



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ESCUELA DE MEDICINA

MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL

"Implementación de un programa de Terapia ocupacional, como factor protector para un adecuado control de pacientes con enfermedades crónicas y crear aptitudes de apoyo para el desarrollo comunal, en el barrio de LA COMUNA 2010".

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MASTER
EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

AUTOR

DRA. MA. DE LOS ANGELES URBINA CAMACHO

DIRECTOR:

DR. CESAR IZQUIERDO

QUITO-ECUADOR

2010

CERTIFICACIÓN

Dr.
Cesar Izquierdo
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado, el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Quito, 04 de Noviembre del 2010

.....
Dr. Cesar Izquierdo

AUTORÍA

Todas las ideas, afirmaciones, documentación y proyecciones que consta en el presente trabajo investigativo, mismo que ha sido puesto en ejecución, son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Quito, 04 de Noviembre del 2010

.....
Dra. Ma. De los Ángeles Urbina C.
C.I. 180323703-9

CESIÓN DE DERECHO

Yo, María de los Ángeles Urbina Camacho; declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

Quito, a 04 de Noviembre del 2010

.....
Dra. Ma. De los Ángeles Urbina C.
C.I. 180323703-9

DEDICATORIA

Durante estos escasos años de lucha constante, de gratas vivencias, de momentos de éxitos y también de angustias y desesperanza para poder cumplir mis objetivos y así poder alcanzar uno de mis mas grandes anhelos, culminar mi carrera, los deseos de superarme y de lograr mi meta eran tan grandes que logre vencer todos los obstáculos y es por ello que debo dedicar este triunfo a quienes en todo momento me llenaron de amor y apoyo.

A Dios Todopoderoso por llenar de paz, de valentía, mi espíritu; por iluminarme el camino a seguir y que siempre estar conmigo siempre.

A mis hermanas Pauly, Ginna e Isabel, por ser la cúpula de cariño y esencia de familia enmarcada en principios de amor, igualdad y apoyo.

Para mis padres Jorge Urbina y Nancy Camacho, por su comprensión y ayuda en los momentos de zozobra y alegría; por brindarme la oportunidad de poder plasmar en mi vida profesional sus consejos forjadores de un pensar, encaminado a la excelencia y al vivir con transparencia, servicio y humanismo.

Para el amor de mi vida, a él especialmente le dedico esta Tesis. Por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, porque a pesar de la tempestad, estuvo siempre apoyándome y sobre todo creyó en mí. Por ser una luz de alegría en mis momentos difíciles y sobre todo devolverme una sonrisa a cada momento. Por sus ocurrencias y su compañía.

Para mi hija, Ángeles Andrea. Por ser ella la representación de la luz que edifica mi caminar, porque para ella quiero ser ejemplo, de quien busca superación, quien oferta un cambio a favor de los demás.

A todos ellos, muchas gracias de todo corazón.

Dra. Ma. De los Ángeles Urbina Camacho

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de maestría en Gerencia Integral de salud para el desarrollo local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

Al equipo de salud de la Unidad Operativa Sta. Clara de San Millán; por su apoyo, por su trabajo constante y por edificar un proyecto de cambio, para nuestros pacientes.

A mis queridos pacientes del Club de Crónicos del Sub-centro; por su esfuerzo, por entender el verdadero legado de la salud integral.

A la Comunidad de “La Comuna”, por su predisposición a colaborar en este trabajo, por el terreno entregado para desarrollar el huerto Familiar, a los estudiantes de las instituciones educativas del sector por su empeño en la enseñanza.

Dra. Ma. De los Ángeles Urbina C.

INDICE

| CONTENIDO | Pag. |
|-------------------------------|-------------|
| Certificación | ii |
| Autoría | iii |
| Cesión de Derecho | iv |
| Dedicatoria | v |
| Agradecimiento | vi |
| Índice | vii |
| 1. Resumen | 8 |
| 2. Abstract | 9 |
| 3. Introducción | 10 |
| 4. Problematización | 13 |
| 5. Justificación | 16 |
| 6. Objetivos | 16 |
| 7. Marco Teórico | 37 |
| 8. Diseño Metodológico. | 58 |
| 9. Marco Lógico | 69 |
| 10. Cronograma de Actividades | 78 |
| 11. Sostenibilidad | 81 |
| 12. Resultados | 83 |
| 13. Conclusiones | 102 |
| 14. Recomendaciones | 104 |
| 15.-Bibliografía | 105 |
| 16.-Anexos | 111 |

1.-RESUMEN:

Se observa que algunos pacientes prefieren seguir entregando toda la responsabilidad de las decisiones al profesional lo cual no es aconsejable debido a que el propósito de las decisiones compartidas es permitirle interactuar con su médico hasta lograr un nivel de compromiso con el auto- cuidado de su salud lo cual aparte de revalorizar su lugar en el proceso de atención también repercute en el cumplimiento de objetivos ya conocidos en la Atención primaria referentes a expectativa y calidad de vida a través de la prevención primaria y secundaria en un marco de gerenciamiento de los recursos existentes. La propuesta de desarrollar una terapia ocupacional adyuvante a la terapia farmacológica son medidas de lucha clave para prevenir las enfermedades metabólicas, crónicas degenerativas, como hipertensión arterial y diabetes. Por tanto, en este proyecto se ha investigado la forma como incide el crear un huerto familiar, que fomente a ser un Sistema de Salud Integral referente en la zona urbano marginal de Quito: "La Comuna", al nor-occidente por su calidad, atención de salud pro-activa a la dolencia de su población, con capacidad resolutive, su nivel de docencia e investigación, liderazgo de la red de salud con participación comunitaria, promoviendo una cultura saludable que ejerza deberes y derechos. Para ello, el mismo se basa en la elaboración de una propuesta de una programación recreativa siendo aplicable al grupo etario seleccionado. Se realiza un análisis y crítica bibliográfica donde se plantean los fundamentos metodológicos que sustentan la recreación comunitaria de un Huerto Familiar así como la ocupación del tiempo libre en los pacientes con enfermedades crónicas. Por estas razones, los resultados de la aplicación de este producto corroboran la pertinencia social del mismo, con respecto a las necesidades, expectativas y características de los pacientes, y ellos ser los voceros de retribuir lo aprendido a otro grupo etario, siendo las escuelas del sector y la población la beneficiada; además el constatar un cambio productivo de cambio; por lo que puede avalarse la satisfacción del objetivo propuesto.

2.-ABSTRACT

It is noted that some patients prefer to continue providing all the responsibility for decisions which the professional is not advisable because the purpose is to enable shared decision-making interact with your doctor to achieve a level of commitment to self-health care which in addition to reassess their place in the process of care also impact the task and known in the Primary concerning expectancy and quality of life through primary and secondary prevention in a framework of management of existing resources. The proposal to develop an occupational therapy adjunct to drug therapy is

key control measures to prevent metabolic diseases, chronic degenerative diseases such as hypertension and diabetes. Therefore, this project has investigated how an impact to create a family garden, which encourages to be a comprehensive health system standard in marginal urban area of Quito: "La Commune" north-west for its quality, health care pro-actively to the condition of its population, with problem-solving capacity, level of teaching and research, leadership of the health network with community participation, promoting a healthy culture to exercise duties and rights. To do this, it is based on the development of a proposal for a recreation program to apply the selected age group. An analysis and critique literature which raises the methodological foundations that support community recreation a Family Garden as well as leisure time in patients with chronic diseases. For these reasons, the results of the application of this product support the social relevance of it, with respect to the needs, expectations and patient characteristics, and they being the spokespersons to give back what they have learned to other age group, with schools sector and the beneficiary population, plus the note exchange productive change, hence it deserves support satisfaction objective.

3.-INTRODUCCIÓN

El problema de la salud en el Ecuador en la actualidad está sufriendo cambios. Aproximadamente la mitad de la población urbana y casi la totalidad de la población rural no poseen servicios de atención personalizada, actoral y forjadora de cambios importantes y trascendentales en la comunidad.

La atención primaria de salud, o sea las acciones desarrolladas por la propia comunidad dirigidas a satisfacer sus necesidades físicas de salud, es presentada a nivel de necesidad en el país como una alternativa frente a los programas tradicionales.

En la Población de La comuna, en la que se encuentra la Unidad Operativa Sta. Clara de San Millán; perteneciente al Área de Salud N°2, del Ministerio de Salud Pública, nos encontramos con pacientes con enfermedades crónico-degenerativas tales como Hipertensión Arterial y Diabetes. Estos pacientes, por tener una enfermedad de terapias de larga data, muchas veces se encuentran imposibilitados a aportar fructíferamente con la sociedad.

Es muy limitada la participación del equipo de salud, pues se centra en una atención terapéutica y no en terapias ocupacionales, participativas y motivacionales.

Por tal razón, es un reto muy interesante vincular la perspectiva médica con la humana con la enfermedad, con la ocupación y desarrollar estrategias de ayuda personal a los pacientes y ejemplo a la comunidad.

Reflexionar sobre lo que fue Mario, nos lleva a pensar en nuestra experiencia y en la relación profesional, donde nos transformamos, transformando ese hacer. “Él replanteaba una dimensión ética-social de la práctica profesional. Pensamos que no es sólo profesional, sino también personal. No puede ser profesional si no es simultáneamente personal lo que hace referencia a la coherencia de ser fiel a sí mismo”. En el hacer, las distintas situaciones en las que participamos, que fueron marcando un camino continuo de aprendizaje.

El Sistema Nacional de Salud tiene como finalidad desarrollar las capacidades y potencialidades individuales y colectivas de la población para aprender y crear conocimientos, técnicas, saberes, para la realización del buen vivir y tiene como centro al sujeto que aprende.

El objetivo del proyecto busca proporcionar un servicio íntegro Integral y de calidad a toda la población del sector y en especial a pacientes con enfermedades crónicas de este sector urbano-marginales, en situaciones de riesgo y vulnerabilidad y con necesidades educativas especiales en la perspectiva de garantizar su protección de vida, la exigibilidad de derechos y la mejora de la calidad de vida de toda la familia.

Desde que podemos recordar, la relación Médico-Paciente se ha caracterizado por una relación paternalista, jerárquica, benigna y bien intencionada por parte del médico, que sin embargo había generado en muchos casos una dependencia “enfermiza” haciendo que la toma de decisiones no involucre el sentir de los pacientes, en parte porque el mismo paciente ha sido acostumbrado a depender de decisiones unilaterales por parte del profesional.

Actualmente, sin embargo, se observa que las nuevas realidades de la atención médica en donde cada vez hay más acceso a la información que el paciente requiere para la toma de sus decisiones, se vea reflejado en una demanda creciente no solo de respuestas sino también de tiempo, tecnología, agilidad, etc., y cuestiona (con fundamento) al Proceso de atención médica, a la Institución y al Sistema de Salud en general.

Las características ideales en la interacción médico-paciente deberían ser: información compartida, objetivos compartidos, decisiones compartidas y responsabilidades compartidas. Y lo más importante buscar posibles soluciones y respuesta a un bien común y colectivo.

Iniciamos los procesos de fortalecimiento de la salud comunitaria eligiendo a lo que serán los promotores de salud. La comunidad reunida en asamblea eligió a quiénes van a ser los promotores de salud. Esta elección debe estar apoyada y aprobada tanto por las autoridades sanitarias como por los ayuntamientos. De que los promotores elegidos tengan estos respaldos va a depender, la mayoría de las veces, la sostenibilidad del sistema. No obstante una persona que va a dedicar parte de su tiempo a ser promotor de salud y en el que se van a invertir recursos en su formación debe reunir unas características previas.

Además en nuestra unidad operativa hemos detectado la presencia de los pacientes diabéticos e hipertensos, con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Posteriormente se encuentra cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y, sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glucemia

El diagnóstico de depresión en este tipo de pacientes (diabéticos) resulta difícil ya que las manifestaciones físicas, como fatiga, hiporexia, trastornos cognoscitivos como las

alteraciones de la memoria causadas por la misma depresión, se superponen a las de diabetes descontrolada. En caso de incertidumbre diagnóstica, una segunda valoración del estado psicológico cuando las cifras de glucemia se han normalizado, suele ser decisiva.

Se propuso crear un servicio integral y de calidad con necesidades educativas especiales, garantizando su protección, la exigibilidad de sus derechos y la mejora de la calidad de vida del paciente crónico y su familia. Fue factible el proyecto, puesto que actores sociales, se unieron al programa; tanto en la preparación logística, como en la económica. Fue factible, por parte de la comunidad, puesto que se entregó el terreno para edificar nuestro proyecto.

Involucrar a las familias y comunidades en el proceso de desarrollo integral de ambientes saludables; fue nuestro propósito, uno a uno el haber conseguido los objetivos propuestos, sean haber preparado un terreno para cultivo, conseguir asesoramiento técnico por parte de ingenieros agrónomos, empoderamiento de la comunidad a aprender y lo más importante determinar cambios en nuestros pacientes tanto desde la perspectiva emocional como en el mayor cuidado con respecto a su patología.

ELEMENTOS CLAVE:

El sistema de salud integral y todos los servicios de salud que brinda la Unidad Operativa Sta. Clara de San Millán, sub-centro del Área de Salud N°2 del M.S.P., con la finalidad de marcar un impacto en la actividades asistenciales que brinda la organización.

La Unidad de Salud ha llegado a convertirse en un referente, gracias al desarrollo como organización y de un equipo humano de personas que sustentan ese desarrollo en tres pilares básicos

- CALIDAD Y CALIDEZ EN LOS SERVICIOS
- MODELO DE GESTION BASADO EN EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD, Y
- PROGRESO EN EL CONOCIMIENTO, CAPACITACION Y DOCENCIA

Queremos promocionar unísonamente con la apertura de una atención de salud, el lanzamiento de nuevos productos y servicios como la creación de terapias ocupacionales para nuestros pacientes, atención ambulatoria de ellos al ser artífices de una capacitación a la población. Con un taller protegido y establecimiento de red de proveedores a nivel local, participación del usuario interno y externo en la implementación de sistema de evaluación de la satisfacción en los servicios, y finalmente la formación de grupos de apoyo y participación ciudadana.

4.-PROBLEMATIZACIÓN:

Identificación del Problema:

Pacientes con enfermedades crónicas, que solo llevan una vida austera, centralizada a terapias farmacológicas, relegadas de brindar ayuda a la comunidad por sus limitaciones por salud. Pacientes, que solo reciben de la Unidad de Salud una atención médica con decisiones por el profesional lo cual no es aconsejable debido a que el propósito de las decisiones compartidas es permitirle interactuar con su médico hasta lograr un nivel de compromiso con el auto- cuidado de su salud lo cual aparte de revalorizar su lugar en el proceso de atención también repercute en el cumplimiento de objetivos ya conocidos en la Atención primaria referentes a expectativa y calidad de vida a través de la prevención primaria y secundaria en un marco de gerenciamiento de los recursos existentes. De acuerdo a lo expuesto, se busca que el paciente asuma su rol en un perfil que incluya las siguientes características que se pueden aplicar en todo proceso de enseñanza y participación de la comunidad en las decisiones que afectan su vida y su futuro; por tal motivo, crear un espacio donde nuestros queridos pacientes tenga un momento de distracción, enseñanza, y crear una nueva visión de una terapia saludable práctica, como sería cultivar alimentos orgánicos y alimentarse saludablemente. Pero después de haber recibido dicha instrucción, ser recíprocos para transcribir esos conocimientos a la comunidad, desglosado en grupos focales, tales como niños de unidades educativas, centros de comedor gratuito (fundaciones), que se encuentran en el sector.

ANALISIS DEL PROBLEMA:

El propósito de la investigación consiste en investigar la calidad de vida y la conducta de enfermedad en personas con diabetes e hipertensión arterial y observar si existe relación entre ellas. En la actualidad se evidencia un deterioro importante de la calidad de vida de estos pacientes, la conducta de enfermedad puntúa en un rango medio en todas sus dimensiones, de hipocondría general. La salud mental correlaciona también en forma negativa con distorsión afectiva, negación de los problemas e irritabilidad.

En los pacientes diabéticos e hipertensos, con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Posteriormente se encuentra cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y, sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glucemia y presión arterial.

El tratamiento para este padecimiento debe iniciarse de manera temprana con apoyo psicoterapéutico, tratando el pesimismo. Por supuesto el apoyo farmacológico es muy importante y en que se debe tener cuidado ya que pueden presentarse efectos colaterales que varían en relación al mecanismo de acción del fármaco: náusea, diarrea, agitación central y por otro lado, taquicardia o hipotensión ortostática y disfunción sexual.

Otro aspecto importante que debe considerarse es que junto con el éxito de este tratamiento el estilo de vida del paciente tiende a cambiar por lo que es conveniente vigilar y ajustar frecuentemente el esquema de una vida productiva, con un grupo de encuentro de personas que adolecen de lo mismo y que se unen con la finalidad y propósito de ser pro-activos de su situación, empoderándose de un cambio transformador y ser visionarios de una replica que sea de mucho beneficio a la comunidad donde se desenvuelven.

Nuestra intervención se focaliza principalmente en aquellos aspectos que históricamente han sido dejados de lado por las intervenciones tradicionales en lo que a estilos de vida y hábitos alimenticios se refiere.

Es en estos aspectos donde debemos poner el énfasis cuando trabajamos en Educación y Promoción de la Salud si queremos que nuestro objetivo de mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios se cumpla.

Entonces, para que el proceso de educar en salud tenga impacto en nuestros usuarios debemos buscar estrategias y metodologías que tomen en cuenta esos aspectos y de esa manera nos aseguren un buen resultado.

Nuestra propuesta entonces consiste en una metodología participativa basada en la Educación Popular y con un enfoque Comunicacional y Sistémico, donde el conocimiento es el RESULTADO de un PROCESO, y donde las EXPERIENCIAS y

EMOCIONES de los participantes representan tanto el punto de partida como el punto de llegada, y se convierten en nuestra principal preocupación y foco de intervención.

DELIMITACIÓN:

Apoyar en una terapia ocupacional a pacientes con enfermedades crónicas que acuden al Sub-centro Sta. Clara de San Millán, perteneciente al Área de Salud N°2, a través de la creación de Huerto Familiar, en el que ellos sean los artífices de dicho evento, se capaciten y a la vez sean los voceros de una alimentación saludables con la siembra de productos orgánicos.

Metodologías de intervención

La intervención de Terapia Ocupacional consiste en:

Una Entrevista de Evaluación y Motivación Individual

Sesiones de Taller Grupal

5.-JUSTIFICACIÓN:

Ser un Sistema de Salud Integral referente en la zona urbano marginal de Quito: "La Comuna", al nor-occidente por su calidad, atención de salud pro-activa a la dolencia de su población, con capacidad resolutive, su nivel de docencia e investigación, liderazgo de la red de salud con participación comunitaria, promoviendo una cultura saludable que ejerza deberes y derechos e integrado al Sistema Nacional de Salud.

Se observa que pacientes, con enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, prefieren seguir entregando toda la responsabilidad de las decisiones al profesional lo cual no es aconsejable debido a que el propósito de las decisiones compartidas es permitirle interactuar con su médico hasta lograr un nivel de compromiso con el auto- cuidado de su salud lo cual aparte de revalorizar su lugar en el proceso de atención que también repercute en el cumplimiento de apoyar a la comunidad. Ser entes que sean beneficio constante para el desarrollo de la población la Comuna.

Al crear una terapia ocupacional, que son los Huertos Familiares, estamos sembrando ideas de producción y ayuda colectiva, además ser visionarios de difundir enseñanzas de cultivo y mercado a los moradores del sector, dando un

paso en el cambio de estilo de vida, y en el aprender con la motivación de hacer microempresas forjadoras de un buen futuro, tomado más en cuenta, ya que la capacitación viene de personas que dan ejemplo, al ser personas con dolencias y que se esfuerzan por ser parte sustentable en la sociedad.

6.-OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Implementar un programa de Huertos Familiares y Universidad Comunal, liderado por pacientes con enfermedades crónicas que asisten a la Unidad Operativa Sta. Clara de San Millán, como terapia ocupacional y guía de capacitación para la Comunidad de La Comuna de Quito, 2009-2010 para facilitar en los participantes un proceso de toma de conciencia y autonomía frente a su situación de salud en relación a la significancia personal de sus hábitos alimentarios y manejo de su enfermedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Crear un Huerto Comunal, con enseñanza familiar participativa, demostrativa, y de terapia ocupacional.
- Cambiar la forma de vivir y pensar de personas que adolecen de enfermedades crónicas tales como, diabetes e hipertensión.
- Dar terapias de estilo de vida, que incluya mejorar alimentación, con productos orgánicos.
- Disminuir el estado depresivo de personas que tienen enfermedades crónicas, a través de una terapia ocupacional, que apoye a su salud.
- Brindar a los pacientes hipertensos y diabéticos la posibilidad de ser capacitadores de huertos para enseñar a los niños de las escuelas del sector, sobre la siembra y cosecha de productos orgánicos.
- Crear un círculo de beneficio y apoyo intersectorial; tales como salud, comunidad, pacientes y actores sociales colaboradores e involucrados.
- Adquirir herramientas para el desarrollo de nuevos hábitos, en un contexto individual y familia, a través del conocimiento de agricultura y alimentación saludable.
- Crear un protocolo de atención médica, integral, participativa y productiva, a través de una terapia ocupacional a pacientes con enfermedades crónicas.
- Disminuir costos de complicaciones de enfermedades por terapias abandonadas o no bien controladas.
- Disminuir complicaciones por enfermedad por terapias mal manejadas o abandonadas.

- Establecer una comparación entre niveles de tensión arterial y glucosa en pacientes con diabetes e hipertensión, antes y después de una terapia ocupacional.
- Identificar si el desarrollar una terapia ocupacional, a través de la creación de huertos familiares, mejora estilos de vida alimentaria, los mismos que se reflejaría en disminuir el sobrepeso.

7.- MARCO TEÓRICO:

MARCO INSTITUCIONAL: SUB-CENTRO STA. CLARA DE SAN MILLÁN

INTRODUCCIÓN

El Sub-centro de Salud de Santa Clara de San Millán es una organización en donde todos los clientes internos están comprometidos al cambio y mejoramiento en atención a todos sus clientes externos y comunidad en general.

La salud es la base fundamental para que un pueblo crezca, se desarrolle y produzca; razón por la cual se dan a conocer los datos estadísticos de fomento, prevención, así como también los de morbilidad, demostrando que en esta casa de salud día a día año tras año se han ido incrementando coberturas e implementando servicios con personal debidamente capacitado, difundiendo todos los servicios que presta el Ministerio de Salud Pública y mejorando la salud de la población.

Se explica las debilidades y amenazas para que se reviertan en fortalezas y oportunidades, consiguiendo la misión y la visión, para cumplir con las metas propuestas y obtener una satisfacción por parte de los clientes internos.

El desarrollo social siempre debe estar presente en todas las comunidades y más aún en la comuna por lo que es un barrio urbano-marginal en el centro de Quito, donde todos sus moradores y específicamente sus líderes de las diversas agrupaciones desean el progreso y mejoramiento de la Salud con expectativas y estrategias alcanzables ya que es un derecho básico, en donde cada uno de sus miembros deben recibir el servicio con calidad, calidez, eficacia y eficiencia.





DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO DEL SUBCENTRO DE SALUD SANTA CLARA DE SAN MILLAN.



1.1 Reseña Histórica.- La comunidad fue reconocida jurídicamente en el año de 1911. El SCS inicio la atención a la comunidad en lo que hoy funciona la Casa Comunal. Para posteriormente desde 1992 sus instalaciones son trasladadas hacia en Centro de Salud N° 2 desde ahí prestó los servicios a la comunidad hasta Mayo del 2.000. Actualmente brinda los servicios en su propio local ubicado en la calle Sexta

transversal N° 25 - 37 y Humberto Albornoz. El terreno para la construcción de esta casa de Salud fue donado por el Sr. Antonio Guamanzara aproximadamente hace 15 años; pero su construcción tardó por falta de recursos económicos. A pesar de todo según los directivos de turno y las mingas realizadas por la gente del sector se edificó el espacio físico. Por lo que un 10 de Mayo del 2000 un equipo médico asignado por el área de salud N° 2 conformado por médico, enfermera y auxiliar de enfermería iniciaron su labor brindando atención a toda la población a libre demanda, cada vez equipando la unidad y mejorando los servicios, así en Enero del 2003 se incrementó la consulta Odontológica, en Enero del siguiente año conjuntamente con la Fundación

Mariana de Jesús se implementó el servicio de Laboratorio Clínico los mismos que laboraron durante dos años, quedando nuevamente la unidad desprotegida de este servicio. Afortunadamente la Fundación FEISCO desde el 1º de Marzo 2007 según convenio con la Jefatura del Área está prestando nuevamente el servicio de Laboratorio que simultáneamente con los programas del MSP aumentan cada vez más la afluencia de usuarios a la unidad e irradian en el incremento de coberturas.

1.2 Análisis Situacional.-- El barrio la Comuna está ubicado al Nor-occidente de la ciudad de Quito, sobre la avenida Occidental, pertenece a la Asociación de barrios de Colinas del Pichincha.

Sus límites son:

Norte: limita con la quebrada Rosas Pamba sector las Casas.

Sur: se encuentra circundado por la quebrada Los Tejados junto al teleférico.

Este: limita con la Avenida Mariscal Antonio José de Sucre (Av. Occidental) y

Al Oeste: con las laderas del Pichincha; lo conforman cuatro sectores definidos como Comuna alta, Comuna baja, Rosas pamba alto, Rosas pamba bajo.

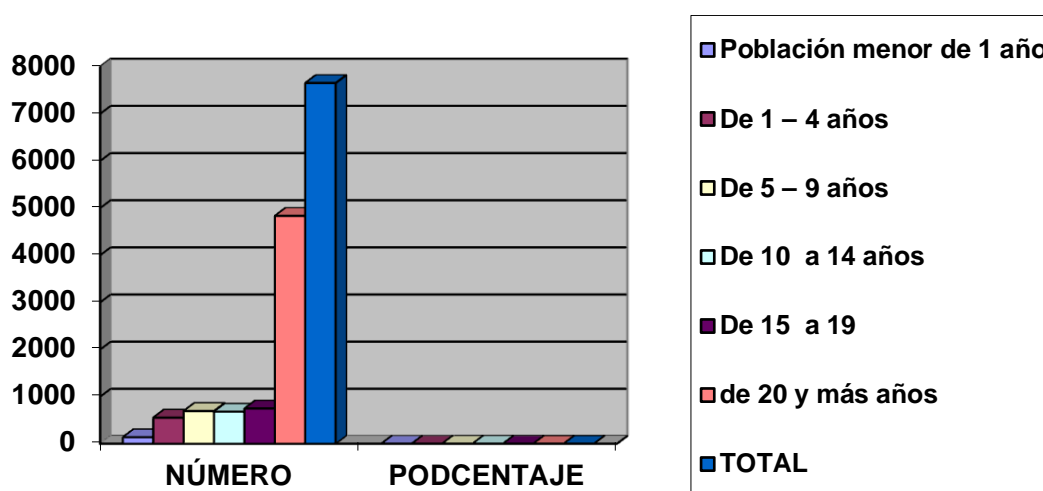
El riesgo más importante al que está expuesto es por las laderas del Pichincha y la tala indiscriminada de árboles que juntamente con las lluvias originan los deslaves, como ocurrió en 1998 ocasionando pérdidas humanas y materiales, razón por la cual las autoridades de turno tomaron medidas, así como también la comunidad en mejorar el adoquina miento de calles y haciendo conciencia en la tala de árboles.

Demográfico

POBLACIÓN ASIGNADA AL SCS SANTA CLARA DE SAN MILLÁN PARA EL AÑO 2009-2010

| GRUPOS ETARIOS | NÚMERO | PODCENTAJE |
|--------------------------|--------|------------|
| Población menor de 1 año | 139 | 1.8% |
| De 1 – 4 años | 555 | 7.2% |
| De 5 – 9 años | 695 | 9% |
| De 10 a 14 años | 682 | 8.9% |

| | | |
|-------------------------------------|------|-------|
| De 15 a 19 | 748 | 9.7% |
| de 20 y más años | 4833 | 63.1% |
| TOTAL | 7652 | 100% |
| De 12 – 23 meses | 138 | 1.8% |
| Mujeres en edad fértil 10 a 49 años | 2554 | 33.3% |
| Embarazadas | 174 | 2.2% |
| D.O.C. 35 a 64 años | 1134 | 14.8% |



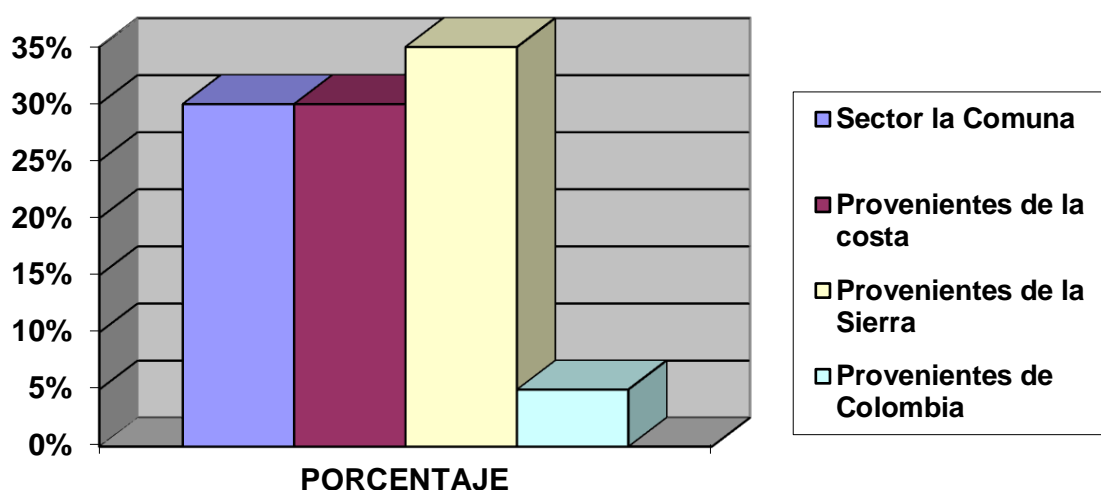
Análisis: La población de influencia que tiene el Sub-centro de Salud Santa Clara de San Millán es de 7652 habitantes. De ellos son menores de un año 139 que corresponde al 1.8% de la población. El grupo de 1 a 4 años la cifra es de 555 que le atañe al 7.2%; de 5 a 9 años es 695 que le concierne el 9%; de 10 a 14 años son 682 que le compete al 8.9%; de 15 a 19 años de edad es de 748 habitantes que equivale al 9.7% y de 20 años y más es de 4833 que pertenece al 63.1%.

Organización.- Dispone de una organización llamada cabildo, sus directivos son elegidos cada año por voto popular, las reuniones de los directivos las realizan una vez por semana y las asambleas cada dos o tres meses según sea necesario en su propia sede la misma que es utilizada para eventos sociales, culturales y fúnebres . En la actualidad está dirigida por el señor Manuel Suárez, quién ya viene presidiendo dos años atrás.

Descripción de la Población.- Los habitantes de esta área son:

| LUGAR DE ORIGEN | PORCENTAJE |
|---------------------------|------------|
| Sector la Comuna | 30% |
| Provenientes de la costa | 30% |
| Provenientes de la Sierra | 35% |
| Provenientes de Colombia | 5% |

Fuente: Por encuestas.



Análisis: Como se puede observar gráficamente en su mayoría los habitantes que viven en el sector son provenientes de otros lugares por lo que tienen características de nómadas y con frecuencia ocurren cambios de domicilios

DATOS ESTADÍSTICOS SEGÚN EL ÚLTIMO CENSO DEL 2001

Hombres 2.295 h, Mujeres 2.249, Total 4.704 y según grupos etarios es la siguiente:

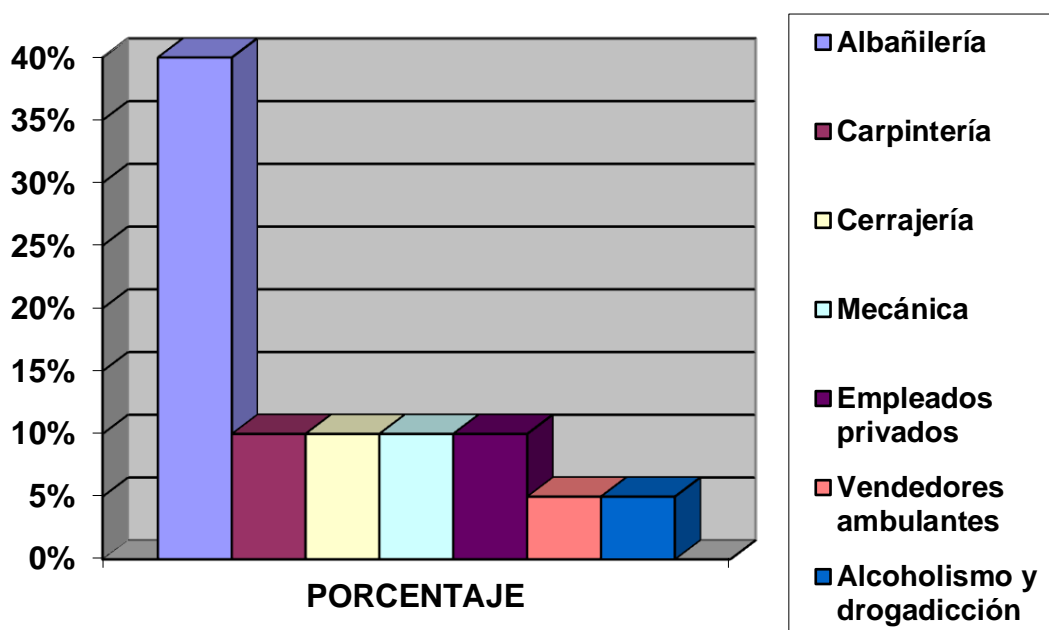
| GRUPO ETARIO | NÚMERO |
|-----------------|--------|
| Menor de 1 año | 84 |
| De 1 a 4 años | 414 |
| De 5 a 9 años | 514 |
| De 10 a 14 años | 508 |
| De 15 a 19 años | 499 |
| De 20 a 24 años | 519 |
| De 25 a 29 años | 392 |
| De 30 a 34 años | 418 |
| De 35 a 39 años | 350 |
| De 40 a 44 años | 256 |
| De 45 a 49 años | 188 |
| De 50 a 54 años | 182 |
| De 55 a 59 años | 105 |
| De 60 a 64 años | 86 |
| De 65 a 69 años | 70 |
| De 70 a 74 años | 38 |
| De 75 a 79 años | 28 |
| De 80 a 84 años | 23 |
| De 85 a 89 años | 15 |

Fuente: INEC.

ACTIVIDADES A QUE SE DEDICAN LOS MORADORES DEL SECTOR

HOMBRES

| ACTIVIDAD | PORCENTAJE |
|----------------------------|------------|
| Albañilería | 40% |
| Carpintería | 10% |
| Cerrajería | 10% |
| Mecánica | 10% |
| Empleados privados | 10% |
| Vendedores ambulantes | 5% |
| Alcoholismo y drogadicción | 5% |



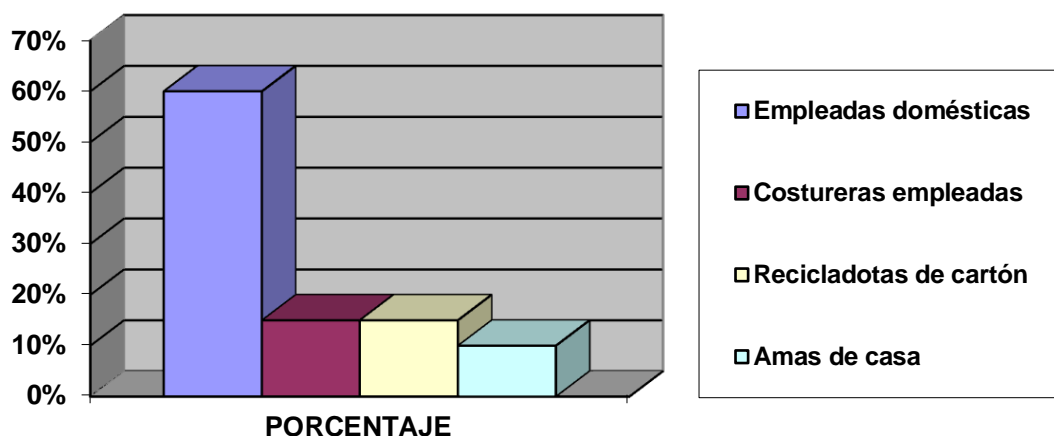
Análisis: El número de habitantes en relación con el porcentaje de alcoholismo y drogadicción es considerablemente alto, que con la situación socio política actual del

país este porcentaje va en incremento, lo que significa un problema social y de salud muy grave para la comunidad.

MUJERES

| ACTIVIDAD | PORCENTAJE |
|------------------------|------------|
| Empleadas domésticas | 60% |
| Costureras empleadas | 15% |
| Recicladoras de cartón | 15% |
| Amas de casa | 10% |

Fuente: Por encuesta.

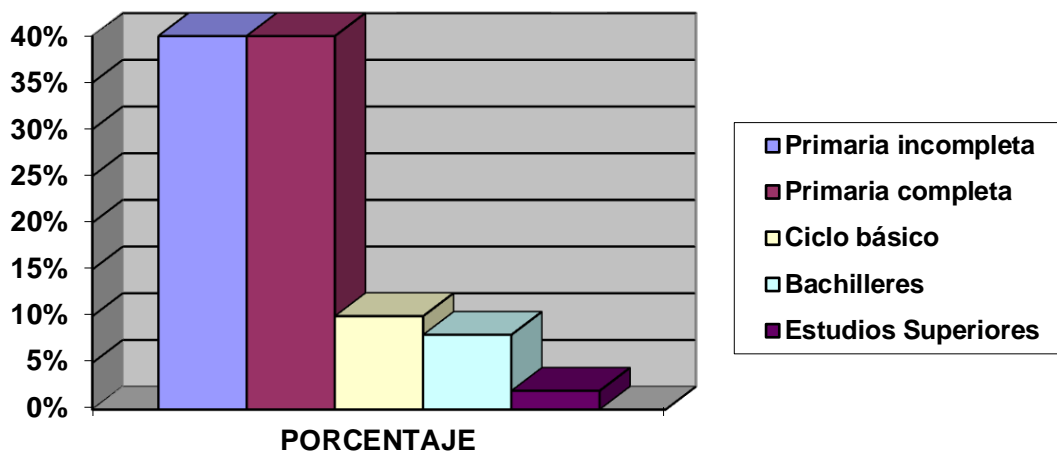


Análisis: Las mujeres son empleadas domesticas en un 60%, reciclan en un 15%, obreras en fábricas de ropa en un 15% y solo un 10% cuidan ellas mismas a sus hijos, por lo que las personas que trabajan dejan a sus hijos en las guarderías del sector.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACIÓN

| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|
| Primaria incompleta | 40% |
| Primaria completa | 40% |
| Ciclo básico | 10% |
| Bachilleres | 8% |
| Estudios Superiores | 2% |

Fuente: Por encuesta.



Análisis: De lo que se observa según el nivel de instrucción, es una población con su status socio – económico bajo al igual que su nivel de conocimientos con respecto a salud, esto explica coberturas bajas en los servicios de prevención por lo que los clientes manifiestan que no están enfermos para acudir a esta casa de salud y más bien las tasas de morbilidad son elevadas.

Guarderías.- La comunidad cuenta con cuatro guarderías:

| INSTITUCIÓN | ADMINISTRADA | Nº MAESTRAS | Nº ALUMNOS |
|--|-------------------------------|-------------|------------|
| 1.- Guardería y Escuela “Niños de María” | Por ONG. Padre José Kenetchi. | 18 | 286 |
| 2.- Guardería “Nuevos Amigos” | Por Iglesia Evangélica | 7 | 50 |
| 3.-Guardería “Retoñitos” | Por el ORI | 6 | 60 |
| 4.- Guardería “Dany Luz” | Por sector Privado | 4 | 30 |

Servicios básicos:

Sub-centro de Salud.- Que brinda atención en los servicios de Medicina General, Enfermería, Odontología y Laboratorio Clínico.

Luz Eléctrica.- Actualmente si contamos con este servicio en forma permanente.

Agua potable y Alcantarillado.- En la actualidad un 50% de la comunidad ha logrado obtener este servicio con la ejecución de mingas y dentro de este porcentaje se encuentra la unidad de salud que es desde la calle Séptima Transversal hacia abajo y desde esta misma calle hacia arriba el agua que consumen es de vertientes que hacen llegar a sus domicilios por medio de tuberías improvisadas y el alcantarillado lo realizan mediante pozos sépticos o al aire libre.

Teléfono.- A partir de Diciembre del 2004 se provee de este servicio al sub-centro y familias del sector.

Transporte Público.- La comunidad dispone de una sola línea de buses denominada Trans- Alfa que lo realizan cada 15 minutos por lo que dificulta el acceso a la misma.

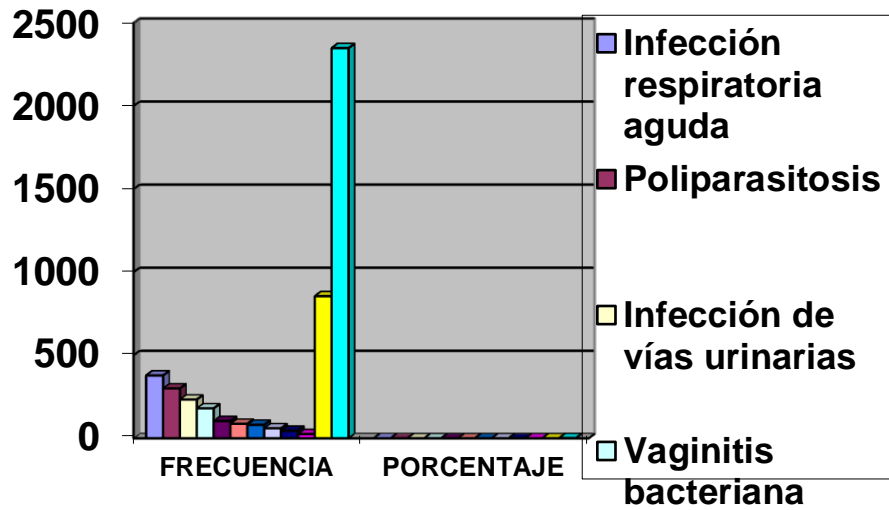
PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL S. C. S. SANTA CLARA DE SAN MILLAN

En esta unidad operativa se presta atención a todos los usuarios en consultas de medicina general preventiva y curativa, en las que se ha identificado las 10 patologías más frecuentes durante el año 2007, que en su totalidad suman 5382.

INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2009-2010

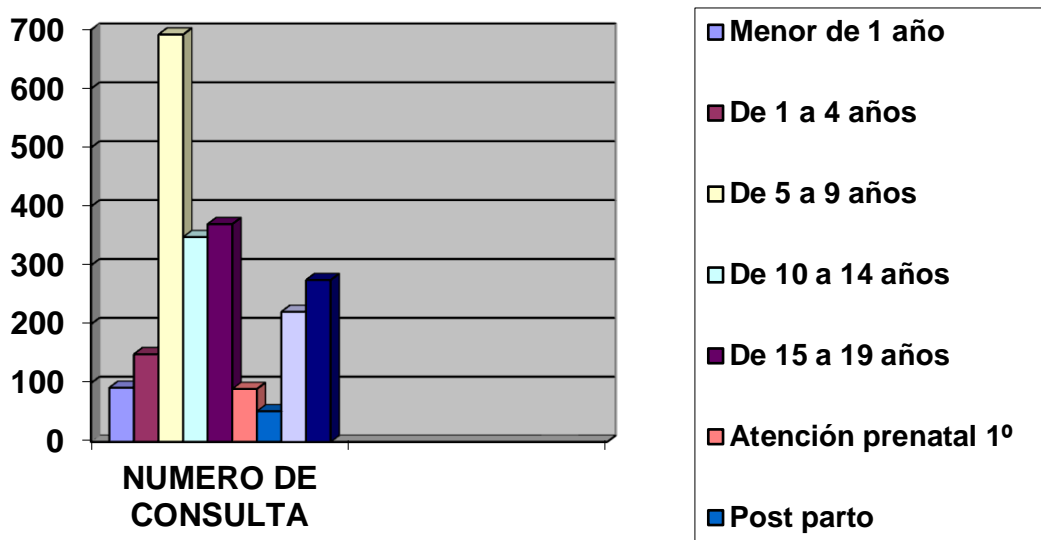
ATENCIÓNES EN MORBILIDAD SEGÚN GRUPO ETARIO

| ENFERMEDADES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------------|------------|------------|
| Infección respiratoria aguda | 819 | 21.9 |
| Poliparasitosis | 300 | 8.7 |
| Infección de vías urinarias | 233 | 6.92 |
| Vaginitis bacteriana | 280 | 9.9 |
| Diarreas agudas sin deshidratación | 617 | 17.3 |
| DIABETES | 300 | 8.7 |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 169 | 4.9 |
| Dermatomicosis | 100 | 3.2 |
| Amenaza de parto prematuro | 34 | 1.2 |
| Depresión | 25 | 0.98 |
| Otras | 855 | 36.5 |
| Total | 3732 | 100% |



ATENCIONES EN MORBILIDAD SEGÚN GRUPO ETARIO

| GRUPO ETARIO | CANTIDAD |
|------------------|----------|
| Menor de 1 mes | 28 |
| De 1 a 11 meses | 644 |
| De 1 a 4 años | 1599 |
| De 5 a 9 años | 1667 |
| De 10 a 14 años | 357 |
| De 15 a 19 años | 302 |
| De 20 a 35 años | 1299 |
| De 36 a 49 años | 452 |
| De 50 a 64 años | 233 |
| De 65 años y más | 102 |



Análisis: De las coberturas en fomento se observa la más baja en planificación familiar con un 10%, en DOC con un 24% y en el grupo etario de 1 a 4 años con un 27%, que esto será tomado muy en cuenta en las estrategias para el siguiente año mejorarlas.



ESTABLECIMIENTOS QUE PERTENECEN AL SCS STA DE SAN MILLÁN

| Nombre de la organización o Institución | Áreas de intervención | Intereses | Limitaciones |
|---|---|--------------|--|
| 1.- Guardería, Escuela y Colegio "Niños de María" | Cuidado diario y Educativa | Ayuda Social | No disponen de atención médica directa |
| 2.- Guardería "Nuevos Amigos" | Cuidado diario y Educativa | Ayuda Social | No disponen de médico |
| 3.- Comedor "San Pablo Apóstol" | Educativa con tareas dirigidas | Ayuda Social | No disponen de médico |
| 4.- Guardería y comedor "Retoñitos" | Cuidado diario y Educativa con tareas dirigidas | Ayuda Social | La atención médica no es permanente |
| 5.- Guardería "Danny Luz" | Cuidado diario | Económicos | No disponen de médico |

Análisis: La tabla nos indica que las instituciones que pertenecen al sub-centro en su mayoría no están protegidas por la atención médica; por tanto estos establecimientos deben apoyarse en la casa de salud del sector para poder tener una adecuada vigilancia y atención médica.

Hay que señalar que estos establecimiento son sitios de gran concentración de infantes, escolares y adolescentes a los cuales habrá que asegurar que los programas desarrollados por el Ministerio de Salud y otros programas que se han de implementar lleguen y se materialicen en donde el personal de salud y maestros se empoderen de los mismos para obtener buenos resultados que repercutan en el mejoramiento de la salud de nuestra población.

En los datos que se indica en la tabla se puede notar que existen falencias importantes en lo que se refiere a atención de la salud en la gran mayoría de los establecimientos; por tanto estos establecimientos deben apoyarse en las distintas unidades de salud, ya sean públicas o privadas para poder tener una adecuada vigilancia y atención médica.

Sin embargo en nuestro medio la gente en general casi nunca acude a las unidades de salud sino cuando se presenta una determinada dolencia o patología. Esto obliga a que nuestras unidades de salud coordinen con las unidades educativas para proveer de atención integral tanto preventiva como curativa para el niño y el adolescente, supliendo así las deficiencias en la atención de salud de estos sectores.

Ministerio de Salud y otros programas que se han de implementar lleguen y se materialicen en buenos resultados que repercutan en el mejoramiento de la salud de nuestra población.

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ZONA DE INFLUENCIA

En el sector la Comuna tenemos Un consultorio médico ubicado en la calle Séptima Transversal en donde se da atención médica y se realiza exámenes de Laboratorio; además existe una farmacia que está localizada en la calle Humberto Albornoz y Occidental la misma que es atendida por su propietario.

De lo que podemos observar y por la experiencia durante el tiempo de trabajo se ha encontrado a personas que atienden partos (parteras), personas que curan el espanto, mal aire (curanderas) y sobadores es decir que aquí la comunidad también participa de la Medicina Tradicional.

PROGRAMAS DESARROLLADOS.

- P. A. I
- PANN 2000
- DOTS
- DOC
- LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCION A LA INFANCIA
- A I E P I
- ENFERMEDADES ERUPTIVAS NO VESICULARES
- CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMICION SEXUAL
- MICRONUTRIENTES
- SALUD ORAL

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

IDENTIFICACIÓN FODA:

FORTALEZAS.

- Apoyo de la Dirección del Área para implementar y fomentar los nuevos programas y servicios que se pretenden instalar y adecuar.
- Personal que brinda trato cordial y amable a los pacientes.
- Personal de Salud debidamente capacitado en su campo.
- Atención continua 8 horas.
- Stock de medicamentos básicos.
- Ambiente agradable.

- Atención gratuita para la población menor de cinco años, madres embarazadas y lactantes, madres en regulación de fecundidad y parejas con infecciones de transmisión sexual, tratamiento de la tuberculosis, exoneración a pacientes geriátricos.
- Capacitación de algunos miembros en gerencia de salud.
- Infraestructura física en buen estado.

- Deseo de cambio constante en forma positiva por parte del personal.
- Trabajo en Coordinación entre los directores de la diversas instituciones educativas y guarderías con el personal de salud.

OPORTUNIDADES.

- Posibilidad de obtener apoyo directo con materiales de oficina por parte del MSP.
- Colaboración que prestan los laboratorios farmacéuticos en la donación de muestras médicas y participación en casas abiertas del SCS.
- Agrupaciones como: Dirigentes del Cabildo, Comité de Veeduría, Unidad de Policía Comunitaria, trabajan en coordinación con el personal de la Unidad Operativa.

DEBILIDADES.

- Falta de Promoción de los diferentes servicios y de los programas que brinda el centro de salud.
- Falta de buenas relaciones personal de salud-usuarios.
- Poco interés por los pacientes y sus familias.
- Poca interacción con los usuarios a través de la formación de comités como: de madres, de jóvenes, ancianos y usuarios.
- No existe un botiquín para pacientes que no pueden costear su tratamiento (muestras médicas).
- Ausencia de Reglamento Interno.
- Regímenes legales diferentes: Ley de Carrera Civil y Administrativa y Código del Trabajo.
- Demanda insatisfecha por falta de Recursos Humanos.

AMENAZAS.

- La situación geográfica en la que se encuentra ubicado el SCS es inadecuada por que se encuentra en las laderas del Pichincha y junto a una quebrada teniendo **alto riesgo** en caso de suceder desastres naturales.
- Falta de capacitación continua en temas de promoción y prevención de la salud al personal sanitario y administrativo.
- Pérdida social de valores éticos y morales por parte de los habitantes de la comunidad.
- Insatisfacción de los usuarios cuando no son atendidos ya sea por recursos humanos o por asistencia a reuniones en la jefatura de área.

- Presencia de grupos vandálicos (Alcohólicos, drogadictos, delincuentes) en el sector.

MISIÓN

EL SUBSCENTRO DE SALUD SANTA CLARA DE SAN MILLÁN SITUADO AL **NOROCCIDENTE** DE LA CIUDAD DE QUITO, PRESTA LOS SERVICIOS DE SALUD, CON OPORTUNIDAD, EFICIENCIA, CALIDEZ DE ACUERDO A SU NIVEL DE COMPLEJIDAD, CON PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO CON EQUIPAMIENTO BÁSICO Y ADECUADO PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS, DANDO PRIORIDAD A LOS GRUPOS DE RIESGO Y PROPICIANDO INTENSAMENTE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, BRINDANDO UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL CON UNA PLANIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN ADECUADA MEDIANTE UNA BUENA PROMOCIÓN DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DE SALUD.

VISIÓN

EL SUBSCENTRO DE SALUD SANTA CLARA DE SAN MILLÁN COMO INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD PRIMARIA OFERTARA LOS SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD, CALIDEZ, EFICIENCIA EN FORMA INTEGRAL, CON ÉNFASIS A LA CONVIVENCIA, SEGURIDAD Y RESPETO A LAS NORMAS, CON ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL Y COMPLEMENTARIA A TODOS LOS USUARIOS, A TRAVEZ DE UNA GESTIÓN GERENCIAL, COMPROMETIDA, ACTIVA Y SOLIDARIA PARA LOGRAR EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA COMUNIDAD Y DEL TALENTO HUMANO QUE PERTENECE AL SCS DEL CUAL SOMOS RESPONSABLES, EN DONDE LO PUBLICO ES SAGRADO Y EL INTERÉS COMÚN PRIME SOBRE EL INTERÉS PARTICULAR, CON PRODUCTIVIDAD, RESPETANDO LOS DEBERES DE LOS TRABAJADORES Y DE LA COMUNIDAD.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD OPERATIVA STA. CLARA DE SAN MILLAN.

- Formular proyectos de salud para incrementar coberturas de nuestros usuarios, promoviendo el beneficio bio-psicosocial.
- Garantizar una optima canalización de los recursos que disponemos para poder ofertar una mejor calidad de nuestros servicios.
- Crear nuevos programas de salud y apoyar a los existentes para cubrir las mayores necesidades en el campo de salud que tiene nuestra población.
- Precautelar y vigilar que se cumplan y se respeten los derechos de nuestros usuarios ante situaciones o eventos que afecten su bienestar físico, biológico y psicológico.
- Garantizar la satisfacción del cliente mediante el mejoramiento continuo de la calidad.
- Liderar la atención primaria de salud en nuestra zona de influencia.

VALORES

- Equidad en la prestación de servicios.
- Honestidad en todos sus actos.
- Responsabilidad en las actividades encomendadas.
- Respeto a la libertad de expresión.
- Puntualidad en la atención.
- Satisfacción de las necesidades del cliente.
- Trabajo en equipo.
- Trabajo de calidad.
- Calidez en la atención.
- Ética profesional.
- Comunicación efectiva.
- Respeto al medio ambiente.

MATERIALES CON QUE CUENTA EL SUBCENTRO DE SALUD

Tenemos el material, el costo y la depreciación en equipos y bienes muebles.

| MATERIALES | COSTO ANUAL | COSTO MENSUAL | COSTO DIARIO |
|--------------|-------------|---------------|--------------|
| Fungibles | 4000 | 333.2 | 11.1 |
| No fungibles | 6000 | 500 | 16.6 |

EQUIPOS:

| Equipos | Valor unitario | Depreciación 3 años | Valor mensual |
|--------------------------------------|----------------|---------------------|---------------|
| 2 Esterilizadores | 1200 | 400 | 33.3 |
| 3 Refrigerador | 450 | 150 | 12.5 |
| 1 Set de diagnóstico | 450 | 150 | 12.5 |
| 3 Tensiómetros | 80 | 26.6 | 2.2 |
| 2 balanzas de pedestal | 800 | 266 | 22 |
| 3 fonendoscopios | 45 | 15 | 1.25 |
| 1 negatoscopio instrumental mes/odon | 150 | 50 | 4.5 |
| 12000 | 4000 | 333.3 | |
| 1 balanza pediátrica | 300 | 100 | 8.33 |
| Paidómetro | 150 | 50 | 4.16 |

BIENES MUEBLES

| Bienes muebles | Valor unitario | Depreciación 10 años | Valor mensual |
|---------------------------------|----------------|----------------------|---------------|
| 5 escritorios | 400 | 40 | 3.3 |
| 20 sillas | 320 | 32 | 2.6 |
| 1 equipo odontológico | 6000 | 600 | 50 |
| 5 archivadores | 600 | 60 | 5 |
| 5 vitrinas | 750 | 75 | 6.2 |
| 3 sheylon | 750 | 75 | 6.2 |
| 3 gradillas | 90 | 9 | 0.75 |
| 2 biombos | 30 | 3 | 0.25 |
| 4 estanterías | 120 | 12 | 1 |
| 3 taburetes | 450 | 45 | 3.75 |
| 1 mesa ginecológica | 250 | 25 | 2 |
| 2 mesas tipo secretaria | 30 | 3 | 0,25 |
| 1 impresora | 60 | 6 | 0,50 |
| 1 cocineta de cuatro quemadores | | | |

Datos obtenidos del inventario del sub-centro de salud.

RECURSOS DEL SUBCENTRO DE SALUD SANTA CLARA DE SAN MILLAN

Recursos Humanos:

Subcentro de Salud.- Cuenta con el siguiente personal:

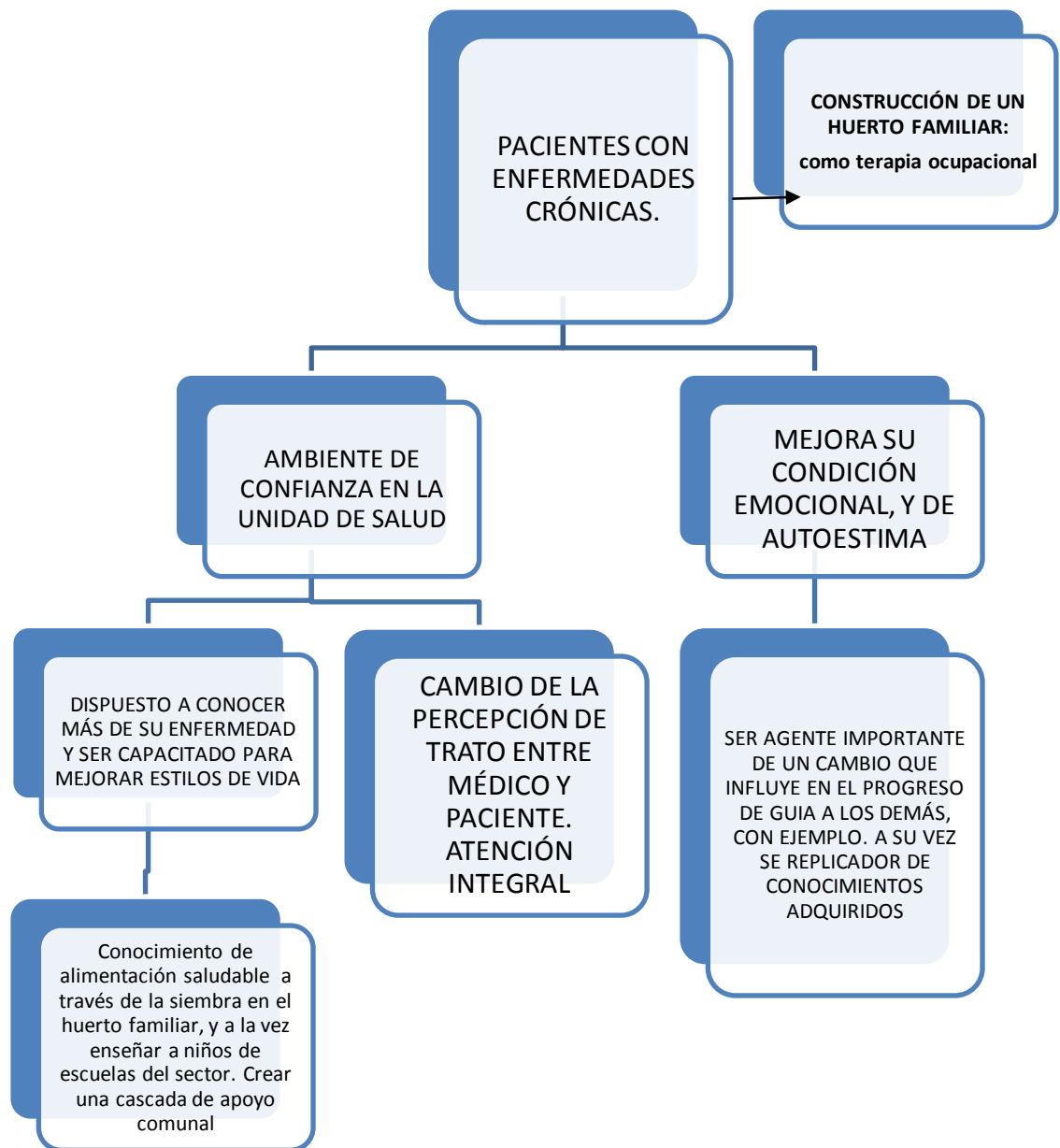
| NOMBRE | CARGO | HORARIO |
|------------------------|------------------------|---------------|
| Dra. María Urbina | Directora | 8.00 - 16:30 |
| Dr. Luis Eduardo Ortiz | Medicina General | 8.00 - 16:30 |
| Dra. Lidia Bejarano | Odontóloga | 8.00 - 12:00 |
| Dr. Gonzalo Ríos | Odontólogo | 12:30 - 16:30 |
| Lic. Rocío Chulde | Enfermera | 7:30 - 13:30 |
| Sra. Martha Narváez | Auxiliar de Enfermería | 8.00 - 16:30 |
| Sra. Pamela Cosme | Planillage AUS | 8.00 - 16:30 |
| Sra. Gloria Aguirre | Limpieza y Guardianía | 8.00 - 16:30 |

Recursos Materiales: Fungibles y no fungibles, bienes muebles e inmuebles.

Recursos Financieros: Presupuesto del área 2 para los sub-centros.

Información: Estadísticas, informes mensuales, afiches, pancartas, rotafolios.

7.- MARCO CONCEPTUAL



7.- MARCO CONCEPTUAL:

Desde que podemos recordar, la relación Médico-Paciente se ha caracterizado por una relación paternalista, jerárquica, benigna y bien intencionada por parte del médico, que sin embargo había generado en muchos casos una dependencia “enfermiza” haciendo que la toma de decisiones no involucre el sentir de los pacientes, en parte porque el mismo paciente ha sido acostumbrado a depender de decisiones unilaterales por parte del profesional.

Actualmente, sin embargo, se observa que las nuevas realidades de la atención médica en donde cada vez hay más acceso a la información que el paciente requiere para la toma de sus decisiones, se vea reflejado en una demanda creciente no solo de respuestas sino también de tiempo, tecnología, agilidad, etc., y cuestiona (con fundamento) al Proceso de atención médica, a la Institución y al Sistema de Salud en general.

Se observa que algunos pacientes prefieren seguir entregando toda la responsabilidad de las decisiones al profesional lo cual no es aconsejable debido a que el propósito de las decisiones compartidas es permitirle interactuar con su médico hasta lograr un nivel de compromiso con el auto- cuidado de su salud lo cual aparte de revalorizar su lugar en el proceso de atención también repercute en el cumplimiento de objetivos ya conocidos en la Atención primaria referentes a expectativa y calidad de vida a través de la prevención primaria y secundaria en un marco de gerenciamiento de los recursos existentes. De acuerdo a lo expuesto, se busca que el paciente asuma su rol en un perfil que incluya las siguientes características que se pueden aplicar en todo proceso de enseñanza y participación de la comunidad en las decisiones que afectan su vida y su futuro:

1) Un paciente activo: Si es un paciente altamente demandante (hacia el sistema o hacia el profesional), el desafío es orientar esa demanda hacia un campo de interés común. Muchas veces descubrimos que lo que la persona busca no es otra cosa que ser escuchado, ser informado, y recibir un trato adecuado, pero aún así no es suficiente para el objetivo buscado. Necesita ser pro-activo de sentirse útil y adaptado a la sociedad.

1. Bobenrieth, M.A. (2002). Normas para la revisión de artículos en Ciencias de la Salud. Revista Internacional de Psicología de la Salud / Internacional Journal of Clinical Psychology, 2, 509-523.
2. Prados C. J.A, Cebrián A. J, Bosch F. J. M. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. Doyma FMC en AP 2000; 7(2): 29-34

Si es un paciente que no expresa demanda activa y prefiere una relación paternalista y excesivamente dependiente es necesario llevarlo a un nivel de empoderamiento que le permita involucrarse en los objetivos ya mencionados.

2) Un paciente que interactúe: La comunicación tiene que ser bidireccional, en especial en el momento de buscar alternativas para el abordaje del problema o enfermedad. Por ejemplo, es común ver que el médico tome las decisiones y que el paciente las acepte sin que eso sea garantía de que las pueda cumplir, sea por inconvenientes económicos, familiares, laborales o simplemente porque el paciente no está convencido de que la solución ofrecida por el médico sea la mejor, como cuando un paciente recibe una receta que no la puede comprar por el alto costo. Algo parecido sucede con la indicación de dietas o de cambio de hábitos lo cual va mas allá de una simple indicación médica y puede transformarse en una verdadera hazaña para el paciente el poder cumplirla; es por esto que se debe motivar al médico para que le ofrezca al paciente el espacio que le permita una mayor participación en la búsqueda de alternativas preventivas y terapéuticas.

3) Mayor compromiso consigo mismo: Esto viene casi como una consecuencia esperable de las 2 características anteriores pues la participación de las personas en la toma de decisiones es un incentivo y genera motivación para lograr compromiso en el proceso de auto-cuidado y desarrollo del inmensurable potencial que tiene cada individuo. El objetivo es que desempeñe un rol más activo y adopte junto con el médico el compromiso de cumplir con las metas propuestas. La práctica del auto-cuidado de la salud por parte de los pacientes también trae como consecuencia una mejor calidad y pronóstico de vida.

En la búsqueda de este perfil y objetivos hay responsabilidades inherentes al médico y al sistema y se puede asegurar que una población de pacientes con estas características sensibiliza y moviliza a realizar los esfuerzos necesarios destinados a satisfacer los requisitos y expectativas de pacientes-clientes que cada vez demandan más información, mas participación y no necesariamente mas tecnología. En ello cabe lo que es la atención integral y participativa con la comunidad.

1. Cantón, E., Domingo, A. y ernansaiz, B. (2008). Psicología de la motivación y emoción aplicada a la Diabetes Tipo I: un estudio preliminar. En I. Etxebarria et al. (eds.): Emoción y motivación. Contribuciones actuales (cap. 24, pp. 277-286). Madrid: Asociación de Motivación y Emoción.
2. Prados C. J.A, Cebrián A. J, Bosch F. J. M. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. Doyma FMC en AP 2000; 7(2): 29-34

Para mejorar las condiciones sanitarias y de salud de una comunidad es preciso que los propios interesados, en tanto que individuos, familias o comunidades participen activamente en el proceso, tomen iniciativas por su propia cuenta, adopten un comportamiento saludable y se esfuercen por mejorar la higiene ambiental. Es preciso, fomentar en mayor grado la autorresponsabilidad. Para que la salud comunitaria se pueda desarrollar con éxito se necesita una participación activa de la comunidad que tiene que convertirse en un elemento permanente de la vida colectiva animado por el mayor número posible de personas dedicadas a una acción sanitaria consecuente. Por ello se hace necesario incidir en una formación integral en salud que revise y analice cada una de las facetas a las que se va a dedicar un promotor en salud.

Se realizaron búsquedas en el Registro de Ensayos del Grupo Cochrane de Accidentes Cerebrales Vasculares (Cochrane Stroke Group Trials Register) (última búsqueda en enero de 2006). Además, se realizaron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials - CENTRAL) (The Cochrane Library número 1, 2008), MEDLINE (2006 hasta marzo 2008), EMBASE (1980 hasta marzo 2006), CINAHL (2001 hasta marzo 2007), PsycLIT (2000 hasta junio 2007), AMED (2002 hasta marzo 2006), Wilson Social Sciences Abstracts (2001 hasta marzo 2006) y en las siguientes bases de datos de Web of Science: El Science Citation Index (2000 a marzo de 2008), el Social Science Citation Index. Con el propósito de identificar ensayos adicionales publicados, no publicados y en curso, se realizaron búsquedas en el Occupational Therapy Research Index y el Dissertation Abstracts register, se examinaron las listas de referencias de los artículos pertinentes.

Los pacientes que reciben intervenciones de terapia ocupacional tienen menos probabilidades de empeorar y más probabilidades de ser independientes en su habilidad para realizar actividades personales de la vida diaria. Sin embargo, debe definirse la naturaleza exacta de la intervención de terapia ocupacional para lograr un beneficio máximo.

La terapia ocupacional procura ayudar a las personas para que alcancen su nivel máximo de función e independencia en todos los aspectos de la vida cotidiana. Tras la revisión de diez estudios con 1348 participantes, se halló que las personas que tuvieron un accidente cerebro-vascular fueron más independientes en las actividades personales de la vida diaria (alimentarse, vestirse, usar el baño, bañarse y desplazarse) y con más posibilidades de mantener estas habilidades, si habían recibido el tratamiento de un terapeuta ocupacional. Sin embargo, todavía es necesario comprender cuál es la mejor modalidad de dicho aporte de la terapia ocupacional (por ejemplo, qué debe proporcionarse, cuándo se debe proporcionar, con

qué frecuencia y por cuánto tiempo) antes de planificar su uso óptimo en ámbitos de atención sanitaria y social. Terapia ocupacional, que involucre en grupo de personas, que realizan cultivo de tierras, por ejemplo, realizan conocimiento de tierra y cosechan productos que pueden convertirse en un sistema económico.

Los accidentes cerebro-vasculares son una de las causas principales de muerte y discapacidad en el mundo occidental y requieren grandes cantidades de recursos de servicios sanitarios. En 2005, las enfermedades cerebro vasculares tuvieron un costo de 1550 millones de dólares para el UK National Health Service, es decir, casi 4% del gasto total, y se cree que la atención hospitalaria y la rehabilitación representan una gran parte de esta cantidad.

El objetivo de la terapia ocupacional es la salud, el bienestar y la satisfacción de las personas mediante la participación en una ocupación o actividad (COT 2004). La terapia ocupacional procura, concretamente, promover la recuperación a través de actividades con fines específicos. El interés se centró en la revisión de ensayos sobre intervenciones de terapias ocupacionales con las siguientes características. (1) Centradas en actividades de la vida diaria. Las intervenciones de terapia ocupacional debían centrarse en realización de actividades personales de la vida diaria, o debían orientarse a mejorar la habilidad del paciente para realizar actividades personales de la vida diaria. (2) Administradas por un personal de salud o terapeuta ocupacional calificado.

La Terapia ocupacional para los pacientes con problemas en las actividades de la vida diaria después del accidente cerebro-vascular, como complicación de una enfermedad degenerativa como hipertensión arterial, influyeron en el riesgo del deterioro en cuanto a la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, y mejoraron la capacidad de los pacientes para realizar actividades personales de la vida diaria.

Afortunadamente, el riesgo de sesgo de publicación es pequeño. La búsqueda de la literatura fue exhaustiva y amplia, los ensayos originales y otros investigadores que trabajaban en el campo de la investigación de la rehabilitación tras prevenir un accidente cerebro-vascular en personas con hipertensión arterial, tampoco hubo pruebas estadísticas ni gráficas que sugirieran la presencia de sesgo de publicación.

Cuando se consideró el efecto de las diferencias metodológicas entre los ensayos con respecto a la habilidad de los pacientes para realizar actividades personales de la vida diaria, se halló que los beneficios eran más modestos si se excluían los ensayos con procedimientos de asignación al azar y de asignación inciertos, cegamiento incierto y análisis por intención de tratar (intention-to-treat analysis) incierto.

Por lo tanto, el tratar de construir un proyecto que involucre varios actores sociales, son la salud con sus representantes, la comunidad, y los pacientes con enfermedades crónicas antes relegados por la sociedad misma y que se quiere lograr sean los

artífices heroicos de una disciplina que intente cambiar el concepto de un nuevo estilo de vida, contemplado en una buena alimentación, con productos orgánicos.

En general las comunidades tienen diferente organización dependiendo del municipio en el que estén asentadas. Tomando en consideración la organización que ya tengan sólo quedaría por completar la organización que aquí se propone con el fin de llevar a la práctica proyectos de salud. Dos figuras parecen imprescindibles: Brigadistas o promotores de Salud, en nuestro caso pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes y líderes comunitarios.

Lo que sí queda claro es que el debate debe considerar si los servicios de terapia ocupacional son efectivos para determinar qué elementos hacen que sean efectivos. De esta manera, las intervenciones de terapia ocupacional podrán repetirse, asegurándose que las intervenciones de terapia ocupacional proporcionadas a los pacientes después del accidente cerebro-vascular sean efectivas y eficientes. También deben considerarse los beneficios económicos (entre otros) de la prestación de dicho servicio, por ejemplo, los servicios de atención extra-hospitalaria y la morbilidad de los cuidadores.

Iniciamos los procesos de fortalecimiento de la salud comunitaria eligiendo a lo que serán los promotores de salud. La comunidad reunida en asamblea debe ser la que designe quiénes van a ser sus promotores de salud. Esta elección debe estar apoyada y aprobada tanto por las autoridades sanitarias como por los ayuntamientos. De que los promotores elegidos tengan estos respaldos va a depender, la mayoría de las veces, la sostenibilidad del sistema. No obstante una persona que va a dedicar parte de su tiempo a ser promotor de salud y en el que se van a invertir recursos en su formación debe reunir unas características previas.

Tenemos que disminuir la depresión que puede pulsar cualquier persona, y mucho peor aquellas con imposibilidades físicas debido a dolencias orgánicas, pero la gente con diabetes e hipertensión arterial, es un desorden serio que aflige a 16 millones de personas estimados a nivel mundial, y que están consideradas como de mayor riesgo.

1. Cantón, E., Domingo, A. y ernansaiz, B. (2008). Psicología de la motivación y emoción aplicada a la Diabetes Tipo I: un estudio preliminar. En I. Etxebarria et al. (eds.): Emoción y motivación. Contribuciones actuales (cap. 24, pp. 277-286). Madrid: Asociación de Motivación y Emoción.

Además, los individuos con depresión pueden estar expuestos para desarrollar diabetes y viceversa. El tratamiento para la gente de depresión maneja síntomas de ambas enfermedades, así mejorando la calidad de sus vidas.

La depresión resulta del funcionamiento anormal del cerebro. Las causas de la depresión son actualmente una cuestión de investigación intensa. Una interacción entre la predisposición y la historia genéticas de la vida aparece determinar el nivel de una persona del riesgo. Los episodios de la depresión se pueden entonces accionar por la tensión, acontecimientos de vida difíciles, efectos secundarios de medicaciones, u otros factores ambientales. Lo que sus orígenes, depresión pueden limitar la energía necesitada para mantener centrado en el tratamiento para otros desórdenes, tales como diabetes.

Ancestralmente los pueblos originarios y los no originarios, pero sí mestizos, han desarrollado su propio sistema de salud, el que incorpora no sólo la clasificación de las enfermedades y sus causas (etiología), sino diversas formas de tratarlas apoyándose especialmente en el conocimiento de los ciclos y elementos de la naturaleza y en una amplia gama de especialistas o sanadores tradicionales responsables de la salud de la comunidad.

La Cultura Física terapéutica es una disciplina médica independiente, que aplica los medios de la Cultura Física en la curación de enfermedades y lesiones, en la profilaxis de sus agudizaciones y complicaciones, así como por la recuperación de su capacidad de hoy en la medicina muchos tratamientos se hacen a base de ejercicios físicos y deportes, la medicina terapéutica se revoluciona y cada vez acude más a estas formas para el tratamiento de diversas enfermedades.

Por tanto debemos tener en cuenta que para lograr la rehabilitación hay que ser lo suficientemente realista para que el éxito y la alabanza por el esfuerzo para que estimulen y motiven; hay que ofrecer oportunidades para aprender, para tener experiencias sociales y de grupo.

Podemos plantear que la actividad de la familia ante estos pacientes los cuales con frecuencia muestran una conducta equivocada casi siempre de sobreprotección o excesivo cariño que motiva alteraciones con el mismo enfermo; es de suma importancia para que lleguen a lograr de nuevo su autoestima y lograr la independencia.

Para alguien con un caso severo de la diabetes, la enfermedad puede ascender a una ejecución lenta y dolorosa que amplía años y décadas excesivos. Por muchos años fue pensado que la depresión era una complicación de la diabetes, que puede manar sea el caso. Una investigación más reciente, sin embargo, señala a la depresión como una causa o disparador posible.

Varios estudios sugieren que la diabetes dobla el riesgo de la depresión comparado a éstos sin el desorden. La investigación demuestra que la depresión conduce a un funcionamiento físico y mental más pobre, así que una persona es menos probable seguir un plan requerido de la dieta o de la medicación. Tratando la depresión con psicoterapia, la medicación, o una combinación de estos tratamientos puede mejorar el bienestar y la capacidad de un paciente de manejar la diabetes.

Las causas subyacentes de la asociación entre la depresión y la diabetes son confusas. La depresión puede convertirse debido a la tensión pero también puede resultar de los efectos metabólicos de la diabetes en el cerebro. Los estudios sugieren que esa gente con diabetes que tienen una historia de la depresión ser más probable desarrollar complicaciones diabéticas que éstos sin la depresión. La gente que sufre de la diabetes y de la depresión tiende para tener cuidado médico más alto cuesta en cuidado primario.

La gente con diabetes, sus familias y amigos, e incluso sus médicos puede no distinguir los síntomas de la depresión. Sin embargo, los profesionales de salud expertos reconocerán estos síntomas e investigarán sobre su duración y severidad, diagnosticarán el desorden, y sugerirán el tratamiento apropiado.

Sin embargo, los síntomas de la depresión fueron ligados a mayores niveles de la resistencia de insulina entre las mujeres. Además, las mujeres Africano-Americanas presionadas eran más de 2.5 veces más probablemente de desarrollar la diabetes, incluso después del ajuste según otros factores de riesgo.

Los investigadores dicen que los resultados demuestran que los síntomas depresivos pueden aumentar el riesgo de la diabetes y están relacionados con niveles más altos de la resistencia de insulina -- otro factor de riesgo para la diabetes. Agregan que la depresión puede alterar las hormonas referente cómo la tensión de las manijas del cuerpo. Esto alternadamente puede afectar la distribución de las grasas de cuerpo y cómo maneja metabolismo del azúcar de sangre. La nutrición humana constituye uno de los determinantes más importantes de la salud y bienestar de las personas. El adecuado equilibrio entre la calidad y la cantidad es esencial para el crecimiento y desarrollo.

Sin embargo, podemos observar cómo han aumentado considerablemente las enfermedades y síntomas relacionados con la malnutrición por exceso en nuestra población, razón por la cual se hace indispensable intervenir con un enfoque preventivo y promocional en éstas áreas.

1. Cantón, E., Domingo, A. y ernansaiz, B. (2008). Psicología de la motivación y emoción aplicada a la Diabetes Tipo I: un estudio preliminar. En I. Etxebarria et al. (eds.): Emoción y motivación. Contribuciones actuales (cap. 24, pp. 277-286). Madrid: Asociación de Motivación y Emoción.

En nuestro país, una serie de factores han llevado a nuestra población a cambiar sus hábitos alimenticios. El mejoramiento económico ha significado cambiar el estilo de alimentación hacia una dieta caracterizada por alto consumo de alimentos procesados, con comida rápida rica en grasas saturadas y altamente calóricas. El consumo de grasas ha aumentado de 13.9 Kg./persona/año en 1975 a 16.7 Kg./persona/año en 1995. El consumo de azúcar también se incrementó de 30.2 a 39.2 Kg./persona/año en el mismo periodo.

En otros grupos de edad, la situación no es muy diferente. El estudio *Interhealth Chile* muestra cómo en mujeres, la prevalencia de sobrepeso ha aumentado considerablemente, junto con la de obesidad.

La media del índice de Masa Corporal de las mujeres ha ido subiendo paulatinamente; así en 2001 era de 25,5, en 2002 de 27,0 y en 2004 de 28,4.

Por otra parte, la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) abarca al 90-95% de todas las personas con diagnóstico de DM. Este porcentaje en el Ecuador, de acuerdo al estudio Diabetes y Calidad de la Atención, es de 94,4%. Este tipo de DM se asocia tanto a factores de riesgo modificables: obesidad e inactividad física, como a factores no modificables: factores genéticos e historia familiar positiva, envejecimiento, diabetes gestacional, tolerancia a la glucosa alterada y raza/etnia.

El aumento de las patologías por malnutrición y el mínimo impacto de las medidas sanitarias preventivas encaminadas a dar una guía terapéutica, que en un momento determinado se transforme en terapia ocupacional, al respecto nos hace pensar en la necesidad urgente de abordar el problema del sobrepeso y la obesidad desde un enfoque más integral, ya que ella no depende sólo de factores genéticos y relacionados con el metabolismo, sino que los factores ambientales son determinantes en los hábitos y conductas alimentarias de un individuo o familia en particular.

Ahora, estos factores ambientales no incluyen sólo la conducta alimenticia y la forma en que esta es llevada a la práctica. Es fundamental, en este sentido, hacer hincapié en aquellos factores culturales, sociales, políticos y económicos (por mencionar algunos), que llevan a un individuo, a una familia, y en definitiva, a una comunidad a alimentarse de determinada manera.

El propósito era modificar los estilos de vida de los usuarios intervenidos, a través de evaluaciones sucesivas, seguimiento nutricional, apoyo emocional, educación y asesoramiento, con la finalidad de reducir el riesgo de DM II y controlar la presión arterial, ya que es un factor de riesgo de desarrollar un síndrome metabólico y mejorar su calidad de vida.

Para comenzar es importante señalar que la intervención desarrollada, tanto en el ámbito individual como grupal, toma elementos desde al menos cuatro Marcos o Enfoques Teóricos, estos son:

- Modelo de Salud Familiar
- Enfoque Familiar Sistémico
- Modelo Ecológico

- Modelo de Ocupación Humana

- Como Marcos Metodológicos para la Intervención se consideran:
 - Modelo de Educación Popular
 - Teoría de la Comunicación Humana

La propuesta de intervención desde la Terapia Ocupacional se sustenta, por una parte, en la idea de comprender tanto a las personas usuarias y participantes del proyecto, como al equipo de salud que interviene, como miembros de una arquitectura compleja de sistemas como son: la familia, la comunidad, organizaciones e instituciones presentes en su medio social, el sistema laboral, el sistema de salud, los medios de comunicación, el sistema político y económico, la cultura y el medio ambiente físico, entre otros.

En ellos, todos somos “todo y partes” al mismo tiempo, así entonces, podemos visualizarnos como “integrantes, integrados e interactuantes” con múltiples sistemas. Estos sistemas, impactan e influyen a las personas y determinan o condicionan en gran medida las conductas y las relaciones que se establecen al interior de esta compleja “arquitectura de sistemas”, en la que muchas veces, los mensajes, significados y representaciones de un mismo fenómeno o conducta pueden ser diametralmente opuestos, dependiendo de cuál sea el “foco desde donde éste se esté mirando”, lo que conflictúa y confunde a las personas que participamos en ellos. Al hablar de interactuantes, queremos unir los conocimientos básicos de peligro, depresión, enfermedad crónica, aprendizaje, agricultura, conocimiento de vida saludable, terapia ocupacional y entrelazarlos para poder llegar a concluir un sistema que se complementa y depende el uno del otro.

British Journal de terapia ocupacional de 2004; 67 (3): 104-9. Parker CJ, Gladman marcha, Drummond are, Dewey ME, Lincoln NB, maduro D, et al. Un multi-centro aleatorios ensayo controlado de la terapia de ocio y terapia convencional ocupacional después del accidente cerebrovascular. Clínica de rehabilitación de 2001; 15: 42-52.

Para el individuo el principal sistema lo constituye su familia siendo el espacio donde se desarrollan los aspectos cognitivos y afectivos, donde también se establecen las relaciones, en un “campo emocional”, a través de la comunicación verbal y no verbal, donde las conductas que llevan a cabo las personas constituyen “formas de comunicarse”, que tienen un significado para quien las practica, para su familia y para los sistemas con los que se relaciona. Lo que pretende el sistema de salud primaria e integral es ser cognitiva de transmitir emociones de auto-cuidado y desarrollo cumbre del manejo terapéutico de su patología o dolencia fisiológica.

Al respecto, la Teoría de la Comunicación Humana señala que es imposible no comunicar; toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que, por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar; actividad o inactividad, palabras o silencios tienen siempre valor de mensaje e influyen sobre los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por ende también comunican.

Por otra parte, todas las personas traen consigo una herencia biológica. Ampliamente estudiadas están también las predisposiciones genéticas a muchas enfermedades tales como la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial, las enfermedades reumáticas, el alcoholismo y el cáncer, entre otras.

Es así entonces, que muchas de nuestras relaciones estarían influenciadas por formas de relacionarse que se dieron en nuestra familia de origen o antes, y que continúan operando en el campo emocional de nuestras relaciones actuales, lo que es extrapolable también a las conductas y los hábitos relacionados con la alimentación.

Es fundamental también, considerar el contexto socioeconómico y cultural donde se desenvuelve la familia. Las frustraciones de las clases populares penetran el sub-sistema familiar, llevándolo en muchos casos a la entropía. Si visualizamos la conducta alimenticia, y la “comida” como una importante fuente de satisfacción y, a su vez, un elemento por donde se canaliza mucha de la ansiedad y la angustia sentida por las personas y las familias en los sectores populares, podemos ver cómo ésta debe ser interpretada y analizada mucho más allá de la mera “conducta” y necesariamente, debemos orientar nuestro análisis e intervención a todos aquellos aspectos antes mencionados, que son los que la sustentan, la potencian, la mantienen y la retroalimentan.

Podemos ver entonces, como una serie de hábitos evaluados por el equipo de salud como “no saludables” o factores/conductas de riesgo, como son: comprar golosinas a los niños, alimentarlos excesivamente y por consiguiente crear hábitos alimenticios poco saludables, se fundamentan, -por lo menos en un nivel afectivo/emocional y en lo que se refiere al significado y representación que le otorgan quienes llevan a la

práctica estas conductas, en compensar una serie de carencias y frustraciones de la historia de vida, a través de la alimentación, sin olvidar que este mismo mecanismo lo podemos extrapolar a otra serie de conductas y hábitos en otros aspectos de la vida cotidiana.

Es sabido por el equipo de salud que para lograr un cambio en la conducta alimentaria de nuestros usuarios, requerimos promover un cambio de hábitos, para que este cambio ocurra se requiere de la toma de conciencia del individuo acerca de su situación de salud-enfermedad y que de esta manera logre comprender cuál es su responsabilidad en la mantención de su calidad de vida.

El fin de cada individuo es sentirse bien, funcionar y participar del mundo que lo rodea con el menor número de problemas posibles. Sin embargo: ¿por qué entonces tenemos hábitos de vida no saludables?

En ese sentido, cada uno cuenta con habilidades, destrezas, motivaciones e intereses personales, que utilizamos en nuestra relación con el medio ambiente que nos rodea, relacionándonos con él a través de la ocupación.

Definimos hábitos como: aquellas tendencias latentes, adquiridas de previas repeticiones, que operan principalmente a nivel subconsciente e influyen nuestros patrones de comportamiento. Los Hábitos, se pueden entender como un estilo de comportamiento, o un típico estar en el mundo. Ellos organizan nuestras acciones y comportamientos, dándole un sentido particular y único a nuestro actuar en el mundo.

Por lo dicho anteriormente, cambiar un hábito es tarea difícil, está arraigado en nuestro accionar y opera casi en forma automática.

Los hábitos no se cambian a través de un consejo, ni en una relación de nivel teórica o académica. Los hábitos son parte de nuestra forma de relacionarnos con el ambiente y, por lo tanto, sólo se pueden modificar desde una *perspectiva basada en la Ocupación*.

Existen una serie de factores ambientales, sociales y culturales que determinan lo que las personas entienden acerca de la salud y la enfermedad, factores, que tienen que ver con nuestra historia familiar y nuestras experiencias, y que determinan emociones tales como el miedo, la angustia, la confianza o la ansiedad frente a ciertos temas..

British Journal de terapia ocupacional de 2004; 67 (3): 104-9. Parker CJ, Gladman marcha, Drummond are, Dewey ME, Lincoln NB, maduro D, et al. Un multi-centro aleatorios ensayo controlado de la terapia de ocio y terapia convencional ocupacional después del accidente cerebrovascular. Clínica de rehabilitación de 2001; 15: 42-52

Por eso, es fundamental tener en cuenta estos factores a la hora de tratar de compartir con nuestros usuarios aquellos “temas de salud” que para nosotros son tan importantes y tan familiares.

Al referirnos a este proceso como “compartir”, y enseñar ó educar, estamos partiendo desde la premisa básica acerca de que el cambio es un proceso personal y único en cada ser humano, y que para que sea real, éste debe partir de la propia voluntad y sustentarse en un significado personal y no hetero-dirigido.

Demás está decir que cada uno de los que participa en esa relación –el médico o profesional de salud y el paciente/usuario- tienen claras intenciones de obtener un beneficio de ese proceso, es decir, la persona viene solicitando ayuda y su necesidad es “mejorarse o sentirse mejor”, y el médico o profesional quiere ayudarlo, “sanarlo” o mejorar su calidad de vida.

Sin embargo entonces, ¿por qué es tan difícil que los usuarios lleven a la práctica lo que les dice el equipo de salud?, o, ¿por qué las personas no cambian sus hábitos de vida no saludables de manera espontánea?

Nuestro foco de intervención tiene relación con la conducta alimentaria, los hábitos alimenticios y el estilo de vida de las personas, lo que impactaría en su calidad de vida y condición de salud-enfermedad. Es por ello que la intervención antes señalada apunta a “cambiar o modificar” los hábitos alimenticios y el estilo de vida, a fin de que éste no desencadene en conductas nocivas o dañinas para la salud de las personas. Además construir un escenario en el que desarrollen sus potencialidades, creando un espacio funcional para sus habilidades y que disminuya el estrés, a través de una terapia ocupacional.

Pensemos en lo que ocurre con el hábito alimentario de comer pan en el almuerzo; la persona que lo lleva a cabo, esta interactuando con múltiples sistemas, para los cuales esta misma conducta representa significados y resultados diferentes, por ejemplo: un hombre de 45 años, obeso, que se come dos panes en el almuerzo. Mientras para el equipo de salud, esta conducta es nociva, riesgosa e inadecuada, para el usuario y su familia esta conducta es validada colectivamente, tiene un significado a nivel personal, social y cultural (entre otros), y fue adquirida en un proceso paulatino y progresivo, por lo que en la actualidad no representa un acto “reflexivo y consciente”, sino más bien una conducta automática e irreflexiva que se lleva a cabo diariamente.

. British Journal de terapia ocupacional de 2004; 67 (3): 104-9. Parker CJ, Gladman marcha, Drummond are, Dewey ME, Lincoln NB, maduro D, et al. Un multi-centro aleatorios ensayo controlado de la terapia de ocio y terapia convencional ocupacional después del accidente cerebrovascular. Clínica de rehabilitación de 2001; 15: 42-52. **En su**

familia, esta conducta representa un hábito, tanto para él como para los otros miembros de su grupo familiar, que, aunque no la practiquen, la reconocen en él como un hábito, por lo que además le otorga un sentido de identidad particular dentro de este grupo –“mi papá no puede almorzar sin pan”-. Desde el punto de vista cultural, también representa una conducta validada y aceptada socioculturalmente, dado que en nuestro país el consumo de pan en las diferentes comidas diarias es algo habitual.

Económicamente también es algo importante para su familia, y principalmente para la dueña de casa, ya que cuando no hay pan, la familia tiende a ingerir mayor cantidad de alimentos y de esa manera la comida no alcanza para todos. Es decir, sólo en este nivel de análisis podemos ver cómo la misma conducta tiene un significado diametralmente opuesto para un equipo de salud y para una familia.

El punto no es llegar a dilucidar quién tiene la razón, el foco del análisis debe dirigirse a la relación, tanto entre el individuo, y sus hábitos, como entre el usuario y el equipo de salud que propone el cambio de hábitos. La invitación es a preguntarnos: ¿para qué?, ¿para qué queremos promover un cambio en los hábitos de nuestros usuarios?, así como también, -si ese cambio fuera necesario y significativo para la vida de un usuario- ¿quién es el responsable del cambio?, ¿quién lo inicia? y ¿cómo lo lleva a la práctica?

Metodologías de intervención

La intervención de Terapia Ocupacional consiste en:

- Una Entrevista de Evaluación y Motivación Individual
- Sesiones de Taller Grupal a través de Huerto Familiar.

La entrevista individual tiene por objetivo generar un vínculo terapéutico de confianza y entrega mutua entre el Terapeuta Ocupacional y el usuario, como también obtener información, a modo de insumo, para las sesiones grupales.

En relación a las sesiones educativas grupales, irán enfocadas a promover un cambio de hábitos en los usuarios. Para que esto ocurra se requiere de la toma de conciencia del individuo acerca de su situación de salud – enfermedad y que de esta manera logre comprender cuál es su responsabilidad en la mantención de su calidad de vida.

La modalidad de trabajo será de tipo participativa y experiencial, en donde los conocimientos se van “construyendo” en conjunto con los participantes). Este taller debe ser voluntario a fin de favorecer la autonomía y responsabilidad personal en el auto-cuidado y evitar la dependencia con los profesionales o el sistema de salud.

La importancia de la entrevista individual radica en lograr un vínculo entre el Terapeuta y el usuario, evaluar el contexto individual, familiar y comunitario de éste, informarle

acerca del proceso que implica su participación en el programa, y obtener insumos para las sesiones grupales tales como: datos relevantes del contexto familiar, sintomatología más frecuente, hábitos de vida y rutinas, entre otros.

Otro de los objetivos de la entrevista individual es favorecer el proceso de toma de conciencia y auto responsabilidad por parte de los participantes, con el fin de favorecer y potenciar la motivación y el compromiso con las actividades del programa y establecer una relación de mutua confianza y colaboración entre profesional y usuario.

El contexto físico juega un rol importante para fomentar la confianza. El inmobiliario se dispone de tal forma que se genere un ambiente acogedor; el escritorio no separa al Terapeuta del usuario y es él quien decide en qué lugar tomar asiento. Esto favorece de alguna manera, que el usuario no se sitúe en una posición o rol de “paciente”, sino por el contrario, favorece una relación más horizontal y un rol participativo, aspectos fundamentales a lo largo de la entrevista.

Llevar a cabo acciones coordinadas, sencillas o complejas para planificar y dirigir las demandas de las obligaciones o tareas diarias, corresponde a la definición de rutina. Esta es de gran valor ya que permite identificar hábitos propios de cada individuo y cómo estos inciden en su salud. La rutina se analiza con el objetivo de detectar cómo opera y de qué manera se lleva a cabo el patrón de hábitos del usuario. Hábitos que pueden ser útiles para el funcionamiento ocupacional diario, o que pueden representar un riesgo para la salud del individuo o para su entorno.

A través de la evaluación de la rutina, se hace hincapié en evaluar la existencia y frecuencia de hábitos y conductas de riesgo para el usuario, entre los cuales se encuentran: hábitos desorganizados, demasiado rígidos, conductas ansiosas, etc. A partir de su rutina se observan roles, patrones dentro del desempeño ocupacional, y motivaciones, factores de gran relevancia para la intervención, determinantes en el resultado del tratamiento.

El hombre, es un ser activo que influencia su estado de salud física y mental a través de la ocupación. Las ocupaciones permiten cubrir sus necesidades individuales y grupales. Esto quiere decir que la ocupación sirve a las personas y no éstas a la ocupación. Por lo tanto, es de vital importancia conocer las actividades recreativas, sociales y productivas de la persona, ya que se relacionan entre sí permitiendo un equilibrio en su vida, favoreciendo la adquisición de habilidades, el desarrollo de intereses y la organización de la rutina, dando a la persona un sentido de eficacia significativa en su entorno (realidad).

A su vez, las características particulares de las actividades de educación, trabajo y uso del tiempo libre influyen directamente en los hábitos alimenticios de las personas, es por ello que en este punto de la entrevista, aparece información relevante en relación a cómo las condiciones laborales y otros factores socioeconómicos influyen fuertemente

en lo que los usuarios pueden o no hacer respecto de su propia alimentación, determinado, muchas veces, por factores externos y ajenos a su voluntad o motivación.

La Red Social se define como el conjunto de vínculos o conexiones que se establecen entre instituciones y/o personas a lo largo del tiempo, y está orientado hacia el intercambio de apoyo social (afectivo, emocional, financiero, servicios, etc.). Sus relaciones se dan en ámbito familiar, de amistades, laboral y comunitario dentro de un contexto histórico determinado.

Como ya hemos dicho antes, la calidad de vida involucra no sólo al individuo, sino también a la familia, comunidad y la sociedad en la que participa, los cuales componen lo que son sus redes sociales. Estas influyen en la forma en que el usuario resuelve sus problemas y en la evolución de éste a lo largo del tratamiento.

A partir de las redes sociales se puede caracterizar una población, ya sea en cuanto a sus intereses, creencias, objetivos y metas.

Las redes sociales permiten generar relaciones de colaboración, poner en común recursos, desarrollar actividades en beneficio de los individuos, ampliar y estrechar vínculos, crear sentido de pertenencia, socializar conocimientos y experiencias, reconstituir la confianza social y establecer relaciones de intercambio y reciprocidad.

De esta manera, las redes sociales constituyen un factor protector del individuo, ya que frente a alguna dificultad, contará con el apoyo y colaboración de un grupo de personas e instituciones.

En este proyecto es fundamental la participación del individuo, pero también lo es contar con el respaldo de las redes sociales, de esta forma, el usuario se sentirá apoyado y contenido a lo largo de todo el proceso. Permite identificar los factores que motivan al usuario a ingresar al proyecto, entre los cuales se encuentran: estética, salud, baja autoestima, factores genéticos y conductas molestas para el individuo, relacionadas con sus hábitos alimenticios, y que influyen en el desempeño de su vida diaria. Factores que incidirán en su compromiso y adherencia a lo largo del tratamiento. Este ítem influencia, a su vez, el proceso de toma de conciencia, por parte del usuario, acerca de los elementos que inciden en su situación de salud actual.

Por otro lado, provee al Terapeuta Ocupacional de insumos necesarios para el desarrollo de las sesiones grupales. Estos, insumos, corresponden al “por qué” el usuario decide ingresar al proyecto y a las vivencias que éste experimenta con la comida y su relación con ésta.

Por todo lo anterior la participación en el taller debe ser de carácter voluntario. Así, el equipo de profesionales tratantes (Médico, Nutricionista, Ingeniero Agrónomo,

Terapeuta Ocupacional y Equipo de salud), les “ofrece” a los usuarios la posibilidad de participar del taller como parte del programa de intervención, explicándole de qué se trata y cuáles serían los beneficios que esto le podría otorgar a ella y su familia.

Todas estas técnicas nos permiten una aproximación a sus problemas desde lo emocional, a partir de las vivencias y experiencias de cada una. De no ser así caeríamos sólo en la “racionalización” de los problemas, lo que favorece la adopción de una serie de “mecanismos de defensa” e impide un “darse cuenta” o “comprender” a través de la práctica, así como también enriquecerse de las experiencias de los otros.

La modalidad de participación dentro de cada sesión también es de carácter voluntario, es decir, no se “obliga” a nadie a opinar o manifestarse sobre el tema abordado, validándose así que existen diferentes maneras de participar, ya sea a través de un juego o dinámica, escuchando, observando u opinando. Esto es muy reconocido y apreciado por los participantes, ya que se sienten “libres” dentro del taller, y al mismo tiempo esto les otorga mayor poder y responsabilidad acerca de los temas que se aborden, así como las conclusiones y consensos a los que se llegue.

A través de técnicas de dinámica grupal, se facilita a los usuarios la posibilidad de expresar libre y espontáneamente su relación con los alimentos, intencionando un proceso de aceptación y autoconocimiento, al mismo tiempo, la reflexión y llevando al grupo a “definir” qué es un hábito, y además identificar algunos factores contextuales que los potencian y mantienen en el tiempo dentro de un grupo familiar. Con ello se persigue el explicitar o hacer evidentes las características socioculturales que subyacen a la ejecución de los hábitos alimenticios, a través de la práctica de las rutinas cotidianas, los ritos familiares y todas aquellas experiencias del quehacer validadas por nuestro entorno familiar, comunitario y social que no son “conscientes” y que de alguna manera están influyendo en nuestro estado de salud general. Por otra parte se busca también de forma intencional forjar un proceso de toma de conciencia de los hábitos alimenticios presentes en los ritos familiares, grupales, comunales y de salud a través de la práctica.

El Ministerio de Salud Pública, del Ecuador acaba de proponer su nuevo “Programa de Atención integral del Adulto y Adulto Mayor”, nos indica que durante los últimos 50 años ha existido cambios demográficos, epidemiológicos y sociales.

Las proyecciones de la población nos indican que en el año 2010 los adultos mayores llegarán a 986.407 que representan el 6.94%, para el año 2025 serán 1.592.232 que representarán el 9.84% (Estimaciones y proyecciones INEC Censo 2001), de igual manera la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas van aumentando y la situación social se proyecta negativamente al

abandono, soledad, marginación social y pobreza.

A medida que aumenta la edad, también lo hace el riesgo de pérdida de la funcionalidad física y autonomía mental lo que lo lleva a depender de otras personas, para realizar las actividades de la vida diaria y una peor calidad de vida.

El Ministerio de Salud Pública, Autoridad Sanitaria no ha sido inmune a estos cambios demográficos, epidemiológicos y sociales, y las consecuencias si no se aborda el tema, para el Estado, Instituciones, Familias y para Él y La adulta mayor.

En esta línea de pensamiento y acción, tomando en cuenta el marco jurídico actual: Constitución de la República del Ecuador 2008, Capítulo tercero “Derecho de las personas y grupos de atención prioritaria”. Art 35. Art 36, Art 38. Que se relacionan con los derechos de la población adulta mayor, a la salud especializada y gratuita, a la seguridad y participación entre otros, elabora y promulga los siguientes instrumentos técnicos normativos, que sustentan el quehacer de todo el personal multidisciplinario que atiende a las personas de la tercera edad y con enfermedades crónicas.

En las “Políticas de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor”, según Acuerdo Ministerial N° 000153- Año 2007 y el Programa Nacional de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor”, Acuerdo Ministerial N° 0000000415.Año 2008. Nos indica que es función del estado y de los servicios de salud:

Desarrollar e implementar progresivamente el enfoque del continuo, asistencial y progresivo en los tres niveles de atención

- Fortalecer y trabajar en el marco del Modelo familiar, comunitario e intercultural.
- Fortalecer la Atención Primaria de salud.
- Aplicar la valoración geriátrica integral.
- Lograr el mayor grado de eficacia, eficiencia y efectividad en los procesos de atención y asistencia.
- Trabajar coordinadamente con instituciones Sociales, públicas MIES y privadas que cuidan a los y las adultas mayores.
- Desarrollar la rehabilitación en los diferentes niveles.
- Difundir y respetar los derechos de la población adulta mayor
- Detectar y seleccionar y trabajar con los y las adultas mayores frágiles.
- Desarrollar e implementar el trabajo en RED_CAPAM.

Por tal razón de conformidad con la Constitución Política de la República, vigente desde el 10 de Agosto de 1998, el Ecuador es un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico. Su gobierno es republicano, presidencial, electivo, representativo, responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada.

El sector salud ecuatoriano está constituido por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro. Las principales instituciones del sector, el MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), tienen en conjunto el mayor volumen de la infraestructura de atención. La gestión del MSP se basa en la propuesta de la organización de áreas de salud que constituyen pequeñas redes de servicios con delimitación geográfico-poblacional de atención, con un esquema de desconcentración técnica y de algunas acciones administrativas, y de programación y ejecución del presupuesto. En países desarrollados la Hipertensión Arterial se diagnostica en dos de cada tres personas y solo el 75% de ellos son tratados farmacológicamente (Merk Sharp.2005). En América Latina esta enfermedad afecta al 30% de la población. Por ello al ser una patología que cada vez va ganando espacio, nosotros como sistema de salud debemos crear estrategias para disminuir las posibles complicaciones de la HTA y diabetes. Pues en el Ecuador la Hipertensión Arterial es una enfermedad que poco a poco va adquiriendo su espacio según estudios realizados se ha notado que tres de cada diez ecuatorianos presentan esta enfermedad (Diario el hoy. 2007)

En el Ecuador las provincias que más casos de esta enfermedad presentan son: Esmeraldas, Manabí, los Ríos, Bolívar, Loja, Napo. Esto concuerda con los datos obtenidos a nivel de regiones en donde: Sierra presenta: 10981 casos; Costa presenta 14442 casos; Oriente presenta 1439 casos; Región Insular 76 casos (Ministerio de Salud del Ecuador. 2007).

La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 ha aumentado en los Estados Unidos. La Asociación de la Diabetes americana estima que más de 23 millones de adultos americanos de 20 años o mayores tiene diabetes (95% diabetes tipo 2). Entre los americanos de mediana edad la prevalencia de diabetes tipo 2 diabetes ha doblado durante las últimas 3 décadas. La OMS ha propuesto el número de personas con diabetes a nivel mundial en aproximadamente 170 millón, que se espera subirá 366 millones para el 2030. Debido a ello se están creando programas de enfermedades crónicas para tratar de disminuir su prevalencia.

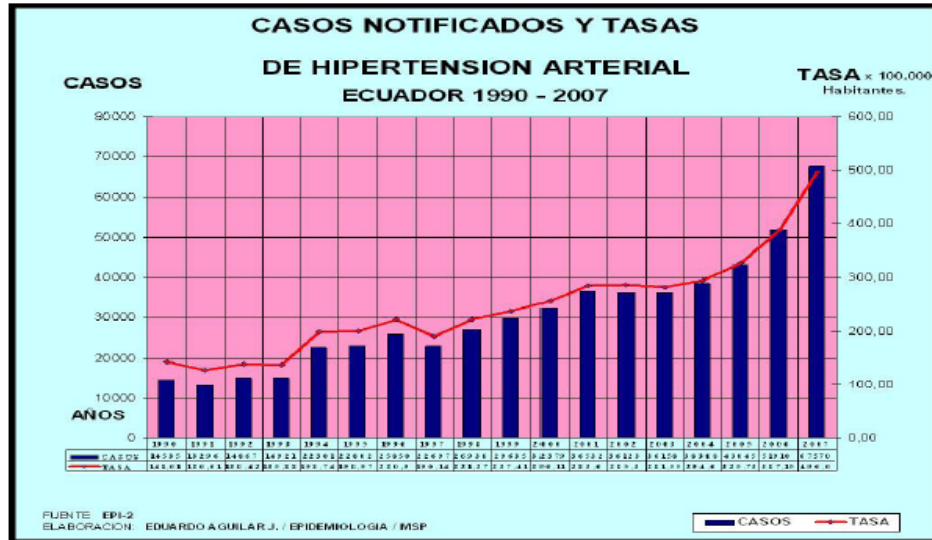
En estas últimas décadas ha persistido un modelo de atención en los servicios de salud centrado en lo curativo, hospitalario e individualista. En las orientaciones estratégicas para la gestión descentralizada de los servicios se ha propuesto desarrollar modelos de atención basados en la *Organización Panamericana de la Salud* realidad local con base a la atención primaria de salud, dando énfasis a la promoción de la salud, y la participación de los individuos, familias y comunidades.

En suma, persisten problemas fundamentales en la organización, gestión y financiamiento del sector salud para garantizar un acceso equitativo a servicios de salud.

Con el amparo constitucional y normas de reforma en salud, nosotros como representantes de la salud, tenemos que ofertar a nuestros pacientes una salud integral, participativa, que se involucre en el individuo y su familia.

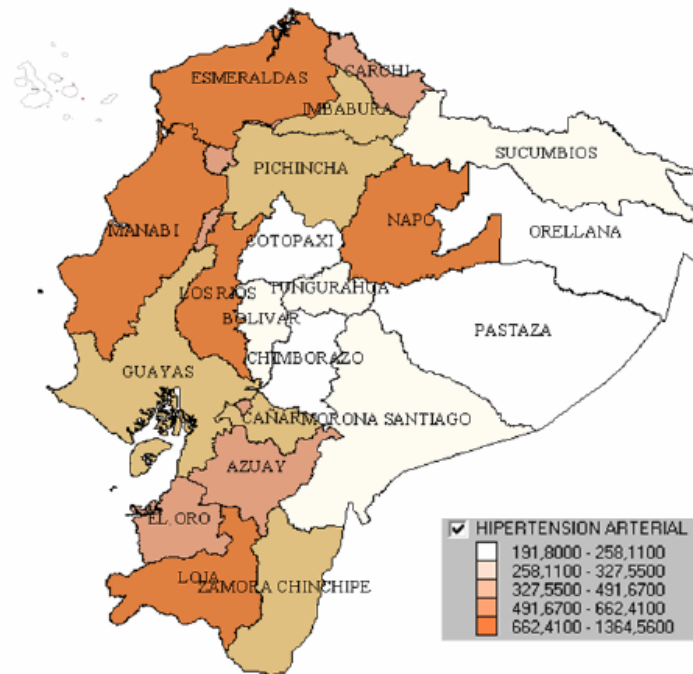
“Políticas de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor”, según Acuerdo Ministerial N° 000153- Año 2007 y el Programa Nacional de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor”, Acuerdo Ministerial N° 0000000415.Año 2008

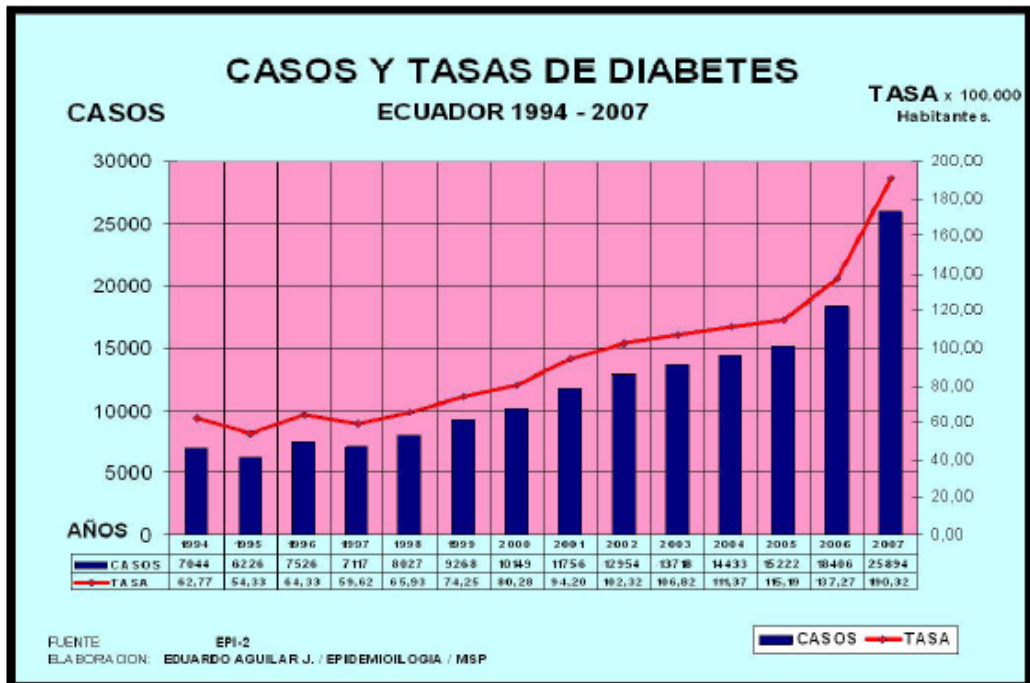
La Terapia Ocupacional, presume a la ocupación como parte de la condición humana. Allí distinguimos las áreas del quehacer como: Actividades de la Vida Diaria (Básicas e Instrumentales), actividades de trabajo, educación, juego, ocio y participación social y organizamos nuestras ocupaciones a través de roles, rutinas y hábitos de comportamiento. Todo ello partiendo de la base, de que esta organización -particular y única de cada ser humano se sustenta en base al sentido y la significancia personal que cada uno le otorgue.



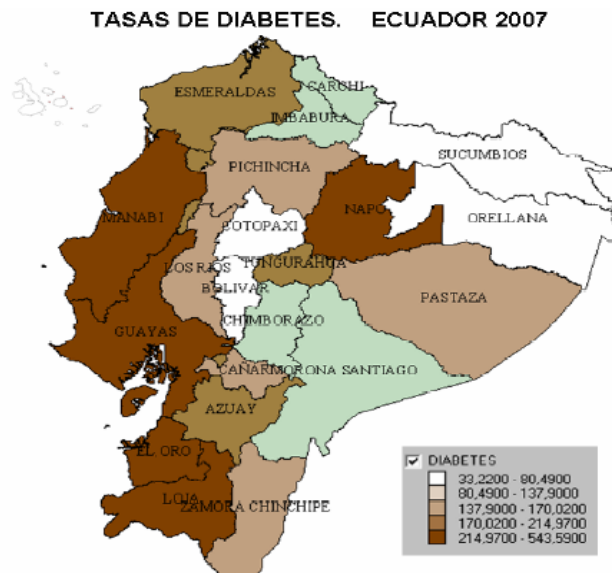
TASAS DE HIPERTENSION ARTERIAL. ECUADOR 2007

TASAS DE HIPERTENSION ARTERIAL. ECUADOR 2007





TASAS DE DIABETES. ECUADOR 2007



Eduardo Aguilar J./EPIDEMIOLOGIA M.S.P. /EPI-2-2010

8.- DISEÑO METODOLÓGICO:

ASPECTOS METODOLÓGICOS:

DEFINICIÓN DE LOS MÉTODOS USADOS:

- Este es un estudio Exploratorio y comprensivo, el mismo que es cualitativo.

CON UN TIPO DE DISEÑO: - Cuasi-experimental

Este proyecto de investigación tuvo un seguimiento y evaluación de los efectos e impactos de un programa de desarrollo comunal, ya que pretendemos conocer cuáles serán las modificaciones.

Y además la Investigación fue: INDUCTIVA

POBLACIÓN MUESTRA:

- Muestreo Cualitativo: En este caso seleccionamos los actores, situaciones, espacios y eventos que serán investigados.

IDENTIFICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

VARIABLES Y ATRIBUTOS:

- Valoración de Trabajo comunitario.
- Impacto de estilos de vida diferente en la relación con su familia.
- Acercamiento amistoso al departamento de salud, por parte del paciente.
- Atmósfera de apoyo y educación a pacientes con enfermedades crónicas.

VARIABLE ORDINAL

VARIABLE EMPÍRICA

OPERACIONALIZACIÓN:

| | |
|--------------------------|------------------------|
| DESCRIPCIÓN | TIPOLOGÍA DE HECHOS |
| DESCRIPCIÓN | TIPOLOGÍA DE CONDUCTAS |
| INTERPRETACIÓN DE HECHOS | |

PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS:

OBSERVACIÓN SIMPLE, PARTICIPANTE, EXPERIMENTAL
OBSERVACIÓN VERBAL/ SIMBÓLICA: ENCUESTA

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE PICHINCHA
AREA DE SALUD Nº2
SUBCENTRO DE SALUD STA. CLARA DE SAN MILLÁN**

PROYECTO: “Huertos y Universidad Comunal”

El proyecto se ejecutará en el Sub- Centro de Salud Sta. Clara de San Millán, Poblados Urbano-rurales de la población Comuna Alta; con el objetivo de promover la forestación y la agricultura urbana, contando con la participación organizada de madres de familia de los cuatro sectores dentro de nuestra jurisdicción, las que implementarán un sistema de producción agro-ecológica en sus hogares, el cual consistirá en la implementación de bio-huertos familiares, crianza de animales menores, asegurándose el acceso y consumo de alimentos sanos; además se contará con un bio-huerto comunal. La promoción de la forestación se realizará con siembra de árboles frutales, a las orillas de la quebrada donde las participantes desarrollarán su compromiso hacia la conservación y ampliación de áreas verdes mejorando los espacios público y la calidad de vida de la población. Por otro lado, el proyecto pretende impulsar actividades de comercialización de la producción de los bio-huertos comunales, a fin que se pueda generar un fondo para mantenimiento del proyecto y también las madres participantes puedan generar sus propios ingresos para un mejor sustento de su familia y mejorar.

Establecer una alianza estratégica, recibiendo de los tres comedores del sector: “Comedor San Pablo”, “Comedor San José de la Comuna” y “Comedor CAE”, productos orgánicos que servirán de abono para nuestro huerto y a cambio nosotros ofertaremos productos orgánicos, sanos para nuestros niños.

Proyecto de Agricultura Urbana – AreaNº2- Sub-centro Sta. Clara de San Millán- Comunidad 2008-2009

Este Proyecto está auspiciado por la Comunidad con sus líderes comunitarios, el Centro de Salud y Hospital del día Nº2, el Sub-centro de Salud Sta. Clara de San Millán; Agro Acción Alemana en el Perú y el propósito es el de contribuir con los objetivos nacionales de reducción de la desnutrición infantil, a través de la promoción y difusión de la Agricultura Urbana, a fin de garantizar el logro de la Seguridad Alimentaria de la población urbano marginal del Sector La comuna, en Quito- Ecuador.



El Proyecto cuenta con el co-financiamiento de la Fundación FUCAE, además apoyo de preparación, enseñanza por parte de la Fundación CONQUITO.

Objetivo general del Huerto Familiar Sta. Clara de San Millán.

Desarrollar un programa integral de Salud Visual, participativo, novedoso, que contemple actividades de prevención, promoción, educación y atención a la población en general. Esto, dentro del contexto familiar y educativo y en el marco del programa de medicina y salud integral para la comunidad. Con enfoque de aprendizaje comunal en la realización de huertos familiares.

Objetivos Específicos del Proyecto

- ✚ Generar un beneficio directo para la población involucrada, tanto económico como social, con la mejora en la principal actividad económica de la región que es la producción agrícola existente.
- ✚ Fomentar la producción de alimentos para autoconsumo y venta de excedentes en comunidades con alta vulnerabilidad.
- ✚ Presentar una alternativa de producción al sistema agrícola existente en el Sector de la Comuna. Sta. Clara de San Millán.
- ✚ Promover la tecnificación de la cadena productiva.
- ✚ Fortalecer el sector de producción agrícola por áreas de producción.
- ✚ Enseñar a nuestra comunidad la forma de crear huertos familiares, y de esta manera hacer de nuestra población, gente productiva y trabajadora.
- ✚ Ser Laboratorio de aprendizaje constante para las unidades de educación, dentro de nuestro sector y fuera de él.
- ✚ Contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población de escasos recursos, mediante del desarrollo de programas integrales en concordancia con los planes de desarrollo nacional y regional de lucha contra la pobreza.
- ✚ Mejorar el estado nutricional de los niños, a través de la disponibilidad, acceso, utilización y uso de los alimentos, y la adecuación de los hábitos alimenticios; a través de las prácticas de agricultura urbana, fomentado en las unidades educativas con asesoramiento del Centro de salud.



Concepto del proyecto

La línea de acción está dirigida a mejorar la infraestructura para el apoyo a la producción, con la implementación de un proyecto dirigido a mejorar las características de la explotación agrícola de la zona, dotando de un aprendizaje eficiente para el cultivo y consumo de huertos comunales. Este proyecto beneficia a unas 3400 familias en la zona, las cuales en la actualidad no tienen acceso a una fuente de ingreso económico adecuado, además beneficiaríamos a desterrar vicios, cambiando actividad por males hábitos; tales como (alcoholismo, delincuencia y drogadicción). Trabajo otorgado por el apoyo de pacientes con enfermedades crónicas que capaciten a la población.

Metas o Resultados:

- Incremento de la disponibilidad y acceso de alimentos nutritivos a través de huertos ecológicos y mini granjas de animales menores permitidos en el Distrito Metropolitano de Quito; en el marco de la agricultura urbana en los ámbitos del proyecto.
- Madres, padres y niños en estado de desnutrición adquieren conocimientos en temas nutricionales, dietas balanceadas, agricultura urbana y seguridad alimentaria en el ámbito del Proyecto.
- Fortalecimiento de organizaciones de base en temas de desnutrición infantil, seguridad alimentaria y agricultura urbana, y sensibilización de autoridades, líderes y lideresas comprometidas con la propuesta pasa su sostenibilidad en el largo plazo.
- Contribuir a mejorar los ingresos familiares a través de la producción y productividad de los huertos ecológicos y módulos de crianza en el ámbito de intervención.
- Tener completa coordinación intersectorial para el logro de los objetivos, ya que se requiere de una participación activa tanto del sector salud, como del educativo, de los comités comunitarios y de los medios de comunicación, además de instituciones públicas y privadas.
- El desarrollo organizacional del Club de pacientes con enfermedades crónicas a desarrollar una terapia ocupacional oportuna adyuvante a su dolencia física.

ESTRATEGIA:

- Tener completa coordinación intersectorial para el logro de los objetivos, ya que se requiere de una participación activa tanto del sector salud, como del educativo, de los comités comunitarios y de los medios de comunicación, además de instituciones públicas y privadas. En donde los protagonistas principales son los diabéticos e hipertensos.
- El desarrollo organizacional debe establecer responsables de las actividades, para medir cumplimiento de objetivos. Estos deben participar en la planeación y organización de las actividades de sensibilización, motivación, compromiso y en la concertación intersectorial

EJES DE INTERVENCIÓN

- Programa de Seguridad Alimentaria y Agricultura Urbana
- Programa de Educación
- Salud Integral
- Comité de Diabéticos e Hipertensos.
- Comité de Trabajo del Adulto Mayor
- Mejorar la Alimentación en Comedores del Sector. (3)
- Comité de Veeduría o local.

Los objetivos fundamentales se orientan a suscitar cambios de actitud, tanto en los usuarios como en los funcionarios del área de salud N° 2 y de nuestra Unidad Operativa frente a la actual cultura, exclusivamente centrada en el modelo de prestación de servicios de naturaleza curativa, mediante un proceso educativo que involucra estrategias de comunicación

Impactos esperados



- El grupo meta, que será el responsable de la capacitación comunal deberá tener mayores capacidades técnicas, herramientas y conocimientos prácticos, para uso en la producción agrícola de generación de ingresos.
- El incremento en la producción de las parcelas y los huertos, y el incremento en los ingresos de las familias como resultado de las capacidades obtenidas.
- La reducción de costos de producción como consecuencia de la adopción de técnicas más adecuadas a los recursos de las familias (fertilizantes orgánicos, sistemas comunales de reserva de granos, reservorios, entre otros, uso de semillas artesanales, injertos propios en fincas integrales).
- El incremento en la diversificación de la producción en huertos, y de la dieta familiar. Cambio en el uso y manejo de los recursos naturales, entre estos promovido por una mayor concientización de las generaciones jóvenes.



- Las Cajas Urbano-Rurales funcionan en mayor grado como mecanismo alternativo de ahorro y crédito.
- Una mayor participación ciudadana en temas de interés colectivo.
- Incrementan las capacidades de las organizaciones de analizar integralmente los factores y barreras al desarrollo y de promover sus propuestas.
- Existen estructuras formales más fuertes para coordinación en el manejo y protección de los recursos naturales y la gestión del riesgo.
- Mayor sensibilización de la problemática de la mujer y la población joven (niñez y juventud), y de la importancia de la equidad generacional y de género.
- Mayor incorporación de los pacientes con limitaciones de salud, en la dinámica de desarrollo de la familia y la comunidad.
- Posicionamiento fortalecido de las organizaciones en el ámbito local.
- Concientizar a Autoridades, a tomar mayor responsabilidad por la protección de los recursos naturales y gestión del riesgo.
- Mayor representación de los temas de la mujer, niñez y jóvenes dentro de las agendas políticas y sociales de la comunidad.
- Incrementa la promoción de prácticas democráticas de participación, de fiscalización social y transparencia.

Principales actividades

- Difusión de prácticas de agricultura sostenible, y apoyo a la diversificación productiva y comercialización.
- Fortalecimiento de las capacidades de estructuras comunitarias y apoyo a la gestión comunitaria y acciones de incidencia.
- Acciones de protección del medio ambiente.
- Intercambiar gestiones de apoyo con beneficio en bio-dirección. Es decir solicitar a los Comedores; material orgánico para abono y entregar a la finalización del proceso productos cultivados sin químicos.
- Unirnos a la población, como un equipo de apoyo y bienestar social.

PLAN ESTRATÉGICO:

- Para desarrollar de la forma más oportuna los nuevos contextos de lo que es el Proyecto “ Huerto Familiar” , hemos de desarrollar lineamientos que determinarán la perfecta realización:
- 1.- Liderazgo.- Ser motivacionales, ser líderes con ejemplo de un cambio permanente del diario vivir
- 2.- Participación Integral.- Permitir que todos los Actores Sociales, sean los promotores de la estructura misma del desarrollo.
- 3.-Política.- No ser partidista de un medio, sino formar una sociedad compacta que está conformada por la tendencia de sus ideologías e identidad.
- 4.- Normatización Consenso.- Dar lugar a las opiniones de todos los sectores, con la finalidad de visualizar lineamientos y de esta forma crear consensos.
- 5.-Metodología Organizacional.- Describimos a continuación

MISIÓN:

Somos una unidad de salud que brinda atención ambulatoria a las personas de nuestra área de cobertura, especialmente a los grupos de mayor riesgo, mediante servicios de consulta externa, promoción de salud y prevención de la enfermedad, en los que solucionamos los problemas más comunes, hoy somos una unidad de salud, que ha podido interrelacionarse e involucrarse con la comunidad, entregando proyectos para realizar mejoras en nuestra comunidad, creando Huertos familiares para capacitar y promover el trabajo y compromiso de desarrollo humano, procurando satisfacer demandas de la población a la que servimos, utilizando adecuadamente los recursos disponibles y aplicando una terapia ocupacional a nuestros pacientes con enfermedades crónicas.

VISIÓN

Queremos una Unidad de Salud, que garantice a la población del sector condiciones de vida saludable y acceso equitativo y oportuno. Queremos una unidad operativa, comprometida con la problemática psico-social de nuestra comunidad, involucrada en su problemática actual; la misma que garantice un apoyo social. Que tenga capacidad de rectoría y liderazgo sectorial, que impulse procesos sostenidos de cambio orientados a promover la cobertura universal de prestaciones de salud y calidad, equidad y eficacia. Además ser el pionero de un programa que puede ser la antesala de una evolución.

8.-1.-ASPECTOS METODOLÓGICOS:

DEFINICIÓN DE LOS MÉTODOS USADOS:

- Este es un estudio Exploratorio y comprensivo, el mismo que es cualitativo.

CON UN TIPO DE DISEÑO: - Cuasi-experimental

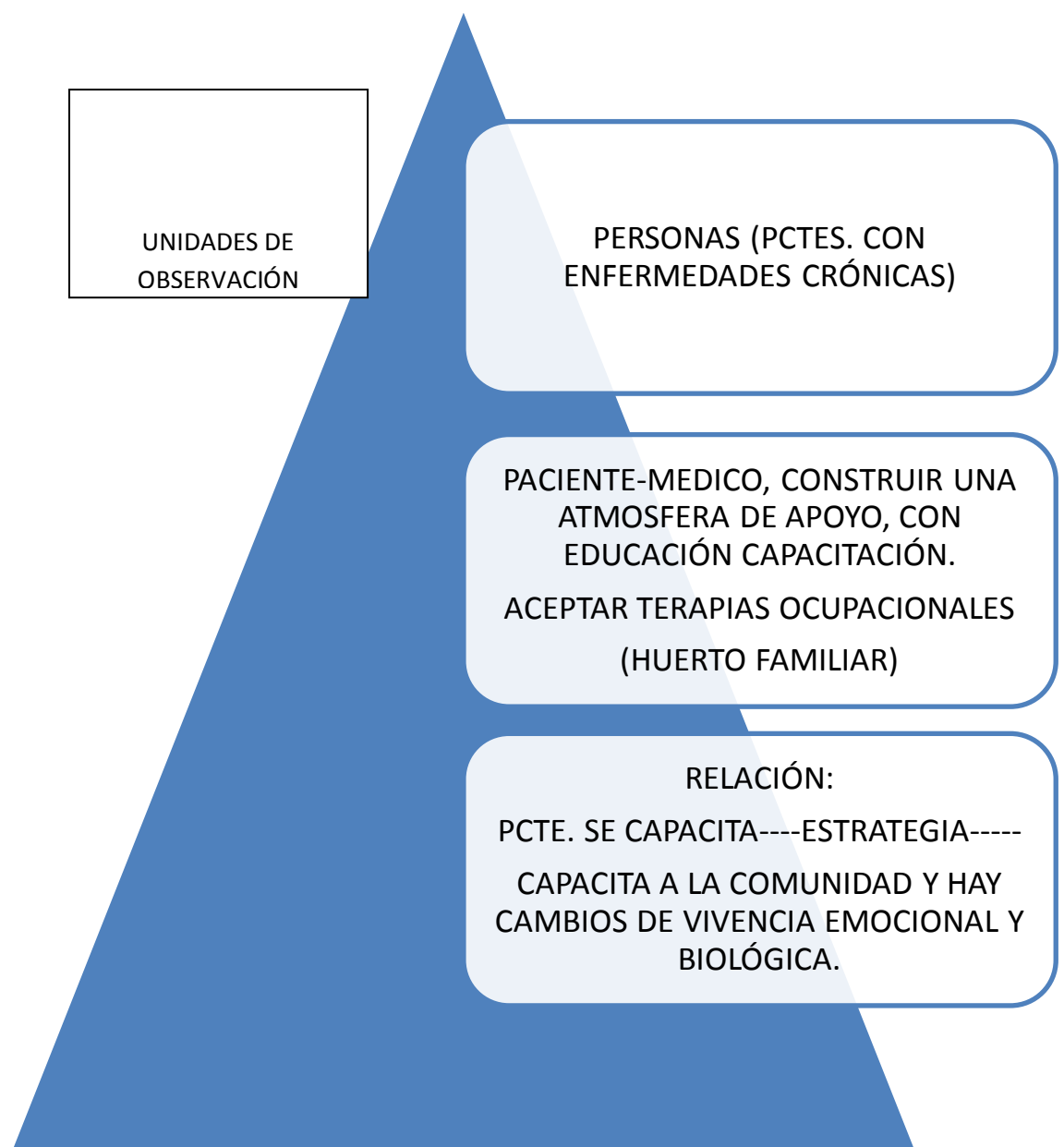
Ya que esperamos que nuestro proyecto de investigación tenga seguimiento y evaluación de los efectos e impactos de un programa de desarrollo comunal, ya que pretendemos conocer cuáles serán las modificaciones.

Y además la Investigación será: INDUCTIVA

POBLACIÓN MUESTRA:

- Muestreo Cualitativo: En este caso seleccionamos los actores, situaciones, espacios y eventos que serán investigados.

IDENTIFICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:



VARIABLES Y ATRIBUTOS:

- Valoración de Trabajo comunitario.
- Impacto de estilos de vida diferente en la relación con su familia.
- Acercamiento amistoso al departamento de salud, por parte del paciente.
- Atmósfera de apoyo y educación a pacientes con enfermedades crónicas.

VARIABLE ORDINAL

VARIABLE EMPÍRICA

OPERACIONALIZACIÓN:

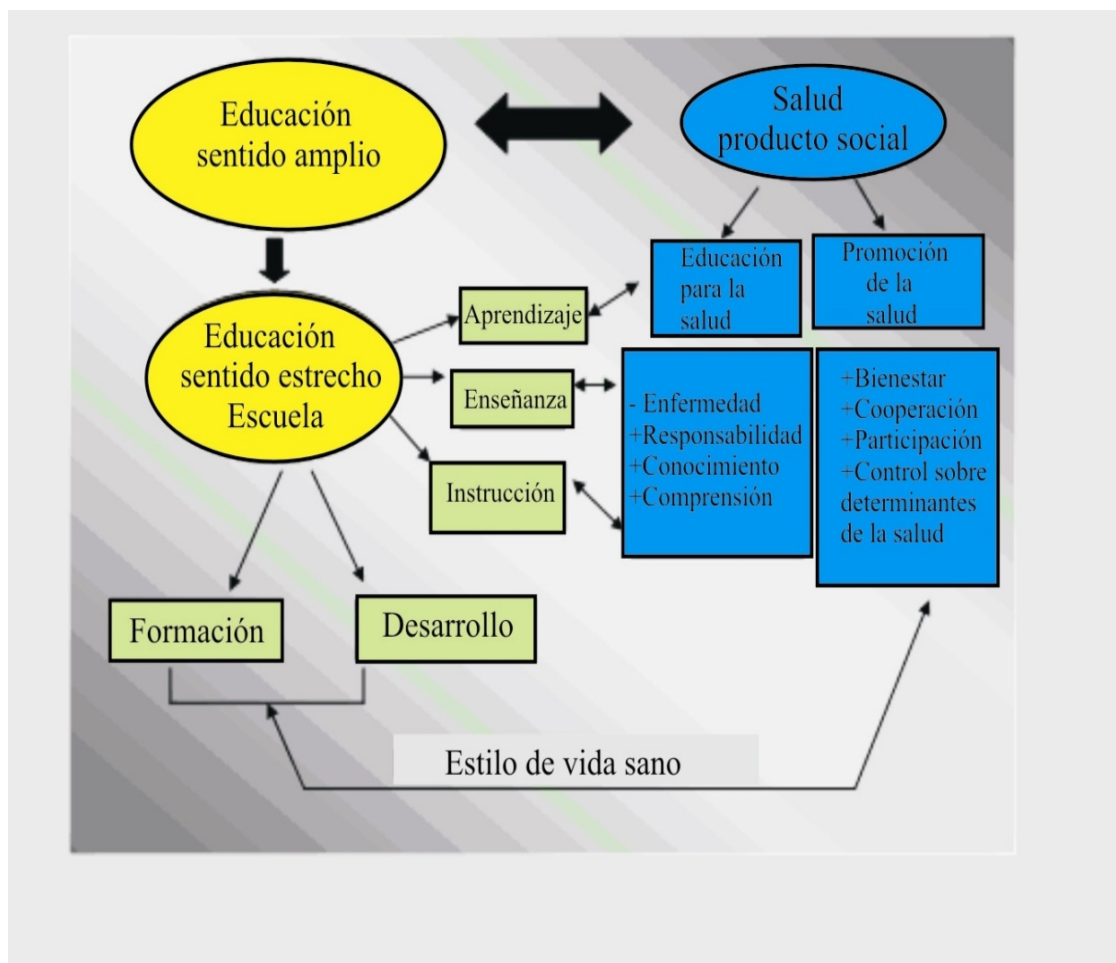
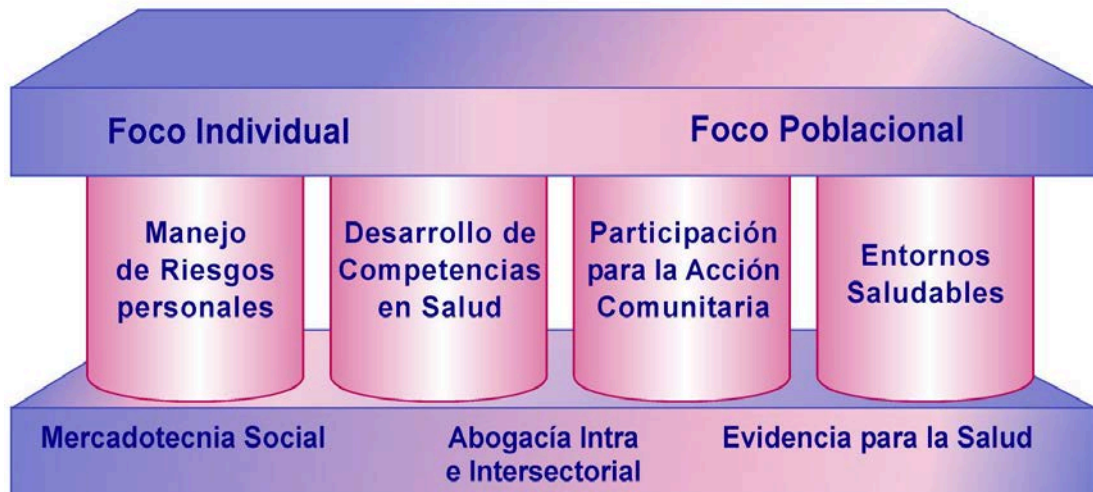
| | |
|--------------------------|------------------------|
| DESCRIPCIÓN | TIPOLOGÍA DE HECHOS |
| DESCRIPCIÓN | TIPOLOGÍA DE CONDUCTAS |
| INTERPRETACIÓN DE HECHOS | |

PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS:

OBSERVACIÓN SIMPLE, PARTICIPANTE, EXPERIMENTAL

OBSERVACIÓN VERBAL/ SIMBÓLICA: ENCUESTA

SERVICIO INTEGRADO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD COMPONENTES



9.-DISEÑO METODOLÓGICO (MARCO LÓGICO)

MATRIZ DE INVOLUCRADOS:

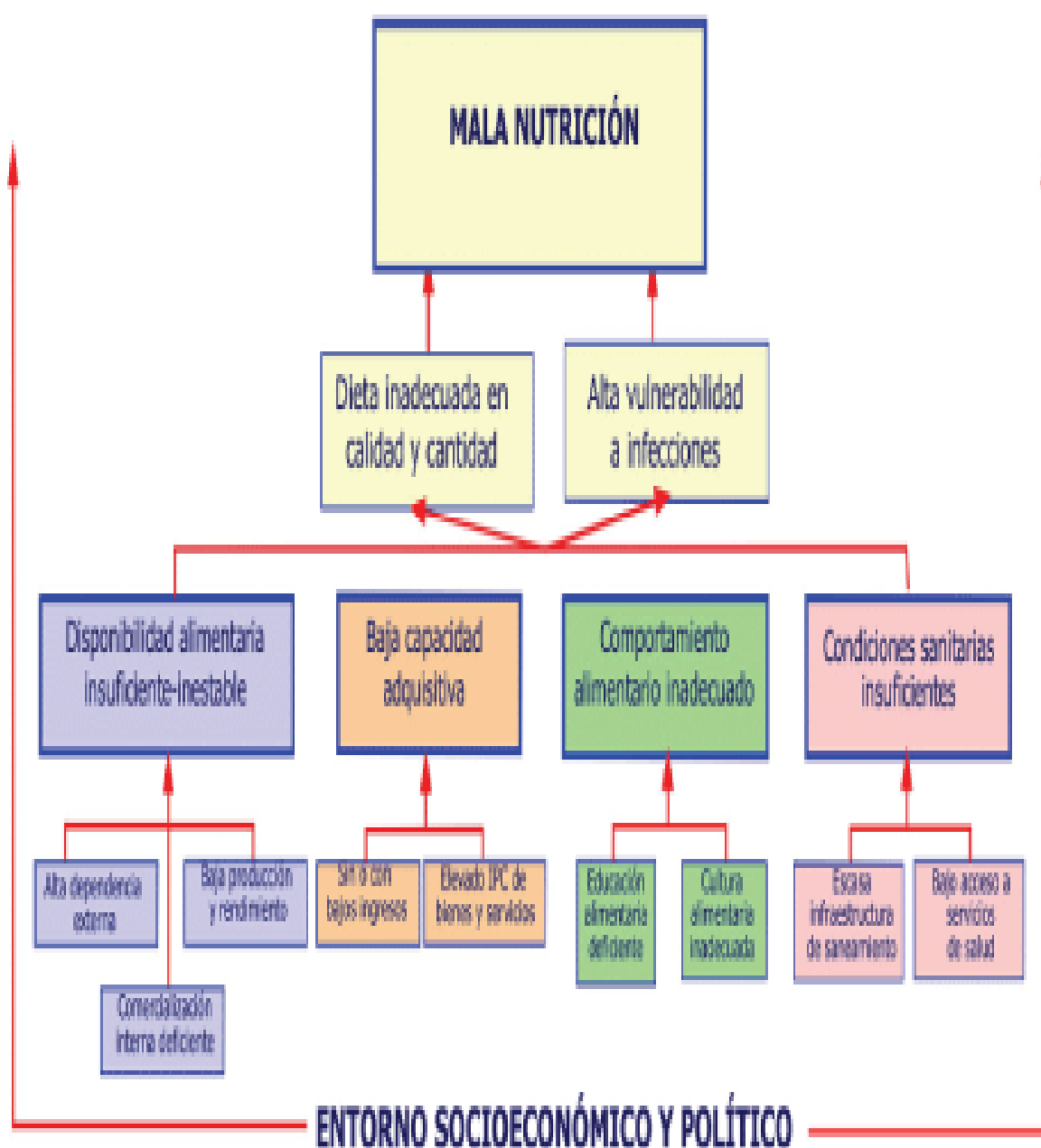
| | |
|---|---|
| Comité de Crónicos del Sub-centro Sta. Clara de San Millán | Grupo focal- capacitante y capacitador |
| Personal de Salud del Sub-centro Sta. Clara de San Millán | Grupo capacitante, vinculador e interrelacionados con varios actores sociales |
| Unidades educativas del sector | Grupa a capacitar y grupo de participación en Huerto. |
| FUCAE | Fundación, que apadrina la gestión con apoyo económico de semillas, materiales de trabajo e insumos. |
| CONQUITO | Equipo de Ingenieros Agrónomos, que capacita al comité de Crónicos y comunidad de la creación de Huertos Familiares. |
| COMUNIDAD: COMUNA | Grupo dirigido a mejorar cambios de vida, grupo de enseñanza. |
| PUCE | Grupo de estudiantes, de apoyo |
| UPC DE LA COMUNA | Equipo policial de apoyo, para las distintas actividades involucradas |

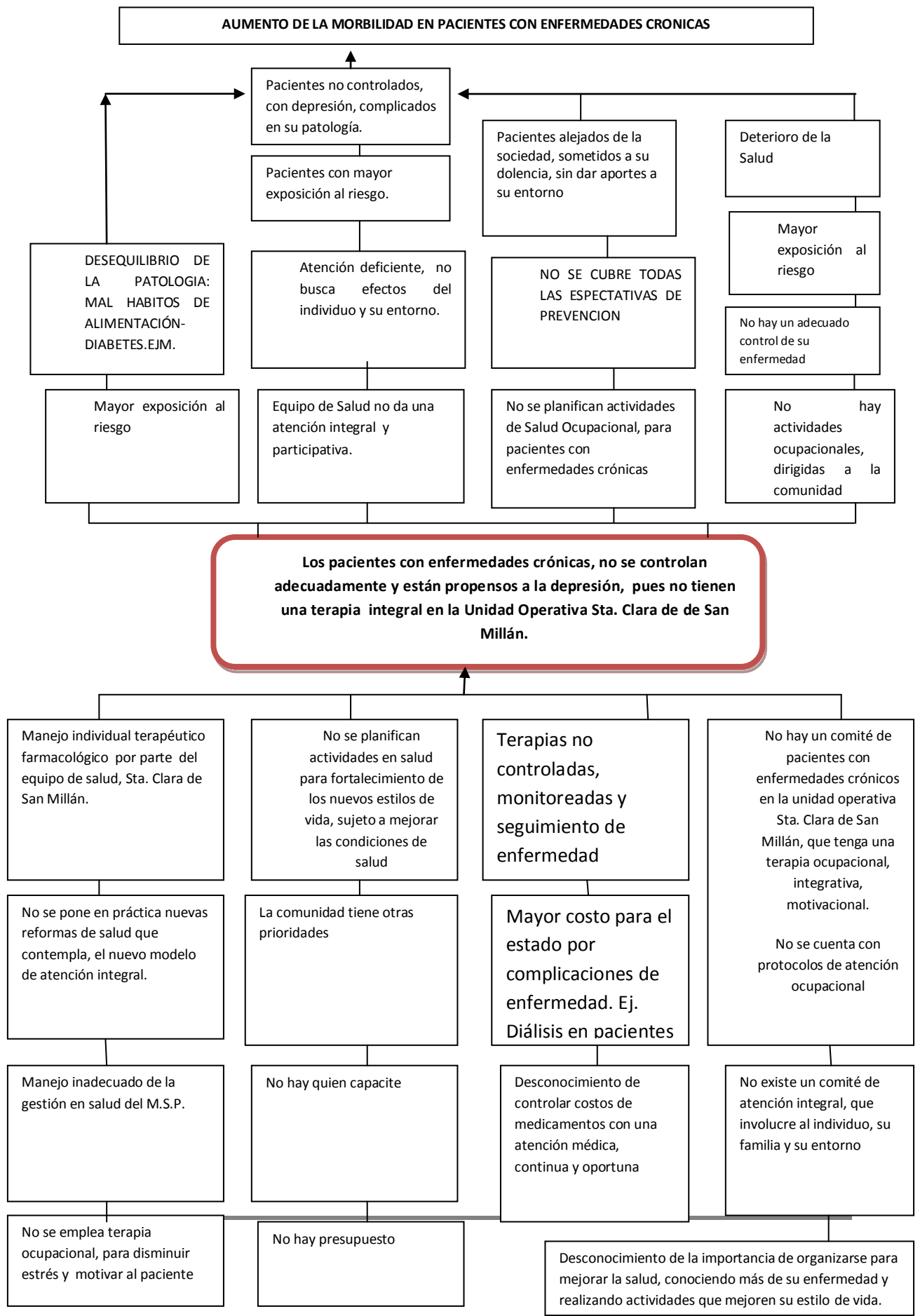
**9.1.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA:
CON ANALISIS DE INVOLUCRADOS**

| GRUPOS Y/O INSTITUCIONES | INTERESES | RECURSOS Y MANDATOS | PROBLEMAS PERCIBIDOS |
|---|--|--|--|
| Grupo de pacientes con enfermedades crónicas. | Mejorar el estilo de vida, de una manera distinta y participativa | Capacitaciones, recurso humano, material | Limitación por dolencias físicas, propias de la enfermedad |
| Grupo de estudiantes de escuelas del sector | Aprender la razón de la naturaleza y alimentación sano | Capacitaciones y demostraciones de campo, recurso humano | Limitación por falta de transporte para llegar al huerto |
| Comunidad | Conocer formas de cultivo en casa y desarrollar micro-empresas | Capacitaciones y crear huertos en casa | Falta de interés a las capacitaciones |
| Personal de Salud | Entregar a la comunidad una atención integral, comunicativa, paternal, participativa | Capacitaciones, interés en sus actores sociales | Tiempo en consulta externa que resta mayor dedicación para la ejecución del proyecto |
| Cabildo de la Comuna | Involucrarnos como Actores –líderes de apoyo sustentable | Reuniones, compromisos, actas | Falta de coordinación del trabajo con la comunidad |

**9.2.- ANALISIS DEL PROBLEMA:
ARBOL DE PROBLEMAS---ARBOL DE OBJETIVOS**

ÁRBOL DE PROBLEMAS DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA-NUTRICIONAL





AUMENTO DE LA MORBILIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS

Pacientes no controlados, con depresión, complicados en su patología.

Pacientes con mayor exposición al riesgo.

DESEQUILIBRIO DE LA PATOLOGIA: MAL HABITOS DE ALIMENTACIÓN-DIABETES.EJM.

Mayor exposición al riesgo

Atención deficiente, no busca efectos del individuo y su entorno.

Equipo de Salud no da una atención integral y participativa.

Pacientes alejados de la sociedad, sometidos a su dolencia, sin dar aportes a su entorno

NO SE CUBRE TODAS LAS ESPECTATIVAS DE PREVENCION

No se planifican actividades de Salud Ocupacional, para pacientes con enfermedades crónicas

Deterioro de la Salud

Mayor exposición al riesgo

No hay un adecuado control de su enfermedad

No hay actividades ocupacionales, dirigidas a la comunidad

Los pacientes con enfermedades crónicas, no se controlan adecuadamente y están propensos a la depresión, pues no tienen una terapia integral en la Unidad Operativa Sta. Clara de de San Millán.

Manejo individual terapéutico farmacológico por parte del equipo de salud, Sta. Clara de San Millán.

No se pone en práctica nuevas reformas de salud que contempla, el nuevo modelo de atención integral.

Manejo inadecuado de la gestión en salud del M.S.P.

No se emplea terapia ocupacional, para disminuir estrés y motivar al paciente

No se planifican actividades en salud para fortalecimiento de los nuevos estilos de vida, sujeto a mejorar las condiciones de salud

La comunidad tiene otras prioridades

No hay quien capacite

No hay presupuesto

Terapias no controladas, monitoreadas y seguimiento de enfermedad

Mayor costo para el estado por complicaciones de enfermedad. Ej. Diálisis en pacientes

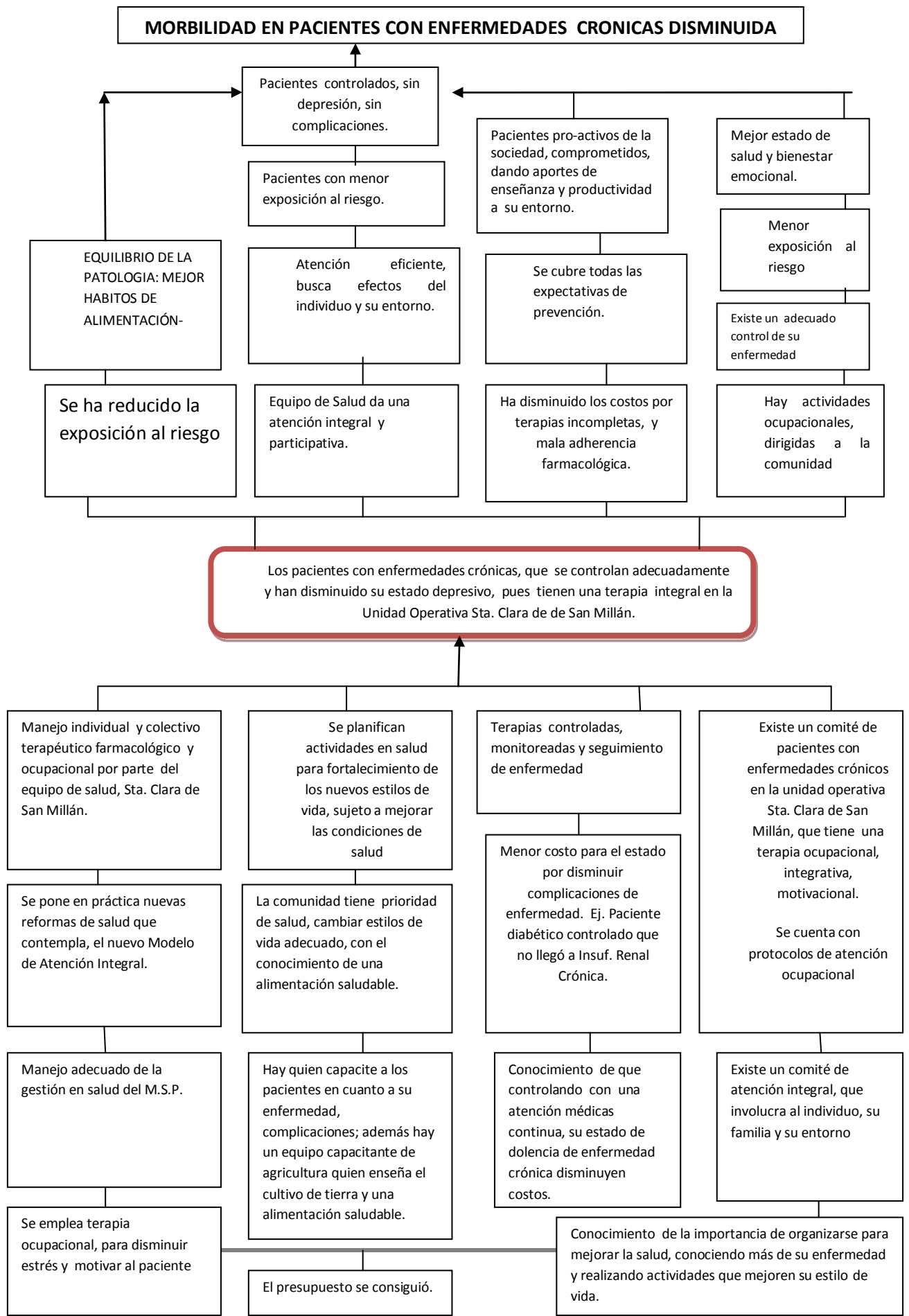
Desconocimiento de controlar costos de medicamentos con una atención médica, continua y oportuna

Desconocimiento de la importancia de organizarse para mejorar la salud, conociendo más de su enfermedad y realizando actividades que mejoren su estilo de vida.

No hay un comité de pacientes con enfermedades crónicas en la unidad operativa Sta. Clara de San Millán, que tenga una terapia ocupacional, integrativa, motivacional.

No se cuenta con protocolos de atención ocupacional

No existe un comité de atención integral, que involucre al individuo, su familia y su entorno



9.3.- ARBOL DE OBJETIVOS A LA MATRIZ DE MARCO LÓGICO:

| OBJETIVOS | COMPONENTES DE LA MML |
|---|-----------------------|
| <p>Pctes. Con enfermedades crónicas, como hipertensión y diabetes, controlados y guiados a una terapia ocupacional, que mejore su estado anímico y cambie sus estilos de vida, y a la vez crear un equipo capacitador útil para socializar conocimientos a la comunidad.</p> | <p>FIN</p> |
| <p>Morbi-mortalidad disminuida en pacientes con Enfermedades Crónicas y sus complicaciones, entre ellas la depresión.</p> | <p>PROPOSITO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de Salud, da atención regularmente de tipo integral y participativo. • Los Pacientes adoptan normas de prevención en salud alimentaria y son motivados a conocer de su enfermedad. • La comunidad adopta normas de prevención en salud. • Equipo de salud, capacitados sobre los efectos que tiene una terapia ocupacional y también conocer los lineamientos del Nuevo Modelo de Atención integral, que involucra al individuo y su familia. • Pacientes, estudiantes de escuelas del sector y comunidad, capacitados, en la promoción de una alimentación sana, a través de la realización del Huerto familiar, como instrumento de una Terapia Ocupacional. | <p>COMPONENTES</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hay buena gestión en salud. • La Salud es importante • Se cuenta con personal para la capacitación • Comité de Enf. Crónicas. • Articulación de micro-redes para beneficio de varios actores | <p>ACTIVIDADES</p> |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Sociales• Comité capacitador, en Huerto Familiar, que apoye a la terapia ocupacional de nuestros pacientes.• A través de la Terapia ocupacional, con la Construcción de un Huerto Familiar, ser una unidad de Salud, que maneje los principios de Marketing, dando una atención de calidad a nuestros usuarios y de esta manera, crear un vínculo de apoyo para tener un control adecuado y seguimiento de su tratamiento. | |
|--|--|

9.4.- MATRIZ DE MARCO LÓGICO: (MML)

| RESUMEN NARRATIVO | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | SUPUESTOS |
|--|---|---|--|
| <p>FIN: Calidad de los Servicios de salud, mejorada.</p> <p>Se creó un espacio de opinión y de capacitación a nuestros pacientes, interesándonos en ellos como un ente social que involucra el medio y la familia y también al enseñarles a cultivar y alimentarse sanamente y al ser pionero de un proyecto dirigido a la comunidad, con una terapia ocupacional de los Huertos Familiares.</p> | <p>Nº de diabéticos planificados para capacitar de nuevos estilos de vida/ Nº de diabéticos capacitados.</p> <p>Nº de escuelas planificadas capacitar de alimentación saludable/ Nº de escuelas capacitadas</p> <p>El 90% de pactes.con enfermedades crónicas, reciben una atención personalizada, preocupada, formativa.</p> | <p>Medios de Verificación: observación, encuesta, entrevista, productos a término de la tierra</p> | <p>Sostenibilidad con el apoyo de todos los Actores Sociales involucrados en tal proyecto.</p> |
| <p>PROPÓSITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un Huerto Familiar, demostrativo, que sirva de laboratorio, para una terapia ocupacional de grupo adecuada, la misma que desarrolle el aprendizaje de cultivar alimentos orgánicos y mejorar los | <p>Huerto planificado construir/ Huerto Construido.</p> <p>Nº de pacientes que han mejorado en su vida psico-social/ Nº de pacientes intervenidos.</p> <p>Mejorar estilos de vida en hábitos de salud.</p> | <p>Medios de Verificación: Partes diarios Monitoreo con encuesta Control de Historias Clínicas, niveles de HB glicosilada, Tensión arterial controlada, Disminución de sobrepeso. Fotos Productos cosechados en Huerto.</p> | <p>Propósito o fin Grupo de trabajo capacitado actuando</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| estilos de vida. Creando de esta manera una atención integral. | | | |
| COMPONENTES Huerto Club de crónicos Capacitaciones a unidades educativas de alimentos sanos Capacitaciones a la comunidad para formación de micro-empresas. Capacitación a pacientes con enfermedades crónicas, como terapia ocupacional y mejorar su estado anímico. Charlas de capacitación dada por los pacientes, dirigido a los niños de las escuelas como materia de ambiente en campo. | El 100% de normas del Nuevo Modelo De Atención Integral elaborado hasta la fecha. El 100% del equipo conformado hasta la fecha. | Medios de Verificación. Evaluación de Personas capacitadas Memorias de talleres Actas de convenios establecidos Memorias de siembra y cosecha Niveles de exámenes y signos vitales, medidas antropométricas mejoradas. | Componentes o propósito Pctes. Crónicos Niños de unidades educativas Comunidad. |
| ACTIVIDADES | Responsables | Cronograma | Recursos |
| | Autor del proyecto | 2010 | Papelería Huerto Familiar |
| | Club de pacientes con enfermedades crónicas. Actores Sociales. | 2010 | Semilla |

10.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:
ELABORACION DEL DIAGRAMA DE GANTT
DESCRIPCION DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO
(Secuencia lógica)

CALENDARIZACION
(Fecha de inicio y termino)
TOTAL GENERAL DEL PROYECTO 2009-2010

| 1 ELABORAR CRONOGRAMA DE CURSOS, CONFERENCIAS, TALLERES Y DEMAS ACTIVIDADES | SEPTIEMBRE/2009 | | | | OCTUBRE/2009 | | | |
|--|-----------------|---|---|---|--------------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 PREPARACION DEL PERSONAL, MATERIAL TEMATICO Y DE DIFUSION | X | | | | X | | | |
| 3 COORDINARSE CON LAS AUTORIDADES EDUCATIVAS PUBLICAS Y PRIVADAS | | X | | | | X | | |
| 4 CALENDARIZACION DE ACTIVIDADES | X | | | X | | | | |
| 5 TRASLADO DEL PERSONAL AL LUGAR DE LA ACTIVIDAD | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 6 REALIZACIÓN DE ENCUESTA. | | | | | | | | X |
| 7 DIAGNO CON EL ENTREVISTADO Y PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPATIVA | | | | | | | | |
| EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES | | | | | | | | X |



10.1.-CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO: 2009-2010

CAPACITACIÓN-PCTES.CLUB DE CRONICOS DEL SUB-CENTRO STA.CLARA DE SAN MILLÁN

| | NOV. | | | DIC. | | | ENER. | | | FEB. | | |
|--|------|--|--|------|--|--|-------|--|--|------|--|--|
| Realizar encuestas a ptes diabéticos y crónicos para conocer debilidades en su estado anímico. | | | | | | | | | | | | |
| Crear un Club de crónicos en la Unidad Operativa Sta. Clara de san Millán | | | | | | | | | | | | |
| Dar capacitaciones de nutrición y alimentación adecuada. | | | | | | | | | | | | |
| Realizar reuniones con actas de compromiso, para comenzar a crear el Huerto Familiar. | | | | | | | | | | | | |
| Reuniones de capacitación de la creación de Huertos Familiares por parte de CONQUITO, en su sede y a líderes de la comunidad. Capacitación teórico-práctico al club de crónicos. | | | | | | | | | | | | |
| Creación de un cronograma de actividades, y horarios de reuniones. | | | | | | | | | | | | |
| Creación de una directiva y delegación de Funciones. | | | | | | | | | | | | |

10.2.-.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD

| | SEP | OC | NO | DIC |
|--|-----|----|-----|-----|
| | TIE | TU | VIE | IEM |
| | MB | BR | MB | BR |
| | RE | E | RE | E |
| REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS CON EL CABILDO DE LA COMUNA PARA QUE SE NOS ENTREGUE EL TERRENO JUNTO A LA UNIDAD OPERATIVA | X | X | X | X |
| LIMPIEZA DE TERRENO CON VOLQUETAS | X | X | | |
| APOYO DE ESTUDIANTES COLEGIO JUAN MONTALVO PARA CERRAMIENTO PROVINCIAL DE HUERTO | X | X | | |
| CREACIÓN DE CAMAS | | | X | X |
| PETICIÓN AL CAMAL DE QUITO, PARA QUE SE NOS TRAIGA UNA VOLQUETA DE ABONO | X | | | |
| CULTIVO. CAPACITACIONES DE SEMBRIO A LOS PACIENTES | X | X | X | |

10.3.-CAPACITACIÓN POR PARTE DEL CLUB DE CRONICOS DELA UNIDAD OPERATIVA STA. CLARA DE SAN MILLÁN A LA COMUNIDAD Y A INSTITUCIONES EDUCATIVA

| HUERTO | INSTITUCIONES | GRUPOS FOCALES | FECHAS |
|--|---------------------------------------|----------------|-------------------------------------|
| | <i>Estudiante DE UNIDAD EDUCATIVA</i> | | |
| 1.- Guardería y Escuela “Niños de María” | Por ONG. Padre José Kenetchi. | 286 | Octubre |
| 2.- Guardería “Nuevos Amigos” | Por Iglesia Evangélica | 80 | Noviembre |
| 3.-Guardería “Retoñitos” | Por el ORI | 60 | Octubre |
| 4.- Guardería “Dany Luz” | Por sector Privado | 30 | Noviembre |
| 5.-Comedor CAE | Por sector | 260 | Diciembre, |
| 6.-Comedor San Pablo | Público | | Enero, febrero, marzo 2010 |

11.-SOSTENIBILIDAD:

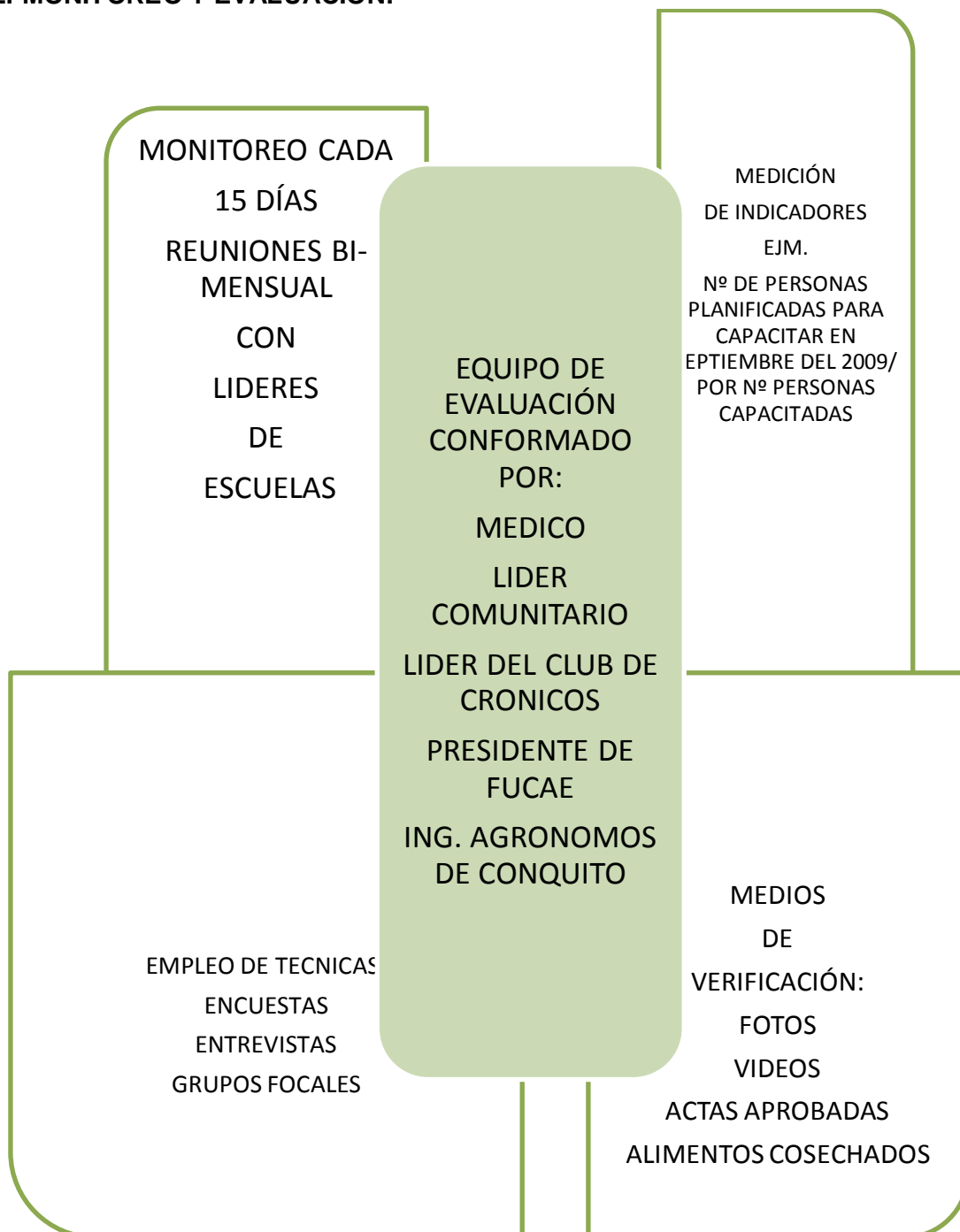
Este proyecto:

Involucra Actores Sociales (comunitarios):

- Directiva del Cabildo de la Comuna.
- Instituciones:
- Líderes de las Escuelas del Sector.
- Fucae
- Conquito
- PUCE Católica, UCL de Medicina 4to. Semestre. Obstetricia Universidad Central. Escuela de Enfermería de la Universidad Central.

Tiene abastecimiento de recurso económico, humano, material y otros.

12.-MONITOREO Y EVALUACIÓN:



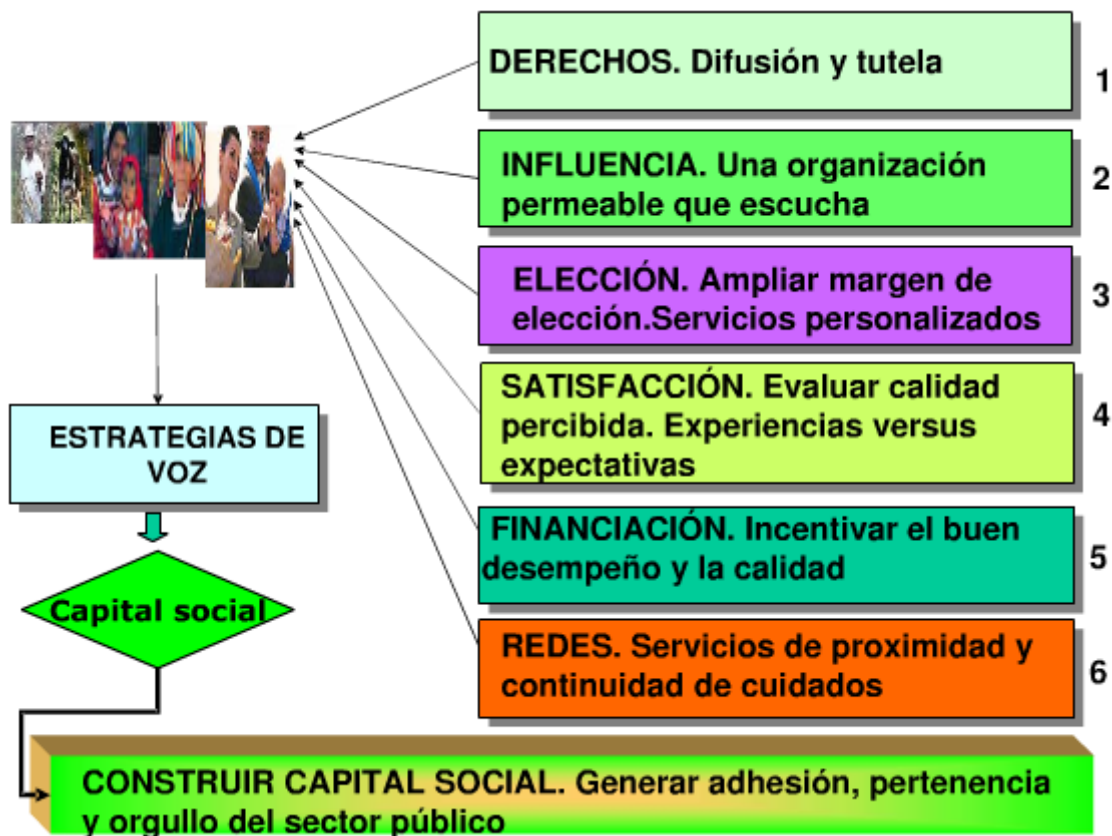
12.1.-RESULTADOS-EVALUACIÓN:

| RESUMEN NARRATIVO | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | SUPUESTOS |
|--|---|--|--|
| <p>FIN: Este proyecto, tiene un gran impacto al crear un espacio de opinión y de capacitación a nuestros pacientes, al enseñarles a cultivar y alimentarse sanamente y al ser pionero de un proyecto dirigido a la comunidad. Además se creó un espacio de control constante de nuestros pacientes. Se convirtió este proyecto en la cuna de aprendizaje para nuestros niños de escuelas del sector.</p> | <p>Nº de diabéticos planificados para capacitar de nuevos estilos de vida/ Nº de diabéticos capacitados. Se planificó 25 pacientes crónicos capacitarse/Se capacitaron 43 pacientes. Nº de escuelas planificadas para capacitar de alimentación saludable/ Nº de escuelas capacitadas Se planificó capacitar a 6 instituciones educativas/ y se capacitaron a 6 escuelas del sector.</p> <p>El 90% de pacientes con enfermedades crónicas, reciben una atención personalizada, preocupada, formativa. En este caso el proyecto se desplegó abarcó más del 100%, puesto que de lo planificado, se fue adosando más pacientes.</p> | <p>Medios de Verificación: observación, encuesta, entrevista, productos a término de la tierra, videos, fotos, reuniones realizadas. Control de Historias Clínicas, niveles de HB glicosilada, Tensión arterial controlada, Disminución de sobrepeso. Fotos Productos cosechados en Huerto.</p> | <p>Sostenibilidad con el apoyo de todos los Actores Sociales involucrados en tal proyecto.</p> <p>Sostenibilidad con el producto del proyecto: "Los Frutos de la Tierra"</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | | |
| <p>PROPÓSITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un Huerto Familiar, demostrativo, que sirva de laboratorio, para aprendizaje de cultivar alimentos orgánicos. • Dar a nuestro club de crónicos, la oportunidad de ser parte de la Salud. • Mejorar las condiciones de vida (calidad) • Dar una atención en salud integral y participativa . | <p>Huerto planificado construir/ Huerto Construido. Se planificó realizar un Huerto Familiar y se creó un Huerto familiar. Nº de pacientes que han mejorado en su vida psico-social/ Nº de pacientes intervenidos. 43pacientes/ 43 pacientes. Mejorar estilos de vida en hábitos de salud. 30 pacientes han mejorado su estilo de vida diferente. El 90% de pacientes, ha disminuido los niveles depresión con una terapia ocupacional. Hay un 90% de disminución al abandono al tratamiento El 47% de los pacientes han mejorado los niveles de glucosa, al incrementar un control integral con una terapia ocupacional.</p> <p>Disminución de 1 en cuanto a valores de hemoglobina. correspondiendo al 58.8% Hay una tendencia</p> | <p>Medios de Verificación: Fotos, videos, resultados de evaluaciones de control de presión arterial, glicemias, pérdida de peso. Aspectos psicológicos diferentes con conducta de cambio.</p> | <p>Propósito o fin Grupo de trabajo capacitado actuando</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>a +-2 a 4 kilos de pérdida de peso, Sin embargo se estipula la pérdida de peso en 52,9%. Claramente podemos determinar, que hay un mayor incremento, en un 53% en cuanto a la responsabilidad del auto-cuidado en relación con la pérdida de peso e incremento de ejercicio.</p> | | |
| <p>COMPONENTES Huerto Club de crónicos Capacitaciones a unidades educativas de alimentos sanos Capacitaciones a la comunidad para formación de micro-empresas.</p> | <p>Nº de capacitaciones realizadas/ Nº de capacitaciones planificadas.</p> | <p>Medios de Verificación. Evaluación de Personas capacitadas Memorias de talleres Actas de convenios establecidos Memorias de siembra y cosecha</p> | <p>Componentes o propósito Pctes. Crónicos Niños de unidades educativas Comunidad.</p> |

12.--RESULTADOS:



12.1.-Primero:

Se pudo desarrollar un programa integral de Salud Visual, participativo, novedoso, que contemple actividades de prevención, promoción, educación y atención a la población en general.

Esto, dentro del contexto familiar y educativo y en el marco del programa de medicina y salud integral para la comunidad. Con enfoque de aprendizaje comunal en la realización de huertos familiares.



12.2.-Segundo:

- Se creó un escenario de mercadotecnia social-sanitaria-ocupacional, para pacientes con Enfermedades crónicas, quienes generaron actitudes y comportamiento social. Se pudo incrementar la disponibilidad y acceso de alimentos nutritivos a través de huertos ecológicos y mini granjas de animales menores permitidos en el Distrito Metropolitano de Quito; en el marco de la agricultura urbana en los ámbitos del proyecto.
- Madres, padres y niños en estado de desnutrición adquieren conocimientos en temas nutricionales, dietas balanceadas, agricultura urbana y seguridad alimentaria en el ámbito del Proyecto.
- Fortalecimiento de organizaciones de base en temas de desnutrición infantil, seguridad alimentaria y agricultura urbana, y sensibilización de autoridades, líderes y lideresas comprometidas con la propuesta pasa su sostenibilidad en el largo plazo.
- Se Contribuyó a mejorar los ingresos familiares a través de la producción y productividad de los huertos ecológicos y módulos de crianza en el ámbito de intervención. Mejoramos el estado depresivo de nuestros pacientes.



12.3.- Al crear una mercadotecnia social y una construcción capital social, hemos podido incorporar valores, cultura y prevención. A esto se ha sumado el consumo de uso racional de medicamentos, con calidad percibida, adecuando una oferta de servicios diferentes, fomentando el auto-cuidado con una manera diferente, creando espacios de participación y diálogo social.

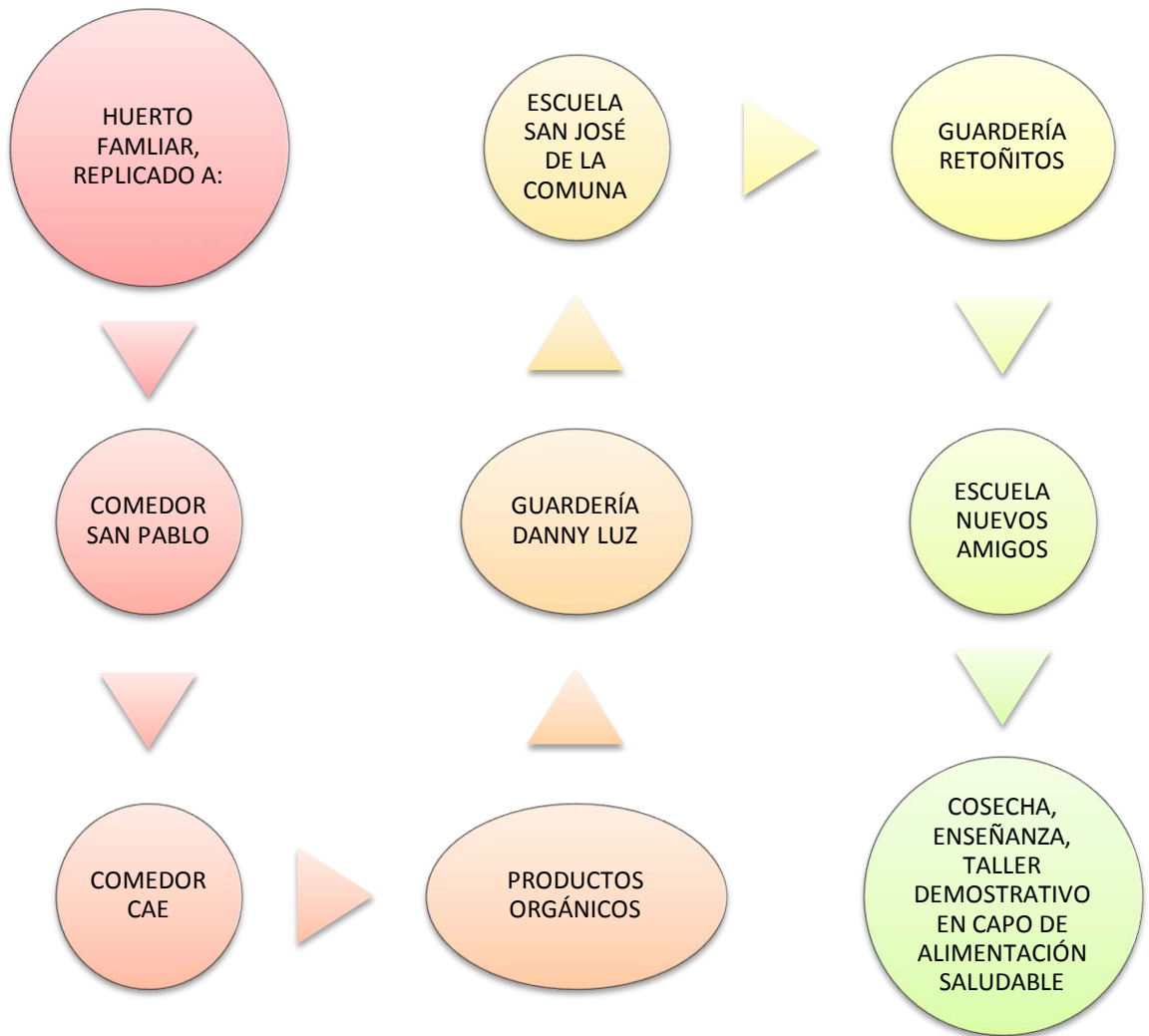


PACIENTES CRONICOS:
HIPERTENSOS,
DIABETICOS,

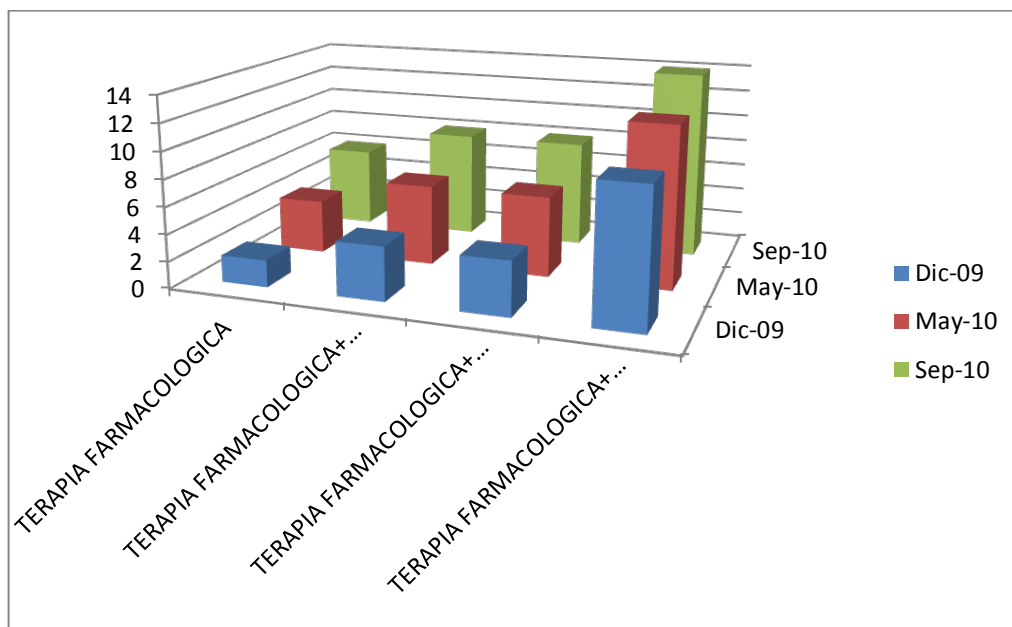
ADULTOS
MAYORES

INSTITUCIONES
EDUCATIVAS

12.4.-CAPACITACIONES A ESCUELAS DEL SECTOR:

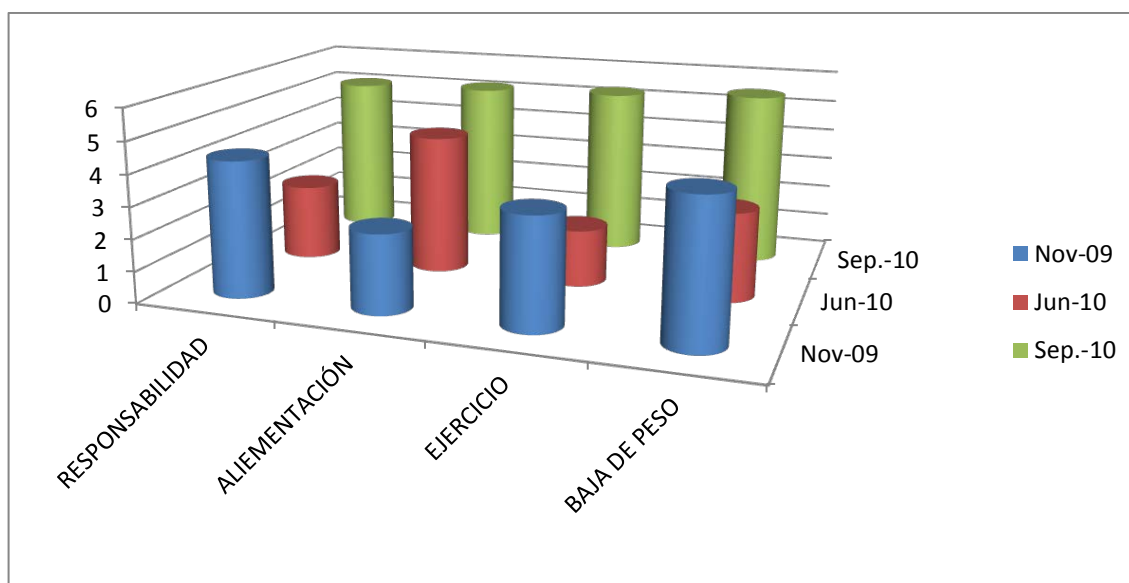


12.5.-ESTADO EMOCIONAL- TERAPIA OCUPACIONAL



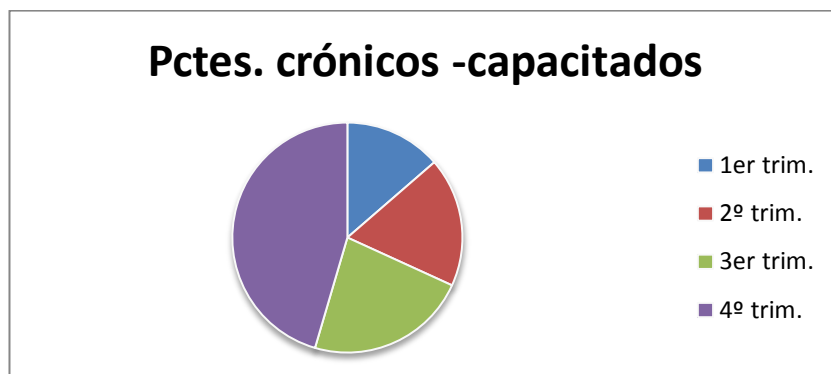
ANALISIS: Es importante conocer, que hay un incremento de asociación importante entre la parte emocional y la terapia ocupacional.

12.6.- FOMENTO AUTO-CUIDADO DEL PACIENTE.



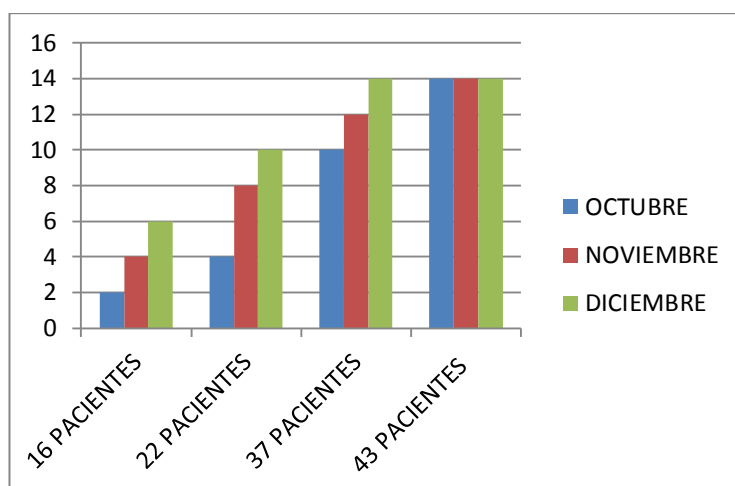
ANALISIS: Claramente podemos determinar, que hay un mayor incremento en cuanto a la responsabilidad del auto-cuidado en relación con la pérdida de peso e incremento de ejercicio.

12.7.- Pacientes capacitados

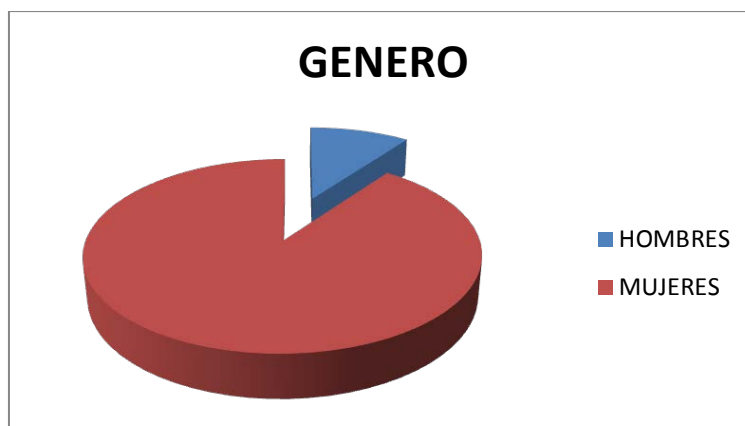


1er. Trimestre: 30% capacitados
2do.Trimestre: 40% capacitados
3er. Trimestre: 50% capacitados
4to. Trimestre: 100% capacitado.

12.8.- Pacientes en el estudio; en cuanto a género.



Del total de participantes un 90,3% corresponde a mujeres, y el 9,7% corresponde a hombres.



Respecto a la baja en el peso corporal, se concluye que el 61,3% lograron bajar entre 1 y 5 Kg. El 22,5% bajó entre 6 y 10 kilos. Eso resume que un total de 55 personas, bajaron de peso, lo que equivale al 88,6% de los participantes. Sólo 2 personas suben de peso correspondiendo al 3,22% del total y 3 mantienen su peso inicial.



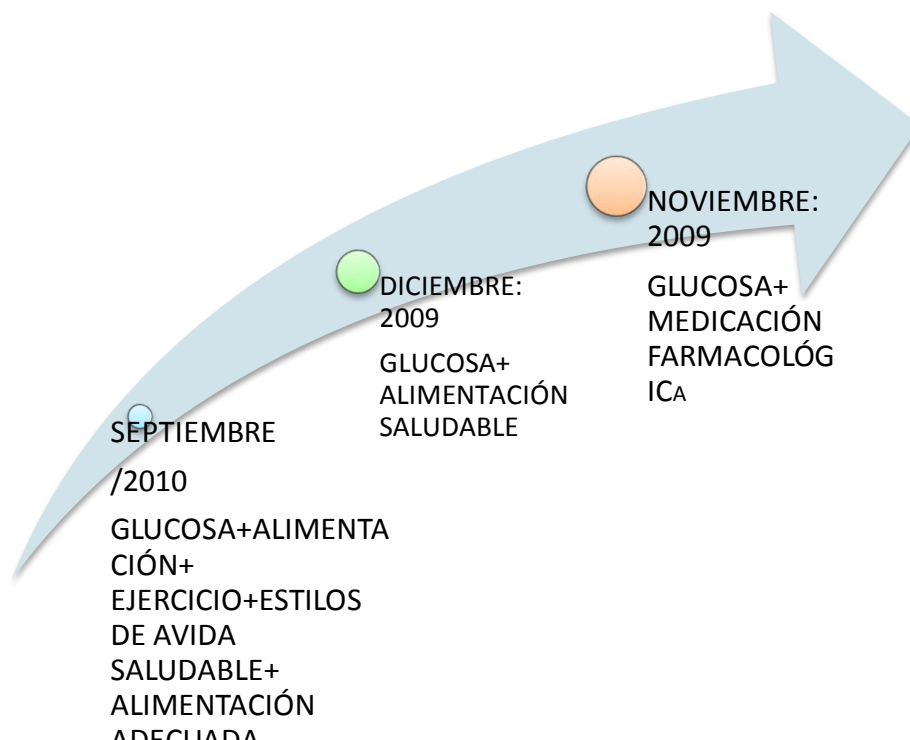
Respecto de la presión arterial, también se observaron cambios importantes respecto al ingreso y egreso del proyecto, observándose que aproximadamente un 25% de los usuarios, ingresaron con presiones superiores a 140/90, porcentaje que al momento de egreso no superaba al 6%.

ADEMÁS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS, QUISIMOS SABER CUANTO PUDO INFLUIR LA TERAPIA OCUPACIONAL, A TRAVÉS DEL HUERTO FAMILIAR, CONOCIENDO LA IMPORTANCIA DE TENER UNA VIDA SALUDABLE, ALIMENTANDONOS DE LA MANERA CORRECTA.

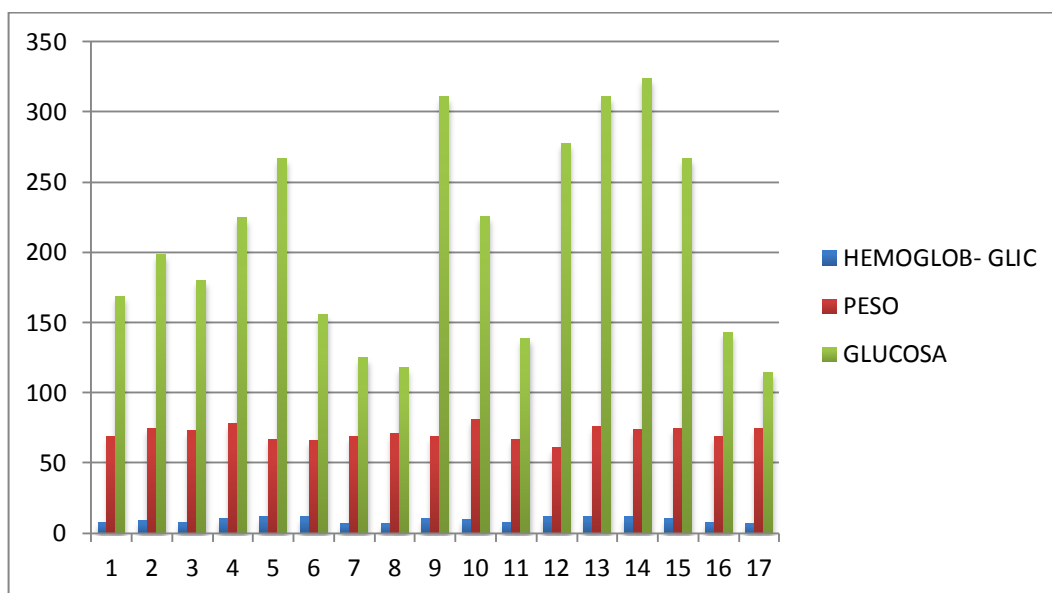
PARA LO CUAL, ESTABLECIMOS COMPARACIONES DE VALORES DE GLUCOSA Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA Y PRESIÓN ARTERIAL CON O SIN TERAPIA OCUPACIONAL.

ASI OBTUVIMOS LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

12.9.-VALORES DE GLICEMIA ASOCIADA A:



12.10.-EVALUACION-DIABETICOS- COMPARACION ENTRE HEMOGLOBINA, PESO Y GLUCOSA



ANALISIS.- EN ESTE GRAFICO, SE PUEDE EVIDENCIAR CLARAMENTE, QUE NUESTROS PACIENTES DIABETICOS AL INICIO DEL PROYECTO, ESTABAN DESCOMPENSADOS, CON NIVELES DE GLUCOSA MAYOR A 300. ADEMAS LA MAYORIA CON SOBREPESO Y OBESIDAD. Y NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA MAYOR DE 7.

HEMOGLOBINA GLICOSILADA

| PRIM. EVALUAC. | SEGUND. EVALUA. |
|----------------|-----------------|
| H. G. 1 | H. G. 2 |
| 8 | 7 |
| 9 | 7 |
| 8 | 8 |
| 11 | 10 |
| 12 | 10 |
| 12 | 10 |
| 7 | 7 |
| 7 | 7 |
| 11 | 9 |
| 10 | 9 |
| 8 | 8 |
| 12 | 12 |
| 12 | 11 |
| 12 | 11 |
| 11 | 10 |
| 8 | 8 |
| 7 | 7 |

ANALISIS.-

CUANDO COMENZAMOS CON LA EVALUACION Y EL PROYECTO,

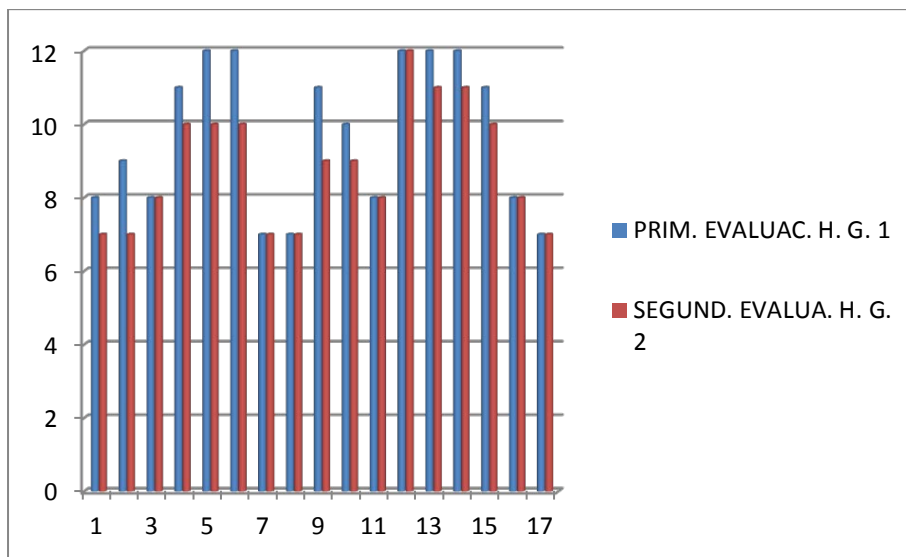
REALIZAMOS UN SCREENING DE EXAMENES DE LABORATORIO.

ENTRE ELLOS QUERIAMOS ESTABLECER COMO ESTAN NUESTROS PACIENTES.

PARTIMOS CON UNA MEDICION DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA. Y LUEGO UN CONTROL QUE NOS HABLE DE LA CONDICION ACTUAL,

DESPUES DE UNA INTERVENCION INTEGRAL, DE EDUCACION, DE CONOCIMIENTO, DE VIVENCIA DIARIA, DE INTEGRACION COLECTIVA.

PARA NUESTRO ASOMBRO, NOTAMOS UN INCREMENTO IMPORTANTE DE BUENOS RESULTADOS CON DISMINUCION DE 1 EN CUANTO A VALORES DE HEMOGLOBINA. CORRESPONDIENDO AL 58.8%



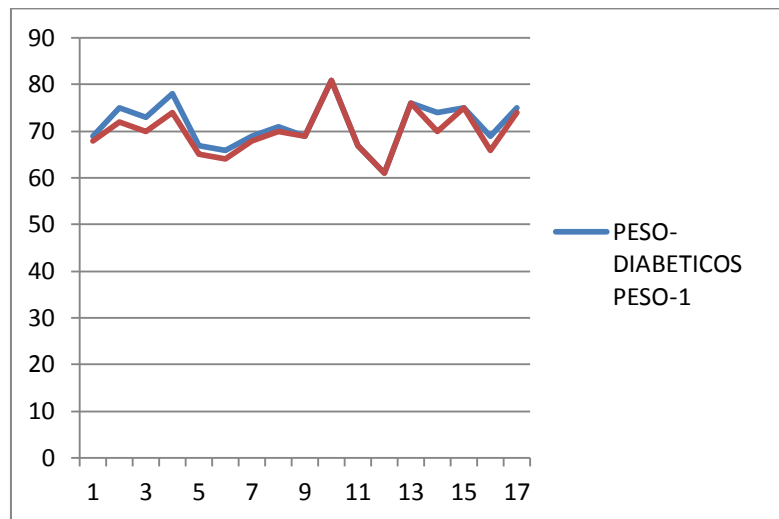
VALORACIÓN DEL PESO:

| PESO- DIABETICOS | |
|------------------|-------------|
| PESO-1TOMA | PESO-2 TOMA |
| 69 | 68 |
| 75 | 72 |
| 73 | 70 |
| 78 | 74 |
| 67 | 65 |
| 66 | 64 |
| 69 | 68 |
| 71 | 70 |
| 69 | 69 |
| 81 | 81 |
| 67 | 67 |
| 61 | 61 |
| 76 | 76 |
| 74 | 70 |
| 75 | 75 |
| 69 | 66 |
| 75 | 74 |

ANALISIS.- EN ESTE GRAFICO CLARAMENTE SE PUEDE APRECIAR QUE NO HAY UNA BAJA IMPORTANTE EN PESO. HAY UNA TENDENCIA A +2 A 4 KILOS DE PERDIDA.

ESTO SE ASUME A QUE ES MUY DIFICIL BAJAR DE PESO. SON PACIENTES DE LA TERCERA EDAD.

SINEMBARGO SE ESTIPULA LA PERDIDA DE PESO EN 52,9%.

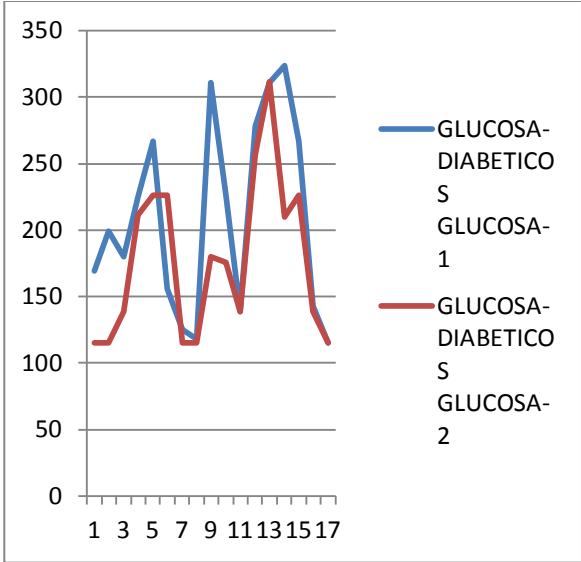


| GLUCOSA-DIABETICOS | |
|--------------------|-----------|
| GLUCOSA-1 | GLUCOSA-2 |
| 169 | 115 |
| 199 | 115 |
| 180 | 139 |
| 225 | 211 |
| 267 | 226 |
| 156 | 226 |
| 125 | 115 |
| 118 | 115 |
| 311 | 180 |
| 226 | 176 |
| 139 | 139 |
| 278 | 257 |
| 311 | 312 |
| 324 | 210 |
| 267 | 226 |
| 143 | 139 |
| 115 | 115 |

VALORACIÓN DE GLUCOSA

ANALISIS.- EN CUANTO A LA VALORACION DE GLUCOSA EN LA TOMA DE PRIMERA ETAPA Y EN EL DE CONTROL; SE APRECIA UNA BAJA EN LAS MEDICIONES DE GLUCOSA.

CORRESPONDE AL 47% DE MEJORIA A VALORES NORMALES DE GLUCOSA.



| | |
|-----------------------|--|
| HIPERTENSION ARTERIAL | |
| VALORACION | |

| HTA-1 | HTA-2 | CAMBIOS |
|---------|---------|---------|
| 130/95 | 130/95 | IGUAL |
| 159/100 | 159/100 | IGUAL |
| 180/110 | 130/95 | BAJO |
| 120/80 | 120/80 | IGUAL |
| 157/92 | 157/92 | IGUAL |
| 149/92 | 149/92 | IGUAL |
| 156/90 | 156/90 | IGUAL |
| 180/110 | 140/90 | BAJO |
| 180/110 | 130/90 | BAJO |
| 149/92 | 149/92 | IGUAL |
| 159/100 | 135/89 | BAJO |
| 149/92 | 130/80 | BAJO |
| 180/110 | 140/90 | BAJO |
| 130/90 | 130/90 | IGUAL |
| 140/90 | 120/70 | BAJO |
| 159/100 | 125/85 | BAJO |
| 170/96 | 130/90 | BAJO |
| 149/92 | 149/92 | IGUAL |
| 159/100 | 159/100 | IGUAL |

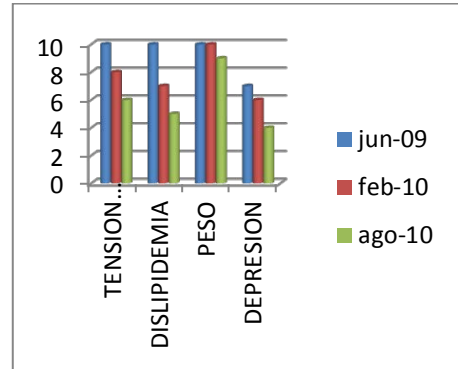
19.....100%

9.....x%

TOTAL: 49%

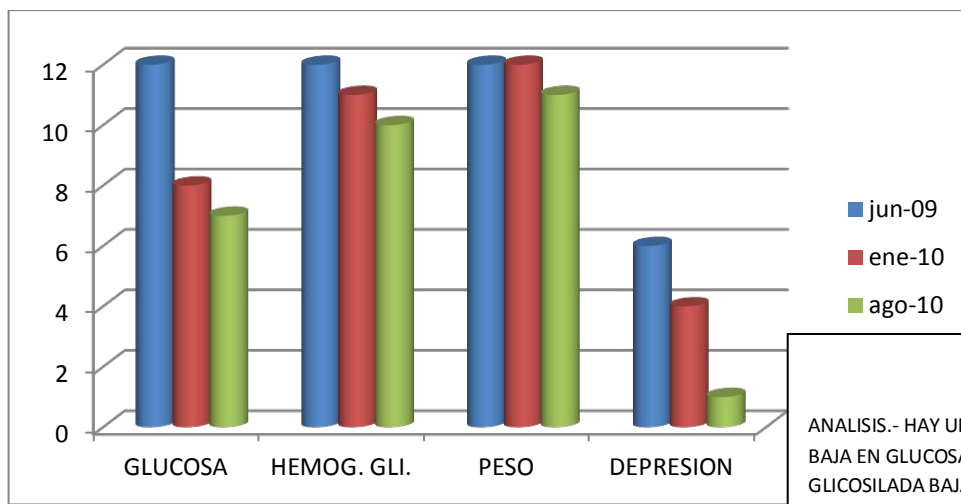
VALORACION GLOBAL:
 APOYO EN TERAPIA
 OCUPACIONAL +
 TRATAMIENTO+

HIPERTENSION ARTERIAL



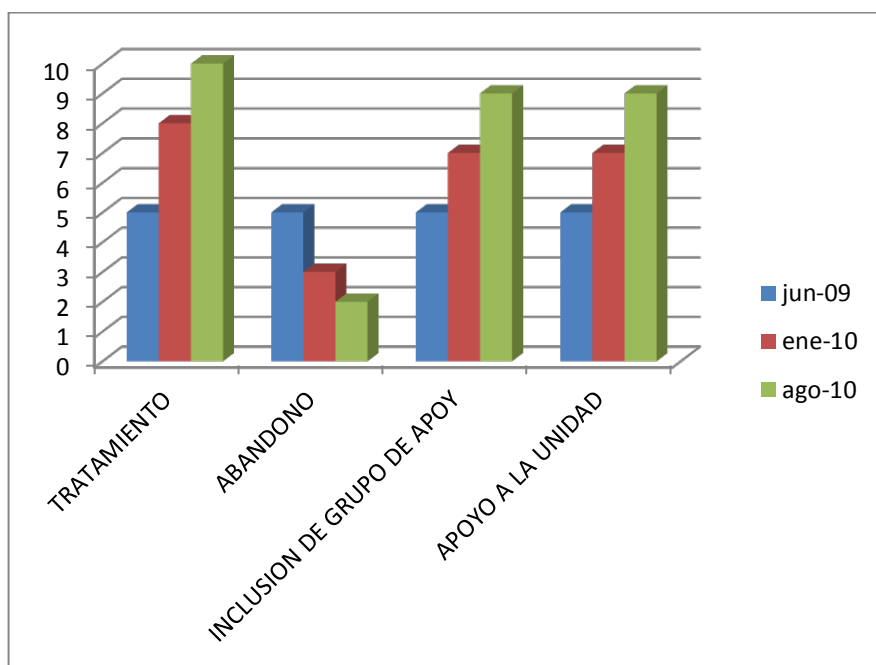
ANALISIS.- DESDE JUNIO 09 A AGOSTO-10. SE EVIDENCIA UNA MEJORIA NOTABLE EN PRESION ARTERIAL. SIN EMBARGO EL PESO SE MANTIENE EN UN 40 %. Y UN DESCENSO IMPORTANTE EN DISLIPIDEMIA.

PACIENTES- DIABETICOS



ANALISIS.- HAY UNA TENDENCIA A LA BAJA EN GLUCOSA, EN HEMOGLOBINA GLICOSILADA BAJA ENTRE ENERO Y AGOSTO DE ESTE AÑO. EL PESO SE MANTIENE, BAJA A POCOS NIVELES. PARA AGOSTO.

DIABETICOS E HIPERTENSOS



ANALISIS.-EL TRATAMIENTO SE MANTIENE EN EL PERIODO DE EVALUACION, ABANDONO AL TRATAMIENTO DISMINUYE, LA INCLUSION A UN GRUPO DE APOYO, TIPO CLUB AUMENTA Y EL APOYO A LA COMUNIDAD HA INCREMENTADO CON FUERZA.

EVALUACION:

RESULTADOS

Tabla 1.- Tabla descriptiva del estudio

| VARIABLES | NUMERO DE CASOS 100% (36) | NUMERO DE CONTROLES 100%(36) |
|-----------------|------------------------------|---------------------------------|
| GENERO FEMENINO | 26 (72%) | |
| MASCULINO | 10 (27,7%) | |

13.-CONCLUSIONES:

- El Proyecto fortaleció alianzas estratégicas y la participación multisectorial y ciudadana para la adopción de cambios estructurales que favorezcan la salud y la adopción de ambientes saludables y seguros en las comunidades, escuelas y recreación.
- Igualmente el proyecto aboga por los cambios necesarios para la modificación de los determinantes y estilos de vida responsables de las mayores causas de muerte y enfermedad de la población, el sedentarismo, la obesidad, nutrición.
- Observamos que los usuarios participaron activamente en las sesiones grupales e individuales de Terapia Ocupacional, y creemos que esta adherencia se debe fundamentalmente a la motivación e interés que representaba este tipo de intervención y a que el horario establecido resultaba favorable con respecto a las actividades que desempeñan durante el día (trabajo, cuidado de los hijos, nietos, etc.). A su vez, las características de las sesiones de Terapia Ocupacional fomentaron la participación activa de los usuarios. Debido a que encontramos satisfacción, por ejemplo en la cosecha de productos hechos por cada uno.
- Un aspecto no considerado dentro de los objetivos de nuestra intervención, es el incremento de la autoestima por parte de los usuarios. El hecho de compartir experiencias con otras personas implica que no son los únicos en este proceso; por lo tanto sienten más apoyo y se valoran más como personas, encontramos aquí el fenómeno de lo que se denomina “universalización de los problemas”, es decir, darse cuenta que no se es el único que tiene el problema, y por lo tanto de esta manera se favorece una mayor apertura frente al tema, mayor flexibilidad y creatividad para enfrentarlo y se eliminan algunos mecanismos de defensa que podrían operar en contra de un proceso de crecimiento y desarrollo.
- El tratamiento se mantiene en el periodo de evaluación, abandono al tratamiento disminuye, la inclusión a un grupo de apoyo, tipo club aumenta y el apoyo a la comunidad ha incrementado con fuerza.
- Les guiamos a nuestros pacientes con enfermedades crónicas, entender el estilo de vida de una manera práctica y productiva como son los huertos familiares.
- De manera global nuestra intervención (charlas y talleres) sobre nutrición adecuada realizada en el Club de Enfermos Crónicos de S.C.S. de Santa Clara de San Millán permitió aumentar el conocimiento de las personas sobre su alimentación y conseguimos medir por medio de las encuestas y mediciones

de medidas antropométricas, signos vitales (T/A), glucosa, que un 30% de los enfermos crónicos mejoraron su alimentación luego de nuestra intervención, las cifras de presión arterial disminuyeron, así como también los niveles de glucosa, por lo tanto; la terapia ocupacional nos ayudo a tener un seguimiento cercano y continuo del estado de salud del paciente y su evolución en el tratado de su patología.

- Nuestra intervención (charlas y talleres) sobre control permanente y alimentación; amparado con las faenas que cumplían nuestros pacientes en el Huerto Familiar, permitió aumentar el conocimiento de las personas sobre la forma en que deben cuidar su propio cuerpo, fomentando el auto-cuidado; y conseguimos evaluar por medio de las encuestas que un 30% de los enfermos crónicos mejoraron luego de nuestra intervención pero el 100% de ellos cree que todavía necesita más información sobre ejercicio y alimentación y agricultura para realizarlo adecuadamente.
- Sin duda las modificaciones en los niveles de control metabólico se relacionan con el estilo de vida, cuyos dominios incluyen conductas y preferencias relacionadas con la alimentación, actividad física, alimentación con productos orgánicos, producto de sus manos, cosechadas por ellos. Esto disminuyó significativamente su estado depresivo y adoptaron aptitudes sociales y colectivas, además de realización personal.
- El manejo emocional, El 90% de pacientes, ha disminuido los niveles de depresión con una terapia ocupacional.
- Hay un 90% de disminución al abandono al tratamiento. Debido a controles periódicos por parte del equipo controlador de salud.
- El 47% de los pacientes han mejorado los niveles de glucosa, al incrementar un control integral con una terapia ocupacional.
- Disminución de 1 en cuanto a valores de hemoglobina. correspondiendo al 58.8%. Consideramos una media de valor de Hemoglobina Glicosilada de 10 sin terapia ocupacional y disminuyó en promedio de 9.
- Hay una tendencia a +-2 a 4 kilos de pérdida de peso, sin embargo se estipula la pérdida de peso en 52,9%.
- Se planeó que los pacientes fueran los capacitadores del sector, por lo tanto se habla de universidad comunal; pues ellos enseñarían a los estudiantes de escuelas del sector sobre alimentación saludable en el huerto familiar y en efecto se capacitó a todas las instituciones programadas.

14.-RECOMENDACIONES:

- Se requiere más que un enfoque multidisciplinario, lo cual parece lejano en nuestras unidades de atención primaria, debido a que no existen en estas unidades de salud, profesionales de la psicología, que lleven a la práctica estrategias de evaluación, intervención y seguimiento, en pacientes deprimidos en pro de una atención integral, y aunque el Ministerio de Salud Pública desea una atención integral enfocada al individuo y su entorno, se reconoce la importancia de la atención co-participativa entre el equipo de salud y el paciente pues en ocasiones resultan insuficientes para atender a toda la población que requiere de estos servicios especializados.
- Por otra parte, con fines preventivos, resulta conveniente seguir orientando los esfuerzos hacia investigaciones que busquen en los factores psico-afectivos.
- De la misma forma, para un estudio más profundo del comportamiento de la depresión de pacientes con enfermedades crónicas como diabetes y e hipertensión, se deben realizar estudios con diferentes metodologías, tal es el caso de estudios controlados, complementados con diseños cualitativos para conocer más de la subjetividad del padecimiento de quien vive con diabetes.
- Dar continuidad a un proyecto que involucre varios actores sociales, con patologías diferentes e intereses compartidos; crear espacios para reforzar el club y dar seguimiento en años venideros a la evolución de dicho proyecto. El mismo que tenga proyección sectorial en la comunidad; y tal vez se pueda convertir no solo en terapia médica sino en fuente económica de trabajo.

15.- BIBLIOGRAFIA:

2. Bobenrieth, M.A. (2002). Normas para la revisión de artículos en Ciencias de la Salud. *Revista Internacional de Psicología de la Salud / Internacional Journal of Clinical Psychology*, 2, 509-523.
3. Cantón, E., Domingo, A. y ernansaiz, B. (2008). Psicología de la motivación y emoción aplicada a la Diabetes Tipo I: un estudio preliminar. En I. Etxebarria et al. (eds.): *Emoción y motivación. Contribuciones actuales* (cap. 24, pp. 277-286). Madrid: Asociación de Motivación y Emoción.
4. Crane, D. (1969). Social structures in a group of scientist: a test of the "invisible college" hypothesis. *American Sociological Review*, 34, 335-352.
5. Glasgow, R.E., Fischer, E.B., Anderson, B.J., LaGreca, A., Marrero, E., Johnson, S.B., Rubin, R.R. y Cox, D.J. (1999). Behavioral science in diabetes. Contributions and opportunities. *Diabetes Care*, 22(5), 832-843.
6. Gonder-Frederick, L.A., Cox, D.J. y Ritterband, L.M. (2002). Diabetes and Behavioral Medicine: the second decade. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 70(3), 611-625.
7. Gregg, E.W. y Brown, A. (2003). Cognitive and Physical Disabilities and Aging-Related Complications of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 21(3), 113-118.
8. López de la Torre, M., De la Fuente, M., Vílchez, R. y Gil Roales-Nieto, J. (1994). Diabetes Mellitus Insulinoddependiente: Aspectos clínicos. En J. Gil y M. De la Fuente (Eds.), *Psicología y Diabetes: Áreas de intervención y aplicaciones*. (Vol. I) (pp. 17-42) Almería: I.E.A.
9. Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología de la Salud / Internacional Journal of Clinical Psychology*, 2, 503-508
10. Murray, J.L. y Lopez, A.D. (1997). Global Mortality, Disability, and the Contribution of risk Factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1436-1442.
11. Peyrot, M. y Rubin, R.R. (1997). Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, 20(4), 585-590.
12. Polaino, A. (1994). La diabetes y su tratamiento. En A. Polaino y J. Gil (Eds.), *Psicología y diabetes infantojuvenil* (pp. 1-37). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

13. Velásquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) Arch Cardiol Mex 2002; 72(1):71-84.
14. Aguilar CA, Velásquez O, Gómez F, González A, Lara A, Molina V, et al. Characteristics of patients with type 2 diabetes in Mexico. Diabetes Care 2003; (26):2021-2026
15. Eaton WW, Armenian HA, Gallo J, Pratt L, Ford DE. Depression and risk for onset of type II diabetes: A prospective population-based study. Diabetes Care 1996; 19:1097-1102.
16. Kovacs M, Goldston D, Obrosky DS, Scott MS, Bonar LK. Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. Diabetes Care 1997; 20(1):36-44.
17. Peyrot M, Rubin RR. Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. Diabetes Care 1997; 20:585-590.
18. Vázquez-Estupiñán F, Ruiz-Flores LG, Corlay-Noriega I. Depresión y diabetes mellitus: Conceptos actuales. Revista de Investigación en Salud 2000; 11:35-37
19. Jacobson AM, Hauser ST, Willet JB, Dvorak R, Wolpert H, Herman L, et al. Psychological adjustment to IDDM: 10-year follow-up of an onset cohort of child and adolescent patients. Diabetes Care 1997; 20(5):811-818.
20. Anderson RJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. Diabetes Care 2001; 24(6):1069-1078
21. Lustman PJ, Griffith LS, Gavard JA, Clouse RE. Depression in adults with diabetes. Diabetes Care 1992; 15:1631-1639.
22. Borges G, Medina ME, López S. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. Salud Pública de México 2004; 46:451-463.
23. Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. Depression in late life: A hidden public health problem for México? Salud Pública de México 1999; 41(3):189-202.
24. López MI, Rodríguez HM. Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. Revista Cubana de Medicina General Integ 1999; 15(1):19-23.
25. Santillana SP, Alvarado LE. Depresión en población adulta mayor: Tamizaje en unidad de primer nivel de atención médica. Rev Med IMSS 1999; 37(2):111-115.
26. Jouko A. Depression in subjects with type 2 diabetes: Predictive factors and relation to quality of life. Diabetes Care 1999; 22(6):997-998.

27. Lustman PJ. Depression and poor glycemc control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23:934-942
28. Lustman PJ. Fluoxetine for Depresión in Diabetes. A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care* 2000; 23:618-623.
29. Alpizar SM, Pizaña BJA, Zárata AA. La diabetes mellitus en el adulto mayor. *Rev Med IMSS* 1999; 37(2):117-125.
30. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México, D.F. 2002.
31. Lerman GI. Aspectos psicosociales en la diabetes mellitus en: Atención integral del paciente diabético. México: Mc Graw Hill 2003 pp. 37-51.
32. Neel JV. The "thrifty genotype" in 1998. *Nutrition Reviews* 1999; 57(5):52-59.
33. Robles SL. ¿Cómo explicar el sufrimiento de las personas a causa de la enfermedad? *Investigación en salud* 1999; 3:205-212.
34. Lifshitz GA, Arreola F, Castro MG, Fiorelli S, Islas Andrade S, Méndez F. et al. A propósito de la diabetes en México. *Rev Med IMSS* 1996; 34(5):343-344.
35. Arauz AG. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2001; 9(3):145-153. 25. García de Alba JE, Salcedo-Rocha AL, Colunga-Rodríguez C, González-Barrera JA, Herrera-Solís E, Milke-Nájar ME. UISESS Scale for Staging and Classifying clinical-Epidemiological risk in type 2 diabetes mellitus for establishing multidisciplinary preventive actions. *Preventive Medicine* 2005; 41:211-218
36. Calderón-Narváez G. Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos. *Rev Med IMSS* 1992; 30:377-380.
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition. Washington D.C. : American Psychiatric Association; 1994.
38. Secretaria de Salud Norma Oficial Mexicana. NOM-O15-SSA-2000. Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia; 2000.
39. García de Alba JE, Salcedo-Rocha AL, Covarrubias-Gutiérrez V, Colunga-Rodríguez C, Milke-Nájar ME. Diabetes mellitus tipo 2 y ejercicio físico: Resultados de una intervención. *Rev Med IMSS* 2004; 42(5):395-404.
40. Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México* 2001; 43(3):233-236. 31. Unit Kingdom Prospective Diabetes Study Group (UKPDS). Intensive blood-glucose control with

sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352:837-853.

41. López JM, Ariza CR, Rodríguez JR, Murguía C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Mex* 2003; 45:259-268
42. Franciosi M, Pellegrini F, De Berardis G, Belfiglio M, Cavaliere D, Di Nardo B, et.al. The Impact of Blood Glucose Self-Monitoring on Metabolic Control and Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients. An urgent need for better educational strategies. *Diabetes Care* 2001; 24:1870-1877.
43. Robert M, Anderson MM, Funell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG. The diabetes empowerment scale: A measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care* 2000; 23(6):739-743.
44. Grey M, Boland E, Yu C, Sullivan BS, Tamborlane W. Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes Care* 1998; 21:909-911]
45. Daniulaityte R. Making sense of diabetes: cultural models, gender and individual adjustment to type 2 diabetes in a Mexican community. *Soc Sci Med* 2004; 59:1899-1912.
46. Carnethon M, Kinder L, Fair J, Stafford R, Fortmann S. Síntomas de depresión como factor de riesgo para incidencia de diabetes: Hallazgos del estudio epidemiológico de seguimiento de salud Nacional y Examinación Nutricional, 1971-1992. *American Journal of Epidemiology* 2003; 158(5):416-423
47. Black S, Markidez K, Ray L. Depresión predice el incremento en la incidencia de resultados adversos en personas de mayor edad Mexicoamericanos. *Diabetes Care* 2003; 26(10):2822-2828.

REFERENCIAS-METAANALISIS DEL TEMA:

48. Corr S, Bayer A. Trabajo de terapia para pacientes con accidente cerebrovascular después de alta del hospital. *Rehabilitación clínica* de 1995; 9:291-6.
49. Gilberston L, Langhorne P, Walker A, Allen A, Murray GD. terapia ocupacional para pacientes con accidente cerebrovascular alta hospitalaria: ensayo controlaban una aleatorios. *BMJ* 2000; 320:603-6.

50. Chiu WY, Man DWK. El efecto de la formación de adultos mayores con trazo para utilizar dispositivos de asistencia en el hogar. Diario de terapia ocupacional de 2004 de la investigación; 24 (3): 113-20.

51. Drummond are, MF de Walker. Generalización de los efectos de la rehabilitación de ocio para pacientes con accidente cerebrovascular.

52. British Journal de terapia ocupacional de 1996; 59 (7): 330-4. Walker MF, Drummond are. Evaluación de la práctica de aderezo para pacientes con accidente cerebrovascular después de la aprobación de la gestión del hospital: un estudio de diseño cruzado.

53. Clínica Logan P, Ahern J, Gladman marcha, nota de Lincoln Ensayo de terapia mejorada de profesionales de servicio social para pacientes con accidente cerebrovascular controlan una aleatorios.

54. La intervención de un terapeuta ocupacional eficaz para aumentar la independencia para los residentes con trazo vive en un hogar de cuidado?. 2003 De enfermedades cerebrovasculares; 16(Suppl 4):112 (Abst P481).

55. Sackley CM, Copley Atkinson J, Walker MF. Configuración de cuidado de terapia ocupacional en enfermería y residencial: una descripción de un aleatorio controlado prueba de intervención.

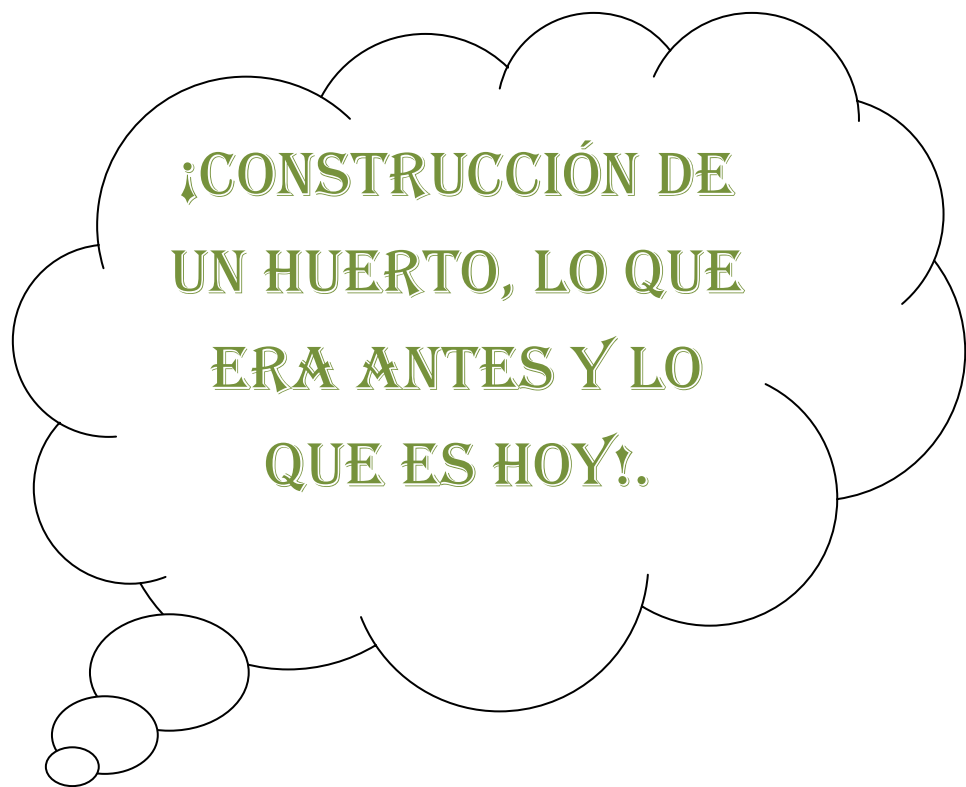
56. British Journal de terapia ocupacional de 2004; 67 (3): 104-9. Parker CJ, Gladman marcha, Drummond are, Dewey ME, Lincoln NB, maduro D, et al. Un multi-centro aleatorios ensayo controlado de la terapia de ocio y terapia convencional ocupacional después del accidente cerebrovascular. Clínica de rehabilitación de 2001; 15: 42-52.

57. Jongbloed L, Stacey S, rehabilitación de Brighton C. trazo: sensorio-motora tratamiento integrado versus tratamiento funcional. Revista de terapia ocupacional de 1989; 43 (6): 391-7.

58. Byl N, Roderick J, Mohamed O, Hanny M, Kotler J, Smith A, et al. Eficacia de rehabilitación sensorial y motora de la extremidad superior siguiendo los principios de neuroplasticity: los pacientes estables poststroke. Neurorrehabilitación y neuronales de reparación de 2003; 173:176-91.

59. MA de Chamberlain, Thornley G, J de Stowe, Wright V. evaluación de ayudas y equipamiento para el baño: II. Una posible solución al problema. Reumatología y rehabilitación de 1981; 20: 38-43.

ANEXOS:



MATRIZ DE INSTRUMENTOS.

Metodología y Estrategias

- Voluntariado social (pacientes).
- Vigilancia Comunitaria.
- Educación, Promoción y Prevención.
- Fortalecimiento de Capacidades al nivel comunitario e institucional.
- Coordinación Interinstitucional.

PLAN DE TRABAJO:

Cronograma de
Actividades



| | |
|--|---|
| Evaluación formativa | Los grupos sociales del proyecto se reúnen para evaluar la evolución del proyecto hasta la fecha, incluyendo los indicadores del proceso |
| Evaluación de la Formación Se recopilan y resumen los datos de la evaluación | Se destacan las necesidades de la población "La Comuna" para una posterior educación superior y las implicaciones en la |
| Actividades de Programación | Es desarrollado con contribuciones por parte de todos los grupos asociados del proyecto |
| Entrevistas Exhaustivas | A los pacientes de la Unidad Operativa Sta. Clara de San Millán, con HTA y diabetes. Y adulto Mayor |
| Documentar las reflexiones sobre cada entrevista | A la comunidad |
| Encuesta del personal de Salud. Sub-centro Sta. Clara de San Millán | Sobre datos que serán utilizados en el estudio y en la evaluación de los resultados) para ser desarrollada, probada, revisada y distribuida a todo el personal. |
| Encuesta y Alcance a la Comunidad | Para determinar actividades de promoción de salud, construir una propuesta. |
| Vigilancia, determinación en campo de las condiciones de la Comunidad | Recolectar material demostrativo, tales como fotos y videos. |
| Capacitación del grupo. Como equipo para discutir sobre programación, alcance y actividades de investigación | Revisión de Historiales médicos, propuestas de terapia que articule el bien propio y el colectivo |

| | |
|---|--|
| Recursos de Educación en temas de Salud | Proporcionadas a los pacientes durante los talleres y las actividades de seguimiento |
| Evaluación | Los resultados de la evaluación de realizar una atención integral conjuntamente con una terapia ocupacional, son entregados a los miembros del Equipo del Proyecto y utilizados para planificar las siguientes estrategias de alcance así como el contenido de los talleres. |
| Encuesta de seguimiento | Se compilan las problemáticas identificadas en las anotaciones de las entrevistas |

I. PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

| Nº Actividad | FECHA | TEMA | UNIVERSO | LUGAR | TIEMPO NECESARIO |
|--------------|------------|---|-------------|--|------------------|
| 1 | 09/06/2010 | CHARLA SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 17 personas | Sala de reuniones del subcentro de "SANTA CLARA DE SAN MILLAN " | 1 hora |
| 2 | 30/06/2010 | ENCUESTA PRE 2DA INTERVENCIÓN | 11 personas | Sala de reuniones del subcentro de "SANTA CLARA DE SAN MILLAN " | 1 horas |
| 3 | 30/06/2010 | CHARLA SOBRE EJECICIO SALUDABLE | 11 personas | Sala de reuniones del subcentro de "SANTA CLARA DE SAN MILLAN "" | 1 hora |
| 4 | 30/06/2010 | ENCUESTA POST 2DA INTERVENCIÓN | 17 personas | Sala de reuniones del subcentro de "SANTA CLARA DE SAN MILLAN " | 1 hora |
| 5 | 07/07/2010 | ENCUESTA PRE 3ERA INTERVENCIÓN | 11 personas | Sala de reuniones del subcentro de "SANTA CLARA DE SAN MILLAN " | 1 hora |
| 6 | 07/07/2010 | CHARLA SOBRE DIETA SALUDABLE | 11 personas | Sala de reuniones del subcentro de "SANTA CLARA DE SAN MILLAN " | 1 hora |
| 7 | 14/07/2010 | TALLER DE EVALUACIÓN SOBRE LA CHARLA DE DIETA SALUDABLE | 11 personas | Sala de reuniones del subcentro de "SANTA CLARA DE SAN MILLAN " | 1 hora |
| 8 | 28/07/2010 | ENCUESTA POST 3ERA INTERVENCIÓN | 19 personas | Sala de reuniones del subcentro de "SANTA CLARA DE SAN MILLAN " | 4 horas |

| | | | | | |
|---|-------------|---------------------------------------|-------------|---|---------|
| 9 | 28/07/20120 | CHARLA SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2 | 19 PERSONAS | Sala de reuniones del subcentro de "SANTA CLARA DE SAN MILLAN " | 4 horas |
|---|-------------|---------------------------------------|-------------|---|---------|

EVALUACION- RESULTADOS:

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS

| DIABETICOS | | | | | | | |
|------------|--------------------|------|------|-------|--------------|------|------|
| NUMERO | NOMBRE | EDAD | PESO | TALLA | CIRC. ABDOM. | IMC | SEXO |
| 1 | TERESA CEVALLOS | 56 | 69 | 1.45 | 101 | 32,8 | F |
| 2 | MARIA DIAZ | 67 | 75 | 1.43 | 114 | 37,5 | F |
| 3 | SANDRA CEVALLOS | 39 | 73 | 1.44 | 112 | 36,5 | F |
| 4 | LOPEZ MARTHA | 46 | 78 | 1.48 | 114 | 37,1 | F |
| 5 | MARIA QUILATUÑA | 69 | 67 | 1.49 | 116 | 32 | F |
| 6 | MARIA CHILUISA | 72 | 66 | 1.48 | 106 | 31,4 | F |
| 7 | BEATRIZ TOGTAHUANO | 56 | 69 | 1.52 | 108 | 30 | F |
| 8 | MARIA ELENA TINGO | 71 | 71 | 1.54 | 97 | 29,5 | F |
| 9 | GLORIA AGUIRRE | 53 | 69 | 1.55 | 98 | 28,7 | F |
| 10 | ROSARIO CHINGO | 54 | 81 | 1.62 | 98 | 31,1 | F |
| 11 | CARMEN MOROCHO | 54 | 67 | 1.64 | 94 | 25,7 | F |
| 12 | MARGARITA CHULDE | 51 | 61 | 1.45 | 96 | 29 | F |
| 13 | SEGUNDO VELA | 52 | 76 | 1.68 | 97 | 27,1 | M |
| 14 | SEGUNDO CEPA | 64 | 74 | 1.53 | 98 | 32,1 | M |
| 15 | SERGIO CEVALLOS | 65 | 75 | 1.67 | 99 | 27,7 | M |
| 16 | ANIBAL TINGO | 65 | 69 | 1.66 | 97 | 25,5 | M |
| 17 | FERNANDO CHICAIZA | 59 | 75 | 1.62 | 101 | 28,8 | M |

PACIENTES CON ENFERMEDADES
CRONICAS

| HIPERTENSOS | | | | | | | |
|-------------|-----------------------|------|------|-------|-----------------|------|------|
| NUMERO | NOMBRE | EDAD | PESO | TALLA | CIRC. ABDOM. | IMC | SEXO |
| 1 | MARIANELA POZO | 69 | 67 | 1.49 | 116 | 32 | F |
| 2 | SUSANA RIOS | 72 | 66 | 1.48 | 106 | 31,4 | F |
| 3 | ROSARIO ANCHALIQUI | 52 | 76 | 1.68 | 97 | 27,1 | F |
| 4 | ENCARNACION ANCHUI | 64 | 74 | 1.53 | 98 | 32,1 | F |
| 5 | ROSARIO ANCHALIQUI | 56 | 69 | 1.45 | 101 | 32,8 | F |
| 6 | CONCEPCION PRADO | 67 | 75 | 1.43 | 114 | 37,5 | F |
| 7 | MARTHA CHAVEZ | 39 | 73 | 1.44 | 112 | 36,5 | F |
| 8 | SOLEDAD DIAZ | 46 | 78 | 1.48 | 114 | 37,1 | F |
| 9 | SARA SINGO | 65 | 75 | 1.67 | 99 | 27,7 | F |
| 10 | CARMELINA TUCTUARE | 65 | 69 | 1.66 | 97 | 25,5 | F |
| 11 | MARICELA CANDO | 59 | 75 | 1.62 | 101 | 28,8 | F |
| 12 | MARIA CASTRO | 67 | 69 | 1.62 | 97 | 25,5 | F |
| 13 | ANGELINA ESPIN | 73 | 75 | 1.62 | 101 | 28,8 | F |
| 14 | CARMEN SANGUCHO | 56 | 69 | 1.52 | 108 | 30 | F |
| 15 | JORGE MONTENEGRO | 71 | 71 | 1.54 | 97 | 29,5 | M |
| 16 | SEGUNDO MAYA | 53 | 69 | 1.55 | 98 | 28,7 | M |
| 17 | ANGEL TUARI | 54 | 81 | 1.62 | 98 | 31,1 | M |
| 18 | CARLOS CHUQUI | 54 | 67 | 1.64 | 94 | 25,7 | M |
| 19 | MANUEL SUNCHO | 51 | 61 | 1.45 | 96 | 29 | M |

RESULTADOS: EXAMENES

| |
|--------------------------|
| HIPERTENSION ARTERIAL |
|--------------------------|

PACIENTES CON ENFERMEDADES
CRONICAS

| HIPERTENSOS- DIABETICOS | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------|------|-----------|---------|------|-----------|
| NUMERO | NOMBRE | T/A | PESO | DISLIPID. | T/A | PESO | DISLIPID. |
| 1 | MARIANELA POZO | 130/95 | 67 | NO | 130/95 | 65 | NO |
| 2 | SUSANA RIOS | 159/100 | 66 | SI | 159/100 | 64 | NO |
| 3 | ROSARIO ANCHALIQUI | 180/110 | 76 | SI | 130/95 | 70 | SI |
| 4 | ENCARNACION ANCHUI | 120/80 | 74 | NO | 120/80 | 71 | NO |
| 5 | ROSARIO ANCHALIQUI | 157/92 | 69 | SI | 157/92 | 69 | NO |
| 6 | CONCEPCION PRADO | 149/92 | 75 | NO | 149/92 | 75 | NO |
| 7 | MARTHA CHAVEZ | 156/90 | 73 | SI | 156/90 | 73 | NO |
| 8 | SOLEDAD DIAZ | 180/110 | 78 | SI | 140/90 | 72 | NO |
| 9 | SARA SINGO | 180/110 | 75 | SI | 130/90 | 75 | SI |
| 10 | CARMELINA TUCTUARE | 149/92 | 69 | NO | 149/92 | 69 | NO |
| 11 | MARICELA CANDO | 159/100 | 75 | SI | 135/89 | 69 | NO |
| 12 | MARIA CASTRO | 149/92 | 69 | NO | 130/80 | 69 | NO |
| 13 | ANGELINA ESPIN | 180/110 | 75 | SI | 140/90 | 75 | SI |
| 14 | CARMEN SANGUCHO | 130/90 | 69 | NO | 130/90 | 69 | NO |
| 15 | JORGE MONTENEGRO | 140/90 | 71 | NO | 120/70 | 71 | NO |
| 16 | SEGUNDO MAYA | 159/100 | 69 | SI | 125/85 | 69 | NO |
| 17 | ANGEL TUARI | 170/96 | 81 | SI | 130/90 | 81 | NO |
| 18 | CARLOS CHUQUI | 149/92 | 67 | NO | 149/92 | 67 | NO |
| 19 | MANUEL SUNCHO | 159/100 | 61 | SI | 159/100 | 61 | NO |

| DIABETICOS | | EXAMENES | | | | | |
|------------|-----------------------|--------------------|------|-------------|----------------|------|-------------|
| NUMERO | NOMBRE | HEMOGLOB - GLIC | PESO | GLUCOS A | HMOGLO.GL I | PESO | GLUCOS A |
| 1 | TERESA CEVALLOS | 8 | 69 | 169 | 7 | 68 | 115 |
| 2 | MARIA DIAZ | 9 | 75 | 199 | 7 | 72 | 115 |
| 3 | SANDRA CEVALLOS | 8 | 73 | 180 | 8 | 70 | 139 |
| 4 | LOPEZ MARTHA | 11 | 78 | 225 | 10 | 74 | 211 |
| 5 | MARIA QUILATUÑA | 12 | 67 | 267 | 10 | 65 | 226 |
| 6 | MARIA CHILUISA | 12 | 66 | 156 | 10 | 64 | 226 |
| 7 | BEATRIZ TOGTAHUANO | 7 | 69 | 125 | 7 | 68 | 115 |
| 8 | MARIA ELENA TINGO | 7 | 71 | 118 | 7 | 70 | 115 |
| 9 | GLORIA AGUIRRE | 11 | 69 | 311 | 9 | 69 | 180 |
| 10 | ROSARIO CHINGO | 10 | 81 | 226 | 9 | 81 | 176 |
| 11 | CARMEN MOROCHO | 8 | 67 | 139 | 8 | 67 | 139 |
| 12 | MARGARITA CHULDE | 12 | 61 | 278 | 12 | 61 | 257 |
| 13 | SEGUNDO VELA | 12 | 76 | 311 | 11 | 76 | 312 |
| 14 | SEGUNDO CEPA | 12 | 74 | 324 | 11 | 70 | 210 |
| 15 | SERGIO CEVALLOS | 11 | 75 | 267 | 10 | 75 | 226 |
| 16 | ANIBAL TINGO | 8 | 69 | 143 | 8 | 66 | 139 |
| 17 | FERNANDO CHICAIZA | 7 | 75 | 115 | 7 | 74 | 115 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

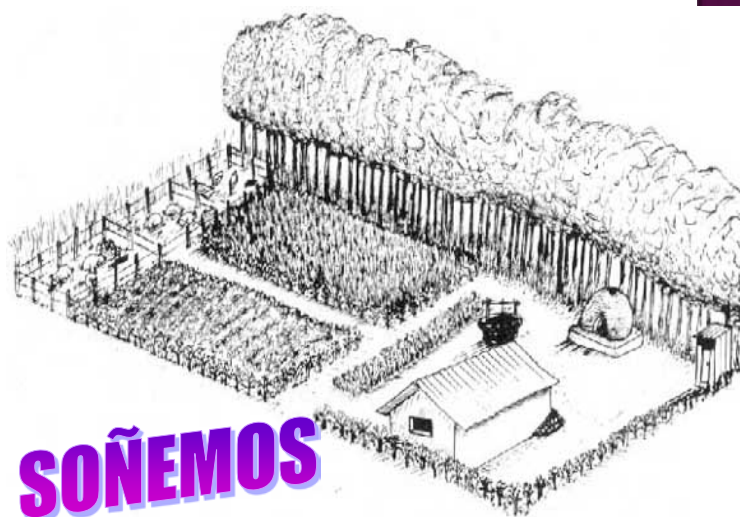
COMO ERA ANTES



NUESTRO OBJETIVO ES:



COMENZÓ COMO UN ANHELO!



LUEGO. COMENZÓ EL TRABAJO. HABLANDO EN REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS. PARTICIPANDO CON LA COMUNIDAD, PIDIENDO EL TERRENO PARA NUESTRO OBJETIVO.

1ERA. ETAPA: LEGALIZACIÓN Y PETICIÓN DE TERRENO



SE HABLÓ DEL PROYECTO EN REUNIONES DEL CABILDO LA COMUNA



REUNIONES ORDINARIAS



REUNIONES EXTRAORDINARIAS

1ERA. ETAPA: CAPACITACIÓN- VISITAMOS EL LABORATORIO DEMOSTRATIVO DE CONQUITO- FUNDACIÓN AGRUPAR

CAPACITACIONES- 1ER. PASO



LABORATORIO-CONQUITO EN CAMPO



CAPACITACIÓN TEÓRICA



PACIENTES-COMPROMETIDOS
COMUNIDAD-ENTUSIASTA. (AREA N°2)



CAMINO A UN PROYECTO



CONOCIENDO UNA VISIÓN

2DA. ETAPA. APOYO INSTITUCIONAL. LIMPIEZA DE TERRENO. CREACIÓN DE HUERTOS:

**MINGAS- APOYO
INTERINSTITUCIONAL. 2DA. ETAPA**



COLEGIO JUAN MONTALVO



UPC.COMUNA (PROGRAMA
EDUCACIÓN VIAL)

**LIMPIEZA DE TERRENO- CREACIÓN
DE CERRAMIENTO PROVINCIAL**



3RA. ETAPA: INVITAR A LA COMUNIDAD

INVITAR A NUESTRA COMUNIDAD



- ◉ DIMOS A CONOCER CUAL ES NUESTRA META
- ◉ QUIENES NOS APOYAN
- ◉ QUE OBJETIVOS QUEREMOS ALCANZAR
- ◉ ACTAS ENTREGADAS
- ◉ LECTURA DE TERRENO LEGALMENTE DADO HACE 30 AÑOS AL M.S. P.

SE REGISTRARON FIRMAS

EVIDENCIA. FOTOS. VIDEOS.

CONSTRUCCIÓN. DIFICIL TAREA. GRATIFICANTE



- ◉ TODO EL EQUIPO DE SALUD TRABAJO, CON EJEMPLO.
- ◉ COMITÉ DE VEEDURÍA. REUNIONES TODOS LOS MIERCOLES HASTA LA ACTUALIDAD.
- ◉ MINGAS SÁBADOS.

CLUB DE PCTES. CRONICOS. S.C.S.
STA. CLARA DE SAN MILLÁN.



NUESTRAS PRIMERAS SIEMBRAS

ING. PABLO GARÓFALO



SE CREARON EN
TOTAL 36 CAMAS

NUESTRA PRIMERA FORMA
DE EVALUAR UN SUEÑO.

4TA. ETAPA: CAPACITACIONES A INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL SECTOR, POR PARTE DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, COMO REPLICA DE LO APRENDIDO.

CAPACITACIONES. TERCERA ETAPA

INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL SECTOR:
COMEDOR CAE
COMEDOR SAN PABLO
ESCUELA NUEVOS AMIGOS
ESCUELA SAN JOSÉ DE LA COMUNA

- ◉ CON EL APOYO DE LOS INGENIEROS DE CONQUITO, CLUB DE PACIENTES CON ENF. CRÓNICAS, PUDIMOS DAR CAPACITACIÓN POR MEDIO DE UN APRENDIZAJE VISUAL, A NIÑOS DE NUESTRA COMUNIDAD
- ◉ CABE RECALCAR, QUE LOS RESULTADOS HAN SIDO MUY PROMETEDORES.

NIÑOS- APRENDIZAJE VISUAL



INQUIETUD



ENSEÑANZA- DIFERENTE-
PARTICIPATIVA



COSECHA POR CADA NIÑO.
CAPACITADO



5TA. ETAPA: PROMOCIÓN DE PROYECTO-DIFUSIÓN A LA POBLACIÓN, CON PRODUCTOS OBTENIDOS:



FERIA DE SALUD 28 DE JUNIO-2010 4TA. ETAPA- DIFUSIÓN

PROMOCIÓN DE NUESTRO HUERTO
PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD
PARTICIPACIÓN ÁREA DE SALUD Nº2
FUCAE
AGRUPAR-CONQUITO
COMITÉ DE VEEDURIA
SEÑOR TASIGUANO. REPRESENTANTE DE
LA D.P.S.P. DE INTERCULTURALIDAD

FERIA- HUERTOS FAMILIARES



PROMOCIÓN DE NUESTRO HUERTO



EQUIPO DE SALUD. DEMOSTRACIÓN
ALIMENTOS SALUDABLES



VALOR AGREGADO



CAPACITACIÓN

TODA LA COMUNIDAD-BENEFICIADA



CAPACITACIÓN-VISUAL-DEMOSTRATIVA



COSECHA: HUERTO STA. CLARA DE SAN MILLAN. FEBRERO-2010



















Foto tomada el día... de junio del 2010, en una visita a domicilio a los pacientes del Club de enfermedades crónicas. Constan de izquierda a derecha la Señora María Aconda, su nieta, las estudiantes: Estrellita García, Patricia Guerrero, Ana Guamán, alumnas del 7mo. semestre de la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.



Foto tomada el día...30 de junio del 2010, en una visita a domicilio a los pacientes del Club de enfermedades crónicas. En esta foto observamos a la Señora María Aconda y a Degnnis Guadalupe alumno de 7mo Semestre de la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.



Foto tomada el día Miércoles 14 de junio del 2010 en el Taller de Nutrición que se dio a los participantes del Club de Pacientes Crónicos. En esta foto se observa a Patricia Guerrero y Degnnis Guadalupe estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, quienes se encuentran realizando la encuesta pre intervención acerca de nutrición en pacientes crónicos.



Foto tomada el día Miércoles 14 de junio del 2010 en el Taller de Nutrición que se realizó a los participantes del Club de Pacientes Crónicos. En esta foto observamos a Ana Guamán y Estrellita García estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, quienes se encuentran realizando la charla acerca de nutrición en pacientes crónicos.



Foto tomada el día Miércoles 14 de junio del 2010 en el Taller de Nutrición que se dio a los participantes del Club de Pacientes Crónicos. En esta foto se observamos a los pacientes pertenecientes a este club realizando un plato saludable para su enfermedad en la parte posterior se encuentra Estrellita García y Degnnis Guadalupe estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.



Foto tomada el día Miércoles 14 de junio del 2010 en el Taller de Nutrición que se dio a los participantes del Club de Pacientes Crónicos. En esta foto se observa a los pacientes pertenecientes a este club realizando un plato saludable para su enfermedad.



Foto tomada el día Miércoles 14 de junio del 2010 en el Taller de Nutrición que se dio a los participantes del Club de Pacientes Crónicos. En esta foto se observa a Patricia Guerrero, estudiante de la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, quien se encuentra aclarando una duda de la señora María Aconda.



Foto tomada el día Miércoles 14 de junio del 2010 en el Taller de Nutrición que se dio a los participantes del Club de Pacientes Crónicos. En esta foto se observa de atrás hacia adelante Patricia Guerrero, Degnnis Guadalupe, Ana Guamán estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, quienes se encuentran ayudando a los pacientes a poner en orden sus platos de comida.



Foto tomada el día Miércoles 14 de junio del 2010 en el Taller de Nutrición que se dio a los participantes del Club de Pacientes Crónicos. En esta foto se observa los platos que mejor representan la dieta que debe tener un paciente con Hipertensión y Diabetes.

SUB-CENTRO DE SALUD STA. CLARA DE SAN MILLÁN:

