, insomnio, pérdida del apetito, problemas respiratorios, etc. pueden ser algunos de sus resultados. En tanto, la contaminación por suelo o agua promueve la generación de enfermedades en la población humana, como hepatitis, cólera y disentería.	<p>Contaminación del agua: Entre las manifestaciones rescatadas del ejercicio de investigación se encuentra el señalamiento dado por una usuaria encuestada: “el agua que viene aquí es de mala calidad y sale demasiado dulce”</p> <p>Según el (INEC, 2010) el 39,5% de la población del cantón Durán cuenta con servicios básicos públicos. El nivel de agua potable por red de distribución es de 65,8% menor a la media urbana nacional de 73%.</p>
		<p>Contaminación del aire: Casi todos los desechos desembocan a una estación de bombeo que está situada al norte de la misma, que cubre al 41,16% de la población (Saneamiento Industrial del Cantón Durán INEC 2010).</p> <p>El sector industrial se maneja con un sistema propio de alcantarillado industrial, ciertos números de industrias que funcionan en Durán producen humos y malos olores que afectan directamente a la población. (INEC 2010)</p> <p>Existe una gran contaminación causada por la eliminación de basura en las zonas rurales, ya que el 93 % de la basura se quema, generando dispersión de material particulado y afectando a la calidad del aire principalmente.</p> <p>(crecimiento de la población comparando al crecimiento de</p>

		<p>abastecimiento de recolección según tendencia máxima FUENTE INEC 2010)</p> <p>Entre las manifestaciones rescatadas del ejercicio de investigación se encuentra el señalamiento dado por una usuaria encuestada: “siempre hay ese olor así como a balanceado que viene desde esas fábricas que están cerca”</p>
<p>Agresiones psicológicas por parte del cónyuge hacia su pareja (VIF)</p>	<p>El conyugue agrede a su pareja de manera física o psicológica, lo cual genera baja autoestima en la mujer a su vez se ven afectados los otros miembros de la familia como niños/as, adolescentes, estas agresiones pudieran llegarse a convertir en un acto de femicidio.</p>	<p>“49 % de casos en Policía de Durán son violencia familiar El 70 % de las denuncias las hacen mujeres, muchas de ellas dicen que están separadas desde hace meses de los atacantes. A cargo de estos casos está el Departamento de Violencia Intrafamiliar (Devif) Durán. Allí, de enero al 19 de noviembre de este año, se conocieron 1.090 denuncias por violencia física; 970, por maltrato psicológico y 5, por sexual”. (El Universo, Domingo, 23 de noviembre, 2014)</p> <p>Entre las manifestaciones rescatadas del ejercicio de investigación se encuentra el señalamiento dado por una usuaria encuestada: “él aunque ya han cesado los golpes y los empujones igual a veces me grita y me dice cosas feas que piensa que con insultos se me debe tratar”</p>
<p>Recursos insuficientes para la atención a la salud de personas con discapacidades</p>	<p>Debido a la insuficiencia de recursos de atención pudiera estar afectando la calidad de vida de las personas con discapacidad, ya que no se cuenta con las medicinas correspondientes y esto su vez a los familiares que conviven con él en el mismo entorno.</p>	<p>Según el Censo de INEC 2010 el 6% que corresponde 13.256 personas con discapacidades permanentes por más de un año.</p>
<p>Inequidad de género en la distribución de responsabilidades dentro de las familias</p>	<p>Debido a las construcciones culturales y sociales, madres y padres de familia distribuyen actividades en el hogar para los/as hijos/as de una manera que pudiera estar afectando el desarrollando.</p>	<p>Información detectada mediante la aplicación de la Ficha Familiar, encuesta elaborada por el Ministerio de Salud público.</p>

Desconocimiento de medidas de prevención de enfermedades transmitidas por vectores	La No prevención en los hogares por las respectivas familias pudiera ocasionar enfermedades de alto riesgo en cada uno de los miembros, dicho desconocimiento pudiera estarse dando debido a la falta medios de comunicación de la zona.	Información detectada mediante la aplicación de la Ficha Familiar, encuesta elaborada por el Ministerio de Salud público.
Pacientes con enfermedades crónicas	Hipertensión Tuberculosis	Información detectada mediante la aplicación de la Ficha Familiar, encuesta elaborada por el Ministerio de Salud público.
Conductas adictivas de alcoholismo por parte de los hombres miembros de las familias que son usuarias del Centro de Salud Recreo 2	El consumo frecuente de bebidas alcohólicas, pudiera ocasionar enfermedades futuras tanto como físicas, mentales entre otras y a su vez conductas agresivas que pudieran llegar a afectar a los miembros del hogar.	Información detectada mediante la aplicación de la Ficha Familiar, encuesta elaborada por el Ministerio de Salud público.
Alta incidencia de pacientes con Enfermedades de la piel en el Centro de Salud Recreo 2	La comunidad presenta enfermedades debido a la contaminación con el medio ambiente, sobre todo por las malas condiciones en que llega el agua a los hogares de las familias de Recreo 2, y esta situación también pudiera afectar a los niños/as y a adolescentes del hogar.	Entre las manifestaciones rescatadas del ejercicio de investigación se encuentra el señalamiento dado por diversas usuarias encuestadas quienes señalaron tener enfermedades como: Esclerodemia Infecciones micóticas de la piel Dermatitis atópica
Pacientes Insatisfechos por la inadecuada atención de las diferentes áreas de salud que brindada en Subcentro "Recreo 2"	La comunidad se encuentra insatisfecha por la atención de los diferentes profesionales, lo cual está generando inconformidad y pudiera llegar a ocasionar que la comunidad emigre a otros centros de salud de la ciudad en la que habitan.	Entre las manifestaciones rescatadas del ejercicio de investigación se encuentra el señalamiento dado por diversas usuarias encuestadas: "en el sub centro solo te dan paracetamol" "eso que dan en el sub centro de la loma no sirve por eso es que me hago atender en el ORAMA" "yo fui con mi hija medio muriéndose y me dieron simplemente que no podían hacer nada" (Familias habitantes de las Mzs. 309,345 y 159 de El Recreo 2)

Bajo nivel de instrucción académica por parte de los miembros de las familias que son usuarias del Centro de Salud Recreo 2	Los padres de familia de la comunidad no han culminados sus estudios entre ellos la escuela, colegio, lo que pudiera estar generando que varios/as madres y padres de familia no tengan mayor oportunidad laboral en las diferentes plazas de trabajo.	Información detectada mediante la aplicación de la Ficha Familiar, encuesta elaborada por el Ministerio de Salud público.
Recursos económicos limitados para la cobertura de cuidados para familiares que presentan discapacidad	Varias familias de la comunidad que disponen de familiares con discapacidad que conviven con ellos no cuentan con los bonos de desarrollo, lo cual limita a la compra de medicinas y otros recursos necesario para el bienestar físico de la persona que posee la discapacidad.	Información detectada mediante la aplicación de la Ficha Familiar, encuesta elaborada por el Ministerio de Salud público.
Sobrecargo de responsabilidades en cuanto al cuidado de adultos mayores por parte de un solo miembro de la familia.	Dentro de la comunidad del Recreo 2 habitan varios adultos mayores que estan a cargo de un solo miembro de la familia nuclear, de acuerdo a las declaraciones de los habitantes expresan que existen otro miembros de la familia que se han negado al cuidado del adulto mayor.	Entre las manifestaciones rescatadas del ejercicio de investigación se encuentra el señalamiento dado por diversas/os habitantes encuestadas quienes señalaron su inconformidad.
Abandono de adultos mayores con presencia de discapacidad por parte de los miembros de la familia.	Miembros de la familia nuclear han abandonado a los adultos mayores, no preocupándose de su bienestar físico y a su vez no proveyendo los recursos económicos para su sobrevivencia (medicina, alimentos, entre otros recursos).	Información detectada mediante la aplicación de la Ficha Familiar, encuesta elaborada por el Ministerio de Salud público.
Roles no correspondientes en niños/as y adolescentes.	Debido a las diferentes situaciones familias, varios de los niños/as y adolescentes se encuentran a cargo o son responsables de actividades dentro del hogar que no son correspondientes a su edad y a su vez impide a su desarrollo de las debidas etapas o ciclo de vida.	Información detectada mediante la aplicación de la Ficha Familiar, encuesta elaborada por el Ministerio de Salud público.
Inadecuados hábitos alimenticios en los que	Debido a las construcciones culturales gran parte de la comunidad lleva un dieta compuesta por comidas típicas del cantón y el consumo de otros	Entre las manifestaciones rescatadas del ejercicio de investigación se encuentra el señalamiento dado por

predomina un alto contenido de carbohidratos en la dieta diaria familiar.	nutrientes se encuentran aislados por anteponer los alimentos típicos y junto con ello la falta de recursos económicos para el acceso de alimentos nutritivos (vegetales, frutas, proteínas, vitaminas).	diversas/os habitantes encuestadas quienes señalaron su inconformidad.
Sedentarismo por parte de niños/as, adolescentes y adultos.	En consideración a los malos hábitos alimenticios, varios habitantes de la comunidad entre ellos niños/as, adolescentes y adultos no llevan una vida activa, es decir no realizan ningún tipo de deporte o actividad física que contribuya a su bienestar físico.	Entre las manifestaciones rescatadas del ejercicio de investigación se encuentra el señalamiento dado por diversas/os habitantes encuestadas quienes señalaron su inconformidad.
Exposición de adultos y adolescentes en el acto de consumo de sustancias psicoactivas.	Varios de los habitantes que tienen acceso a las sustancias psicoactivas, exponen su actividad de consumo en lugares transitados por la comunidad entre ellos niños/as y adolescentes.	Entre las manifestaciones rescatadas del ejercicio de investigación se encuentra el señalamiento dado por diversas/os habitantes encuestadas quienes señalaron su inconformidad.
Sobrecarga de pacientes en el Centro de Salud "Recreo 2"	El subcentro de salud está destinado para las poblaciones de la 2da y 4ta etapa del Recreo 2 lo cual la demanda de usuarios es elevada, pero también asisten habitantes de otras zonas que acuden a las atenciones médicas por lo que la atención se sobrecarga.	Información detectada mediante la aplicación de la Ficha Familiar, encuesta elaborada por el Ministerio de Salud público.
Inadecuada infraestructura del Centro de Salud "Recreo 2", debido a la sobre demanda de pacientes que asisten a la atención médica.	Debido a la alta demanda de usuarios en el subcentro de salud del recreo 2, ocasiona que se den aglomeraciones ya que no se cuenta con el espacio físico adecuado para recibir a los usuarios.	Información detectada mediante la aplicación de la Ficha Familiar, encuesta elaborada por el Ministerio de Salud público.
Conflictos entre la comunidad de "Recreo 2" y sus diferentes etapas.	A causa de las diferentes situaciones sociales surgen diferencias entre los habitantes de la comunidad del Recreo 2, y a causa de esto se genera un ambiente de conflictos.	Entre las manifestaciones rescatadas del ejercicio de investigación se encuentra el señalamiento dado por diversas/os habitantes encuestadas quienes señalaron su inconformidad.
Inadecuada infraestructura de los hogares donde habitan personas que poseen	En ciertos sectores del Recreo 2 se encuentran viviendas que han sido estructuradas con varios pisos ej. Planta baja, primer piso, segundo piso, dentro de estos hogares habitan personas con discapacidad y debido a esta estructura se dificulta la movilización de los mismos.	Información detectada mediante la aplicación de la Ficha Familiar, encuesta elaborada por el Ministerio de Salud público.

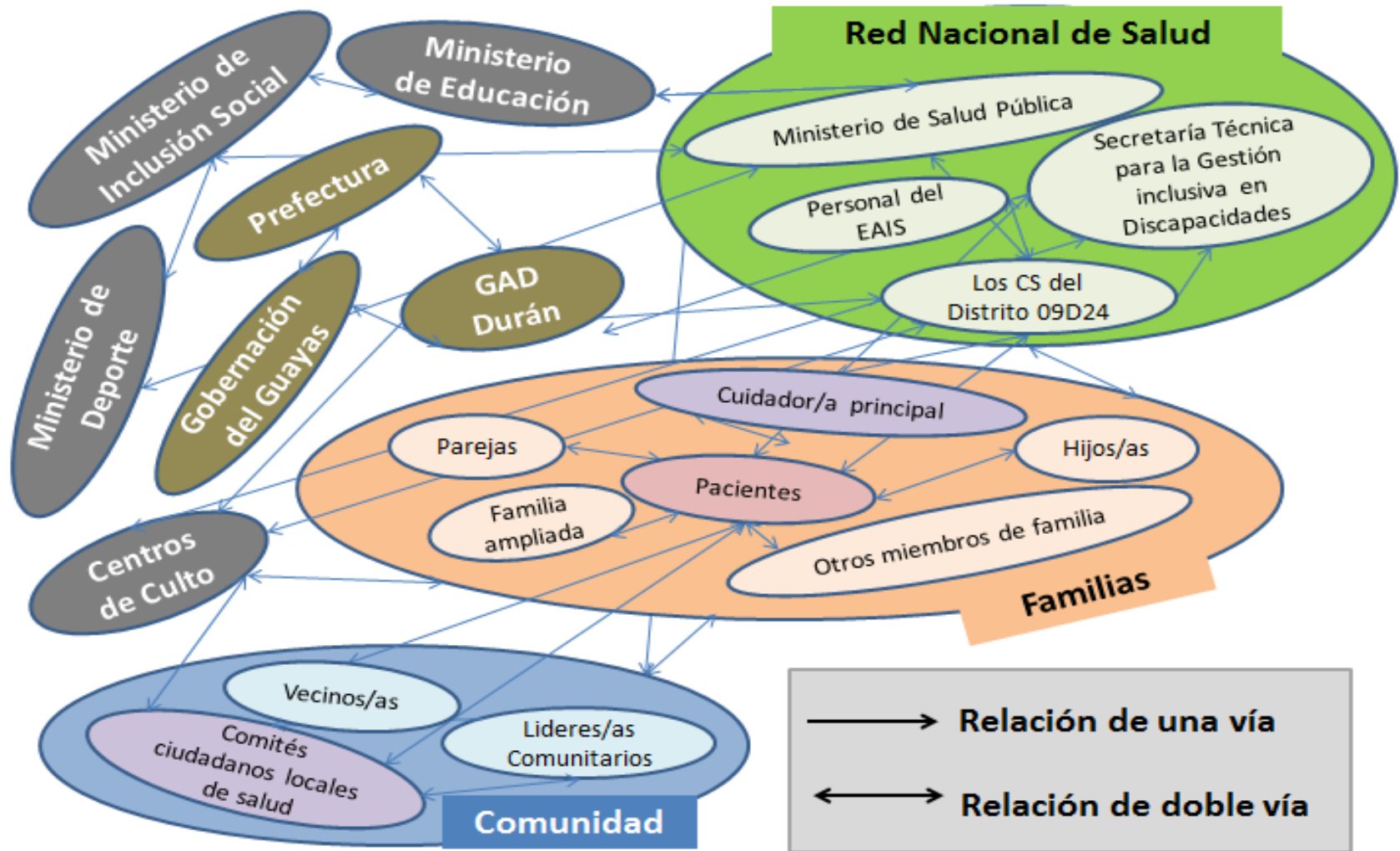
discapacidad física y que limitan su movilización dentro del hogar.		
Migración externa (otros países) por parte de los/las madres y padres de familia, influenciados/as por razones de tipo laboral	Debido a la falta de oportunidades laborales por las diversas situaciones familiares madres y padres de familia deciden migrar a otras partes del mundo desarrollados con el objetivo de obtener recursos económicos para satisfacer las necesidades de los miembros de la familia, esto a su vez pudiera traer posibles consecuencias, ya que si existen hijos de por medio están expuestos a crecer lejos de sus progenitores y no poder crecer en un ambiente familiar y por ende no hay un modelo a seguir.	Estudio socioeconómico realizado por la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, 32, 6% de la población ha emigrado a los Estados Unidos y el 35,7% de la población ha emigrado a España en busca de mejores oportunidades laborales.
Migración interna (distribución poblacional en el interior del país) por parte de las/los madres y padres de familia influenciados/as por razones de tipo laboral.	Debido a la falta de oportunidades laborales por las diversas situaciones familiares madres y padres de familia deciden migrar a otras ciudades donde existan plazas de trabajo, emigran con el objetivo de obtener recursos económicos para satisfacer las necesidades de los miembros de la familia, esto a su vez afecta a las relaciones familiares, ya que el tiempo que utilizan para viajar de sus trabajos a su hogares disminuye la oportunidad de relacionarse con sus conyugues e hijos.	Estudio socioeconómico realizado por la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, el 52,08% de la población emigra a diferentes provincias del país en busca de mejores oportunidades laborales.
Delincuencia en la comunidad del "Recreo 2" y sus diferentes etapas	Conductas delictivas afectan la armonía y convivencia pacífica de quienes habitan en el sector Recreo 2, como manifestaciones de la delincuencia se encuentran sucesos como el robo de pertenencias a los moradores que son agredidos ya sea psicológica o físicamente por parte de aquellos miembros que habitan en su comunidad.	
Elaborado por: Alejandra Plaza, Lady Criollo Fecha: julio, 2015 Fuente: Diarios de Campo de la Práctica, Base de Datos de Fichas Familiares aplicadas		

Anexo #3: Matriz de jerarquización de problemas

Listado de Problemas	Criterios para la jerarquización					Total
	Magnitud	Gravedad	Gobernabilidad institucional	Competencia de T.S.	Afinidad con el tema	
Contaminación medioambiental del sector donde habitan usuarios/as del	4	4	3	1	3	15
Agresiones psicológicas por parte del cónyuge hacia su pareja (VIF)	2	2	1	4	4	13
Inequidad de género en la distribución de responsabilidades dentro de las familias	2	2	1	4	4	13
Desconocimiento de medidas de prevención de enfermedades transmitidas por vectores	4	2	4	1	2	13
(Pacientes con enfermedades crónicas en Adultos/as) Diabetes	3	4	4	3	4	18
Conductas adictivas de alcoholismo por parte de los hombres miembros de las familias que son usuarias de los CS	3	2	3	3	3	14
Pacientes Insatisfechos por la atención de las diferentes áreas de salud que brindan los CS	4	4	4	2	3	17
Recursos económicos limitados para la cobertura de cuidados de familiares que presentan discapacidad	3	3	2	2	3	13
Sobrecarga de responsabilidades en cuanto al cuidado de adultos mayores por parte de un solo miembro de la familia.	2	2	1	3	2	10
Abandono de adultos mayores con presencia de discapacidad por parte de los miembros de la familia.	3	3	1	3	3	13
Asunción de Roles parentales por parte de los/as niños/as y adolescentes de las familias.	2	2	1	4	4	13

Inadecuados hábitos alimenticios en los que predomina un alto contenido de carbohidratos en la dieta diaria familiar.	2	3	4	2	3	14
Desconocimiento de medidas de prevención de enfermedades transmitidas por vectores	2	2	4	2	1	11
Sedentarismo por parte de niños/as, adolescentes y adultos.	2	3	4	2	3	14
La cobertura institucional de servicios médicos frente a la demanda de atención de usuarios/as de las diversas etapas de El Recreo	4	3	4	1	2	14
Inadecuada infraestructura del Centro de Salud "Recreo 2".	4	3	4	2	2	15
Inadecuada infraestructura de las viviendas donde habitan personas que poseen discapacidad física.	1	2	1	3	2	9
Migración externa por parte de los/las madres y padres de familia.	2	2	1	4	3	12
Migración interna por parte de las/los madres y padres de familia	2	2	1	4	3	12
Delincuencia en la comunidad y sus diferentes etapas	4	4	1	2	4	15
Alta incidencia de pacientes con Enfermedades de la piel en el Centro de Salud Recreo 2	4	4	1	2	3	14
Elaborado por: Alejandra Plaza, Lady Criollo Fecha: julio, 2015 Fuente: Lista de Descripción del Problema						

Anexo #4: Mapeo de Actores



Fecha de elaboración: jueves 9 de julio de 2015
 Elaborado por: Lady Criollo, Alejandra Plaza
 Fuente: Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

Anexo #5: Matriz de involucrados

Actores Involucrados (grupos)	Intereses sobre la Problemática	Problemas Percibidos	Recursos y Mandatos & Capacidades	Intereses sobre el Proyecto	Cooperación & Conflictos Potenciales
<p>Pacientes / Usuarios/as diagnosticados/as con HTA y/o DM</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tener acceso a medicamentos de forma gratuita y de acuerdo a la gravedad de la enfermedad diagnosticada. ✓ Alguno/as se interesan en llevar una dieta que satisfaga las necesidades y gustos alimenticios. ✓ Otros/as están interesados en poder llevar una dieta adecuada y que esto a su vez contribuya a la satisfacción de sus necesidades y gustos. ✓ Mayor interés y atención a la problemática por parte de los SCS del territorio en el que habita. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recursos económicos insuficientes para la adquisición de medicamentos de acuerdo a sus necesidades. ✓ La falta de comprensión/sensibilidad por parte de la familia sobre las constantes variaciones del humor / comportamiento. ✓ Falta de colaboración por parte de los familiares al no evitar ingerir alimentos, en presencia del paciente, teniendo conocimiento que el usuario no debería consumir dichos productos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M: Art. 97 de la Constitución de la República de Ecuador señala que “Todos los ciudadanos tendrán los siguientes deberes y responsabilidades, sin perjuicio de otros previstos en esta Constitución y la ley”. En este mismo artículo los siguientes literales señalan mandatos para los/as ecuatorianos/as en general: <ul style="list-style-type: none"> “3. Respetar los derechos humanos y luchar porque no se los conculque. 4. Promover el bien común y anteponer el interés general al interés particular. 11. Practicar la justicia y solidaridad en el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de bienes y servicios. 15. Colaborar en el mantenimiento de la paz y la seguridad”. ✓ C: Predisposición a: <ul style="list-style-type: none"> -Asistir a las citas médicas y controles de salud para el seguimiento de su situación de salud. 	<p>Entre las condiciones que podría manifestar el/la usuario/a se encuentra:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Participar y conocer más a fondo los puntos a tomar en cuenta del proyecto. ✓ Que se trabaje conjuntamente con los/as pacientes seleccionados y se concientice a la población sobre las consecuencias de este tipo de enfermedades. ✓ Mejorar su calidad de vida tanto personal como familiar. ✓ Aprender estrategias de cuidado en cuanto 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Algunos/as usuarios/as podrían mostrar resistencia a las actividades a realizar por el proyecto, debido al compromiso que conlleva el programa y los efectos que han de producirse de acuerdo a los objetivos planteados. ✓ Otros/as usuarios/as podrían mostrarse comprometidos y colaboradores hacia las actividades del programa, ya que desean mantener o mejorar su estado de salud. ✓ Un posible problema sería la deserción o deseo de los/as pacientes de abandonar su participación en el proyecto.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recibir la atención médica y seguimiento respectivo de acuerdo a su situación. ✓ Contar con el apoyo para la supervisión y control del consumo de medicamentos de acuerdo a los horarios establecidos. ✓ Prevenir situaciones en las que tuviera que proceder a realizar amputaciones a partes de su cuerpo las cuales representarían una situación de discapacidad física 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La no percepción sobre la demostración de una actitud positiva o de apoyo emocional por parte de familiares a cargos de los respectivos cuidados del usuario. ✓ La no aceptación de la enfermedad por parte de los/as usuarias/os. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambiar el régimen alimenticio y adaptarse al consumo de una dieta adecuada. - Autocuidado personal <i>“El autocuidado tiene como fundamento la creencia que el hombre es capaz de cuidar de su salud y comprende una serie de acciones para mantener la salud física y mental, prevenir enfermedades, satisfacer las necesidades físicas y psicológicas, recorrer a la consulta médica o automedicarse”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> a personas con diabetes desde su aplicación en lo cotidiano (dieta/ejercicios/cuidados en general). ✓ Que se le solicite una aprobación /consentimiento previo/a en cuanto las acciones a realizarse durante desarrollo del proyecto. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cada paciente puede cooperar desde su rol de usuario y capacidades individuales y llevar un trabajo en conjunto y equipo donde todos los actores en el proyecto puedan unirse.
Familias de Usuarios /as	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que los familiares tengan acceso a los recursos o insumos de medicamentos de manera gratuita de acuerdo a la gravedad de la situación, dado el costo monetario de los mismos que a veces no puede ser solventado desde sus 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La falta de responsabilidad del/a paciente familiar en la asistencia puntual a las citas médicas que les son programadas. ✓ Resistencia de los/las pacientes 	<p>M: La Constitución del Ecuador señala en los numerales 6 y 7 del art.t 48 que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“6. El incentivo y apoyo para proyectos productivos a favor de los familiares de las personas con discapacidad severa.</i> ✓ <i>7. La garantía del pleno</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El cumplimiento de las actividades o programas propuestos por el proyecto. ✓ Compromiso social por parte de los profesionales a cargo de las atenciones y 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Algunos/as miembros de la familia de los/las pacientes podrían no mostrar un compromiso en participar en el proyecto, debido a la falta de interés en cuanto la salud de su familiar participante.

	<p>ingresos familiares.</p> <p>✓ Acceso a atenciones médicas especializadas de forma gratuita sobre la enfermedad de diabetes.</p> <p>✓ Aprender y desarrollar estrategias para la generación y mantenimiento de una adecuada convivencia el/la usuario/a.</p> <p>✓ Que se disminuya todo tipo de riesgo que pueda causar condiciones graves en cuanto la salud del usuario/a.</p> <p>✓ Programas formativos e informativos para el adecuado régimen alimenticio/dieta que tendría que llevar los/as usuarios/as.</p> <p>✓ Que se mejore el grado de satisfacción frente a la convivencia con el/a</p>	<p>frente a la participación de programas formativos.</p> <p>✓ Resistencia de los/las pacientes al ingerir de manera deliberada alimentos y productos comestibles que no son recomendables consumir de acuerdo a las prescripciones médicas.</p> <p>✓ La preocupación de que surjan otras enfermedades crónicas o catastróficas que perjudique de e incrementen de forma negativa la gravedad en el estado de salud de sus familiares.</p> <p>✓ La falta de recursos económicos para atenciones médicas adicionales que demande el estado de salud de el/la</p>	<p><i>ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. La ley sancionará el abandono de estas personas, y los actos que incurran en cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad”.</i></p> <p>En el lineamiento 2.8 del segundo objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir se promueve según el literal d:</p> <p>✓ <i>“Generar mecanismos de corresponsabilidad social, familiar y comunitaria en la gestión de los ámbitos de salud, educación, participación ciudadana y cuidado a grupos prioritarios”.</i></p> <p>✓ En tanto en el literal e: se ordena <i>“Generar mecanismos de apoyo y desarrollo de capacidades para familiares a cargo del cuidado de grupos de atención prioritaria”.</i></p> <p>C: Brindar apoyo para que todos los miembros que conforman la familia colaboren durante el desarrollo del proyecto.</p> <p>✓ Predisposición y actitud</p>	<p>seguimientos médicos a los/as pacientes participantes.</p> <p>✓ Postura ética de los/as actores/as participantes frente al manejo de información que se movilice en el programa sobre datos personales: códigos de confidencialidad en relación a la realidad de paciente y familia.</p> <p>✓ Efectividad de las técnicas y herramientas propuestas por el programa formativo e informativo.</p> <p>✓ Generación de centro de atenciones médicas especializadas con fácil acceso y plena atención.</p> <p>✓ Colaboración por parte del equipo</p>	<p>✓ Otros/as familiares podrían mostrarse dispuestos/as y comprometidos/as para trabajar de manera conjunta con su familiar, ya que les interesa el bienestar y un desarrollo adecuado frente a la situación actual de salud de sus familiares.</p> <p>✓ Algunos/as familiares se comprometerían al proceso del proyecto, ya que les interesa conocer como sobrellevar el estado de salud de sus familiares a cargo.</p> <p>✓ Se podría crear la demanda sobre la necesidad de llevar un control en la situación de salud del/a paciente con el fin de disminuir las posibilidades de desarrollar discapacidades como efectos del no tratamiento eficaz de la diabetes.</p> <p>✓ El no cumplimiento de</p>
--	--	---	---	--	---

	<p>paciente que presenta diabetes, a fin de que se generen estrategias y se las enseñe para conocer de herramientas que posibiliten una convivencia más saludable y buen trato entre los miembros de la familia.</p>	<p>paciente.</p> <p>✓ Las constantes variaciones en los cambios de humor por parte del/a paciente los cuales no saben de qué forma manejarlos y que causan conflictos en la convivencia familiar</p>	<p>positiva para el desarrollo de las responsabilidades y compromisos que genera la participación en el proyecto.</p> <p>✓ Cambiar el estilo de vida en cuanto al régimen alimenticio, y frecuencia de actividad física familiar contribuyendo al mejoramiento de la salud del paciente familiar.</p>	<p>médico en cuanto las atenciones médicas extras que pudieran surgir en los/as pacientes.</p> <p>✓ Que el proyecto permita que la familia se una y mejoren las relaciones familiares.</p>	<p>reglas y normas de acuerdo al nuevo régimen alimenticio que se someterían los/as pacientes en el protocolo del programa.</p>
Vecinos/as de la Comunidad	<p>✓ Poder colaborar a través de la participación activa en el proyecto.</p> <p>✓ El mejoramiento de la situación epidemiológica de la comunidad.</p> <p>✓ Que en la comunidad existan menos casos de diabetes (Prevención de la enfermedad)</p> <p>✓ Que una persona con diabetes que sea atendida respectivamente tendrá una mejor calidad de vida lo cual puede ser un factor importante para que exista, a su</p>	<p>✓ El poco involucramiento en actividades comunitarias de las/os pacientes que presentan diabetes.</p> <p>✓ La inestabilidad en cuanto el estado de ánimo de la persona con diabetes afecta las relaciones en la convivencia con los demás vecinos.</p>	<p>En el lineamiento 3.4 del tercer objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir se promueve según el literal g: <i>“Propiciar espacios participativos, incluyentes y paritarios de las comunidades, los pueblos y las nacionalidades en la construcción, la ejecución, el control y la evaluación de los servicios de salud con pertinencia territorial”</i>.</p> <p>El literal g del lineamiento 3.8 del PNBV señala <i>“Incentivar la conformación de barrios o comunidades seguras, promoviendo la organización y la participación comunitaria activa en los servicios de vigilancia, protección y seguridad ciudadana, fortaleciendo los lazos de confianza, respeto mutuo, cooperación y solidaridad, para la conformación de barrios y comunidades seguras”</i>.</p>	<p>✓ Tener conocimiento de estrategias de comunicación y buen trato con personas que presenten diabetes para el mejoramiento de los vínculos en el barrio/comunidad .</p> <p>✓ La propagación de la información a través de la experiencia del/a paciente participante del proyecto.</p> <p>✓ Poder ser parte como actores/as participantes del sistema de</p>	<p>✓ Cooperaría ya que de darse el proyecto las familias involucradas, desde la cotidianidad, socializarían la información y todos los datos y estrategias aprendidas, lo cual contribuiría a que los y las vecinos/as tengan un mayor conocimiento del proyecto y de la enfermedad y por ende, estén mejor preparados en cuanto a conocimientos para prevenir y atender la enfermedad de diabetes</p>

	vez, un mejor/mayor involucramiento dentro de la comunidad (liderazgo comunitario/capital social)		El literal k del lineamiento 5.2 del PNBV señala: <i>“Reconocer y valorar, desde la institucionalidad pública, la participación ciudadana y la solidaridad en comunidades, barrios y organizaciones de acción colectiva”</i> .	cuidados a desarrollarse durante la implementación del proyecto.	
Personal Médico del Subcentro de Salud	<p>✓ Poder brindar, desde sus servicios de atención de salud, una mejor prestación de atención focalizada a usuarios/as que presenten situación de diabetes. Según la encuesta realizada a la Directora del SCS Recreo 2:</p> <p>✓ <i>“El compromiso que todos adquirimos cuando entramos a trabajar aquí, sabemos que debemos de cumplir con las metas, debemos buscar la manera de para cumplir ya sea visitando las viviendas o haciendo llamadas telefónicas para que los paciente que tenemos en el</i></p>	<p>✓ Algunas familias no muestran interés en el estado de salud del familiar que presenta la enfermedad, ni en los cuidados respectivos que necesita.</p> <p>✓ Otras familias si manifiestan su preocupación por la salud del familiar con la enfermedad y se responsabilizan de colaborar en sus cuidados médicos.</p> <p>✓ Existen usuarios/as que no asisten a las citas que les son programadas, son impuntuales respecto a los horarios de atención, o no acuden a recibir las</p>	<p>M: Ley Orgánica De Salud señala En Art. 1. Que <i>“La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política dela República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético”</i>.</p> <p>A su vez, en el artículo 7 expresa como mandato <i>“Establecer programas de prevención y atención integral en salud (...) en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables”</i>.</p> <p>R: Los clubes organizados dirigidos para pacientes con enfermedades catastróficas. La directora del SCS destaca que : <i>“tenemos clubes de diabéticos, embarazadas, adulto mayor y de</i></p>	<p>✓ El mejoramiento de la imagen institucional por parte de la comunidad a través de brindar la colaboración en el desarrollo del proyecto.</p> <p>✓ Cumplir con las normativas de salud existentes y con las expectativas de colaboración que se tienen al ser parte del sistema integral de salud.</p> <p>✓ La contribución desde un proyecto al quehacer institucional así como también se pueda lograr una atención, control de la salud y</p>	<p>✓La cooperación institucional: <i>“considero que todo el personal debemos trabajar con dedicación, con amor a nuestra carrera para poder hacer bien las cosas como mejorar las atención y la calidad desde que ingresan al SCS hasta que se van. La calidad es dar una buena atención.</i></p> <p>✓Una posible dificultad es la cantidad del personal médico con el que se pudiera contar para el proyecto. Según la directora del SCS Recreo 2: <i>“Aquí nos sentimos limitados por la falta de personal de las diferentes</i></p>

	<p><i>registro se vengam hacer atender”</i></p> <p>✓ Atender a pacientes que presenten una de las principales identificadas en el territorio en el que se encuentra inserto y de esta manera contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de usuarios/as, según comenta la Directora <i>“actualmente la mayor enfermedad que se atiende en este sector es la hipertensión y la diabetes, existen muchos casos de usuarios con esta patología”</i>.</p>	<p>medicinas que deben de consumir durante su tratamiento.</p> <p>✓ El estilo de vida sedentario y la inadecuada alimentación por parte de los/as pacientes.</p> <p>✓ La falta de interés por los/as pacientes sobre su propio estado de salud y la falta de cultura de prevención de enfermedades.</p> <p>✓ La falta de colaboración por parte de ciertos sectores de la población en cuanto a la realización de actividades o proyectos: La Directora del SCS Recreo 2 señala que <i>“Existen dentro de las cooperativas, personas muy colaboradoras y otras no”</i>.</p>	<p><i>adolescentes(...). En el caso (...) de los adultos mayores y enfermedades no transmisibles nosotras las dos médicas generales”</i>.</p> <p>C: El personal médico realiza acciones de vinculación con la comunidad. La comunidad reconoce el trabajo realizado por el personal médico. Y legitima su vinculación con la población.</p> <p><i>“Cuando se ha podido recorrer el terreno hacia las direcciones de viviendas seleccionadas se ha observado que los/as vecinos del sector saludan con el personal médico, quienes incluso reconocen a ciertas personas por sus nombres y les recomiendan no dejar de asistir a las citas médicas”</i>.</p>	<p>prevención del desarrollo de discapacidades como consecuencia de la misma.</p> <p>Según en el SCS especificado <i>“se atiende a 207 personas con Diabetes Mellitus de las cuales 141 son mujeres”</i></p> <p>✓ Afianzar la vinculación como centro de salud público con la academia, y ser uno de los primeros nexos para generar futuras colaboraciones que satisfagan los intereses de ambas partes.</p> <p>✓ La vinculación familiar y comunitaria que tribute al mejoramiento de la situación de salud de los/as pacientes</p>	<p><i>especialidades, cuando tenemos reuniones en el distrito hablamos sobre ese tema y exponemos nuestro requerimiento, pero solo nos dicen que ya van a contratar y enviar más doctores”</i></p> <p>✓ De no darse la debida socialización del proyecto podría no generar el ideal compromiso institucional que se espera, así como la predisposición de recursos, tiempo y de sus capacidades por no considerar al proyecto entre sus prioridades actuales</p>
Hospital			M: Constitución del Ecuador en		✓ Cooperaría

<p>Gineco Obstétrico Oramas Gonzáles</p>	<p>Brindar atención médica para que la Comunidad de Durán no tenga que ir a los hospitales de Guayaquil, que tienen una alta demanda, sino que se pueda solucionar el asunto localmente. <i>“La idea es descongestionar los hospitales de Guayaquil mejorando la capacidad resolutive de los centros de salud de los cantones”</i></p>	<p>Que no existiría una cultura de prevención de enfermedades en las familias del cantón Durán por lo cual únicamente acuden a dicha institución para atenderse y recibir el tratamiento respectivo, sin embargo, la población en general no se involucra en el aprendizaje de conocimientos sobre esta enfermedad</p>	<p>su artículo 47 señala en su literal 1 que <i>“La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida”</i>.</p> <p>R: Cuenta con una reserva de medicamentos e instrumentos necesarios para los tratamientos de diabetes, además de contar con médicos y brindar el servicio de atención de salud.</p>	<p>✓ Que su participación en el proyecto pudiera generar/mejorar el reconocimiento de la imagen institucional.</p> <p>✓ Aportar con propuestas médicas para la generación de estrategias de salud familiares.</p>	<p>brindando desde la disponibilidad de contar con recursos desde su especialidad institucional al proyecto.</p> <p>✓ Un posible conflicto es que no se tome al proyecto como una prioridad y se de una participación poco activa o comprometida.</p>
<p>Secretaria Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades</p>	<p>✓ La transferencia a otros entes dependiendo de la enfermedad, en este caso, la diabetes: <i>“coordinar la transferencia de los programas y proyectos de la Misión Solidaria Manuela Espejo a los Ministerios Rectores”</i></p> <p>✓ <i>“Mejorar y fortalecer la calidad de vida y los derechos de las</i></p>	<p>✓ La falta de la aplicación real y eficaz del MAIS en diversos centros de salud, sumado a la tradicional atención centrada en curación, mas no en la prevención de enfermedades</p>	<p>M: Constitución del Ecuador en su artículo 47 señala que <i>“El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.</i></p> <p>R: <i>“Como respuesta inmediata al Primer Estudio Biopsicosocial clínico y genético de las personas con discapacidad en el Ecuador, se creó el Programa Manuela Espejo con el proyecto: Integración social y mejoramiento de la movilidad y autonomía de</i></p>	<p>✓ Que el proyecto sea transferido a ministerios rectores en el Ecuador para su respectiva aprobación y financiamiento.</p> <p>✓ Que su participación en el proyecto pudiera generar/mejorar el reconocimiento de la imagen institucional.</p>	<p>✓ Cooperaría brindando desde la disponibilidad de contar con recursos desde su especialidad institucional al proyecto.</p>

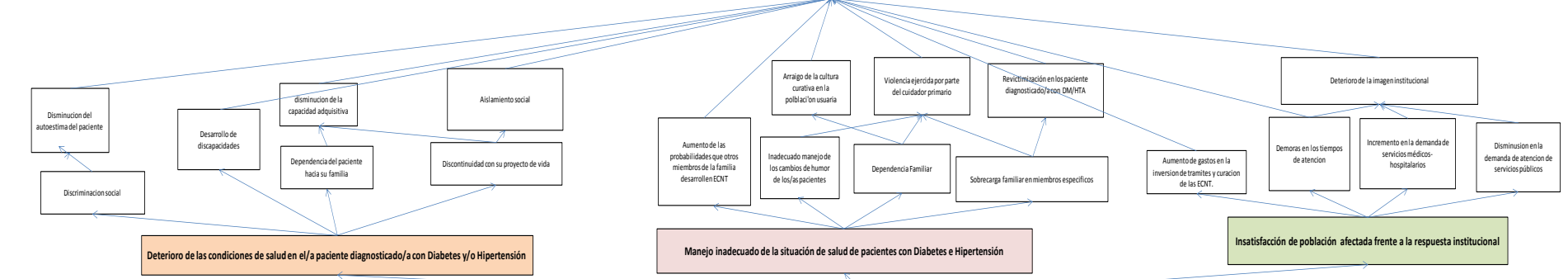
	<p>personas con discapacidad”.</p> <p>✓ Que la situación de diabetes pueda ser prevenida, atendida y controlada para que no logre desarrollarse y convertirse en algún tipo de discapacidad. Esto es, considerando que una persona que presente diabetes, de no recibir los cuidados oportunos y necesarios, puede necesitar la amputación de alguna parte del cuerpo y por ende, se generaría un tipo de discapacidad</p>		<p>las personas con discapacidades que requieren prótesis y órtesis en el Ecuador, (...)”</p> <p>“Entre sus atribuciones, constan: coordinar intersectorialmente la implementación operativa de la política pública en materia de discapacidades así como desarrollar y ejecutar políticas, planes, programas y proyectos encaminados a la atención de Personas con Discapacidad en el ámbito de la Inclusión Participativa, Productiva y la Accesibilidad Universal, en el marco del Programa Ecuador Vive la Inclusión”.</p>	<p>✓ La vinculación del proyecto desde el quehacer institucional para el cumplimiento de los objetivos y estrategias postulados.</p>	
Ministerio de Salud Pública	<p>✓ “Incrementar la eficiencia y efectividad del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>✓ Incrementar el acceso de la población a servicios de salud.</p> <p>✓ Incrementar las capacidades y</p>	<p>✓ La falta de la aplicación real y eficaz del MAIS en diversos centros de salud, sumado a la tradicional atención centrada en curación, mas no en la prevención de</p>	<p>M: La Ley Orgánica de Salud En su Art. 5 señala que “La autoridad sanitaria nacional creará los mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y</p>	<p>✓ Incrementar la satisfacción de los ciudadanos con respecto a los servicios de salud.</p> <p>✓ Incrementar el uso eficiente del presupuesto.</p> <p>✓ Incrementar la eficiencia y</p>	<p>✓ Cooperaría brindando desde la disponibilidad de contar con recursos desde su especialidad institucional al proyecto ofrecido.</p> <p>✓ Un posible conflicto es que</p>

	<p>competencias del talento humano.</p> <p>✓ Incrementar la vigilancia, la regulación, la promoción y prevención de la salud.</p>	<p>enfermedades</p>	<p>evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población”.</p> <p>En tanto, en ese mismo artículo en su literal 3 ordena: “Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”.</p>	<p>efectividad de las actividades operacionales del Ministerio de Salud Pública y entidades adscritas”.</p>	<p>no se tome al proyecto como una prioridad y se de una participación poco activa o comprometida.</p>
<p>Ministerio de Inclusión Económica y Social.</p>	<p>✓ La desconcentración es un mecanismo de re distribución del poder y democratización de la sociedad que se fundamenta en un nuevo modelo de Estado cimentado en la recuperación de su capacidad de rectoría. (MIES, 2015).</p>	<p>✓ La falta de la aplicación real y eficaz del MAIS en diversos centros de salud, sumado a la tradicional atención centrada en curación, mas no en la prevención de enfermedades</p>	<p>M: La Ley Orgánica de Salud En su Art. 5 señala que “La autoridad sanitaria nacional creará los mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población”.</p> <p>En tanto, en ese mismo artículo en su literal 3 ordena “Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo</p>	<p>✓ Recuperar su rol rector en la formulación de políticas públicas, excelencia de servicios y nueva institucionalidad mediante la depuración y especialización de las competencias propias en los ámbitos de su competencia.</p>	<p>✓ Cooperaría brindando desde la disponibilidad de contar con recursos desde su especialidad institucional al proyecto.</p> <p>✓ Un posible conflicto es que no se tome al proyecto como una prioridad y se de una participación poco activa o comprometida.</p>

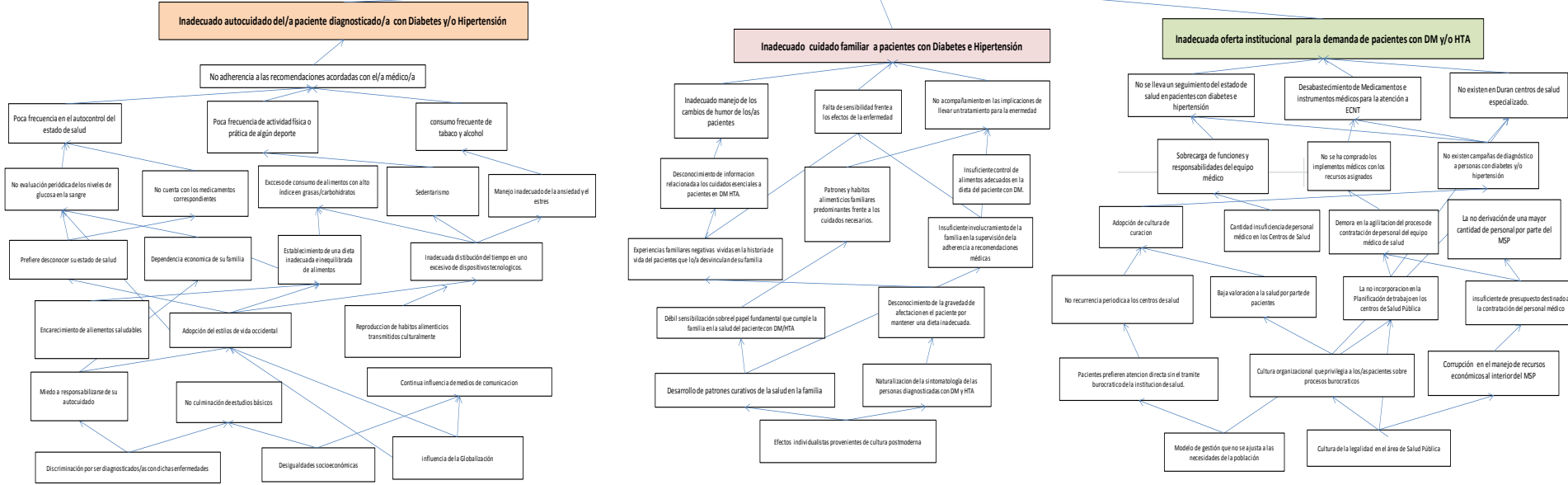
			con sus condiciones particulares”.		
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incrementar la calidad, calidez y oportunidad en el acceso y entrega de las prestaciones y servicios institucionales a nivel nacional. ✓ Incrementar la población afiliada en el área urbana y rural. (IESS, 2015) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La falta de la aplicación real y eficaz del MAIS en diversos centros de salud, sumado a la tradicional atención centrada en curación, mas no en la prevención de enfermedades 	<p>M: Art. 56.- Se establece el sistema nacional de seguridad social. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad y suficiencia, para la atención de las necesidades individuales y colectivas, en procura del bien común. Art. 57.- El seguro general obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, cesantía, vejez, invalidez, discapacidad y muerte. La protección del seguro general obligatorio se extenderá progresivamente a toda la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, conforme lo permitan las condiciones generales del sistema. El seguro general obligatorio será derecho irrenunciable e imprescriptible de los trabajadores y sus familias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incrementar el acceso al aseguramiento universal obligatorio de la población ecuatoriana urbana, rural y en el exterior. ✓ Incrementar la eficiencia institucional. ✓ Incrementar el desarrollo del talento humano. ✓ Reducir el déficit actuarial de cada uno de los fondos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cooperaría brindando desde la disponibilidad de contar con recursos desde su especialidad institucional al proyecto. ✓ Un posible conflicto es que no se tome al proyecto como una prioridad y se de una participación poco activa o comprometida.

Anexo #6: Árbol de Problema

Deterioro de la calidad de vida de los/as usuarios/ as de los CS del Distrito 09D24 diagnosticados /as con HTA y/o DM



Inadecuados cuidados en los/as pacientes con HTA y/o DM y los sistemas de apoyo familiar e institucional

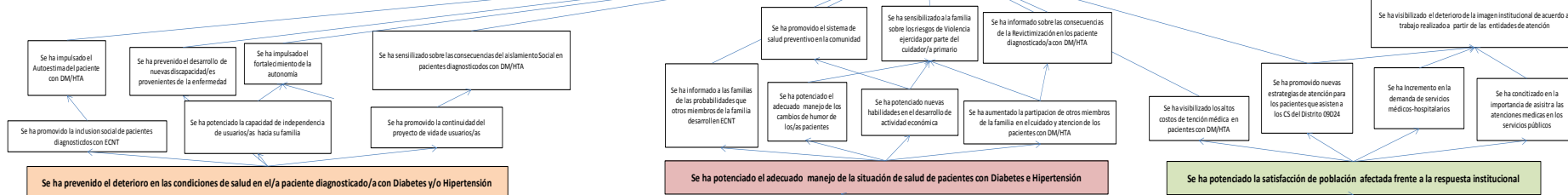


Elaborado por: Lady Criollo, Alejandra Plaza
 Fecha: 18/11/2015
 Fuente: Lista de causas sobre el problema declarado corregidas por la docente de la cátedra de IDIS III, documentos varios, toma de notas personales de diarios de campo de la práctica pre-profesional

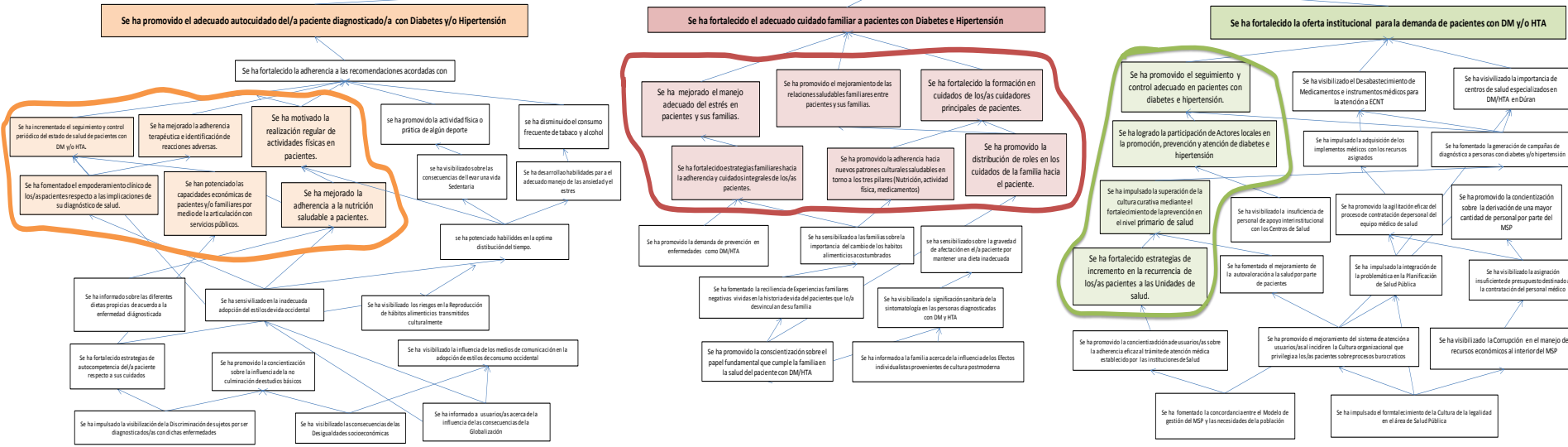
Simbología del Árbol de Problemas:
 = Problema Central (Yellow box)
 = Efecto central (Blue box)
Causa y efecto directo de:
 = De paciente (Orange box)
 = De familia (Red box)
 = De Centros de Salud del Distrito (Green box)

Anexo #7: Árbol de Objetivos

Se ha impulsado el mejoramiento de la calidad de vida de los/as pacientes con DM/HTA del Distrito 09D24



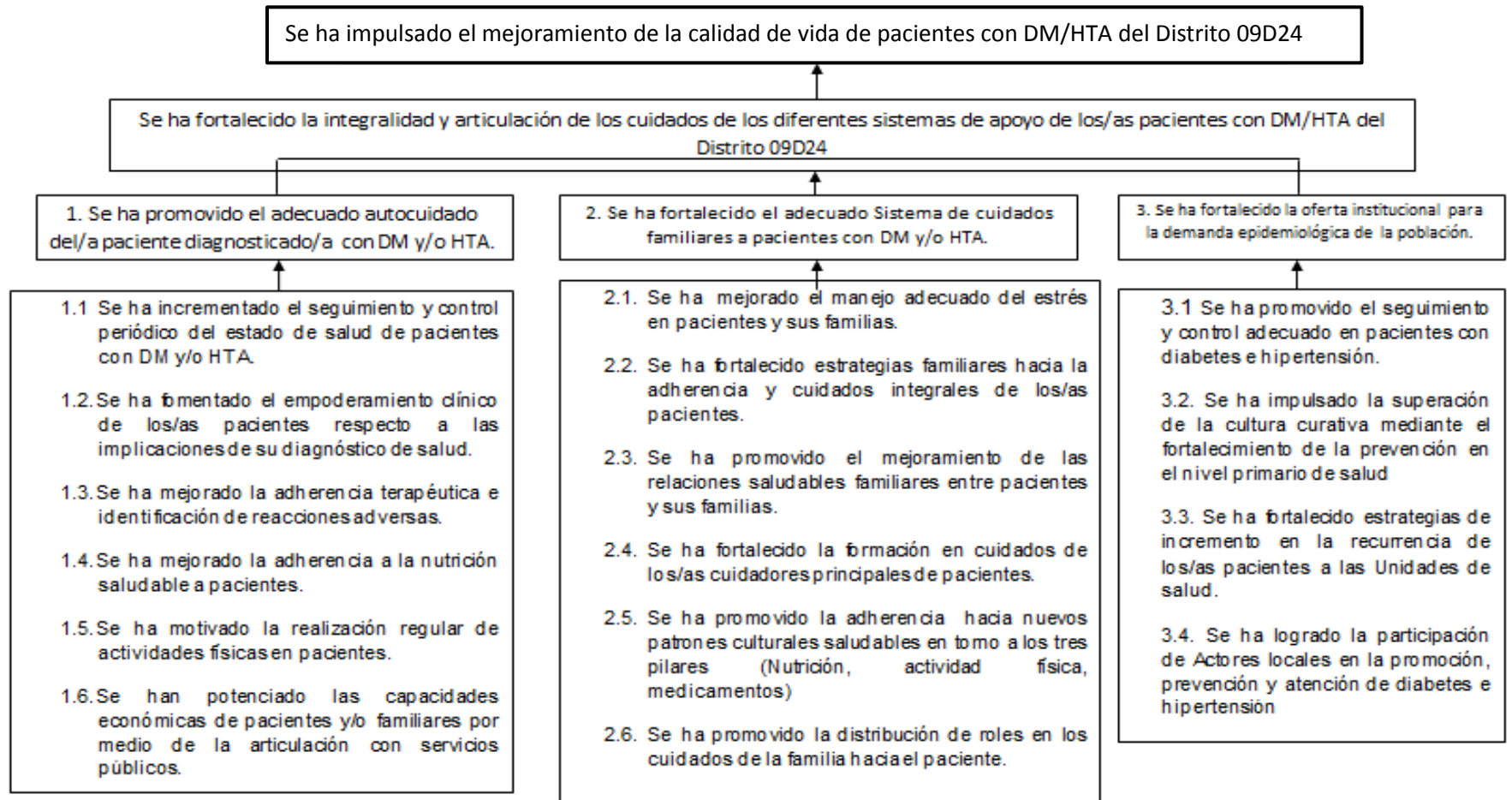
Se ha fortalecido la articulación e integralidad de los cuidados a pacientes con DM/HTA del Distrito 09D24



Elaborado por: Lady Criollo, Alejandra Plaza
 Fecha: 18/11/2015
 Fuente: Lista de causas sobre el problema declarado corregidas por la docente de la cátedra de IDIS III, documentos varios, toma de notas personales de diarios de campo de la práctica pre-profesional

Simbología del Árbol de Objetivos:
 = Objetivo Central
 = Finalidad central
Objetivos directos Dirigidos a:
 = Paciente
 = Familia
 = Centros de Salud del Distrito

Anexo #8: Matriz de estrategias



Fuente: Árbol de Problemas; Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la HTA, (2007); Cifuentes, J. (2004); Infante, E. (2010); Ingaramo, R. (2010); OMS (2013); Sociedad Andaluza de Medicina de la Familia. (2006).
 Fecha: 20/12/2015
 Elaboración: Lady Criollo y Alejandra Plaza

Anexo #9: Matriz de análisis de alternativas

Objetivos	IMPACTO			FACTIBILIDAD			Sostenibilidad	Total
	Social	en Equidad (de género)	Ambiental	Técnica	Económica	Política		
Se ha promovido el adecuado autocuidado del/a paciente diagnosticado/a con Diabetes y/o Hipertensión	A: 3. B: 3.	C: 4.	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	F: 1. D: 3 G: 4.	H: 3. I: 2.	J: 4. K: 4.	L: 3. M: 3.	38
Se ha fortalecido la adherencia a las recomendaciones acordadas con el/a médico/a	N: 3. B: 3	C: 4	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	N: 3 G 3.	O: 3.	P 4.	Q: 3. R: 3.	30
Se ha promovido el adecuado autocuidado del estado de salud	S: 3. T: 3.	U: 2.	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	F: 1 D:3 G:3	V: 3.	W: 3. X: 2.	Y: 3. Z: 3.	30
Se ha incrementado la evaluación periódica de los niveles de glucosa en la sangre	A.A: 3. A.B: 4.	C. 4	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	A.E: 2. D: 3	V: 4	W: 3	A.F: 4. A.G: 4.	33
Se ha fomentado el empoderamiento	A.H: 4 A.B: 4	A.I: 4	Este objetivo no tiene impacto	A.K.: 1	H: 4 I: 3	A.L: 4 W: 3	A.F: 4	36

del/a paciente respecto a las implicaciones de su diagnóstico de salud			ambiental 1					
Se ha aumentado el consumo de los medicamentos correspondientes	A.X: 3. A.Y: 3.	A.Z 4. B.A: 4.	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	D: 3. G: 4	B.D: 2. B.E: 2.	B.F: 2. B.G: 2.	B.H: 2.	32
Se ha fortalecido estrategias de autocompetencia del/a paciente respecto a sus cuidados	B.I: 3 B.J 3.	C: 3 B.A: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	A.K: 1 G: 3	W: 3 X: 2	B.M: 3 B.N: 2	B.O: 2	29
Se ha potenciado habilidades para el desarrollo de micro emprendimiento	B.P: 4 B.Q: 4	B.R4 B.S: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	B.T: 1 B.U: 1	B.V: 3 B.W: 3	B.X: 4 B. N: 2	B.Y: 3 B.Z: 2	35
Se ha promovido la disminución del sobrepeso/ obesidad en los/as paciente.	C.A. 3 C.B: 4	C.C: 3 C.D3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	C.E: 1 C.F: 3	V: 3 V.G: 3	B.N: 2	C.G: 2 B.O: 2	30
Se ha promovido el cambio del consumo alimentos con alto índice en grasas/carbohidratos	C.H: 3 C.I: 3	C.C: 3 C.D: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	C.E 1 C.F: 3	V: 3 V.G: 2	C.I. 2 B.N: 2	C.G: 2 B.O: 2	30
Se ha promovido el consumo de dietas	C.H: 4 C.I: 4	C.C: 3 C.D: 3	Este objetivo no tiene impacto	C.E: 1 C.F: 3	V: 3 V.G: 3	C.I: 2 B.N: 2	C.G: 2 B.O: 2	33

equilibrada de alimentos saludables			ambiental 1					
Se ha informado sobre las diferentes dietas propicias de acuerdo a la enfermedad diagnosticada	C.H: 3 C.I: 3	C.C: 2 C.D: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	C.E: 1 C.F:3	V:3 V.G: 3	C.I: 2 B.N: 2	C.G: 2 B.O: 2	30
Se ha promovido la actividad física o práctica de algún deporte	C.J: 4 C.K.: 3	C.L2 C.M: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	C.N1 C.O2	C.P2 C.Q: 2	C.R: 2 C.S.: 2	C.T: 1	25
Se ha visibilizado sobre las consecuencias de llevar una vida Sedentaria	C.J: 4 C.K: 3	C.L: 2 C.M: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	C.N: 1 C.O: 2	C.P: 2 C.Q: 2	C.R: 2 C.S: 2	C.T: 1	25
Se ha potenciado habilidades en la óptima distribución del tiempo	C.U: 3 C.V: 4	C.W3 C.X: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	C.Y: 1 C.Z1	D.A: 2 D.B.2	D.C: 3 C.S: 2	B.D: 2 D.E: 2	29
Se ha disminuido el consumo frecuente de tabaco y alcohol	D.F: 3 D.G: 3	No tiene impacto este objetivo.	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	D.H: 3 C.F: 3	C.P: 2 C.Q: 2	D.J: 3 D.K: 2	D.L: 3	25
Se ha desarrollo habilidades para el adecuado manejo de las ansiedad y el estrés	D.M: 3 D.N: 2	No tiene impacto de equidad de género este objetivo. 1	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	B.L: 1 B.T: 1	B.W: 3 C.P: 2 C.Q: 2	B.M: 4 C.S: 2	D.O: 2	25
Se ha visibilizado los riesgos en la	C.H: 3 C.I: 3	C.C:2 C.D: 3	Este objetivo no tiene impacto	C.E: 1 C.F: 3	V: 3 V.G: 3	C.I: 2 B.N: 2	C.G: 2 B.O: 2	30

Reproducción de hábitos alimenticios transmitidos culturalmente			ambiental 1					
Se ha sensibilizado la inadecuada adopción del estilos de vida occidental	D.P: 2 D.Q: 2	No tiene impacto en equidad de género 1	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	D.R. 1 D. S: 1	V: 3 V.G: 3	D.J: 3 C.S: 2	C.G: 2 B.O: 2	23
Se ha visibilizado la influencia de los medios de comunicación en la adopción de estilos de consumo occidental	D.T: 2	Este objetivo no tiene impacto de equidad género. 1	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	D.U1 D.V: 1	D.W 1 D.X: 1	D.Y. 2 D.Z: 1	E.A: 1	12
Se ha promovido la inclusión social de personas diagnosticados/as con ECNT	E.B: 3 E.C 3	E.D3 E.E3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	E.G: 3	E.H3	E.I: 3. E.J: 2	E.K: 2	27
Se ha promovido la concientización sobre la influencia de la no culminación de estudios básicos	E.L: 3 E.M: 3	E.N: 3 E.O: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	E.Q: 2	E.R.: 3	E.S: 3 E.T 3	E.U: 3	30
Se ha visibilizado las consecuencias de las Desigualdades socioeconómicas	E.V 2 E.W.: 2	E.X: 2 E.Y 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	E.Z: 2	F.B2 F.C: Contribuiría en q2	F.D.: 3 F.E: 3	F.F: 2	24
Se ha informado a usuarios/as acerca	F.G 2	F.I2	Este objetivo no tiene impacto	F.K: No hay factibilidad en	F.L: 2	F.M: 2	F.N: 2	16

de la influencia de las consecuencias de la Globalización	F.H: 2	F.J: 2.	ambiental 1	cuanto la técnica. 1				
Se ha fortalecido el adecuado Sistema de cuidados familiares a pacientes con Diabetes e Hipertensión	F.O: 3 F.P: 4	F.Q: 3 C. 4	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	F: 1 D: 3 G: 4	V: 3 F.R4	F.S: 3 F.T: 3	F.U: 2	35
Se ha mejorado el adecuado manejo de los cambios de humor de los/as pacientes	F.V4 F.W 3	F.X: 3 F.Y: 4	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	B.L: 1 B.T: 3	G.B: 4 G.C: 3	G.D: 3 G.E: 3	D.O: 2	34
Se ha fomentado la resiliencia de Experiencias familiares negativas vividas en la historia de vida del pacientes que lo/a desvinculan de su familia	G.F.: 3 G.G3	F.X: 2 F.Y: 2	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	F.Z: 3 G.A: 1	G.B:2 G.C: 3	G.D: 3 G.E: 3	D.O: 2	30
Se ha promovido la conscientización sobre el papel fundamental que cumple la familia en la salud del paciente con DM/HTA	G.H: 3 G.G: 3	F.X: 3 F.Y: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	F.Z: 3 G.A: 1	G.B: 3 G.C: 3	G.D: 3 G.E: 3	D.O: 1	30

Se ha fortalecido estrategias adecuadas hacia el cuidado de los pacientes con DM/HTA	H.I3 G.J: 3	F.X: 3 F.Y: 4	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	F.Z: 3 G.A: 1	G.K3 G.C: 4	G.D: 3 G.E: 3	G.L: 2	33
Se ha promovido la demanda de prevención en enfermedades como DM/HTA	G.M: 3 G.N3	C: 3 B.A: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	A.K: 3 B.L: 1	G.K: 3 G.C: 3	G.D: 3 G.E: 2	G.L: 2	30
Se ha sensibilizado a la familia sobre los efectos de la enfermedad	G.O: 3 G.P: 3	F.X: 3 F.Y: 4	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	G.Q: 3 G.A: 4	Q.R: Los beneficios serían más altos que los costos.3 Q.S: 4	B.M: 3 F.T: 3	G.R3	37
se ha potenciado el involucramiento de la familia en la supervisión de la adherencia a recomendaciones médicas	G.S.: 2 G.T: 2	G.U: 2 G.V3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	G.Q: 3 G.A: 3	Q.R: 3 Q.S: 3	B.M: 3 F.T: 3	G.W: 2	30
Se ha sensibilizado a las familias sobre la importancia del cambio de los hábitos alimenticios acostumbrados	G.X: 3 G.Y: 3	G.U:3 G.V: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	G.Z: 3 H.A1	H.B: 3 H.C: 2	H.D2 H.E2	C.G: 2	28
Se ha sensibilizado sobre la importancia del acompañamiento en las implicaciones	N: 3 H.F: 4	C: 4	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	G: 4 H.G: 3	O: 3 F.H: 3	P: 4	Q: 3	32

de llevar un tratamiento para la enfermedad								
Se ha fortalecido el control en la administración de medicamentos del tratamiento médico	N: 3 H.F: 3	C: 4	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	G:3 H.G: 4	O: 3 FH: 1	P: 4	Q: 3	30
Se ha promovido la adherencia hacia nuevos hábitos alimenticios en el entorno familiar	C.A: 3 C.B: 4	C.C: 3 C.D: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	C.E: 1 C.F: 3	V:3 V: 6	B.N: 2	C.G: 2 B.O: 2	33
se ha sensibilizado sobre la gravedad de afectación en el/a paciente por mantener una dieta inadecuada	C.H:3 C.I: 3	C.C: 3 C.D: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	C.E: 1 C.F: 2	V: 3 V.G: 3	C.I: 2 B.N: 2	C.G: 2 B.O: 2	33
Se ha visibilizado la significación sanitaria de la sintomatología en las personas diagnosticadas con DM y HTA	H.F 3	H.G: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	H.H: 3	H.J: 3	H.I: 3	H.J: 3	19
Se ha informado a la familia acerca de la influencia de los Efectos individualistas provenientes de cultura postmoderna	H.K: 3	H.L: 3	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	H.H: 3	H.J:3	H.: 3	H.J: 3	19

Se ha fortalecido la oferta institucional para la demanda epidemiológica de la población	H.N3 H.O: 4	H.P.: 3 H.Q4	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	H.R:3 H.S: 1	H.T: 3 H.U: 3	H.V4 H.W: 3	H.X: 3	35
Se ha promovido el seguimiento adecuado de la salud en pacientes con diabetes e hipertensión	H.Y: 4 H:Z 3	H.P: 3 H.Q: 4	Este objetivo no tiene impacto ambiental 1	I.A: 3 H.S: 1	H.T: 3 H.U: 3	H.V: 4 H.W: 3	H.X: 3	35

Anexo #10: Presupuesto del proyecto

Matriz de Actividades con Presupuesto

Componente 1: Se ha promovido el adecuado autocuidado del/a paciente diagnosticado/a con DM y/o HTA

Actividades	Fecha de Inicio	Recursos			Total	Aporte		
		Humanos	Materiales	Económicos		Propio	Solicitado	
Planteamiento del Plan de Intervención Interdisciplinario	Sem 1 Mes 1	Coordinador/a de Equipo		\$1.700,00 X 12M	\$ 20.400,00	\$ 0,00	\$ 20.400,00	
		2 T. Sociales (nuevos/as)		\$1.300,00 X 12 M X 2P	\$ 31.200,00	\$ 0,00	\$ 31.200,00	
		1 T. Social (ya contratado/a)		\$1.300,00 X 12 M X 0,50	\$ 7.800,00	\$ 7.800,00	\$ 0,00	
		1 Psicólogo/a (nuevo/a)		\$1.300,00 X 12 M	\$ 15.600,00	\$ 0,00	\$ 15.600,00	
		1 Psicólogo/a (ya contratado/a)		\$1.300,00 X 12 M X 0,40	\$ 6.240,00	\$ 6.240,00	\$ 0,00	
		1 TAPS		\$1.000,00 X 12 M X 0,40	\$ 4.800,00	\$ 4.800,00	\$ 0,00	
		1 Nutricionista		\$ 1.100,00 X 12 M X 0,40	\$ 5.280,00	\$ 0,00	\$ 5.280,00	
		1 Promotores de Salud Comunitario		\$ 360,00 X 12 M x 0,40	\$ 1.728,00	\$ 1.728,00	\$ 0,00	
		1 Enfermera (nueva)		\$ 500,00 X 12 M	\$ 6.000,00		\$ 6.000,00	
		1 enfermera (ya contratada)		\$ 500,00 X 12 M	\$ 6.000,00	\$ 6.000,00	\$ 0,00	
				Cámara Y tripode	\$15,00 X 12 M	\$ 180,00	\$ 0,00	\$ 180,00
				Material de Oficina	\$40,00 X 12 M	\$ 480,00	\$ 480,00	\$ 0,00
		Folleteria	\$10,00 X 12 M	\$ 120,00	\$ 120,00	\$ 0,00		
Construcción del Diagnóstico familiar	Sem 3 Mes 1	TAPS, 2 TS, 1 Psc.						
Reunión para la elaboración del Plan de								

intervención multidisciplinario							
Invitación a pacientes a Grupos de Apoyo	Sem2 Mes 1		Recargas telefónicas	\$10,00 X 1 M X 12 Per	\$ 120,00	\$ 0,00	\$ 120,00
Realización de sesiones de Grupos de Apoyo a pacientes	Sem 1 Mes 2		Auditorio Equipado	\$15,00 X 15 días	\$ 225,00	\$ 225,00	\$ 0,00
Sesiones de evaluación con el Equipo Técnico	Sem 3 Mes 7		Auditorio Equipado	\$15,00 X 5 días	\$ 75,00	\$ 75,00	\$ 0,00
			Refrigerio	\$1,50,00 X 5 días X 12 Per	\$ 90,00	\$ 0,00	\$ 90,00
Subtotal componente 1					\$ 106.338,00	\$ 27.468,00	\$ 78.870,00

Componente 2: Se ha fortalecido el adecuado Sistema de cuidados familiares a pacientes con DM y/o HTA.

Actividades	Fecha de Inicio	Recursos			Total	Aporte	
		Humanos	Materiales	Económicos		Propio	Solicitado
Elaboración de Planificaciones de la intervención con familias	Sem 1 Mes 3	TAPS, 1 TS, 1 Psc., C.E.					
Realización de las sesiones de intervención familiar en Domicilio	Sem 3 Mes 3	Nutric., 2 TS, 1 Psc.					
Identificación del/a cuidador/a principal del/a paciente		PS, 2 TS, 1 Psc.					
Invitación a los/as cuidadores/as principales de pacientes Participar en los grupos de apoyo	Sem 2 Mes 5	TAPS, PS, 1 TS, 1 Psc., C.E.	Recargas telefónicas	\$10,00 X 1 M X 12 Per	\$ 120,00	\$ 0,00	\$ 120,00
Realización de los Grupos de Apoyo para cuidador/a	Sem 3 Mes 7	Card., Endoc.,Nutric., TAPS, PS, 2 TS, 1 Psc.,	Auditorio Equipado	\$15,00 X 15 Días	\$ 225,00	\$ 225,00	\$ 0,00
			Material Didáctico	\$2,00 X 15 días X 50 Per	\$ 1.500,00	\$ 0,00	\$ 1.500,00

Sesiones de evaluación del Proceso		Card., Endoc., Nutric., PS, 1 TS, 1 Psc.,	Auditorio Equipado	\$15,00 X 5 Días	\$ 75,00	\$ 75,00	\$ 0,00
			Material Didáctico	\$2,00 X 12Per	\$ 24,00	\$ 0,00	\$ 24,00
Construcción de la sistematización junto a los/as actores participantes	Sem 1 Mez 8	PS, 2 TS, 1 Psc.					
Subtotal componente 2:					\$ 1.944,00	\$ 300,00	\$ 1.644,00
Componente 3: Se ha fortalecido la oferta institucional para la demanda epidemiológica de la población.							
Actividades	Fecha de Inicio	Recursos			Total	Aporte	
		Humanos	Materiales	Económicos		Propio	Solicitado
Convocatoria a instituciones a Comités Integrales de Salud sobre HTA y DM.	Sem 1 Mes 3	C.E., 2T.S., PS, TAPS					
Conformación y Desarrollo de los Comités Integrales de Salud.	Sem 2 Mes 8	C.E., 2T.S., PS, Endoc., Card., Nutric.					
Creación de acuerdos con los participantes de los Comités Integrales de Salud Concertación.	sem 4 Mes 6	C.E., 2T.S.					
Fomento del perfil de atención del Equipo médico del CS	Sem 3 Mes 1						
Invitación al Equipo médico a capacitaciones	Sem 1 Mes 2	C.E., 1 Psc., 1 T.S.					
Realización de 2 talleres de capacitación sobre calidad y calidez	sem 3 Mes 2	C.E., 1 Psc., 2 T.S., TAPS	Auditorio Equipado	\$15,00 X 4 días	\$ 60,00	\$ 60,00	\$ 0,00
			Material Didáctico	\$2,00 X 4 días X 12	\$ 192,00	\$ 192,00	\$ 0,00
			Refrigerio	\$1,50,00 X 4 días X 12 Per	\$ 72,00	\$ 0,00	\$ 72,00

Realización de las 3 ferias "Prevenir cuesta menos"	Sem 1 Mes 1	C.E., 1 Psc., 2T.S., PS, TAPS, Endoc., Card.,Nutric.	Alquiler de Carpas	\$150 X 3días	\$ 450,00	\$ 0,00	\$ 450,00
			Alquiler de sillas	\$150 X 3días	\$ 450,00	\$ 0,00	\$ 450,00
			Material Didáctico	\$4,00 X 3 días X 300 Per	\$ 3.600,00	\$ 0,00	\$ 3.600,00
Reuniones quincenales para el análisis interdisciplinario de casos	Sem 4 Mes 2	C.E., 1 Psc., 1 T.S., TAPS, Endoc., Card.,Nutric.					
Sesiones de evaluación con el Equipo Técnico		C.E., 2T.S., TAPS					
Sesiones de evaluación con los actores locales participantes		C.E., 2T.S., PS					
Construcción de la Sistematización		C.E., 2T.S., PS, TAPS					
Subtotal de componente 3:					\$ 4.824,00	\$ 252,00	\$ 4.572,00

Fecha: 11/02/2016

Fuente: Plan de acción, Cronograma

Elaboración por: Lady Criollo, Alejandra Plaza

Anexo #11: Encuesta de Calidad de Vida

Cuestionario sobre la calidad de vida de los/as usuarios/as de Sub Centros del Distrito 09D24⁷

Objetivo: Identificar las percepciones de los y las pacientes del Sub Centro de Salud del distrito 09D24 diagnosticados/as con HTA y/o DM sobre su calidad de vida a nivel individual y familiar respecto a su situación de salud

Fecha: _____ Encuestador/a: _____ Entrevista# _____
Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización: _____ Duración Total de tiempo: _____

Dirección Domiciliaria _____
Número de personas que viven en casa: () ¿Con quién duerme? _____
Tamaño aprox. De la vivienda: Frente: _____ Fondo: _____
Cuenta con Servicios básicos: Luz () Agua () Telf. () Internet ()

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Edad: _____ Sexo: Femenino () Masculino () Otro () Nacionalidad: _____
Identidad Étnica: Mestizo/a ___ Afrodescendiente: ___ Indígena ___ Montubio ___ Otro _____

Estado Civil Actual

Soltero/a ___ Casado/a ___ Viudo/a ___ Divorciado/a ___ Unión Libre ___ Número de Hijos/as ___

Nivel de Instrucción

Educación Básica Incompleta ___ Educación Básica Completa ___ Bachillerato Incompleto ___
Bachillerato Completo ___ Superior Incompleto ___ Superior Completo ___ Postgrado ___

¿Qué enfermedad le ha sido diagnosticada?

Diabetes () Hipertensión () Ambas enfermedades ()

¿Qué tipo de tratamiento sigue?

Medicinas () Dieta () Actividad Física específica () Otro _____

¿Desde hace que tiempo padece la enfermedad diagnosticada?

De 1 año () De 1 año a 2 años () Más de 2 años ()

Miembro(s) de su familia tiene(n) HTA y/o DM: Si () ¿Quién(es)? _____ No ()

Tiene discapacidad: Sí () ¿Cuál? _____ No ()

Estado Ocupacional

Trabaja de forma remunerada: Sí () No () ¿Busca trabajo? Si () No ()

Trabajador/a en relación de dependencia ___ Trabajador/a independiente ___

Ingresos familiares

Ingreso aproximado mensual ___ Menos o hasta \$366 ___ De \$367 a \$500 ___ Más de \$500 ___

Número de miembros que trabajan con remuneración ()

¿Cuenta con algún beneficio o servicio del Gobierno? Sí () ¿Cuál? _____ No ()

⁷ Adaptación libre de escala de Evaluación Gencat

2. BIENESTAR MATERIAL

#	Preguntas	Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	¿Se siente satisfecho/a con la vivienda que habita?				
2	¿La vivienda en la que habita cuenta con las medidas de seguridad necesarias?				
3	¿Cuenta con los bienes materiales necesarios para solventar los gastos de su tratamientos/medicamentos?				
4	¿Siente comodidad con el espacio que comparte con su familia al interior de la vivienda?				
5	¿Las condiciones del trabajo que realiza representan un riesgo para su estado de salud?				
6	¿Se siente satisfecho/a con su trabajo?				
7	¿Siente que el trabajo que realiza es valorado?				
8	¿Cuenta con ingresos económicos suficientes para solventar sus necesidades básicas?				
9	¿Qué sucede cuando los recursos materiales con los que Ud. cuenta no son suficientes para su tratamiento médico? _____ _____				

3. BIENESTAR FÍSICO

#	Preguntas	Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	¿Realiza actividades físicas/deporte?				
2	¿Tiene problemas de sueño?				
3	¿Consume exactamente la dieta médica recomendada?				
4	¿Comparte la misma alimentación que su familia?				
5	¿Se siente satisfecho/a con el tipo de alimentación que lleva?				
6	¿Considera que llevar una alimentación adecuada influye en su CV?				
7	¿Usted y su pareja utilizan formas de planificación familiar?				
8	¿Cumple Ud. exactamente el tratamiento que indicó el/a doctor/a?				
9	¿La Diabetes/Hipertensión le produce dolor y malestar corporal?				
10	¿Tiene recaídas en su estado de salud?				
11	¿Acude al CS cada vez que tiene molestias físicas producto de su enfermedad?				
12	¿Considera que tiene acceso a ayudas técnicas, si fuese necesario?				
13	¿Cuida de su aseo personal?				

14	¿Cuántas comidas consume al día?	() comidas diarias
15	¿Qué tipo de alimentos son los que mayormente consume en cada una de sus comidas	

4. BIENESTAR EMOCIONAL

#	Preguntas	Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	¿Se siente deprimido/a o con sentimientos de culpa por la enfermedad diagnosticada?				
2	¿Se siente satisfecho/a consigo mismo?				
3	¿Con qué frecuencia se siente de buen humor?				
4	¿Puede disfrutar la vida con el estado de salud que lleva?				
5	A la hora de realizar alguna actividad, ¿con qué frecuencia se encuentra motivado/a?				
6	¿Considera que la situación de salud suya, genera dificultades en las relaciones familiares?				
7	¿Vive situaciones de estrés que provocan decaídas en su salud?				
8	¿Se siente satisfecho/a con los cambios en su apariencia física como consecuencia de su salud?				
9	¿Cuál fue su reacción cuando se enteró que tenía HTA y/o DM?				

5. DESARROLLO PERSONAL

#	Preguntas	Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	¿Se siente satisfecho/a con el cumplimiento de sus metas personales?				
2	¿Considera que tiene acceso a nuevas tecnologías que contribuyan al mejoramiento de su salud?				
3	¿Le cuesta adaptarse al estilo de vida recomendado?				
4	¿Tiene dificultades para resolver los problemas en su vida?				
5	¿Se siente satisfecho/a con la valoración que le expresa su pareja?				
6	¿El SCS toma en cuenta su desarrollo personal y el aprendizaje de nuevas habilidades?				
7	¿Considera que cuenta con información medicamente válida para facilitar su adaptación a su estado de salud?				
8	¿Ha aprendido o desarrollado habilidades para facilitar el cumplimiento de su tratamiento médico?				

9 ¿Qué habilidades o destrezas Ud. ha adquirido o desarrollado para cuidar su salud? _____

6. RELACIONES INTERPERSONALES

#	Preguntas	Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	¿Considera que se siente valorado por su familia o personas importantes para Ud.?				
2	¿Siente que tiene una relación cercana con su familia?				
3	¿Su familia permite la influencia de personas externas a la hora de tomar decisiones?				
4	¿Se siente satisfecho/a con su pareja?				
5	¿Considera que mantiene una saludable relación con sus compañeros/as de trabajo/estudio?				
6	¿Considera que su estado de salud influye positivamente en la relación que tiene con las personas que vive?				
7	¿Con qué frecuencia existen desacuerdos entre las creencias de su familia y el tratamiento dado por el CS?				
8	¿Comparte alguna actividad (recreativa, entretenimiento) con sus amigos/as?				
9	¿Ud. mantiene relación cercana con algunos/as de sus vecinos/as?				
10	¿Quién(es) asume(n) el papel de cuidador/a de su salud? _____				
11	¿De qué aspectos de su cuidado se encarga(n)? _____ _____				

7. AUTODETERMINACIÓN

#	Preguntas	Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	¿Siente libertad para tomar decisiones sobre su propia vida de acuerdo a sus propósitos e intereses personales?				
2	¿Siente libertad para tomar decisiones sobre su gasto de dinero?				
3	¿Siente libertad para tomar decisiones sobre las personas con quien vivir?				
4	¿Siente que su bienestar depende del apoyo que le de su familia?				
5	¿Con qué frecuencia defiende sus puntos de vista y opiniones personales?				
6	¿Su familia toma decisiones sobre su vida personal?				
7	¿Considera que el tratamiento médico es necesario				

	para funcionar en su vida diaria?				
8	¿Siente que su bienestar depende del consumo de medicamentos asignados?				
9 ¿De qué formas considera que su estado de salud interfiere con sus objetivos tanto personales como familiares? _____					

8. INCLUSIÓN SOCIAL

#	Preguntas	Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	¿Considera que Usted o su familia tienen acceso a servicios comunitarios o públicos?				
2	¿Considera que hay barreras que dificultan que Ud. sea incluido/a?				
3	¿Considera que ha vivido discriminación debido a la enfermedad que se le ha diagnosticado?				
4	¿Participa en actividades de su barrio o comunidad?				
5	¿Comparte actividades recreativas con su familia?				
6	¿Su familia lo apoya cuando lo necesita?				
7	¿Se siente incluido por el CS?				
8	¿Participa en los espacios o actividades organizadas por el CS?				
9 ¿En qué situaciones siente que las personas lo apoyan y/o rechazan por condición de salud?					

9. DERECHOS

#	Preguntas	Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	¿Conoce sus derechos fundamentales?				
2	¿Considera que vive situaciones de abuso frente a sus derechos como ciudadano/a?				
3	¿Ud. se siente tratado con respeto en su familia?				
4	¿Con qué frecuencia le resulta difícil exigir sus derechos de salud cuando se los vulnera?				
5	¿Se siente satisfecho/a con el trato que recibe por parte del personal en Administrativo del CS?				
6	¿Se siente satisfecho/a con el trato que recibe por parte del personal médico del CS?				
7	¿Se siente satisfecho/a con los servicios del CS?				
8 ¿En qué situaciones de su vida diaria usted considera que no se cumplen sus derechos?					

Gracias por su tiempo

Anexo #12: Guía de preguntas

Guía de entrevista para usuarios/as de los Centros de Salud Durán - Guayas Distrito 09D24

Objetivo: Identificar las percepciones de los y las pacientes de los Sub Centros de Salud del distrito 09D24 diagnosticados/as con HTA y/o DM sobre su calidad de vida a nivel individual y familiar respecto a su situación de salud.

Entrevistadora/o: _____

Género: _____

Fecha: _____

Diagnóstico clínico: _____

Hora: _____

Con quien vive: _____

Etapa de socialización con el paciente previo a la entrevista: ¿Cómo se encuentra el paciente? ¿Ya fue atendido por el medico? Etc...

BE: ¿Cuáles fueron los sentimientos que experimentó cuando conoció su diagnóstico?

BE: ¿Cómo reaccionó su familia frente al diagnóstico? ¿Cómo le hubiera gustado que haya sido?

BE: ¿Cómo ha venido manejando su diagnóstico?, la enfermedad le ha provocado alguna vez momentos de estrés o sentimientos de culpabilidad? O ¿alguna otra reacción?

BE: ¿Cuáles han sido las razones por las que se siente de esa manera?

BF: ¿Realiza usted alguna actividad física? ¿Cuál?

BM: ¿Considera usted que su lugar de trabajo representa algún tipo de riesgos para su estado de salud actual?

A: ¿Considera que por su estado de salud se encuentra en un estado de dependencia y cree que debido a su salud se han formado barreras o a vivido exclusión de alguna manera?

BE: ¿De qué forma su familia lo/a apoya cuando usted vive estos momentos de estrés o sentimientos negativos? ¿Cómo le gustaría que fuera el apoyo de su familia en esos momentos?

EF: ¿Todos los miembros de la familia tienen su rol y responsabilidades en el interior del hogar?

EF: ¿Usted cumple algún rol dentro de la familia?

EF: ¿Cómo se organizan en el interior de la familia para atenderlo/a a usted cuando surgen EF: complicaciones médicas? ¿Quién es el primero en tomar la iniciativa frente a estas situaciones?

EF: ¿Cómo se siente con el apoyo que la familia le da en el momento de sufrir complicaciones de salud? ¿Cómo le gustaría que fuera?

EF: ¿Ustedes como familia permiten que otras personas opinen respecto a su salud? familiares u otras personas

EF: ¿Quién toma las decisiones en el hogar? y tiene usted la oportunidad de sugerir u opinar frente a las decisiones familiares? ¿Considera tener un espacio para sugerir en las cosas del hogar?

EF: ¿Cuál es la percepción que tiene usted ante la relación que lleva con cada uno de los miembros de su familia? ¿Considera que la comunicación que tiene con cada uno de ellos contribuye a su estado actual? Y ¿Cómo le gustaría que fuera la relación con su familia?

BF: ¿Cómo cree que ha influido su estado de salud en su calidad de vida individual o familiar, cree que afectado en la relación con su familia?

DP: ¿Cuáles son las formas en que suele resolver sus problemas personales y familiares?

EF: ¿En qué momentos realizan actividades en familia? ¿Tienen formado algún proyecto de vida en conjunto, ya sea a corto o largo plazo? ¿Usted tiene algún proyecto personal o alguna meta que quisiera alcanzar?

BF: ¿Cree usted que por su estado de salud actual es necesario que lleve una dieta acorde? ¿Qué es para usted llevar una adecuada alimentación?

BF: ¿Quién cocina en casa? ¿Elle/el conoce sobre alimentación para personas con DM Y HTA?

RI: ¿Cuál es su percepción frente a la relación que tiene con sus vecinos?

RI: ¿Considera usted que si llega a tener alguna emergencia relacionada a su salud sus vecinos les prestarían la ayuda necesaria? ¿Por qué lo cree así?

RI: ¿Cuál es la percepción de sus amistades? ¿Considera que si se le presenta alguna emergencia podría contar con ellos/as?

D: ¿Cómo hace valer sus derechos o se le dificultad poder ejercerlos a su plenitud?

D: ¿Cree usted que el Centro de salud hace valer sus derechos y se esfuerza por hacerlos cumplir? Y si no fuese así ¿Cómo le gustaría que esto fuera?

Anexo #13: Guía de preguntas a Profesionales

Guía de Preguntas sobre la atención prestada a los/as usuarios/as con HTA y DM dirigida a profesionales de Salud de Sub Centros del Distrito 09D24

Objetivo: Identificar las percepciones de los y las profesionales de salud de los Sub Centros de Salud del distrito 09D24 acerca de las condiciones que inciden en la prevalencia de HTA y/o DM a partir de su experiencia en la atención de pacientes diagnosticados/as con HTA y/o DM

Fecha: _____ Encuestador/a: _____

Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización: _____ Duración Total de tiempo: _____

10. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: Femenino () Masculino () Otro () Nacionalidad: _____

Identidad Étnica: Mestizo/a__ Afrodescendiente: __ Indígena__ Montubio/a __ Otro _____

Profesión: Médico/a () Especialidad _____ Otra profesión _____

Centro de Salud: _____ Área de Trabajo: _____

Tiempo que tiene en la atención a pacientes con HTA y/o DM: _____

1. En este centro de salud, ¿Cómo se organiza la atención a pacientes con HTA y DM? (Cantidad de personal, insumos médicos, existencia de Clubes)
2. ¿Cómo se da la coordinación interdisciplinaria para atender a los/as pacientes con HTA y DM?
3. ¿Cuáles son las condiciones que en ocasiones dificultan al CS brindar una mejor atención a pacientes con HTA y DM?
4. Ud., como profesional de salud podría describir ¿Cómo es la relación que mantiene con sus pacientes?
5. ¿Cómo percibe el cumplimiento que tienen los/as pacientes en la adhesión al tratamiento recomendado?
6. ¿Qué factores inciden en el mejoramiento o recaídas de salud en pacientes con HTA y DM?
7. Durante la atención médica, ¿Cuáles son las principales preocupaciones que le manifiestan los/as pacientes?
8. ¿Cómo percibe el apoyo que las familias brindan a los/as pacientes?
9. ¿De qué formas considera que las familias deberían apoyar a los/as pacientes?
10. ¿Qué estrategias ha desarrollado el CS en conjunto con las familias de los/as pacientes con HTA y DM?
11. ¿Cómo percibe el apoyo que el CS brinda a los/as pacientes?
12. ¿Qué recomendaciones daría para la disminución de la prevalencia de HTA y DM en el distrito 09D24?

Anexo #14: Consentimiento informado para pacientes



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Propuesta para reducir la prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial

Consentimiento informado para usuarios/as de los Sub Centros de Salud del Distrito 09D24 de Durán

Entiendo que esta entrevista/encuesta es parte de una investigación, cuyo objetivo es identificar las percepciones de los y las pacientes de los Sub Centros de Salud del distrito 09D24 diagnosticados/as con HTA y/o DM sobre su calidad de vida a nivel individual y familiar respecto a su situación de salud, realizada por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, desde la carrera de Trabajo Social.

Entiendo que estoy participando libremente en esta entrevista sin ser obligado/a en cualquier forma a hacerlo, y que tengo el derecho a negarme a participar. Si decido no participar, esto se mantendrá confidencial, y no habrá, sanciones o repercusiones incurridas por mí sí me niego.

Entiendo que puedo detener esta entrevista en cualquier momento en que yo desee no continuar y que esto se mantendrá confidencial y no tendré sanción o repercusión, si pongo fin a la entrevista. Entiendo que mi identidad se mantendrá estrictamente confidencial.

Entiendo que este formulario de consentimiento estará vinculado a la herramienta de entrevista y que mis respuestas serán confidenciales. Se me ha explicado el propósito de esta entrevista, y entiendo el contenido de este formulario.

Acepto participar mediante esta declaración acepto que se grabe esta entrevista y que se tomen fotos durante la misma. Entiendo que mi nombre no se vinculará a la grabación ni en las fotos, y que nadie podrá vincularme a las respuestas que yo dé.

Nombre en mayúsculas: _____

Firma del participante: _____

Nombre de la persona obteniendo el consentimiento: _____

Firma de la persona obteniendo el consentimiento: _____

Fecha: _____

Anexo #15: Consentimiento informado para profesionales



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Propuesta para reducir la prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial

Consentimiento informado para profesionales de los Sub Centros de Salud del Distrito 09D24 de Durán

Entiendo que esta entrevista/encuesta es parte de una investigación realizada por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, desde la carrera de Trabajo Social, cuyo objetivo es identificar las percepciones de los y las profesionales de los Sub Centros de Salud del distrito 09D24 acerca de las condiciones que inciden en la prevalencia de HTA y/o DM a partir de la experiencia en la atención de pacientes diagnosticados/as con HTA y/o DM.

Entiendo que estoy participando libremente en esta entrevista sin ser obligado/a en cualquier forma a hacerlo, y que tengo el derecho a negarme a participar. Si decido no participar, esto se mantendrá confidencial, y no habrá, sanciones o repercusiones incurridas por mí sí me niego.

Entiendo que puedo detener esta entrevista en cualquier momento en que yo desee no continuar y que esto se mantendrá confidencial y no tendré sanción o repercusión, si pongo fin a la entrevista. Entiendo que mi identidad se mantendrá estrictamente confidencial.

Entiendo que este formulario de consentimiento estará vinculado a la herramienta de entrevista y que mis respuestas serán confidenciales. Se me ha explicado el propósito de esta entrevista, y entiendo el contenido de este formulario.

Acepto participar mediante esta declaración acepto que se grabe esta entrevista y que se tomen fotos durante la misma. Entiendo que mi nombre no se vinculará a la grabación ni en las fotos, y que nadie podrá vincularme a las respuestas que yo dé.

Nombre en mayúsculas: _____

Firma del/a profesional: _____

Nombre de la persona obteniendo el consentimiento: _____

Firma de la persona obteniendo el consentimiento: _____

Fecha: _____

Anexo #16: Tablas utilizadas en el análisis del diagnóstico

Tabla # 1		
Edad de pacientes con HTA y/o DM		
Años de edad	Total	Porcentaje
De 18 a 34	2	2%
De 35 a 51	23	23%
De 52 a 68	56	56%
De 69 o más años	18	18%
NS/NC	1	1%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 18 – 07 - 2016		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# DR 2		
Género de pacientes con HTAy/o DM		
Género	Total	Porcentaje
Femenino	68	68%
Masculino	32	32%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 18 – 07 - 2016		
Elaborado por: Criollo, L.; Plaza, A.		

Tabla # 3		
Auto identificación étnica de los y las pacientes		
Etnias	Total	Porcentaje
Mestizo/a	80	80%
Afro descendiente	5	5%
Indígena	1	1%
Montubio	9	9%
Otro	2	2%
NS/NC	3	3%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 18 – 07 - 2016		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla # 4		
Enfermedades diagnosticadas a los y las pacientes		
Enfermedades	Total	Porcentaje
Diabetes Mellitus	29	29%
Hipertensión Arterial	42	42%
Ambas enfermedades	28	28%
NS/NC	1	1%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 18 – 07 - 2016		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 5		
Tiempo de diagnóstico de la/s enfermedad/es		
Tiempo	Total	Porcentaje
Menos de un año	16	16%
De un año a dos	10	10%
Más de dos años	74	74%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 17 – 07 - 2016		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 6		
Instrucción educativa		
Nivel de Instrucción	Total	Porcentaje
Educación Básico Incompleta	35	35%
Educación Básico completa	31	31%
Bachillerato Incompleto	13	13%
Bachillerato completo	14	14%
Superior Incompleto	3	3%
Superior completo	1	1%
Postgrado	0	0%
NS/NC	3	3%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 18 – 07 – 2016		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 7		
Pacientes que trabajan de forma remunerada		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Si	33	33%
No	63	63%
NS/NC	4	4%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 18 – 07 - 2016		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 8		
Tipo de trabajo de pacientes		
Tipo	Total	Porcentaje
De forma independiente	27	82%
En relación de dependencia	6	6%
Total	33	33%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 18 – 07 - 2016		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 9		
Beneficio del Gobierno		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Si	27	27%
No	71	71%
NS/NC	2	2%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 18 – 07 - 2016		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 10		
Pacientes que poseen discapacidad		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Física o Motora	10	53%
Visual	5	26%
NS/NC	4	21%
Total	19	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 18 – 07 - 2016		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 11		
Miembros que conforman el grupo familiar		
Miembros de familia	Total	Porcentaje
De 1 a 4 miembros	17	40%
De 5 a 8 miembros	23	53%
De 9 a 12 miembros	2	5%
De 13 o más miembros	1	2%
Total	43	100%
Fuente: Línea de base		
Fecha: 18 – 07 - 2016		
Elaborador por: Lady C, Alejandra Plaza		

Tabla#12		
BE4: Puede disfrutar de la vida con su estado de salud		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	24	24%
Frecuentemente	24	24%
Algunas Veces	42	42%
Nunca o casi nunca	10	10%
NS/NC	0	0%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#13		
BF11: Acude al CS cada vez que tiene molestias físicas		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	20	20%
Frecuentemente	7	7%
Algunas Veces	49	49%
Nunca o casi nunca	24	24%
NS/NC	0	0%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#14		
BM9: Respuestas cuando los recursos materiales son insuficientes para cubrir su tratamiento médico		
Respuestas	Total	Porcentaje
Busca apoyo económico en familiares y sino hay respuesta no consume los medicamentos	6	6%
No puede comprar medicamentos y deja de consumirlos	35	35%
Deja de ir a las consultas médicas	33	33%
Deja de consumir los medicamentos porque siente que no hay apoyo	1	1%
Busca apoyo económico en amistades y logra comprar medicamentos	1	1%
No consume la dieta específica y come cualquier otra dieta	51	51%
Busca otros medios de atención	1	1%
El no tomar pastillas influye en la continuidad del malestar corporal	3	3%
NS/NC	7	7%
Total	138	138%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 15		
AT 8: Su bienestar depende del medicamento		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	64	64%
Frecuentemente	17	17%
Algunas veces	19	19%
Nunca o casi nunca	0	0%
NS/NC	0	0%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo, L.; Plaza, A.		

Tabla# 16		
AT 7: El tratamiento es necesario para funcionar en su vida diaria		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	72	72%
Frecuentemente	20	20%
Algunas Veces	8	8%
Nunca casi nunca	0	0%
NS/NC	0	0%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo, L.; Plaza, A.		

Tabla#17		
BM8 Ingresos económicos son suficientes para necesidades básicas		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	17	17%
Frecuentemente	20	20%
Algunas Veces	46	46%
Nunca o casi nunca	10	10%
NS/NC	7	7%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-2016		
Elaborado por: Criollo, L.; Plaza, A.		

Tabla#18		
BM3 Cuenta con bienes necesarios para tratamiento		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	11	11%
Frecuentemente	15	15%
Algunas Veces	33	33%
Nunca o casi nunca	39	39%
NS/NC	2	2%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#19		
BF14: Número de comidas que consume al día		
No. De comidas	Total	Porcentaje
Una comida	0	0%
Dos comidas	18	18%
Tres comidas	61	61%
Cuatro comidas	9	9%
Cinco comidas	11	11%
NS/NC	1	1%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#20		
DP3: Le cuesta adaptarse al estilo de vida recomendado		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	35	35%
Frecuentemente	13	13%
Algunas Veces	37	37%
Nunca o casi nunca	9	9%
NS/NC	6	6%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#21		
BF10: Tiene recaídas en su estado de salud		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	15	15%
Frecuentemente	40	40%
Algunas Veces	31	31%
Nunca o casi nunca	14	14%
NS/NC	0	0%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#22		
BE8: Satisfacción con los cambios en su apariencia física como consecuencia de la enfermedad		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	21	21%
Frecuentemente	21	21%
Algunas Veces	21	21%
Nunca o casi nunca	37	37%
NS/NC	0	0%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#23		
BE2: Siente satisfacción consigo mismo/a		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	19	19%
Frecuentemente	25	25%
Algunas Veces	33	33%
Nunca o casi nunca	17	17%
NS/NC	6	6%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#24		
BF6: Considera que una alimentación adecuada influye en su CV		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	42	42%
Frecuentemente	24	24%
Algunas Veces	20	20%
Nunca o casi nunca	14	14%
NS/NC	0	0%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#25		
BF9: La HTA y DM le produce dolor y malestar corporal		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	20	20%
Frecuentemente	29	29%
Algunas Veces	31	31%
Nunca o casi nunca	18	18%
NS/NC	2	2%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 26		
Pacientes que trabajan de forma remunerada		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Si	33	33%
No	63	63%
NS/NC	4	4%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 27		
Tipo de trabajo de pacientes		
Tipo	Total	Porcentaje
De forma independiente	27	82%
En relación de dependencia	6	6%
Total	33	33%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 28		
AT 2:Libertad en gasto de dinero		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	42	42%
Frecuentemente	16	16%
Algunas Veces	30	30%
Nunca o casi nunca	12	12%
NS/NC	0	0%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 29		
Instrucción educativa		
Nivel de Instrucción	Total	Porcentaje
Educación Básico Incompleta	35	35%
Educación Básico completa	31	31%
Bachillerato Incompleto	13	13%
Bachillerato completo	14	14%
Superior Incompleto	3	3%
Superior completo	1	1%
Postgrado	0	0%
NS/NC	3	3%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 30		
IS 2: Barreras que no permitan inclusión		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	24	24%
Frecuentemente	22	22%
Algunas Veces	32	32%
Nunca o casi nunca	19	19%
NS/NC	3	3%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#31		
BF2: Tiene problemas de sueño		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	26	26%
Frecuentemente	3	3%
Algunas Veces	48	48%
Nunca o casi nunca	23	23%
NS/NC	0	0%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#32		
BF1: Realiza actividades físicas/ deporte		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	9	9%
Frecuentemente	23	23%
Algunas Veces	35	35%
Nunca o casi nunca	32	32%
NS/NC	1	1%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 33		
AT 4: Bienestar que depende de la familia		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	42	42%
Frecuentemente	23	23%
Algunas Veces	15	15%
Nunca casi nunca	20	20%
NS/NC	0	0%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#34		
BE3: Se siente de buen humor		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	12	12%
Frecuentemente	29	29%
Algunas Veces	43	43%
Nunca o casi nunca	9	9%
NS/NC	7	7%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#35		
DP4: Tiene dificultades para resolver problemas en su vida		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	14	14%
Frecuentemente	9	9%
Algunas Veces	53	53%
Nunca o casi nunca	14	14%
NS/NC	10	10%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 36		
RI 6:Estado de salud influye en las relaciones familiares		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	21	21%
Frecuentemente	28	28%
Algunas Veces	24	24%
Nunca o casi nunca	15	15%
NS/NC	12	12%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 37		
Miembros de familia con HTA y/o DM		
Miembros de familia	Total	Porcentaje
Abuelos/as	4	6%
Progenitores/as	40	58%
Hermanos/as	23	33%
Cónyuge	8	12%
Hijos/as	7	10%
Sobrinos/as	1	1%
Otros familiares	0	0%
Total	83	120%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#38		
DP7:Cuenta con información medicamente válida para facilitar su adaptación a su estado de salud		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	29	29%
Frecuentemente	16	16%
Algunas Veces	45	45%
Nunca o casi nunca	10	10%
NS/NC	0	0%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#39		
BF5: Satisfacción con la alimentación que lleva		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	6	6%
Frecuentemente	9	9%
Algunas Veces	38	38%
Nunca o casi nunca	47	47%
NS/NC	0	0%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 40		
RI 7: Desacuerdos entre familia y tratamiento de médicos		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	20	20%
Frecuentemente	17	17%
Algunas Veces	8	8%
Nunca o casi nunca	47	47%
NS/NC	8	8%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla # 41		
IS 8: Participa en actividades del CS		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	17	17%
Frecuentemente	15	15%
Algunas Veces	38	38%
Nunca o casi nunca	25	25%
NS/NC	5	5%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#42		
DP8: Ha aprendido o desarrollado habilidades para facilitar el cumplimiento de su tratamiento médico		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	27	27%
Frecuentemente	33	33%
Algunas Veces	12	12%
Nunca o casi nunca	28	28%
NS/NC	0	0%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#43		
DP9A: Señala haber desarrollado al menos una habilidad que facilite el cumplimiento de su tratamiento		
Desarrollo de Habilidades	Total	Porcentaje
Sí	62	62%
No	37	37%
NS/NC	1	1%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 44		
Número de hijos/as de pacientes		
No. De personas	Total	Porcentaje
De uno a tres	47	47%
De cuatro seis	28	28%
Siete o más	7	7%
No tiene hijos/as	11	11%
NS/NC	7	7%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 45		
Número de personas que habitan en casa		
No. De personas	Total	Porcentaje
De dos hasta tres	45	45%
De cuatro hasta cinco	27	27%
Seis o más personas	17	17%
Vive solo/a	8	8%
NS/NC	3	3%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 46		
DR 3: Siente que su familia lo respeta		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	32	32%
Frecuentemente	29	29%
Algunas Veces	31	31%
Nunca o casi nunca	5	5%
NS/NC	3	3%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla#47		
RI 2:Relación cercana con la familia		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	12	12%
Frecuentemente	21	21%
Algunas Veces	35	35%
Nunca o casi nunca	16	16%
NS/NC	16	16%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 48		
RI 4:Se siente satisfecho/a con su pareja		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	29	29%
Frecuentemente	28	28%
Algunas Veces	26	26%
NS/NC	17	17%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

Tabla# 49		
DP6: El CS toma en cuenta su desarrollo personal y el aprendizaje de nuevas habilidades		
Frecuencia	Total	Porcentaje
Siempre o casi siempre	18	18%
Frecuentemente	9	9%
Algunas Veces	34	34%
Nunca o casi nunca	33	33%
NS/NC	6	6%
Total	100	100%
Fuente: Base de datos de encuestas realizadas a pacientes con HTA y/o DM en el Distrito 09D24		
Fecha: 01-08-16		
Elaborado por: Criollo,L.; Plaza, A.		

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Plaza Martínez, Jennifer Alejandra; y Criollo Ronquillo, Lady Karina**, con C.C: # 0931142905 y; 0950832766 autoras del trabajo de titulación: **Fortalecimiento de la articulación e integralidad de los cuidados a pacientes con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial, del distrito 09D24 de Durán** previo a la obtención del título de **Licenciadas en Trabajo Social** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **13 de septiembre de 2016**

f. _____

Plaza Martínez, Jennifer Alejandra

C.C: 0931142905

f. _____

Criollo Ronquillo, Lady Karina

C.C: 0950832766

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Fortalecimiento de la articulación e integralidad de los cuidados a pacientes con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial, del distrito 09D24 de Durán		
AUTORAS	Lady Karina, Criollo Ronquillo ; Jennifer Alejandra, Plaza Martínez		
TUTORA	Cecilia, Condo Tamayo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales y Políticas		
CARRERA:	Carrera de Trabajo Social y Desarrollo Humano		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciadas en Trabajo Social		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	13 de septiembre de 2016	No. DE PÁGINAS:	266
ÁREAS TEMÁTICAS:	Trabajo Social en Salud, Sistemas de apoyo a pacientes		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	TRABAJO SOCIAL SANITARIO; SISTEMAS DE APOYO; CUIDADOR(A) PRINCIPAL; PROMOCIÓN DE SALUD; GRUPOS DE APOYO; INTERVENCIÓN FAMILIAR; COMITÉS DE SALUD; DIABETES MELLITUS; HIPERTENSIÓN ARTERIAL.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La presente propuesta inicialmente se genera desde la identificación de problemáticas sociales vinculadas a la salud durante las prácticas pre profesionales de estudiantes de Trabajo Social en el Distrito 09D24: Durán. Se seleccionó como problema principal los Inadecuados cuidados del/a paciente con HTA y/o DM, su familia y CS cuyas tres causas directas son: el Inadecuado autocuidado del/a paciente diagnosticado/a con HTA y/o DM, el Inadecuado Sistema de cuidados familiares a pacientes con HTA y/o DM, y la Inadecuada oferta institucional para la demanda de pacientes con HTA y/o DM.</p> <p>Según el análisis de la problemática se elaboró un plan de acción para la Promoción de la Integralidad y articulación de los cuidados de los diferentes sistemas de apoyo a los/as pacientes con DM y/o HTA del Distrito 09D24. Este proyecto tiene 3 componentes: la promoción del adecuado autocuidado del/a paciente diagnosticado/a con HTA y/o DM, el fortalecimiento de los cuidados adecuados de familiares a pacientes</p>		

con HTA y/o DM, el mejoramiento de la oferta institucional para atención integral de salud a pacientes con HTA y/o DM y la comunidad. El costo total de la propuesta es de \$ 150.828,840 y la duración es 12 Meses.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTORAS:	Teléfono: 0997051278- 0984730607	E-mail: ladycriollo.oficial@gmail.com - alejandra73plaza@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Quevedo Terán, Ana Maritza	
	Teléfono: 2206957 ext. 2206	
	E-mail: ana.quevedo@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		