

**LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA: UNA EXPERIENCIA EN LA EMPRESA  
SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL.**

**FRANCY YOLIMA SANTOS GARCÍA.**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER.  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS.  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.  
BUCARAMANGA  
2009.**

**LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA: UNA EXPERIENCIA EN LA EMPRESA  
SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL.**

**FRANCY YOLIMA SANTOS GARCÍA.**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
Trabajadora Social.**

**Directora:**

**ROSALBA RIVERA DE DUARTE**

**Trabajadora Social.**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER.**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS.**

**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.**

**BUCARAMANGA**

**2009.**

## AGRADECIMIENTOS

*“El Mundo está en las manos de aquellos que tienen el coraje de soñar y correr el riesgo de vivir sus sueños.”*

*Manuel Elkin Patarollo.*

*Agradezco a Dios por permitirme tener el coraje y el riesgo de correr tras mi sueño y ver lo hoy realizado. A mis padres por brindarme esta maravillosa experiencia, por su amor, confianza y dedicación incondicional*

*A mis hermanos Daissy, Diana y Cristian por sus ánimos paciencia y esfuerzo*

*De igual manera Andrés, Brenda, Bibiana, Lilia, Olga. Por las expresiones de cariño, amor, sinceridad, amistad y tolerancia que tuvieron conmigo en momentos difíciles.*

*A Martha Socorro Arias quién con su dulzura y serenidad , resultó ser quién me enseñara a perseverar en las diferentes esferas de la vida.*

*A mi directora de Proyecto Rosalba Rivera de Duarte por su dedicación y esmero para con este proyecto de vida*

*A todos ellos y a quienes compartieron conmigo este logro dando sus aportes inquietudes, criticas, gracias de todo Corazón por demostrarme que con amor y entrega se sale adelante sin importar los obstáculos y adversidades.*

*Mil Gracias a Todos*

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	6
1.1 MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE LA SALUD.	6
1.2 PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: UNA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN EN SALUD PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA	9
1.2.1 Educación en Salud	10
1.2.2 Promoción de estilos de vida saludables	11
1.3 LA DIABETES MELLITUS II (DM2): CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DE LA PATOLOGÍA	19
1.3.1 Tipos de Diabetes Mellitus.	20
1.3.2 Factores de riesgo para detectar Diabetes Mellitus II.	21
1.3.3 Complicaciones de la Diabetes Mellitus II.	22
1.3.4 Manejo.	24
1.4 FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA DIABETES MELLITUS II.	25
1.5 LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS II.	27
2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	31
2.1 CONTEXTO DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	31
2.2 LA SALUD EN COLOMBIA	35
2.2.1 Protocolo de atención médica para pacientes diagnosticados con DM2 (Resolución 412 de 2000).	40
2.3 LA SALUD EN SANTANDER	46
2.4 LA SALUD EN SAN GIL	48

2.5 PANORAMA DE LA DIABETES MELLITUS	54
3 LA SALUD COMO DERECHO.	58
3.1 ANTECEDENTES LEGISLATIVOS	58
3.1.1 Constitución Política de 1991.	59
3.1.2 Ley 10 de 1990.	62
3.1.3 Ley 100 de 1993.	63
3.1.4 Ley 1122 del 9 de enero de 2.006.	65
3.2. ESTADO ACTUAL DE LA SALUD COMO DERECHO EN COLOMBIA	67
4 CARACTERIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E) HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL	69
4.1 OBJETO DE LA EMPRESA	69
4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA EMPRESA	70
4.2.1 Instituciones de complejidad media (II Nivel de Atención).	71
4.3 MISIÓN	71
4.4 VISIÓN	72
4.5 PRINCIPIOS BÁSICOS	72
4.6 OBJETIVOS DE LA ESE	72
4.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	73
4.7.1 Área de Dirección.	73
4.7.2 Área Funcional de Logística.	75
4.7.3 Área Funcional de Atención al Usuario.	75
5. ÀREA DE TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN	77
5.1 MISIÓN	77
5.2 VISIÓN	77
5.3 SERVICIOS OFRECIDOS	78
5.4 ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN INSTITUCIONES DE SALUD	78
5.4.1 Objetivos del Trabajador Social en Salud.	78
5.4.2 Áreas de Desempeño del Trabajador Social.	79

5.5 ACCIONES A REALIZAR	84
5.5.1 Promoción.	84
5.5.2 Prevención.	85
5.5.3 Recuperación.	86
5.5.4 Rehabilitación.	86
5.6 CAMPOS DE FORMACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD	86
6 CLUB DE DIABÉTICOS: UN ESPACIO PARA LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA	88
6.1 OBJETIVOS	91
6.1.1 Objetivo general.	91
6.1.2 Objetivos específicos.	91
6.2 DISEÑO METODOLOGICO	92
6.2.1 Técnicas de Intervención.	96
6.2.2 Etapas del proceso de cambio de conducta.	99
6.2.3 Estrategias para mantener activo el proceso de cambio.	102
6.3 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	103
6.4 PLAN DE ACCION DEL PROCESO EDUCATIVO EN DIABETES	110
6.4.1 Intervención del área de Trabajo Social en la Fase inicial.	113
6.4.2 Intervención del área de Trabajo Social en la Fase de Refuerzo.	117
6.4.3 Intervención del área de Trabajo Social en la Fase de Interiorización.	122
CONCLUSIONES	124
RECOMENDACIONES	126
BIBLIOGRAFIA	128

## LISTA DE CUADROS.

Cuadro 1. Enfoque biopsicosocial de la salud.	8
Cuadro 2. Distribución de la población por edad y género.	105
Cuadro 3. Plan de acción: fase inicial	110
Cuadro 4. Plan de acción: fase de refuerzo	115
Cuadro 5. Plan de acción: fase de interiorización.	119

## LISTA DE TABLAS

Tabla No.1 Estimaciones de Población por sexo y zonas, San Gil censo año 2005	48
Tabla No. 2 Estimación de Población según grupos de Edad para el Municipio de San Gil año 2005	49
Tabla No. 3 Primeras Causas de Morbilidad por Egreso Hospitalario Año 2007.	50
Tabla No. 4 Morbilidad urgencias año 2007.	51
Tabla No. 5 Primeras Causas Mortalidad en San Gil 2007.	53

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Organigrama actual de la ESE Hospital Regional de San Gil	76
Figura 2. Distribución por género y rango de edad.	106

## LISTA DE ANEXOS

Anexo a. Acta de conformacion del equipo interdisciplinario de salud	132
Anexo b. Formato de entrevista	134
Anexo c. Anamnesis historia clinica	138
Anexo d. Hoja de evolucion	145
Anexo e. Carnet control de glucometria	146

## GLOSARIO

**ACD: Asociación Colombiana de Diabetes.**

ADO: Antidiabéticos Orales.

AGA: Alteración de Glicemia en Ayunas.

CD: Cetoacidosis Diabética.

CRES: Comisión Reguladora de Salud.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

DM: Diabetes Mellitus.

DM1: Diabetes Mellitus tipo I.

DM2: Diabetes Mellitus II.

EHH: Estado Hiperosmolar Hiperglicémico.

ENDS: Encuesta Nacional de Desarrollo y Salud.

ENSN. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

EPS: Entidad Prestadora de Salud.

ESE: Empresa Social del Estado.

FCD: Federación Colombiana de Diabetes.

FUSANDE: Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad.

HTA: Hipertensión Arterial.

IDF: Federación Internacional de Diabetes.

IPS: Institución Prestadora de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

OSPS: Observatorio de Salud Publica de Santander.

PAB: Plan de Atención Básica.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

POS: Plan Obligatorio de Salud.

POS-S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

## RESUMEN

TITULO: LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA: UNA EXPERIENCIA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL \*

AUTOR: SANTOS GARCIA FRANCY YOLIMA \*\*

PALABRAS CLAVES: Educación en Salud, Estilos de vida Saludables, Diabetes.

## DESCRIPCIÓN

El incremento acelerado de pacientes con patologías crónicas como la Diabetes Mellitus II (DM2) en Colombia y el mundo, ha llevado a los profesionales de la salud a plantear alternativas de tratamiento para frenar esta situación de salud. Para ello se ha creado dentro de las estrategias de intervención la educación en salud tendiente a mejorar la condición de salud del paciente.

La educación en salud es la disciplina encargada de brindar a las personas los conocimientos básicos en el cuidado de la salud, considerando las tres facetas que la conforman: biológica, psicológica y social, así como de transmitir información sobre los comportamientos específicos que suponen un riesgo para la salud y aquellos otros que por el contrario ayudan a su preservación. Esta educación supone la adquisición de estilos de vida saludables que permitan minimizar los factores de riesgo existentes y que predisponen el organismo para complicaciones propias de la enfermedad.

La propuesta de educación diabetológica en la ESE Hospital Regional de San Gil plantea la creación del Club de Diabéticos como un espacio que sirve de escenario para llevar a cabo la capacitación necesaria en el control de la diabetes, facilitando la adopción de los cambios conductuales requeridos para el control de la enfermedad; de igual manera permite la convivencia de los pacientes entre sí y con los miembros del equipo de salud, ayudando a resolver los aspectos emocionales y afectivos que acompañan a la enfermedad.

La organización de los pacientes contribuye a hacer más efectiva la intervención médica, reforzando la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las orientaciones del equipo de salud.

---

\* Proyecto de Grado

\*\* Universidad Industrial de Santander, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de trabajo social, Director. Rosalba Rivera de Duarte

## SUMMARY

**Title:** DIABETOLOGIC EDUCATION: AN EXPERIENCE IN THE SOCIAL ENTERPRISE FROM THE STATE: HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL \*

**Author:** SANTOS GARCIA FRANCY YOLIMA \*\*

**KEY WORDS:** Health Education, Healthy Life Styles, Diabetes.

## DESCRIPTION

The increasing number of patients with chronic pathologies like Diabetes Mellitus II (DM2) in Colombia and the world has let health professionals to consider treatment alternatives to hold back this situation in health. For this purpose, it has been created, inside the intervention strategies, the education in health aimed to improve the patient's health condition.

The education in health is the discipline in charge of giving people the basic knowledge about health care, considering the three facets that form it: the biological facet, the psychological facet and the social facet; also considering the transmission of information about the specific behavior that supposes a health risk, and others that, on the contrary, help to its preservation. This kind of education takes into account the healthy life style acquisition that permits minimize the existent risk factors and that predispose the organism to typical disease complications.

The diabetologic education proposal in the ESE Hospital Regional de San Gil suggests the creation of the Diabetes Club like a space to carry out the necessary training in the diabetes control, facilitating the implementation of behavioral changes required to control the disease; in the same way, it permits the coexistence of the patients among themselves and other members of the health team, helping to solve the emotional aspects that go with the disease.

The organization of the patients contributes for the medical intervention to be more effective, by reinforcing the adhesion to the treatment and the achievement of the health team objectives.

---

\* Projeet of Degree

\*\* Universidad industrial de Santander, Facultad de ciencias humanas, Escuela de trabajo social, Directora Rosalba Rivera de Duarte

## INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente se ha considerado la Diabetes Mellitus (DM2) como una de las principales enfermedades crónicas y de tratamiento complejo asociada a diversas complicaciones que afectan diferentes sistemas del cuerpo humano. Se define como un desorden del metabolismo producido por déficit o resistencia a la insulina en el organismo. Aunque en la actualidad no se cuenta con una “cura definitiva”, se ha recomendado mantener controlados estricta y permanentemente los niveles de glicemia y así disminuir en forma importante las complicaciones físicas, emocionales y de socialización experimentadas por los pacientes.

La Asociación Americana de Educadores en diabetes afirma que esta enfermedad supone un continuo proceso de adaptación tanto al paciente como a su núcleo familiar, el cual no siempre es fácil, ya que en el diabético se desencadenan emociones que conllevan diferentes reacciones en su cuerpo, en sus pensamientos y en su forma de comportarse, siendo necesaria una reacomodación de hábitos en el interior de su contexto social y familiar.

Desde su diagnóstico, el diabético tiene que realizar un laborioso autocuidado que va desde el autoanálisis, el ajuste del tratamiento dietético y farmacológico, hasta otros aspectos como el cuidado de los pies, la higiene, entre otros.

En el abordaje terapéutico del diabético, es esencial la educación diabetológica; no se puede introducir la dieta, el ejercicio y la medicación sin informar al paciente sobre su importancia y sin motivarlo para que adquiera protagonismo en el control de su enfermedad. Así se manifiesta en la [Declaración de Saint Vincent](#) (1989),

donde se afirma que ninguno de los objetivos que se proponen podrá cumplirse a menos que se desarrollen programas efectivos de educación en todos los niveles asistenciales.

La educación diabetológica es entendida como un proceso educativo terapéutico que permite el aprendizaje de aspectos relacionados con esta patología a las personas y familiares que se ven afectados. Esta educación se da teniendo en cuenta los aspectos biomédicos, psicológicos y sociales que inciden en el manejo de la enfermedad. Sus objetivos fundamentales son aportar información, proporcionar conocimientos prácticos y modificar el comportamiento. Se pretende que los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus II (DM2) estén mejor preparados para pensar por sí mismos, tomar sus propias decisiones y fijarse metas realistas. Estos objetivos aumentan la calidad de vida de los pacientes diabéticos al mejorar el cumplimiento del tratamiento, y por lo tanto, el control metabólico.

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la misma. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés, u otros factores puede afectar el nivel de azúcar en la sangre. Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, se espera sea mejor el control que puedan ganar sobre su condición.

La universalización de las propuestas de educación diabetológica precisa potenciar el papel de la atención en salud en el cuidado del diabético. En los últimos años, como lo registra la Federación Colombiana de Diabetes (FCD), los equipos sanitarios han ido asumiendo progresivamente las funciones de detección, tratamiento y educación en salud de los pacientes diabéticos, especialmente de aquellos que presentan DM2, por su mayor prevalencia y

factores de riesgo asociados. Los equipos de atención en salud, por su accesibilidad, continuidad e integración de los cuidados, tienen un papel estratégico y esencial para mejorar el tratamiento y control de la población diabética, generalizar la detección precoz de las complicaciones, extender la educación diabetológica y mejorar el nivel de autocuidado del propio diabético, puntos capitales de la Declaración de Saint Vincent.

En este sentido el equipo interdisciplinario de salud (médico general, médicos especialistas, enfermera, nutricionista, psicólogo y trabajador social), se enfrenta a la tarea de educar y capacitar a los pacientes en el control de la diabetes, estimulando la participación activa e informada como un elemento indispensable para el autocuidado.

Teniendo en cuenta que durante el último año en el Hospital Regional de San Gil, los casos de DM2 descompensada han aumentado en forma considerable, se hace necesario, desde el área de Trabajo Social, la presentación de una propuesta, la cual pretende implementar la educación diabetológica como alternativa en el tratamiento de dichos pacientes mediante la creación del Club de diabéticos en el Hospital Regional de San Gil.

Dentro de esta propuesta el lector encontrara en el primer capítulo los constructos teóricos y conceptuales con los que se abordara el proceso a desarrollar. Es así como se elabora un breve esbozo acerca la teoría del desarrollo a escala humana que direcciona la intervención. Se inicia presentando el concepto de desarrollo humano desde la perspectiva del programa de Naciones Unidas, así como el aporte que diversas teorías sociales han realizado al concepto dentro de las que se encuentra el conductismo, el psicoanálisis y el humanismo. Finalmente se expone el desarrollo a escala humana como sustento teórico que facilita la consecución de los objetivos del presente trabajo. En este mismo capítulo se

detallaran aspectos relacionados con los conceptos de salud, educación en salud y promoción de estilos de vida saludables.

En el segundo capítulo se realiza una contextualización de la situación actual de salud en América Latina, Colombia, Santander y particularmente en el municipio de San Gil. En esta contextualización se presentan datos estadísticos acerca de las causas de mortalidad y morbilidad en los diferentes grupos etareos de la población analizada.

El tercer capítulo hace referencia a los antecedentes y alcances legislativos del Sistema General Seguridad Social en salud (SGSSS) que se dan en Colombia. Así mismo se plantea un análisis acerca de la situación actual de la salud como derecho.

El tema abordado en el cuarto capítulo detalla la caracterización de la organización donde se implementara la propuesta, su visión, misión, objetivos y estructura organizacional.

Dado el complejo accionar del Trabajador Social en instituciones de Salud se ha considerado dedicar el quinto capítulo a la intervención que esta área desarrolla particularmente en la Empresa Social del Estado Hospital Regional de San Gil. Aquí se contempla lo relacionado con los servicios ofrecidos, el rol que desempeña como profesional y las acciones que realiza en el campo de la salud.

El sexto capítulo contempla la propuesta de intervención en educación diabetologica, mediante la creación del Club de Diabéticos. Este club tiene como fin garantizar que cada uno de los pacientes desarrolle conocimiento, habilidades y destrezas indispensables para el adecuado control de la enfermedad, bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, constituyéndose en

un instrumento de gran valor para la promoción de estilos de vida saludables en pacientes diabéticos.

Es indispensable para la creación e implementación de la propuesta, establecer aspectos psicosociales y culturales de los pacientes diabéticos que permitan un acercamiento a su realidad y al conocimiento que poseen acerca de la enfermedad y de su tratamiento. Es así como en un primer momento se indaga acerca de estos factores con el fin de realizar la caracterización de la población objeto, el cual guía a la segunda fase en la que se contempla la elaboración del esquema del proceso educativo mediante la formulación de módulos que serán ejecutados por el equipo interdisciplinario que acompañará las actividades del club de diabéticos.

Este proyecto será coordinado por el área de Trabajo Social de la Institución, y lo liderará una profesional en formación de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander, teniendo en cuenta que generalmente el abordaje de dicha patología se ha centrado en el aspecto meramente médico, dejando de lado las variables psicosociales, las cuales inciden no solo en la generación de la enfermedad sino que también son determinantes en el tratamiento de la misma.

## **1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA**

### **1.1 MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE LA SALUD.**

El concepto de salud ha ido evolucionando a través del tiempo adoptando distintas formas y prácticas como producto de los requerimientos del desarrollo histórico de la sociedad.

Durante el siglo XVIII, la medicina comenzó a transformar su concepción acerca de la causalidad de las enfermedades, sobrepasando las barreras de los espíritus malignos (paradigma mítico-mágico de las culturas primitivas), y de la determinación de componentes de la naturaleza (paradigma naturalista, formulado por los griegos).

El descubrimiento de los microorganismos y las primeras leyes de la genética fueron acontecimientos que orientaron el camino de la causalidad.

Así durante la primera parte del siglo XX, el estado de la salud se describe en general en términos de la presencia o ausencia de enfermedades, y el control de las mismas constituye el principal objetivo de todas las instituciones relacionadas con la salud.

Sin embargo al final de la Segunda Guerra Mundial surgió una comprensión moderna de la salud, tal como se consagra en la Carta de Constitución de la

Organización Mundial de la Salud (1946): "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Esta definición también fue rechazada por diversos autores por considerarla utópica, estática y subjetiva (Salleras, 1985). Utópica porque no existe un estado completo de salud; estática al no considerarla como algo dinámico y cambiante y subjetiva porque la idea de bien o malestar depende del propio individuo y de su percepción.

De este modo, se han ido realizando diversas definiciones del término, intentando incidir en diferentes aspectos de este.

Hoy, la Organización Mundial de la Salud ha consensuado la definición entendiendo la salud como aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven.

Desde esta perspectiva se considera al individuo como un ser que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales. Esto da lugar al modelo Biopsicosocial de la salud.

El modelo Biopsicosocial de la salud plantea que los factores biológicos son condiciones necesarias, pero no suficientes en el inicio de la enfermedad. Desde este enfoque, cualquier enfermedad es el resultado de complejas interacciones entre variables biológicas, psicológicas y sociales, las cuales, conjuntamente explican las variaciones que se producen en el inicio, la severidad y el curso de la misma.

Por ello, el tratamiento curativo ha de estar enfocado en el abordaje terapéutico de estas tres esferas, pues sólo considerando al individuo en toda su dimensión se

puede garantizar con éxito una recuperación o un mantenimiento completo de su lesión, trastorno o enfermedad.

Los fundamentos del enfoque biopsicosocial hacen referencia a que el fenómeno humano se construye en la interacción social (Constructivismo).

**Cuadro 1. Enfoque biopsicosocial de la salud.**

Concepto caracterizado	Enfoque biopsicosocial de la salud
<b>Concepto de enfermedad</b>	Significado simbólico de los síntomas (cultural, social y psíquico) que son expresión de conflictos del sujeto con las exigencias externas (la cultura y la sociedad) e internas inconscientes (pulsiones y deseos). Diagnósticos de la estructura subjetiva.
<b>Tipo de causalidad</b>	Multicausalidad estructural (constitución, disposiciones establecidas durante el desarrollo y contingencias sociales y personales). Estructura del sujeto (Psicoanálisis estructuralista) El malestar en la cultura.

<p><b>Modelo de atención</b></p>	<p>Atención centrada en la escucha de la subjetividad del paciente a través de la palabra (Clínica de la escucha). Relación de sujeto a sujeto del inconsciente.</p>
<p><b>Factores considerados en relación médicopaciente</b></p>	<p>Factores afectivos transferidos a la relación médico-paciente e identificaciones del paciente y del médico. Clínica del encuentro del sujeto del inconsciente.</p>
<p><b>Epistemología/métodos de investigación</b></p>	<p>Escucha analítica en transferencia individual y grupal.</p>

FUENTE: Sara Velasco Arias. Evolución de los enfoques de género en salud Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. 2006.

## **1.2 PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: UNA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN EN SALUD PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA**

Desde el modelo biopsicosocial, la intervención se centra en la promoción y mantenimiento de la salud, diseñando estrategias para mejorar la calidad de vida

de las personas. Dos aspectos fundamentales a tener en cuenta: la educación en salud y la promoción de estilos de vida saludables.

### 1.2.1 Educación en Salud

*La educación en salud está encaminada a promover la adquisición de los conocimientos, las habilidades y las destrezas necesarias para comprender el proceso salud-enfermedad, como un fenómeno dinámico, cambiante, que se inicia desde la gestación y que termina con la muerte, que se modifica permanentemente y busca el equilibrio entre el entorno social y el ser humano<sup>1</sup>*

La Educación para la Salud como ciencia, como campo de acción y como doctrina, constituye la orientación básica en lo conceptual y en lo práctico de la relación e interacción de las Ciencias de la Educación y la Salud.

La educación se puede dar de dos tipos:

- **La educación individual:** Se adapta a las necesidades de los pacientes.
- **La educación grupal:** Aparece en fases posteriores al inicio, después de la educación individual.

## **1.2.2 Promoción de estilos de vida saludables**

En esta definición se conjugan tres conceptos: Promoción de la salud, estilos de vida, y estilos de vida saludables.

### **Promoción de la salud.**

El concepto de promoción de la salud, que ha alcanzado su máximo desarrollo en Canadá, Estados Unidos y Europa occidental, se viene formulando desde casi principios de siglo XX, pero no fue hasta los años setenta que su teoría y práctica empezaron a ocupar un lugar importante en el marco de la salud.

En este sentido ejercieron una influencia decisiva la Declaración de Alma Ata (1978)<sup>2</sup> el informe Lalonde (1974) y el informe “Un pueblo saludable” (1979), documentos cuyo detenido análisis de los problemas, necesidades e infraestructura de salud de los distintos países reveló la grave crisis institucional ocasionada por la poca capacidad de la atención médica curativa para manejar eficazmente la enorme carga representada por los problemas sanitarios del subdesarrollo y las enfermedades crónicas y degenerativas. Era necesario reforzar el nivel básico de atención y, de hecho, en 1978 la atención primaria se convirtió en una estrategia de salud pública.

---

<sup>1</sup> MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Lineamientos para la educación en estilos de vida saludables. Santa Fe de Bogota. 2000. p13.

<sup>2</sup> Este texto es un resumen del trabajo “Promoción de la salud: retos y perspectivas”, presentado en el Congreso de Salud Pública, celebrada en Cuernavaca, México, el 25 de enero de 1995.

No obstante, la medicina tradicional, con su énfasis casi exclusivo en los fenómenos biológicos, seguía siendo el modelo de atención predominante en casi todas partes. Aún no había llegado el momento de cuestionar seriamente su capacidad de responder a los problemas de salud de las poblaciones.

Con la Carta de Ottawa se produjo en 1986 un cambio de dirección fundamental en el campo de la salud. Se empieza a dar un especial interés a la promoción de ésta.

En un principio, la promoción de la salud se apoyaba casi enteramente en la modificación de conductas generadoras de riesgo en el nivel individual y en el fomento de estilos de vida saludables por medio de la educación del público.

Consistía principalmente en la transmisión de información sobre conductas de riesgo y en una serie de intervenciones destinadas a transformar las condiciones generales de vida y a crear hábitos y comportamientos individuales y colectivos tendientes a mejorar la salud. Sin embargo, se ha demostrado la necesidad de incluir factores externos a la Educación que propicien mejores condiciones de salud. Por lo anterior se incorpora un concepto mas amplio que define la promoción de la salud como: “la integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, mas allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud física y psíquicas de los individuos y las colectividades”<sup>3</sup>

Esta concepción de la promoción de la salud tiene como estrategia fundamental ampliar la definición y el concepto de la salud para abarcar los aspectos

---

<sup>3</sup> Resolución No. 04288 de Noviembre de 1996, reglamentaria de la Ley 100 de 1993

económicos y sociales que la determinan; ir más allá del énfasis inicial en los estilos de vida saludables y centrar la atención en los fenómenos sociales y políticos a fin de diseñar estrategias de mayor alcance; incorporar el concepto de capacidad de decisión individual y colectiva, consolidando la gestión participatoria en el nivel municipal; y fomentar la participación de la comunidad en la identificación y análisis de sus problemas así como de sus necesidades y en la formulación de posibles soluciones.

Según la carta de Ottawa las áreas de actuación en promoción de la salud son:

- **Construir políticas públicas saludables:** Contribuir a la salud mediante la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma.
- **Crear ambientes que favorezcan la Salud:** Fomentar el apoyo para protegernos los unos a los otros, así como a nuestras comunidades y a nuestro medio natural, contribuyendo a la creación de ambientes y entornos tanto físicos, como psicológicos y sociales que conduzcan al bienestar y productividad de la comunidad y a controlar o eliminar factores de riesgo para la salud; su propósito fundamental es crear o sostener ambientes y procesos favorables al aprendizaje de habilidades para la vida.
- **Desarrollar habilidades personales:** Que la promoción de la salud favorezca el desarrollo personal y social mediante la información, la educación y el desarrollo de aptitudes indispensables para la vida. Así se aumenta el “empoderamiento” de la población, lo que significa dar herramientas a la comunidad para que ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que le propicie salud.

- **Reforzar la acción comunitaria:** Como una práctica efectiva en la fijación de prioridades, en la toma de decisiones y en la elaboración y puesta en marcha de acciones de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. En el caso de los escolares sería mejorar la participación entre la escuela y la comunidad, involucrando madres y padres de familia, el sector público y privado y la sociedad en general en torno a su bienestar.
  
- **Reorientar los servicios de Salud:** Como un trabajo de toda la sociedad para la consecución de un sistema de protección de la salud que propicie que se trascienda la prestación de servicios médicos y clínicos y que los servicios de salud se orienten a las necesidades culturales de los individuos y favorezcan la necesidad colectiva de una vida más sana.

Todos estas áreas se relacionan entre si a través de las políticas de salud como interconexión del resto de factores, pues sin ellas es difícil que un estado logre obtener beneficios en materia de salud.

La Promoción de la salud es un proceso que incluye cambios individuales, grupales y comunitarios incorporando estrategias e instrumentos para el logro de los objetivos.

#### **1.2.2.2 Estilos de Vida.**

El término de estilo de vida fue utilizado por vez primera por Alfred Adler (1870-1937), en un contexto psicoanalítico. Sin embargo este tema ha sido abordado por disciplinas como la sociología y desde hace poco por la antropología, la medicina y la psicología de la salud.

Desde el enfoque sociológico se considera que las variables sociales son los principales determinantes de la adopción y del mantenimiento de un estilo de vida determinado, mientras que desde el psicoanálisis los determinantes se desplazan desde la sociedad al individuo y a su personalidad.

A mediados del siglo XX, la antropología abordó el estudio de los estilos de vida desde un enfoque cultural y la medicina desde un enfoque biologicista, defendiendo que las personas tienen estilos de vida sanos o insanos por su propia voluntad, recayendo por lo tanto la responsabilidad sobre las personas y no sobre las instituciones.

El concepto de estilo de vida es, en la actualidad, un modelo transdisciplinar que integra perspectivas psicológicas, sociológicas, culturales y semióticas sobre la relación persona/ sociedad, en el contexto de las relaciones sociales, estudiando las claves del proceso que va de la cultura colectiva a la personal y, de esta, de nuevo, a la vida social personal y colectiva. En ocasiones se introducen en el modelo incluso factores naturales y genéticos.

Desde la perspectiva del modelo de los estilos de vida, la sociedad es un contexto dinámico de relaciones sociales, de actores individuales y colectivos de instituciones, fundamentadas en un sistema de población, urbano, familiar, económico, político, cultural y medioambiental, que produce unas específicas condiciones de vida, un nivel de vida y una calidad de vida.

A partir de este contexto de condiciones y estímulos, la personalidad, los valores, la cultura personal y la conciencia, forjan un estilo estable que incide en las vidas de las personas, como la salud, el trabajo, el ocio y sus actitudes culturales y existenciales respecto del orden social.

En la XXXI sesión del comité regional de la OMS para Europa, se ofreció una definición del estilo de vida que lo describía como una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales

Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de Vida.

### **1.2.2.3 Estilos de Vida Saludable.**

Los estilos de vida Saludable son definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida saludables son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Algunos de los estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.

- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es el compromiso individual y social; sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

#### **1.2.2.4 Calidad de vida.**

El término calidad de vida surge hace poco más de dos décadas, aunque como concepción puede situarse desde la antigüedad, vinculada a conceptos tales como bienestar, salud, felicidad, entre otros.

La calidad de vida se ha definido como un equivalente de bienestar en el ámbito social, de estado de salud en el terreno médico, llamada también calidad de vida de salud y de satisfacción vital en el campo psicológico.

Pese a ser un tema de gran relevancia aun no se ha podido definir un concepto integrador o preciso por la dificultad para concretarlo como una parte o un todo.

Sin embargo, se han establecido algunos parámetros que ayudaran a medir la calidad de de vida. En los modelos planteados para la evaluación de la calidad de vida prevalecen dos tendencias fundamentales:

La primera está centrada en variables objetivas externas al sujeto, basándose en un enfoque sociológico y económico, que ha tratado de medir la calidad de vida utilizando preferiblemente la metodología de los indicadores de corte sociodemográfico. Dentro de estos estudios se encuentran los estudios realizados por los diversos organismos internacionales como las Naciones Unidas, en su Programa para el Desarrollo (PNUD).

Entre los factores objetivos se encuentran los relacionados con la salud, tales como esperanza de vida, mortalidad infantil, nutrición, servicios de salud entre otros; los educacionales donde se toma en consideración el índice de alfabetismo y el acceso a los servicios de educación. También en algunos de estos trabajos se destaca el valor de los ingresos per cápita, el producto nacional bruto, el índice de delincuencia, etcétera.

La segunda tendencia, considera a la calidad de vida como una dimensión subjetiva determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida, concepción a partir de la cual se han realizado esfuerzos en la elaboración de metodologías e instrumentos que permitan la apreciación subjetiva y el nivel de satisfacción global o parcial en áreas importantes de la vida del sujeto. En esta tendencia prima la percepción que el sujeto tiene de su realidad exterior.

Aunque las dos tendencias hacen aportes importantes a una aproximación del concepto de calidad de vida, centrarse en una sola seria inapropiado.

Desde este punto de vista la Calidad de Vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos.

Los factores objetivos constituyen las condiciones externas (económicas, sociopolíticas, culturales, ambientales, etc.), que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad; están determinados, sin lugar a dudas por el modo, las relaciones de producción y las formas de organización de una sociedad dada, y por los patrones de trabajo y consumo que caracterizan a los distintos grupos sociales en un período histórico determinado.

Los factores subjetivos están determinados en última instancia por la valoración que el sujeto hace de su propia vida en función del nivel de satisfacción que alcanza en las esferas o dominios más importantes de su vida. El grado de satisfacción-insatisfacción que el sujeto alcanza en su vida, está determinado por el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas y los logros, que en relación con ellas, va obteniendo a lo largo de su existencia.

La OMS propuso, en 1994, la siguiente definición para lograr el consenso: "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses".

### **1.3 LA DIABETES MELLITUS II (DM2): CARACTERISTICAS Y MANEJO DE LA PATOLOGIA**

Con frecuencia los médicos utilizan el nombre completo de Diabetes Mellitus para distinguir esta patología de la Diabetes insípida.

La Diabetes Mellitus es un trastorno en el que los valores sanguíneos de glucosa (un azúcar simple) son anormalmente altos dado a que el organismo no libera insulina o la utiliza inadecuadamente.

La insulina, es una hormona producida por el páncreas; es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en la sangre. Permite que la glucosa sea transportada al interior de las células, de modo que éstas produzcan energía o almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria. La elevación de las concentraciones de azúcar en la sangre después de comer o beber estimula el páncreas para producir la insulina, la cual evita un mayor aumento de los valores de azúcar y provoca su descenso gradual.

### **1.3.1 Tipos de Diabetes Mellitus.**

#### **1.3.1.1 Diabetes Mellitus tipo I (diabetes insulino dependiente).**

Este tipo de diabetes se caracteriza por la escasa o nula producción de insulina. La diabetes tipo 1 se desarrolla a causa de un evento externo que actúa como factor desencadenante de la enfermedad, (fenómenos infecciosos especialmente virales: rubéola, coxsakie), que agravan el proceso inmunológico ya iniciado, provocando la destrucción de las células que producen la insulina en el páncreas, o. en individuos con predisposición genética

En la Diabetes tipo I más del 90% de las células que producen la insulina en el páncreas (células beta) son destruidas de forma irreversible. Por consiguiente la deficiencia insulínica es grave razón por la cual el paciente esta la obligación de inyectarse insulina regularmente.

La mayoría de los pacientes que presentan Diabetes tipo I desarrollan la enfermedad antes de los 30 años; sin embargo, suele ser más frecuente entre los

5 a 7 años de vida y en el período de máximo crecimiento en la adolescencia. Antes de los 5 años es rara y excepcional en el primer año.

#### **1.3.1.2 Diabetes Mellitus tipo II (diabetes no insulino dependiente).**

En este tipo de diabetes, el páncreas continua produciendo insulina, incluso a valores mas elevados que los normales. Sin embargo, el organismo desarrolla una resistencia a sus efectos y su resultado es un relativo déficit insulínico.

Puede presentarse no sólo en adultos sino en niños y adolescentes asociándose frecuentemente con la obesidad. Se presenta en estilos de vida con dieta rica en calorías y reducción de la actividad física.

Inicialmente puede ser controlada con cambios en los hábitos de vida, en especial en la alimentación y aumento de la actividad física, con la ingesta de diversos antidiabéticos orales (ADO) y luego, con la administración de insulina.

#### **1.3.2 Factores de riesgo para detectar Diabetes Mellitus II.**

Las personas con DM2 frecuentemente no son diagnosticadas; el propósito de la detección es identificar los individuos asintomáticos que puedan tener diabetes. La presencia de factores de riesgo implica que estas personas puedan padecer DM2.

- Personas mayores de 45 años.
- Presentar alteración de la glucemia en ayunas (AGA) en una prueba anterior.

- Obesidad o sobrepeso.
- Inactividad física.
  
- Antecedentes de Diabetes Mellitus en familiares de primer grado de consanguinidad.
  
- Mujeres con antecedentes de diabetes gestacional o hijos macrosómicos (más de 4000 g).
  
- Menores de 50 años, portadores de enfermedad coronaria.
  
- Historia de enfermedad vascular cerebral o periférica.

### **1.3.3 Complicaciones de la Diabetes Mellitus II.**

A medida que el trastorno se desarrolla, las concentraciones elevadas de azúcar en la sangre lesionan los vasos sanguíneos, los nervios y otras estructuras internas. La disminución de la circulación sanguínea puede provocar alteraciones fisiológicas en el corazón, el cerebro, las piernas, demorando, además, la curación de las lesiones.

#### **1.3.3.1 Complicaciones agudas.**

Las complicaciones agudas más frecuentes de la diabetes son la cetoacidosis diabética (CD), el estado hiperosmolar hiperglucémico (EHH) y el estado de hipoglucemia.

La CD y el EHH representan trastornos metabólicos asociados con el déficit parcial de insulina, deshidratación asociada, más marcada y alteraciones de

conciencia que van desde la obnubilación mental hasta el desarrollo de profundos estados comatosos. El desarrollo de estos estados es progresivo. En el caso de la cetoacidosis oscila entre 24-48 horas y el estado hiperosmolar hasta una semana.

La mortalidad atribuible a la cetoacidosis diabética llega a 2% en la actualidad en clínicas especializadas en atención en diabetes y 5% en hospitales generales<sup>4</sup>. La mortalidad del EHH es mayor, oscilando entre 15% y 70%<sup>5</sup>, explicada por el mayor promedio de edad del paciente en que se presenta y por las condiciones clínicas asociadas, siendo la sepsis, la neumonía y la insuficiencia renal aguda las más frecuentes. En pacientes menores de 20 años la CD puede desarrollar edema cerebral, complicación que se asocia con un alto porcentaje de mortalidad.

Generalmente en los registros de defunción no aparecen como causas de mortalidad las complicaciones agudas de la diabetes, estas causas son atribuidas a las condiciones clínicas, como se mencionaba anteriormente, o a las complicaciones crónicas que aparecen como consecuencia de un mal manejo de la enfermedad, razón por la cual las cifras de mortalidad a causa de las complicaciones agudas son bajas frente a las cifras de mortalidad por complicaciones crónicas.

### **1.3.3.2 Complicaciones Crónicas.**

La Diabetes implica la aparición de complicaciones graves durante un tiempo prolongado. La enfermedad coronaria y los accidentes vasculares cerebrales son

---

<sup>4</sup> Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública

<sup>5</sup> Ibid.

muy frecuentes. Los daños a los vasos sanguíneos del ojo pueden provocar la pérdida de la visión (retinopatía diabética). La función que cumple los riñones se altera y da como resultado una insuficiencia renal que requiere de diálisis.

Los daños a los nervios de la piel predisponen a las lesiones repetidas, al perder el paciente la sensibilidad para percibir los cambios de presión y temperatura.

Un aporte escaso de sangre a la piel desarrolla úlceras profundas que en ocasiones pueden infectarse dificultando su curación y resultando necesaria la amputación de una parte de la pierna.

Es importante recalcar que no existe sistema u órgano del cuerpo que no se afecte por el estado persistente de hiperglucemia, pero los mencionados anteriormente, por sus repercusiones clínicas son los de mayor importancia.

#### **1.3.4 Manejo.**

El objetivo principal del tratamiento de la DM2 es mantener los valores de azúcar en la sangre dentro de los límites normales tanto como sea posible. Aunque es difícil mantener valores completamente normales, se debe intentar que este en lo posible cerca de la normalidad para que sea menor la probabilidad de complicaciones, ya sean temporales o largo plazo.

El tratamiento de la DM2 requiere control de peso ejercicios y dieta. En muchos casos la administración de fármacos no sería necesaria si los pacientes obesos perdieran peso e hicieran ejercicio con regularidad. Sin embargo, reducir el peso y aumentar los ejercicios es difícil para la mayoría de los diabéticos. Por consiguiente, con frecuencia es necesario recurrir a una terapia sustitutiva o bien una medición oral con hipoglucemiantes.

La dieta es muy importante. En general los diabéticos no deberían comer demasiados alimentos dulces y tendrían que regular sus comidas con un programa uniforme. Dado que los pacientes diabéticos tienen tendencia a presentar valores altos de colesterol, los dietistas generalmente recomiendan limitar la ingesta de grasas saturadas. No obstante, el mejor modo de reducir los valores de colesterol es controlar las concentraciones de azúcar en sangre y el peso corporal

Otra estrategia a seguir es suministrar al paciente y su familia toda la información que se considere necesaria acerca de su enfermedad y que pueda ayudar a controlarla. Para este proceso se requiere personal de salud preparado en educar sobre la enfermedad. Los pacientes deben saber cómo la dieta y los ejercicios afectan los valores de azúcar en la sangre y ser conscientes de cómo evitar las complicaciones.

En la actualidad, el tratamiento de DM2 tiene unas metas de control metabólico muy claras y estrictas, tendientes a evitar el desarrollo de complicaciones micro y macroangiopáticas. La terapia farmacológica debe incluir los antidiabéticos orales (ADO) o insulina para el control de la glucemia, además de fármacos para el control de patologías asociadas como la HTA, enfermedad coronaria, dislipidemia y obesidad.

#### **1.4 FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA DIABETES MELLITUS II.**

Los cambios conductuales que están asociados con las características de la personalidad, o que ocurren como producto de la adaptación o del afrontamiento en las fases de eventos estresantes o estados emocionales negativos, pueden tener influencia en la inmunidad.

El sistema inmunológico actúa como defensa ante múltiples enfermedades. Las hormonas que se producen durante el cambio del estado de ánimo por una situación amenazante o estresante se contraponen a la acción de la insulina del organismo y tiende a elevar la glicemia; de igual manera inciden en el comportamiento que afecta la rutina diaria y por ende el control de la diabetes.

El apoyo social que recibe el paciente diabético puede contribuir, creando un ambiente promotor de la salud que mejore el bienestar y la autoestima de la persona; disminuyendo también la probabilidad de que se produzcan acontecimientos estresantes en la vida del paciente y proporcionando información retrospectiva, confirmativa o no, de que sus actos están conduciendo a las consecuencias anticipadas social y saludablemente deseables.

Las redes sociales próximas a los pacientes diagnosticados con DM II juegan un papel relevante en el manejo de la enfermedad. La influencia que ellos ejercen sobre la conducta puede tener efectos protectores y preventivos o por lo contrario pueden ser negativos.

La familia se constituye en la red social mas cercana, por ello es muy frecuente que se desencadenen ciertos cambios que, en ocasiones implican conflictos, en el interior de ella.

La enfermedad de un miembro de la familia supone una modificación y posterior readaptación del sistema familiar. La intensidad de la crisis generada depende de la acción mutua de varios factores, entre ellos el tipo de enfermedad, su evolución, tratamiento y la dinámica familiar.

En la mayoría de los casos se observan tres fases:

- **Fase de desorganización:** Comienza cuando se comunica el diagnóstico de la enfermedad. En este momento se trata de buscar soluciones defensivas ante el problema. Si existen conflictos, lo más probable es que estos se agudicen. A veces está basada en la negación.
- **Fase de recuperación:** Aparecen indicadores que demuestran que la familia está superando la anterior fase. Un indicador puede ser la vinculación de un miembro de la familia que hasta el momento había estado alejado de la situación, así como también el hecho de buscar ayuda profesional o socializar el evento con otros pacientes que tienen una experiencia similar; esto indica que se ha iniciado una descentralización del problema. Se debe estar atentos a estos momentos, ya que en ellos se produce una mejor asimilación y aprendizaje del manejo de la enfermedad.
  - **Fase de reorganización:** La familia consolida su estructura anterior o bien adquiere una nueva forma de organización o funcionamiento familiar.

El equipo interdisciplinario de salud debe conocer la dinámica familiar que le permita establecer las posibles respuestas disfuncionales, para poder así prevenirlas y evitar que interfieran en el manejo de la patología. Este conocimiento debe permitir a los profesionales del área psicosocial convertir a la familia en una unidad de cuidados que facilite el correcto control integral del paciente.

## **1.5 LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS II.**

El tratamiento inicial está dirigido a la obtención de un óptimo nivel educativo del paciente y su familia, proporcionando los conocimientos necesarios para modificar

la conducta de estilos de vida logrando un buen control metabólico y alcanzar las metas propuestas para el tratamiento.

Este abordaje terapéutico en educación se debe realizar teniendo en cuenta el modelo biopsicosocial de la salud desde una perspectiva holística, que permita adoptar las formas más integrales de afrontar las demandas en cualquiera de los niveles de prevención y promoción de la salud, así como en los aspectos curativos.

El proceso educativo del paciente diabético y su familia implica una labor continua que debe realizar no sólo el médico, sino todo el personal del equipo de salud, orientado a la prevención de las complicaciones agudas y crónicas dentro de los mejores parámetros de calidad de vida posible.

De igual manera la educación impartida permite que el paciente con DM2 se comprometa con su tratamiento para alcanzar las metas. Es esencial que el paciente asuma un papel activo en su cuidado, apoyado en el equipo de salud, para alcanzar las metas del tratamiento y lograr frenar el desarrollo de las complicaciones.

En la educación del paciente con diabetes se distinguen tres elementos fundamentales: educador, educandos (paciente y familia) y proceso educativo.

Para hacer una educación preventiva efectiva en las complicaciones es necesario incluir los siguientes componentes:

- Prevención primaria preferiblemente integrada en programas.
- Prevención secundaria de las complicaciones de la diabetes por medio de un cuidado óptimo.

- Tratamiento intensivo que incluya todos los factores de riesgo y anormalidades metabólicas, es decir no sólo la hiperglucemia.

El trabajo de prevención de las complicaciones debe partir de la modificación de los estilos de vida: la adquisición de hábitos alimentarios adecuados que le permitan disminuir peso, cuando haya sobrepeso u obesidad, o mantenerlo, cuando éste sea normal y, por otra parte, el incremento de la actividad física con los beneficios que esto conlleva.

La adquisición de estilos de vida saludables compromete un rol protagónico, proactivo, con un empoderamiento progresivo, a través de una interacción más horizontal con el equipo de salud.

La nutrición es componente integral del estilo de vida saludable. Cada paciente debe recibir terapia individualizada para alcanzar las metas. Comprende la evaluación del estado nutricional, el tratamiento dietético individualizado y la participación en educación en diabetes. El primer componente está orientado a detectar deficiencias nutricionales existentes e identificar los factores de riesgo para enfermedades crónicas y los hábitos alimentarios que requieren ser modificados.

La actividad física y el ejercicio hacen parte de los estilos de vida saludables que debe aplicar el paciente diabético a su rutina diaria. Dado que los músculos utilizan glucosa para producir energía, los valores de azúcar en la sangre también disminuyen durante la actividad física. El ejercicio regular mejora el control de la glucemia, reduce los factores de riesgo cardiovascular, contribuye a la reducción de peso y mejora la sensación de bienestar; asimismo, el ejercicio puede prevenir el desarrollo de diabetes en individuos con alto riesgo. La actividad física previene

y ayuda al tratamiento de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, incluye manejo de presión arterial, resistencia a la insulina y obesidad. La actividad física es importante, junto con la dieta, para disminuir y mantener la pérdida de peso.

En el cambio de los estilos de vida se debe contar con el acompañamiento de psicólogos y trabajadores social a fin de evaluar el estado psicosocial y el impacto que generan su medio en la adherencia del tratamiento, así como el apoyo familiar que recibe el paciente.

Una vez el paciente incluya dentro de su rutina diaria los estilos de vida saludables aumenta su calidad de vida al mejorar el cumplimiento del tratamiento, y por lo tanto, el control metabólico evitando complicaciones de la enfermedad.

De esta manera la calidad de vida de una persona diagnosticada con DM II dependerá de las habilidades de autocuidado, del apego al tratamiento y de la prevención o adaptación a las complicaciones que se presenten durante la evolución de la enfermedad.

## **2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA**

### **2.1 CONTEXTO DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

El informe emitido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>6</sup> en el año 2007, manifiesta que durante la última década la situación de salud en América Latina y el Caribe ha mejorado de manera continua. Esto responde a diversos factores sociales, ambientales, culturales y tecnológicos favorables, así como a la mayor disponibilidad de servicios de atención de salud y de programas de salud pública. Sin embargo, esta mejoría no ha tenido igual intensidad y empuje en todos los países, ni en todos los grupos humanos de un mismo país, pues aun persisten enfermedades y trastornos que impiden alcanzar la salud para todos los habitantes.

Este informe da cuenta del contexto económico, político, social y ambiental de la salud; se evidencia un aumento en la cobertura de los servicios básicos, la población en general tiene un mayor acceso a los servicios educativos, de abastecimiento de agua y de saneamiento, a la atención primaria de salud, a tecnologías eficaces en función de su costo y a las inmunizaciones.

Esta mayor cobertura ha permitido un progreso mensurable en la prevención y control de numerosas enfermedades transmisibles. Al mismo tiempo, la esperanza

de vida al nacer se ha incrementado en promedio seis años y ha disminuido a la mitad la incidencia de la mortalidad infantil. La desaceleración del crecimiento demográfico, la prolongación de la duración de la vida y la reducción de las defunciones por enfermedades transmisibles y trastornos perinatales son algunos de los logros más importantes vinculados con la salud en América Latina y el Caribe.

Los avances científicos y tecnológicos, la industrialización, el desarrollo socioeconómico de algunos países, la mayor comunicación, y la mejor higiene e ingesta alimentaria han contribuido a prolongar la esperanza de vida y reducir las tasas de mortalidad. En los últimos 50 años, los avances tecnológicos han llevado a nuevas posibilidades terapéuticas y de diagnóstico en la medicina, como las tecnologías de la imagenología, las prótesis internas o externas, la tecnología del láser y los biosensores.

A pesar de estos trascendentes avances en la salud, persisten enfermedades transmisibles, como la infección por el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis; diversas enfermedades crónicas no transmisibles y trastornos como la obesidad, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Estos problemas de salud tienen su origen en factores de riesgo relacionados con distintos cambios demográficos, sociales y económicos que se han producido, como el envejecimiento de la población, la pobreza, la desnutrición, el desempleo, la falta de acceso a la educación y a los servicios de salud, la exclusión social de ciertos grupos de la población, las modificaciones en los regímenes alimentarios y la actividad física, además del consumo de tabaco, alcohol, drogas, y el deterioro de las estructuras sociales.

---

<sup>6</sup> ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud en las Américas. 2007. [en línea].

Este contexto socioeconómico, caracterizado por la pobreza, la rápida urbanización y la fragmentación social, ha contribuido a aumentar las desigualdades y crear entornos insalubres, que afectan en particular a los grupos de población de zonas agrícolas e indígenas.

Se observan otras desigualdades ambientales en las zonas urbanas marginales, donde son deficientes las condiciones de las viviendas, el acceso al agua potable y al saneamiento, además de encontrasen expuestos los habitantes a la contaminación química, al ruido y a la violencia que cobra numerosas víctimas.

El perfil epidemiológico de Latinoamérica elaborado por la OPS ha experimentado considerables cambios en los últimos decenios, ya que muchos de los antiguos problemas de salud pública han sido resueltos, mientras que surgen otros nuevos.

Este perfil epidemiológico sugiere que en casi todos los países las enfermedades degenerativas crónicas han sustituido a las enfermedades transmisibles como principales causas de morbilidad, discapacidad y muerte. Las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias malignas, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes se han convertido en las principales patologías que producen defunción, junto con situaciones externas como los accidentes, los homicidios y otras formas de violencia.

Un análisis de la carga de morbilidad en las Américas en 2006 indica que las principales causas de defunción que tienen el mayor efecto en cuanto a años de vida perdidos en los hombres son la diabetes, el sida y los homicidios; sin embargo, sus efectos se producen en distintos grupos de edad: los homicidios son

---

<http://www.paho.org/hia/SAvol1esp.zip> [citado en 1 de Octubre de 2007]

un problema fundamental de los jóvenes y los adultos, el sida, de los adultos, y la diabetes, de las personas de 50 o más años de edad.

La carga de morbilidad en las mujeres muestra un patrón diferente: las principales causas son la diabetes, el sida y el cáncer de los pulmones; la diabetes afecta sobre todo a las mujeres de más de 45 años de edad, al igual que el cáncer de los pulmones vinculado con una nueva modalidad de consumo de tabaco, el sida se da en mayor proporción en las mujeres jóvenes.

Las causas externas (en especial los homicidios y los accidentes de transporte terrestre) y la infección por el VIH/sida provocan muchas más defunciones entre los hombres que entre las mujeres, principalmente en los jóvenes, y son la principal razón de que la esperanza de vida haya aumentado más en las mujeres que en los hombres, aumento que es de cinco a ocho años en varios países.

La OPS pronostica que en América Latina y el Caribe en los próximos diez años, las defunciones por enfermedades crónicas aumentarán en 17% y, lo que es más alarmante, las defunciones causadas por la diabetes aumentarán casi en 80%. Este aumento previsto en la carga de enfermedades crónicas es atribuible al envejecimiento de la población y a los comportamientos y elecciones poco saludables que hacen los individuos y las comunidades, que se vinculan con una nutrición deficiente, el sobrepeso y la obesidad, y con el consumo de tabaco y alcohol.

Algunos de los principales factores responsables del aumento de enfermedades no transmisibles son los modos de vida poco saludables. Los hábitos alimentarios de la población que están cambiando: cada vez más, las personas consumen menos frutas, verduras, leguminosas, granos enteros y cereales, y más alimentos

elaborados, leche, cereales refinados, carnes y azúcar. La nutrición deficiente se complica más por la carencia de micronutrientes como yodo, vitamina A, hierro y zinc. Al mismo tiempo, entre 30% y 60% de la población no alcanzan los niveles mínimos recomendados de actividad física.

Esta conjunción de alimentación deficiente y estilos de vida sedentarios conducen a una epidemia de enfermedades no transmisibles en los adultos. Según la OMS, de los 6,2 millones de defunciones que se estima que se han producido en 2005, más de tres cuartas partes se vinculan con enfermedades crónicas y, en los próximos 10 años, 53 millones de personas morirán por una enfermedad crónica. Por lo menos 80% de las cardiopatías prematuras, los accidentes cerebro vasculares y la diabetes del tipo II podrían prevenirse mediante una alimentación sana, la actividad física habitual y evitando el consumo de productos del tabaco; se estima que las tasas de defunciones por enfermedades crónicas podrían disminuir 2% al año en los próximos diez años, con lo cual se salvarían casi cinco millones de vidas.

Para satisfacer las necesidades pendientes de salud, mantener los avances logrados y hacer frente a los retos se requerirá un enérgico ejercicio de la autoridad en el sector público, la prestación equitativa de los servicios, un financiamiento suficiente del sistema de salud, profesionales en salud bien preparados, la coordinación entre los diversos sectores sociales y una sólida alianza en pro de la salud entre los países y la comunidad internacional-

## **2.2 LA SALUD EN COLOMBIA**

Colombia experimenta cambios demográficos propios de las sociedades en transición. Su población está envejeciendo y se proyecta que la tendencia de la esperanza de vida al nacer será al incremento.

El Departamento Nacional de Estadística DANE<sup>7</sup>, en el año 2005 realizó el censo poblacional. Este censo de tipo general permite disponer de información precisa, oportuna, pertinente, confiable e integrada no sólo sobre el volumen y composición de la población, los hogares y las viviendas, sino también sobre el entorno urbano, los marcos universales básicos de los establecimientos económicos y de las unidades de explotación agropecuaria vinculadas con la vivienda rural.

A continuación se exponen algunos datos sociodemográficos arrojados por este censo:<sup>8</sup>

Colombia cuenta con una población total de 41.468.384 habitantes. Como efecto de la migración y la violencia se evidencia una disminución de la población en los grupos de edad entre 15 y 35 años, contrarrestado con un crecimiento del grupo de población mayor de 60 años.

Existen grupos étnicos que corresponden a una minoría de la población. Estas minorías en general tienen índices más elevados de pobreza y una marcada carencia de servicios de saneamiento básico, además de sufrir marginación, violencia y problemas de salud en mayor grado que los otros grupos de población. Entre 2002 y 2005 no se observó cambio en la estructura de la mortalidad por grandes grupos de causas. En 2002, las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el primer lugar seguidas de las causas externas, las neoplasias y enfermedades transmisibles.

---

<sup>7</sup> DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Censo 2005 [en línea]  
<http://www.dane.gov.co/censo/files/ManualTecnico>. [citado en Junio de 2005]

<sup>8</sup> DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Resultados Censo 2005 [en línea].  
<http://www.dane.gov.co/censo/> [citado en Octubre de 2008]

Con respecto a la edad y el género, las enfermedades transmisibles solamente estuvieron presentes entre las cinco primeras causas de muerte entre los menores de 5 años. A partir de esta edad aparecieron progresivamente las causas relacionadas con accidentes de transporte, homicidios, lesiones autoinfligidas, tumores y enfermedades circulatorias. En los grupos de 45 años y más, ya no se presentaron las causas externas entre las cinco primeras causas de muerte y en cambio apareció la Diabetes Mellitus.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)<sup>9</sup> 2005, en el quinquenio 2000–2005 los menores de 5 años representaron 10,3% de la población total. la tasa de mortalidad infantil (TMI) fue de 19 por 1.000 nacidos vivos (nv) (17 por 1.000 en el área urbana y 24 por 1.000 en la rural).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSIN)<sup>10</sup> 2005, contempla que el 6% de los recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer. Colombia no registra la mortalidad fetal tardía, lo cual impide generar datos de mortalidad perinatal.

Las principales causas de muerte en niños y niñas del grupo de menores de 1 año son afecciones respiratorias específicas del período perinatal, malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas e infecciones respiratorias agudas.

En el grupo de niños y niñas de 1 a 4 años, las principales causas de mortalidad fueron infecciones respiratorias agudas, deficiencias nutricionales y anemias, ahogamiento y enfermedades infecciosas intestinales

---

<sup>9</sup> PROFAMILIA. Encuesta Nacional de demografía y salud 2005. [en línea] <http://www.profamilia.org.co/encuestas/> [citado en Diciembre de 2005][

Según el DANE en 2005 la población de 5 a 9 años representó 10,8% del total de la población. Las principales causas de mortalidad fueron los accidentes de origen automotor, seguidos por infección respiratoria aguda y enfermedades hematológicas. En este grupo de edad, 13% de los niños presentaron retraso en el crecimiento y 5% bajo peso para su estatura.

El grupo de 10 a 14 años representó 10,5% del total de la población. La mayoría de las defunciones son por causas externas, incluyendo homicidios y accidentes de transporte.

El grupo de 15 a 19 años representó 9,48% del total de la población, las principales causas de defunción fueron muertes violentas, producidas en su mayoría por armas de fuego.

En los últimos 15 años se duplicó el número de mujeres entre 15 y 19 años que han estado embarazadas. La fecundidad adolescente es más alta en las comunidades marginadas (estratos 1 y 2) que el promedio nacional: 2 de cada 3 jóvenes de 19 años ya eran madres.

La población adulta de 20 a 59 años representó 50,8% del total de la población en 2005. La tasa global de fecundidad para el período 2002–2005 fue de 2,4 hijos por mujer (según datos de la encuesta ENDS), la cual ha disminuido desde mediados del decenio de 1960, cuando la tasa era de 7 hijos por mujer.

Según el DANE, las personas mayores de 60 años representaron 8,97% de la población total en 2005. La morbilidad por enfermedades nutricionales ocupa el segundo lugar en importancia y, al igual que la población menor de 10 años, los

---

<sup>10</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTRA FAMILIAR. Encuesta Nacional de la situación nutricional

adultos mayores presentan una mayor frecuencia de defunciones debidas a anemias y deficiencias nutricionales. En este grupo, las principales causas de mortalidad son las enfermedades cardio y cerebro vasculares, diabetes, enfermedades gastrointestinales, obesidad, cáncer y osteoporosis

Como parte del esfuerzo nacional dirigido a garantizar la inclusión social de las personas que han sufrido inequidades en las áreas de salud, empleo y pensiones, Colombia ha establecido el Sistema de Protección Social, un conjunto de políticas públicas orientadas al manejo de riesgos, reducción de la vulnerabilidad y mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos, con énfasis en los grupos sociales más desprotegidos.

Para tal fin, en 2002 el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se fusionaron en el Ministerio de la Protección Social, responsable de todos los aspectos del Sistema de Protección Social, tales como formulación y adopción de políticas, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento.

Uno de los grandes desafíos que enfrenta el nuevo sistema es la violencia producida por los grupos armados al margen de la ley, la cual ha generado alrededor de dos millones de personas desplazadas en la última década. La gran vulnerabilidad y las precarias condiciones de vida limitan la capacidad de esta población para proteger su salud y tener acceso a los servicios sanitarios, lo que constituye una preocupación en el campo humanitario.

### **2.2.1 Protocolo de atención médica para pacientes diagnosticados con DM2 (Resolución 412 de 2000).**

En Colombia, el Ministerio de Protección Social ha expedido la resolución 412 de 2000 donde se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Dentro de esta norma técnica se ha establecido una Guía de atención integral a pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II, que define los procedimientos y condiciones requeridos para garantizar la calidad y oportunidad del diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las personas diabéticas.

Esta guía de manejo se implementa en todas las instituciones de salud del país, tiene como objetivos detectar oportunamente los casos de diabetes mellitus tipo II; así como brindar el tratamiento oportuno para prevenir o retardar la progresión de las complicaciones agudas o crónicas con el fin de reducir la morbilidad, mortalidad y los costos sociales y económicos; además de optimizar las acciones de rehabilitación.

Proporciona al personal de salud información precisa a cerca de los aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento.

A continuación se relaciona aspectos del protocolo de atención.

#### **2.2.1.1 Síntomas.**

La diabetes tipo II puede no causar ningún síntoma durante años o décadas. Cuando la deficiencia de insulina progresa, los síntomas empiezan a manifestarse.

Los primeros síntomas de la diabetes se relacionan con los efectos directos de la alta concentración de azúcar en la sangre cuando este valor aumenta la glucosa pasa a la orina. Dado que producen orina excesiva, se eliminan grandes volúmenes de orina (poliuria) y, en consecuencia, aparece una sensación anormal de sed (polidipsia). Asimismo, debido a que se pierden demasiadas calorías en la orina, se produce una pérdida de peso y, a modo de compensación, la persona siente a menudo hambre exagerada (polifagia). Otros síntomas comprenden visión borrosa, somnolencia, náuseas y una disminución de la resistencia durante el ejercicio físico. Por otra parte, si la diabetes está mal controlada, los pacientes son las vulnerables a infecciones.

#### **2.2.1.2 Diagnóstico.**

Se establece el diagnóstico de la Diabetes cuando una persona tiene valores anormales elevados de azúcar en la sangre.

La toma de la glucemia en ayunas es el método más utilizado para la detección temprana de la DM2 en los diferentes grupos de población debido a su facilidad de uso, a la aceptación por parte de los pacientes y a su bajo costo económico.

Este examen se realiza para determinar la posible causa de síntomas como el aumento de la sed, la micción o el hambre, o si existen factores de riesgo característicos como antecedentes familiares de diabetes, obesidad, infecciones frecuentes o cualquier otra complicación asociada a la diabetes.

#### **2.2.1.3 Evaluación inicial.**

La evaluación inicial del paciente diabético consiste en la realización de una historia clínica completa (enfermedad actual, síntomas, signos) y la práctica de

exámenes de laboratorio dirigido a la detección de las complicaciones crónicas de la diabetes, facilitar el plan terapéutico y establecer el seguimiento.

Además, se debe iniciar el programa de información, educación, ejercicio físico y enseñanza del automonitoreo; acompañado de la evaluación de la aceptación de la enfermedad y sus complicaciones. En el mismo sentido, remitir al especialista, para evaluación oftalmológica, planificación familiar, especialista de pie u otro especialista, si está indicado.

#### **2.2.1.4 Tratamiento.**

El paciente diabético debe recibir cuidado por un equipo constituido por médico, enfermera, nutricionista y otros profesionales, como psicólogo, trabajador social que tengan experiencia e interés especial en la diabetes. Además, es esencial que el paciente asuma un papel activo en su cuidado. El plan debe ser acordado entre el paciente, la familia, el médico y los otros miembros del equipo de salud; para instaurarlo, debe ser considerada la edad, las condiciones de trabajo y el cronograma de estudio o trabajo, actividad física, patrones de alimentación, situación social, factores culturales y presencia de complicaciones de la diabetes o de otra patología asociada.

Este tratamiento tiene como pilar fundamental la modificación de estilos de vida, especialmente los relacionados con los hábitos alimentarios y la actividad física, sobre ellos se apoya no sólo la meta de reducción de peso sino la prevención de otros factores de riesgo, especialmente los relacionados con enfermedad cardiovascular.

- **Metas metabólicas.**

Todo paciente diabético debe tener una glucemia basal 70 a 140 mg/dl, ideal alrededor de 100 mg/dl (sin importar el método de medición) La glucemia postprandial (dos horas después de la ingesta habitual) debe ser menor de 180 mg/dl e ideal alrededor de 140 mg/dl. Par lograr estas metas se requiere un automonitoreo y tratamiento farmacológico más estricto. Lo anterior se alcanza con educación del paciente y su familia.

- **Control de la glucemia.**

**Automonitoreo:** Se efectúa por medio de la medición de la glucemia capilar (glucometría) realizada con glucómetro, por tal motivo, debe tenerse disponibilidad del glucómetro, las tirillas y realizar educación al paciente.

**Hemoglobina glicosilada:** Establece el valor promedio de la glucemia del paciente durante los dos o tres meses previos, para así evaluar la eficacia del tratamiento. Este examen debe determinarse en la evaluación inicial en todos los pacientes con diabetes para documentar el grado de control de la glucemia y, luego, para el seguimiento cada tres meses con el fin de determinar si se han alcanzado las metas del control metabólico.

- **Nutrición.**

Los objetivos aplicables a todos los pacientes son:

- Alcanzar y mantener los objetivos metabólicos recomendados, incluyendo los niveles de glucosa y A1C, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos, presión arterial y peso corporal.

- Prevenir y tratar las complicaciones crónicas y las enfermedades asociadas con la diabetes, adecuar la dieta y el estilo de vida para la prevención y tratamiento de la obesidad, la dislipidemia, la enfermedad cardiovascular, la HTA y la neuropatía.

- Mejorar el estado de salud por medio de la ingesta de alimentos saludables y actividad física.

- Adecuar la dieta teniendo en cuenta las preferencias individuales y culturales de cada paciente, las condiciones económicas, así como el estilo de vida, respetando en todo momento los deseos individuales y la voluntad de cambio.

- **Actividad física y ejercicio.**

Antes de iniciar un programa de actividad física, el paciente diabético debe tener una evaluación médica detallada para complicaciones macro y microvasculares que puedan empeorar con la actividad física, el hallazgo de complicaciones permiten individualizar el plan de actividad física que minimice el riesgo del paciente.

- **Evaluación y cuidado psicosocial.**

- La evaluación preliminar psicológica y social debe ser incluida como parte del tratamiento de la diabetes.

- La evaluación psicológica debe incluir actitudes frente a la enfermedad, expectativas del tratamiento médico y resultados, alteración del estilo de vida, fuentes de financiación e historia psiquiátrica.

- Investigar problemas como depresión, desórdenes alimentarios, alteración cognitiva que son necesarios cuando la adherencia al tratamiento médico es pobre.

- **Educación.**

La educación de los pacientes diabéticos es un medio terapéutico con su propia sintomatología. Sus objetivos fundamentales son aportar información, proporcionar conocimientos prácticos y, sobre todo modificar el comportamiento. Este último objetivo es el más importante: la información y los conocimientos prácticos carecen de utilidad si no se traducen en acciones y se integran a los hábitos personales.

- **Terapia farmacológica.**

Se debe iniciar el tratamiento e ir valorando las metas, ajustándolas si no se controla en forma adecuada el paciente. Actualmente se considera emplear las dosis clínicamente útil de cada medicamento (50% de la dosis máxima) para disminuir reacciones adversas. Se pueden indicar antidiabéticos orales o insulina, cuando con el plan de alimentación, actividad física y una adecuada educación no se alcanzan los objetivos del control metabólico fijados en cada paciente.

#### **2.2.1.5 Prevención y tratamiento de factores riesgo para enfermedad cardiovascular.**

En este apartado de la Resolución 412 de 2000 se plantea el diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo asociados a DM2 como la HTA, dislipidemia, consumo de cigarrillo, enfermedad coronaria, los cuales deben ser diagnosticados y controlados.

### **2.3 LA SALUD EN SANTANDER**

El Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS) presenta en su informe de los Indicadores Básicos de Salud 2007, el perfil demográfico y epidemiológico del Departamento dando continuidad a la estrategia de Análisis de la Situación de Salud propuesta por la Organización Panamericana de la salud (OPS).

En el perfil demográfico se establece que el Departamento de Santander cuenta con una población total de 1.913.443 habitantes de los cuales el 73,7% (1.410.071) residen en la zona urbana y el 26,3% (503.372) en la zona rural.

La población femenina está representada por un 50,9% (973.772) del total de habitantes, mientras que la población masculina la compone el 49,1% (939.671).

El Departamento Nacional de Estadística DANE proyecta la esperanza de vida de la población al nacer, entre 2005 – 2010 en 74,3 años, siendo las mujeres quienes tienen una esperanza de vida mayor (77,5) en comparación con la de los hombres (71,2).

El perfil epidemiológico elaborado por el Observatorio de Salud Pública, basado en los cálculos de las estadísticas vitales del año 2005 del Departamento, establece que la principal causa de muerte de niños menores de un año es la complicación del parto o los traumatismos derivados de este procedimiento obstétrico, generalmente producida por la inasistencia de la materna a los controles prenatales dificultando la labor del ginecólogo al no detectar a tiempo las complicaciones que se puedan presentar. Seguidamente se presentan causas asociadas a afecciones respiratorias y malformaciones congénitas.

En el grupo comprendido entre 1 y 4 años es relevante encontrar como una de las principales causas de defunción, las relacionadas con las deficiencias nutricionales y la anemia producida por la incapacidad económica de la familia para asumir una alimentación balanceada.

En el rango de edad comprendido entre los 5 y 14 años prevalece como primera causa de muerte los accidentes de tránsito, así como el ahogamiento y sumersión fortuita. No se encuentra una enfermedad común que afecte a esta población.

La población comprendida entre los 15 y 44 años, presenta las agresiones (homicidios) como el indicador de mortalidad más representativo, esto a causa de la violencia generada en las ciudades y el progresivo aumento de la delincuencia.

Dentro de este perfil epidemiológico se observa una variación en cuanto a las causas de muerte para la población mayor de 45 años. Se pasa de unas causas exógenas a unas causas endógenas que tienen que ver con patologías propias del organismo. Es así como aparece el cáncer, las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades hipertensivas que son, en la mayoría de los casos registrados, consecuencias de Diabetes descompensadas (ver estadísticas en el subcapítulo 2.5)

En cuanto a la morbilidad se establece que las principales enfermedades por la que consulta la población menor de 12 años, hace referencia a fiebres de origen desconocido, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso; mientras que en la población mayor de 12 años prevalecen las patologías de tipo hipertensivas, trastornos del metabolismo, dolor abdominal y Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC).

Las enfermedades crónicas afectan principalmente a las personas adultas mayores. Estas enfermedades se adquieren generalmente como consecuencia de

llevar estilos de vida inapropiados desde temprana edad, o por factores hereditarios. La falta de auto cuidado y tratamiento oportuno generan daños irreversibles ya que se deterioran tejidos y órganos que impiden el buen funcionamiento del cuerpo.

Las diferentes instituciones de salud del Departamento contemplan dentro de sus programas actividades tendientes a promover estilos de vida saludables para estos pacientes y un adecuado control de la enfermedad, sin embargo la inexistencia de un compromiso responsable de cada uno de los pacientes con su salud hace que en muchas ocasiones no se puedan evitar las complicaciones propias de cada patología.

## 2.4 LA SALUD EN SAN GIL

La población total del Municipio de San Gil según el DANE para el año 2005 es de 42.988 habitantes, de los cuales el 14.5% reside en zona rural, equivalente a 6.240 habitantes y el 85.5% reside en el perímetro urbano, equivalente a 36.748 habitantes.

**Tabla No.1 Estimaciones de Población por sexo y zonas, San Gil censo año 2005**

GENERO	ZONA				TOTAL DE POBLACION POR GENERO	TOTAL DE POBLACION
	Cabecera		Rural			
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)		
Masculino	17.062	46.4	3.313	53.1	20.375	
Femenino	19.686	53.6	2.927	46.9	22.613	42.988

Fuente: Observatorio de salud pública de Santander. Situación de Salud en Santander:. Indicadores Básicos 2007.

Se encuentra una mayor proporción de mujeres representada en un 52.6% (22.613) frente al total de hombres que equivale a un 47.3% (20.375). Sin embargo en el sector rural se evidencia que residen mayor número de hombres (53.0%) en comparación con el número de mujeres (46.9%). En la zona urbana ocurre lo contrario, hay mayor concentración de mujeres (45.7%) en correlación con la cantidad de hombres que residen en este sector (39.6%).

**Tabla No. 2 Estimación de Población según grupos de Edad para el Municipio de San Gil año 2005**

GRUPO ETAREO	CANTIDAD DE POBLACION (Frecuencia)	PORCENTAJE(%)
Menores de 1 año	643	2
De 1 a 4 años	2.749	6
De 5 a 9 años	3.967	9
De 10 a 14 años	4.576	11
De 15 a 19 años	3.983	9
De 20 a 29 años	6.338	15
De 30 a 39 años	6.535	16
De 40 a 49 años	5.694	13
De 50 a 59 años	3.726	8
De 60 a 69 años	2.474	6
De 70 y mas años	2.273	5
TOTAL	42.988	100

Fuente . Observatorio de salud publica de Santander. Situación de Salud en Santander:. Indicadores Básicos 2007.

Se aprecia que la mayor concentración poblacional se encuentra entre los 20 y 39 años, en los cuales se evidencia que el Municipio posee un gran potencial productivo.

El perfil de salud en el Municipio de San Gil ha mostrado modificaciones favorables, sin embargo, la transición que se experimenta está caracterizada por riesgos emergentes, como lo es el advenimiento cada vez mayor de la farmacodependencia, casos de dengue clásico, incremento del índice aédico, enfermedades cardiovasculares, prevalencia de Diabetes Mellitus y embarazos en adolescentes.

La vigilancia epidemiológica constituye una actividad estratégica sustancial que permite conocer con oportunidad y eficiencia los patrones de comportamiento de los principales problemas y necesidades de salud del municipio, que aquejan a los grupos de población, así como identificar factores de riesgo que inciden en su distribución y frecuencia.

El diagnóstico epidemiológico del municipio muestra el siguiente perfil:

**Tabla No. 3 Primeras Causas de Morbilidad por Egreso Hospitalario Año 2007.**

CAUSA	Año 2007	
	Orden*	Frecuencia**
Enfermedad Diarreica Aguda.	1	795
Infección de Vías Urinarias.	2	486

Hipertensión Arterial.	3	464
Gastritis.	4	409
Parasitosis Intestinal.	5	337
Diabetes Mellitus.	6	208
Displasia Cervical Leve.	7	185
Hernia Inguinal.	8	173
Asma Bronquial.	9	145
Rinofaringitis.	10	134
Desnutrición Leve.	11	105
Lumbago no especificado.	12	49

Fuente. Plan Territorial de Salud de San Gil. Secretaria de Salud Municipal. Junio de 2008.

\*Significa el orden que ocupa dentro la clasificación general de Morbilidad por Egreso Hospitalario.

\*\*Significa la cantidad de casos presentados por dicha patología.

**Tabla No. 4 Morbilidad urgencias año 2007.**

CAUSA	Año 2007	
	Orden*	Frecuencia**
Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores.	1	3.135
Diarrèica y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	2	2.597

Infección viral, no especificada.	3	1.811
Otros dolores abdominales y los no especificados.	4	1.722
Síndrome febril a estudio.	5	1.517
Traumatismo, no especificado.	6	1.385
Cefalea.	7	921
Asma, no especificada.	8	859
Nausea y vomito.	9	744
Supervisión de otros embarazos normales.	10	663
Infección de vías urinarias.	11	649

Fuente. Plan Territorial de Salud de San Gil. Secretaria de Salud Municipal. Junio de 2008.

\*Significa el orden que ocupa dentro la clasificación general de Mortalidad en San Gil.

\*\*Significa la cantidad de casos presentados por dicha patología.

**Tabla No. 5 Primeras Causas Mortalidad en San Gil 2007.**

CAUSA	Año 2007	
	Orden	Frecuencia
Infarto Agudo del Miocardio.	1	17
Neumonía.	2	13
Enfermedad Pulmonar Obstructiva.	3	8
Insuficiencia Cardiaca Congestiva.	4	7
Enfermedad Cerebro Vascular.	5	7
Cáncer Gástrico.	6	5
Hipertensión Arterial.	7	5
SOC Cardiogénico.	8	4
Hemorragias Vías Digestivas Altas.	9	3
Insuficiencia Coronaria Severa.	10	1

Fuente. Plan Territorial de Salud de San Gil. Secretaria de Salud Municipal. Junio de 2008.

\*Significa el orden que ocupa dentro la clasificación general de Mortalidad en San Gil.

\*\*Significa la cantidad de casos presentados.

Continúa siendo importante la prevalencia de las enfermedades de riesgo cardiovascular, ya que a pesar de ser enfermedades prevenibles no se ha obtenido la completa concientización de la comunidad en cuanto a factores de riesgo cardiovascular.

Aunque entre estas causas de defunción no aparece la Diabetes Mellitus, hay que aclarar que algunas de estas patologías corresponden a complicaciones propias de esta enfermedad como la Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Hipertensión Arterial y la Insuficiencia Coronaria Severa.

Las principales causas de mortalidad corresponden a enfermedades crónicas no transmisibles que afectan principalmente a la población adulta mayor del municipio.

La Secretaria de Salud Municipal en conjunto con las Instituciones prestadoras de servicios sanitarios desarrollan programas tendientes a reducir las muertes por enfermedades crónicas no transmisibles.

## **2.5 PANORAMA DE LA DIABETES MELLITUS**

La diabetes es una enfermedad crónica. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el tercer problema de salud pública más importante en el mundo.

Los estudios indican que generalmente es reportada en los certificados de defunción como la causa de que desencadena enfermedades como del corazón y la hipertensión arterial sistémica.

La Federación Internacional de Diabetes (IDF) afirma que, en el contexto mundial, cada año 3.2 millones de muertes son atribuidas a la diabetes, lo cual representa una de cada 20 muertes, 8.700 muertes cada día, seis muertes cada minuto, y por lo menos, una de cada diez muertes en adultos de 35 a 64 años de edad.

La prevalencia de DM2 en los países industrializados es alarmante y se espera que se duplique en los próximos 25 años. En estos países la mayoría de las personas con diabetes se encuentra por encima de la edad de jubilación, mientras que en los países en vía de desarrollo los afectados con más frecuencia son las personas entre los 35 y los 64 años.

La situación es preocupante si se tiene en cuenta que su frecuencia se ha venido aumentando debido no solo al crecimiento y al envejecimiento de la población sino a un cambio en los hábitos alimentarios, con un aumento del consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sal. La creciente cultura del sedentarismo y la falta de actividad física, están contribuyendo gravemente al incremento en las tasas de sobrepeso y obesidad.

Según la Organización Panamericana de la Salud, la diabetes mellitus representa el mayor problema de salud pública en América y hay evidencia que la prevalencia de diabetes en los países de América Latina y el Caribe está creciendo de una manera alarmante y en proporciones epidémicas. La población infantil y adolescente no está a salvo y requiere una atención preferente en estrategias de apoyo, control y prevención.

En el año 2006, se estimó que en América Latina 35 millones de personas eran diabéticas y se prevé que esa cantidad aumentará a 64 millones para 2025. Para el año 2003 la diabetes estuvo vinculada con 300.000 defunciones. En las

mujeres de todas las edades y en casi todos los países de las Américas, la diabetes es una de las tres principales causas de defunción.

En Colombia, como en el mundo, las personas diagnosticadas con diabetes van en aumento<sup>11</sup>. Se reportan entre 1.200.000 a 1.500.000 pacientes con diabetes y según el perfil epidemiológico elaborado por el DANE en el 2005, la diabetes se encuentra entre las diez principales causas de morbilidad y mortalidad en la población perteneciente al rango de edad de mayores de 60 años.

La Asociación Colombiana de diabetes ha estimado que 7% de la población colombiana mayor de 30 años tiene diabetes tipo II y alrededor de 30% a 40% de los afectados desconocen su enfermedad.

El Departamento de Santander no es ajeno a esta realidad; según datos del Observatorio de Salud Pública de Santander<sup>12</sup>, durante el año 2006, la diabetes fue la tercera causa de muerte en mujeres de 65 y más años y la quinta en hombres de ese mismo rango de edad. Se encuentra como principal factor de riesgo los inadecuados hábitos alimentarios caracterizado por la ingesta abundante de colesterol, así como la falta de ejercicio.

Aunque en el municipio de San Gil no cuenta con una estadística de personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus, las diferentes IPS reportan un aumento de población que presentan glicemias elevadas.

Los datos proporcionados por el Hospital Regional de San Gil evidencian que en el periodo de Junio de 2007 a Junio de 2008 se realizó una consulta de 279

---

<sup>11</sup> JACOME ROCA ALFREDO. Diabetes en Colombia: Recuento Histórico y Bibliográfico. Bogotá: Academia Nacional de Medicina, 2004, p.87.

<sup>12</sup> Situación de Salud en Santander: Indicadores Básicos 2007/ Revista del Observatorio de Salud Publica de Santander No2 (2007). Bucaramanga: Observatorio de Salud Publica, 2007, p 4. ISSN 1909 - 1052

pacientes por esta patología, de los cuales un 29% han consultado por descompensación, y un 17% presentan complicaciones derivadas de esta enfermedad.

Por el carácter epidemiológico que se le ha dado, esta patología es objeto de estudio y de interés para la medicina. Sin embargo, por su naturaleza crónica, la severidad de las complicaciones y los medios que se requieren para su control, se constituye en el momento en una enfermedad altamente costosa; se ha evidenciado que un diagnóstico temprano y el buen control de la diabetes reduce la progresión de complicaciones crónicas de la enfermedad como la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía, sumadas a la enfermedad coronaria, la dislipidemia y la enfermedad vascular periférica, las cuales influyen en la morbilidad y mortalidad prematuras que presentan estos pacientes.

En Colombia no existe una política gubernamental alrededor del tema. Por eso es necesario emprender campañas preventivas y educativas desde las diferentes esferas de la salud en pro del adecuado manejo de la enfermedad, evitando complicaciones en el organismo.

### **3 LA SALUD COMO DERECHO.**

En los últimos años la legislación colombiana no ha sido ajena a los cambios de paradigmas en lo que hace referencia al concepto salud-enfermedad. Del análisis de las diferentes normas se aprecian modificaciones en la legislación, concordantes con los cambios de la concepción de la salud.

#### **3.1 ANTECEDENTES LEGISLATIVOS**

Desde finales de la década de 1960, la salud empezó a considerarse como una inversión y no como un gasto; esto merecía que fuera objeto de una planeación rigurosa y su reflejo fue la orientación sanitaria del Estado en materia de inversión, visualizada en dos sentidos: ampliación de coberturas a costos mínimos y administración de la asistencia médica por parte del Estado.

De igual manera en esta década empezaron a operar en Colombia los servicios seccionales de salud, base de una nueva estructura organizacional, y entró en aplicación y desarrollo el Plan Nacional Hospitalario (1969) y la concepción organizacional del sistema de regionalización de los servicios, con cuatro niveles diferenciados de atención médica.

A continuación se esboza la legislación existente en nuestro país en cuanto al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **3.1.1 Constitución Política de 1991.**

En el año de 1991 se expide la nueva Constitución Política, que en su preámbulo reza:

*El pueblo de Colombia en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana, decreta, sanciona y promulga la siguiente Constitución Política de Colombia<sup>13</sup>*

En este preámbulo se señalan las aspiraciones en relación con la salud; asume como finalidad social del Estado procurar el bienestar general, el mejoramiento de la calidad de vida de la población, la solución de las necesidades de salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable, alimentación, recreación, cultura, deporte y vivienda, es decir, de la seguridad social en general.

En la normatividad constitucional ocupan lugar preeminente la protección a la seguridad social en su Artículo 48 y el derecho a la salud y saneamiento ambiental consagrado en el Artículo 49, ambos derechos elevados a la categoría de servicios públicos.

---

<sup>13</sup> Constitución Política de Colombia. 1991.

**Art. 48:**<sup>14</sup> *La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.*

*Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.*

*El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.*

*La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.*

*No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.*

*La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.*

En relación con la seguridad social, se consagra el mandato de no destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. Es de anotar cómo en la nueva Constitución el derecho a la seguridad social no se ata a la existencia de un contrato laboral; la Constitución de

---

<sup>14</sup> Constitución Política de Colombia. 1991.

1991 superó ese concepto, con la denominación de seguridad social integral, creando determinados "estados jurídicos" por ejemplo, en la protección y asistencia de las personas de la tercera edad, Artículo 46; y para la población infantil, Artículo 44, de tal manera que el simple hecho de que una persona ostente ese status hace que se le reconozca un derecho a la seguridad social.

La Constitución insinúa desde el preámbulo y en su Artículo 48 un gran cambio de contenido político en la concepción de la protección social como un derecho colectivo, en reemplazo de la noción de asistencia pública como beneficio gratuito y dadivoso presente en la Constitución de 1986.

**Art. 49:**<sup>15</sup> *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

*Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.*

---

<sup>15</sup> Constitución Política de Colombia. 1991.

*Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.*

*La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.*

*Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de la comunidad.*

Se propende por una visión integral del hombre, al consagrar las preceptivas constitucionales citadas. En primer caso con respecto a la seguridad social garantizando a todos los habitantes el derecho irrenunciable a ésta, y como parte de este derecho están sin duda las prestaciones de carácter asistencial, entendidas también desde el punto de vista de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Es de destacar asimismo la consagración de la salud como deber y como derecho, al preceptuar sobre el deber de procurar el cuidado integral de la salud individual y de la comunidad; sin duda, estas premisas fundamentan la esencia de la promoción de la salud como responsabilidad primigenia del individuo.

### **3.1.2 Ley 10 de 1990.**

Esta ley fue creada en 1990 precipitando cambios conceptuales e institucionales importantes con la introducción de un nuevo concepto de sistema de salud más acorde con las ideas contemporáneas de los modelos de salud con características multisectoriales y de concertación.

En su Artículo 1º consagra la salud como servicio público: "La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio". La consecuencia lógica de este principio consiste en que el Estado debe intervenir y regular el servicio público, las condiciones de prestación de la salud en cuanto a su oportunidad, continuidad, calidad, cobertura, organización, gestión y políticas fundamentales, así se suministren pública o privadamente.

El concepto de salud que propone la ley se dirige a enfatizar que la salud es un proceso resultante de factores biológicos-genéticos, del ambiente, comportamiento y de los servicios institucionales y que, por tanto, se hace necesario actuar en forma conjugada sobre todos ellos, con el propósito de alcanzar un bienestar integral. Lo anterior se deduce de lo expresado en su Artículo 4.

La finalidad de la ley fue la de visualizar la salud con una concepción más integral y abrir un marco de referencia para las acciones de promoción de la salud, siendo importante el énfasis que le dio a la multisectorialidad. En este sentido propone un nuevo marco de prestación de servicios de salud complementarios, que favorece la participación activa de la comunidad para que ellos modifiquen su comportamiento y hagan conscientes los factores variables que inciden en el estado de salud.

La Ley 10 de 1990, abre la brecha de cambios que tuvo Colombia, con la expedición de la nueva Constitución Política, la Ley 60 y la Ley 100 de 1993.

### **3.1.3 Ley 100 de 1993.**

Crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se puede considerar como el desarrollo legislativo de mayor trascendencia en los últimos tiempos en Colombia; cambia y reorganiza la prestación de los servicios de salud

e integra la salud pública, el sistema de seguridad social y la provisión de servicios privados.

Es un sistema universal de aseguramiento que se establece mediante los principios de la competencia regulada. En su preámbulo se consigna su espíritu.

*La seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.*

La normatividad esta orientada por los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (Artículo 2) y equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, calidad (Artículo 153).

La Ley crea una serie de planes de beneficios:

- PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA (PAB) (Artículo 165) de carácter gratuito y obligatorio, que complementa las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y está constituido por las intervenciones dirigidas a la colectividad o a los individuos.
- PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) (Artículo 162), este último tanto para el régimen contributivo (Artículo 202) como para el subsidiado (Artículo 211), mediante los cuales se crean las condiciones de acceso a un plan obligatorio de

salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001, cuyo objetivo es el de la "protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan<sup>16</sup>.

Asimismo, la Ley 100 de 1993 crea el Fondo de Solidaridad y Garantía (Artículo 218), como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se debe manejar por encargo fiduciario y en el Artículo 219 legisla sobre las subcuentas que lo integran, entre las que se incluye en el literal c) la de promoción de la salud.

#### **3.1.4 Ley 1122 del 9 de enero de 2.006.**

Tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Existen importantes cambios en el Sistema entre los cuales se encuentran :

- La creación de la Comisión de Regulación en Salud (**CRES**) que tendrá dentro de sus funciones: definir y modificar los planes obligatorios de salud subsidiado y contributivo, definir y revisar como mínimo una vez al año el listado

de medicamentos esenciales y genéricos y establecer los criterios para los pagos moderadores.

- No habrá periodos mínimos de cotización o periodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS.
- No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del SISBEN o el instrumento que lo reemplace.
- En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el Plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el FOSYGA.
- Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.
- La cotización al régimen contributivo de Salud será, a partir del 1 de Enero del año 2007, del 12,5% del ingreso o salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del 8.5% y a cargo del empleado del 4%.

- El Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado.

Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato.

### **3.2. ESTADO ACTUAL DE LA SALUD COMO DERECHO EN COLOMBIA**

Aunque existe una evidente necesidad de garantizar el pleno derecho a la salud en todas sus dimensiones, en la actualidad este ideal no ha alcanzado su máximo desarrollo.

Por tal razón se han propuesto alternativas para superar las condiciones en que el derecho se encuentra. Dichas estrategias propone proyectar la inclusión inmediata de los sectores vulnerados de la población a la plena garantía de los derechos en salud, fortaleciéndola paralelamente por medio de recursos judiciales en el periodo de transición.

En este sentido la salud en Colombia debe ser abordada no solo desde la perspectiva de los derechos, sino también en el terreno de las políticas públicas.

La política pública de salud, parte de dos definiciones que orientan el análisis:

- **Neoinstitucional:** (Colectivización del derecho) propuesta desde la Ley 100 de 1991, en donde se propone la prestación de los servicios de salud en manos de particulares (régimen contributivo) y un sector social reducido cobijado por las instituciones públicas, conocido como el régimen subsidiado que en la práctica del sistema de seguridad social mantiene la tendencia de tener menor cobertura frente al régimen contributivo.
- **Instrumental:** (Individualización del derecho) en donde se pone a la política pública como una herramienta al servicio del desarrollo de los derechos. Esta propuesta parte de entender a los derechos como canales de maximización del bienestar para todos.

Las políticas públicas de colectivización del derecho a la salud o políticas masivas del mismo, han sido obstruidas en gran medida por el diseño mismo de la política, pero igualmente se ha criticado a la Corte Constitucional argumentado que su labor se ha encontrado encaminada más hacia la garantía individualizada del servicio a la salud y no ha promovido la garantía colectiva del derecho a la salud. Se critica que la retórica de la satisfacción individual de los servicios de salud posiblemente ha impedido una reformulación general de ésta política pública.

En este sentido se propone dentro de la discusión la necesidad de una visión complementaria entre los procesos de garantía individual y de garantía colectiva de la salud, teniendo en cuenta su perspectiva de derecho y ubicándola en el terreno de las políticas públicas, entendidas éstas como la formulación de obligaciones a las autoridades y su desarrollo dentro del programa político, expresado en el terreno legislativo y administrativo, pero que sobrepasan igualmente estos terrenos, en términos de que toda la acción institucional se encuentre encaminada a promover la garantía plena de los derechos sociales.

## **4 CARACTERIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E) HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL**

El Hospital Regional de San Gil de conformidad con lo dispuesto por el Decreto número 014 del 25 de enero de 2006, proferido por el Gobernador de Santander, es definido como una Empresa Social del Estado (E.S.E.) con categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden municipal, dotada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Adscrita a la Secretaría de Salud Municipal y sometida al régimen jurídico establecido en el Título II artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes.

En razón de su autonomía la E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL, se organiza, gobierna y establece sus normas y reglamentos de conformidad con los principios Constitucionales y legales que le permiten desarrollar los fines para los cuales fue constituida.<sup>16</sup>

### **4.1 OBJETO DE LA EMPRESA**

El objeto de la EMPRESA será, la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio publico a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En desarrollo de este objeto, adelantará acciones de promoción prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Resolución 003 de enero 26 de 2006, Art. 2 Capitulo I. Por lo cual se adopta los estatutos internos de la empresa Social del Estado Hospital Regional de San Gil.

<sup>17</sup> Resolución 003 de enero 26 de 2006, Art. 4 Capitulo I. Por lo cual se adopta los estatutos internos de la empresa Social del Estado Hospital Regional de San Gil.

## **4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA EMPRESA**

En Colombia con la Ley 100 de 1993, se estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el art. 195 orienta su objeto a la prestación de servicio público de salud a cargo del Estado, entendiéndose que la Salud Pública representa la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger a la colectividad de los factores de riesgo, mejorarle la convivencia y la calidad de vida, lo que a su vez, representa el conjunto de condiciones que garanticen el estado de bienestar físico, psicológico y social básico para la vida de la persona, desde el momento de la concepción hasta la muerte. Es un proceso dinámico en el que intervienen la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, las condiciones de su entorno ecológico, su participación en el desarrollo social, cultural, científico y tecnológico.

De otro lado la resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud, establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social de Salud, teniendo en cuenta el nivel de complejidad.

Así mismo, el Acuerdo 20 de 1990, organiza los establecimientos relacionados con el área de la salud en niveles de atención médica, estos corresponden a la estructura técnico – científica del sistema, fundamentada en un modelo de atención progresiva de prestación de servicios de salud, en función de la severidad del proceso patológico, la capacidad técnico científica y dotación requerida, los recursos disponibles y el tipo de institución que dispensa los servicios, buscando soluciones a barreras geográficas, sociales, culturales y económicas. Como se presenta a continuación:

#### **4.2.1 Instituciones de complejidad media (II Nivel de Atención).**

Además de los servicios de complejidad baja de I Nivel de Atención, las ESE de complejidad media dispondrán de los servicios ambulatorios y hospitalarios de las especialidades básicas (Pediatría, Ginecobstetricia y Cirugía General); adicionalmente contarán con algunas subespecialidades, según el perfil epidemiológico de la población y los requerimientos regionales.

Se prestarán servicios de apoyo adicionales a lo relacionado con ecografía de diferentes tipos, laboratorio de mediana complejidad de 24 horas, atención obstétrica de bajo y mediano riesgo. Estos servicios podrán ajustarse de acuerdo con los eventos de ocurrencia periódica, con los porcentajes ocupacionales, y con las condiciones que la demanda de servicios lo requiera, manteniendo movilidad en la oferta.

Dentro de este grupo se pueden establecer las siguientes instituciones: ESE Hospital Regional de Vélez, ESE Regional San Gil, ESE Santo Domingo de Málaga, ESE San Juan de Dios de Floridablanca, ESE Hospital San Rafael de Barrancabermeja. Así mismo, en este grupo de instituciones se encuentra incluida la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo, única institución pública a nivel departamental que presta la Atención de Salud Mental a todos los regímenes.

#### **4.3 MISIÓN**

El Hospital Regional de San Gil provee servicios integrales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; cumpliendo principios científicos, gerenciales, administrativos y

técnicos que garanticen el desarrollo empresarial a través de la satisfacción de las expectativas y el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios.<sup>18</sup>

#### **4.4 VISIÓN**

Ser reconocida a nivel Nacional como ejemplo en el sector de la salud, por la excelencia humana y tecnológica en la gerencia y prestación de los servicios<sup>19</sup>

#### **4.5 PRINCIPIOS BÁSICOS**

**La eficacia:** La mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida.

**La Calidad:** Es la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua, con procedimientos científico-técnicos y administrativos eficientes.<sup>20</sup>

#### **4.6 OBJETIVOS DE LA ESE**

a) Producir servicios de la salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.

b) Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la EMPRESA, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.

---

<sup>18</sup> Portafolio de servicios de La ESE.

<sup>19</sup> Portafolio de servicios de La ESE.

<sup>20</sup> Decreto 1876 de 1994. Capítulo I art. 3°.

- c) Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado la rentabilidad social y financiera de la EMPRESA.
- d) Ofrecer a las Entidades promotoras de salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de éstos a tarifas competitivas en el mercado.
- e) Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
- f) Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.<sup>21</sup>

## **4.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

La estructura organizacional fue aprobada por la gerencia, mediante la Resolución No 009 de enero 26 de 2006 en el Artículo 1:

Estructura Básica:

### **4.7.1 Área de Dirección.**

Conformada por la junta Directiva y el Gerente, desde donde se ejerce la orientación y vigilancia del cumplimiento del desarrollo de los procesos que permiten mantener la unidad de objetivos intereses de la organización en torno a la visión, misión, así como la directrices para la definición de propósitos, objetivos,

---

<sup>21</sup> Resolución 003 de enero 26 de 2006, Art. 6. Capítulo I. Por lo cual se adopta los estatutos internos de la empresa Social del Estado Hospital Regional de San Gil.

metas, estrategias institucionales, desde el punto de vista económico y social que serán adoptadas por la empresa.

La ESE Hospital Regional de San Gil tiene una Junta Directiva de seis (06) miembros, constituida de la siguiente manera:

1. El Estamento Político – Administrativo: representado por el jefe de la Administración Departamental o su delegado y por el director de salud del ente de dirección departamental de la Salud o su delegado.
2. Los dos (02) representantes del sector científico de la salud serán designados así: uno (1) mediante elección por voto secreto, que se realizará con la participación de todo el personal profesional de la planta de la Institución, del área de la salud cualquiera que sea su disciplina, mediante convocatoria que haga el Gerente de la EMPRESA. El segundo miembro será designado entre los candidatos de las ternas propuestas por cada una de las asociaciones científicas de las diferentes profesiones de la salud que funcionen en el área de influencia geográfica de la EMPRESA.

Cada asociación científica presentará la terna correspondiente al Secretario de Salud de Santander, quien de acuerdo con las calidades científicas y administrativas de los candidatos realizará la selección.

3. Los dos (2) representantes de la comunidad serán designados de la siguiente manera: uno (1) por las Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente establecidas, otro por los gremios de la de la producción del área de influencia de la EMPRESA, o en su defecto, por el comité de participación comunitaria del área de influencia de la EMPRESA. La selección de estos miembros de la junta directiva

deberá ajustarse a la forma y procedimiento señalado en el artículo 11 numeral 3 del decreto 014 del 2006 emanado de la Gobernación del Departamento<sup>22</sup>

Los estatutos de la junta directiva fueron aprobados, mediante Resolución No. 003 de Enero 26 de 2006.

#### **4.7.2 Área Funcional de Logística.**

Esta área comprenderá las unidades funcionales encargadas de ejecutar, en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos, y de información necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la empresa y realizar mantenimiento de la plata física y su dotación.

#### **4.7.3 Área Funcional de Atención al Usuario.**

Conjunto de unidades funcionales encargadas del proceso de producción y prestación de los servicios de salud con sus respectivos procedimientos y actividades; incluye la definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesarios para el efecto y las formas y características de la atención.

La estructura organizacional se define de acuerdo a las necesidades y requerimientos de los servicios que ofrece cada una de ellas, conformada por unidades funcionales y áreas así:

### **ÁREA DE DIRECCION**

#### **1. Junta directiva**

---

<sup>22</sup> Resolución 003 de enero 26 de 2006, Art. 18. Capítulo III. Por lo cual se adopta los estatutos internos de la

2. Gerente

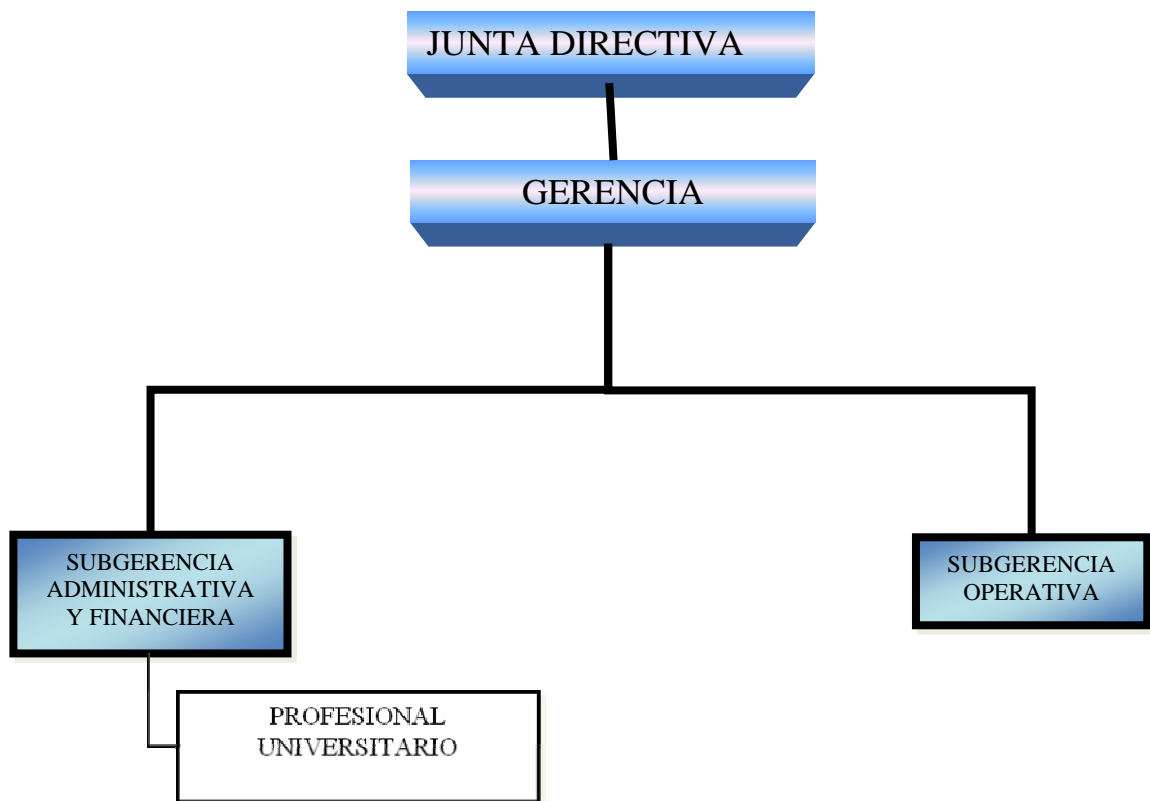
ÁREA FUNCIONAL DE LOGISTICA

1. Subdirección administrativa y financiera

ÁREA FUNCIONAL DE ATENCION AL USUARIO

Subdirección operativa<sup>23</sup>

**Figura 1. Organigrama actual de la ESE Hospital Regional de San Gil<sup>24</sup>**



empresa Social del Estado Hospital Regional de San Gil.

<sup>23</sup> Resolución No 009 de enero 26 de 2006, art., 2º Por Medio de la cual se establece la estructura orgánica, planta de personal y escala de remuneración de la ESE

## **5. ÀREA DE TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN**

El accionar del área de Trabajo Social se direcciona como unidad de apoyo terapéutico dentro de un enfoque integral del ser humano, teniendo en cuenta su entorno familiar, social y ambiental, aportando al equipo interdisciplinario los elementos sociales como valor esencial del servicio, buscando el reconocimiento de los usuarios como actores del desarrollo institucional y social, bajo parámetros de calidad y humanización.

### **5.1 MISIÓN**

El Trabajador Social de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de San Gil es el agente de una profesión, que inmerso en los objetivos generales de la institución, busca aportar al equipo interdisciplinario los elementos sociales que inciden en los problemas de salud, al igual que propiciar espacios para la participación de los usuarios.

### **5.2 VISIÓN**

Desarrollar el área de Trabajo Social como una unidad de complemento y apoyo de las acciones medico sanitarias en los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación bajo los parámetros de calidad, eficiencia, eficacia y humanización de la salud.

---

<sup>24</sup> Resolución No 009 de enero 26 de 2006, art., 3º Por Medio de la cual se establece la estructura orgánica,

### **5.3 SERVICIOS OFRECIDOS**

Atención individual, atención grupal y comunitaria

Asesoría en programas especiales

Visitas domiciliarias

Consulta Familiar

### **5.4 ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN INSTITUCIONES DE SALUD**

Trabajo Social es una disciplina profesional que forma parte del campo de la salud desde principios del Siglo XX. Ha sido como: “La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como en el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquéllas”<sup>25</sup>

#### **5.4.1 Objetivos del Trabajador Social en Salud.**

- Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales, localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y la plena utilización de los servicios, así como focalizando los elementos que favorecen su logro.
- Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que se

---

planta de personal y escala de remuneración de la ESE

asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.

- Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud orientadas hacia la reducción o eliminación de las desigualdades para el acceso a la salud.

## **5.4.2 Áreas de Desempeño del Trabajador Social.**

### **5.4.2.1 Área de Atención Directa.**

La atención directa es la actividad que se desarrolla con el usuario a partir de la demanda que éste presenta, siendo dicha atención la puerta de entrada del sistema de salud y nivel más básico de atención.

En esta área, el profesional de Trabajo Social asume:

- La investigación de los factores sociales que inciden en la Salud.
- La intervención en los problemas sociales que aparecen en el proceso de salud enfermedad, tanto si la enfermedad se produce como reacción a esos problemas sociales, como si éstos se producen a consecuencia de la situación de enfermedad.

Esta es una actividad en la que se interviene en las necesidades de salud, desde la perspectiva psicosocial, trascendiendo la descripción de los aspectos sociales (familia, entorno físico y comunitario, economía, relaciones, actividad social) para

---

<sup>25</sup> ITUARTE TELLAECHÉ A. Trabajo Social en el contexto sanitario: Socioepidemiología y clínica 2001

ir a un enfoque donde se incorpora la interiorización que el paciente realiza sobre su situación social. Permite la comprensión de los fenómenos que se producen en el proceso salud - enfermedad, teniendo en cuenta las emociones, vivencias, reacciones del individuo y/o familia; las interacciones e interrelaciones en el medio y el contexto donde éstas se desarrollan y actúan (familias, amigos, trabajo...).

#### **5.4.2.2 Área de Coordinación Sociosanitaria.**

El cambio generado en el contexto social ha generado que cada vez sean más los usuarios que requieren la satisfacción de sus necesidades básicas no solo en el ámbito de salud, sino en las esferas de lo psicosocial.

Los profesionales de Trabajo Social, han insistido de forma continua en esta necesidad de “poner en relación los recursos”, de “establecer canales” entre las distintas instituciones y técnicos que intervienen en la atención de una persona o comunidad, para llevarla a cabo de manera integral e integradora.

El Trabajador Social en esta área de desempeño es un profesional de enlace formado para impulsar e iniciar la coordinación sociosanitaria, así como desarrollar, junto al resto del Equipo de Atención la relación con las distintas entidades y asociaciones de la comunidad. El conocimiento actualizado de los Sistemas Educativo, Sanitario y de Servicios Sociales así como los Recursos Sociales de distinta titularidad, es lo que permite a este profesional impulsar la coordinación para beneficio de los usuarios, del Equipo de Atención y del Sistema Sanitario.

Se entiende la Coordinación Sociosanitaria como el conjunto de acciones llevada a cabo por los profesionales encaminadas a organizar las actuaciones de los

sistemas de salud y sociales, para ofrecer una respuesta integral a estas necesidades que se presentan simultáneamente en las personas.

La Coordinación Sociosanitaria es necesaria cuando se atiende población de especial vulnerabilidad, en la que confluyen necesidades sanitarias y sociales debido a la situación de dependencia o desventaja social que padecen.

Estos grupos de población son:

- Los grupos de especial vulnerabilidad por dependencia funcional y pérdida de autonomía:
  - Personas Mayores: independientes funcionalmente con riesgo de aumento de dependencia funcional o deterioro cognitivo.
  - Personas Mayores dependientes funcionalmente o con demencia.
  - Enfermos mentales y sus familias.
  - Personas con discapacidad física, intelectual y/o sensorial.
  - Personas con patologías crónicas invalidantes o con estigma social. (VIH, TBC, drogadicción, esclerosis múltiple, alcoholismo, etc.).
  
- Los grupos de especial vulnerabilidad por su situación social:
  - Mujeres en situaciones de conflicto o desventaja social.
  - Víctimas de violencia doméstica.
  - Menores en situación de pre-riesgo y riesgo social.
  - Población inmigrante.
  - Población joven y adulta en exclusión social extrema, que presentan problemas de salud.

### **5.4.2.3 Área de Apoyo Social.**

Se entiende por Apoyo Social el conjunto de acciones expresivas e instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis. Es decir las manifestaciones tanto en forma de expresión de emociones, afecto, información o en forma material.

En el apoyo social se dan varios niveles de análisis:

- El nivel comunitario es donde se proporciona el sentido de pertenencia y de integración social; fomenta la obediencia de las normas del grupo y las virtudes cívicas.
- El nivel de las redes sociales, son los contactos sociales que mantienen las personas.
- El nivel de las relaciones íntimas, son las relaciones donde se establecen vínculos más estrechos.

De los tres niveles, son las relaciones íntimas las que tienen un efecto más directo sobre la salud y el bienestar del individuo.

### **5.4.2.4 Área de Participación Comunitaria.**

La participación ciudadana, comunitaria, e institucional como formas de participación social en salud, se definen en función de la capacidad que tiene el ciudadano para ejercer deberes y derechos para la conservación de la salud

personal, familiar y comunitaria interviniendo en la planeación y gestión de los servicios sanitarios.

El Trabajador Social desempeña un papel de enlace entre los usuarios y la institución. Es el encargado de educar e informar a la población acerca de los deberes y derechos en salud, así como de coordinar los diferentes procesos de participación comunitaria e institucional.

#### **5.4.2.5 Área de Investigación.**

La Investigación se entiende como un proceso sistemático, organizado y objetivo, destinado a responder a una pregunta.

En la práctica asistencial del Trabajador Social se generan ideas para la investigación: clínica, epidemiológica, de organización de servicios y evaluación del impacto de determinadas intervenciones sobre el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.

En investigación se debe aplicar los métodos cuantitativos, los métodos cualitativos y los métodos de investigación participativa (IAP), atendiendo a sus distintos procedimientos.

Las líneas de investigación que se propone son:

- Investigación básica. Hace referencia a la investigación aplicada para medir la calidad de vida de los pacientes, el cumplimiento del paciente, la calidad de atención, los resultados de dicha actuación. Sería la piedra angular para una

mejora de los servicios asistenciales. En este área se adaptan muy bien los métodos cualitativos.

- Investigación epidemiológica: va dirigida a estudiar el curso o progreso de la enfermedad en un grupo particular de personas, las relaciones entre ellas y sus hábitos de salud, estilos de vida y el medio ambiente donde viven y los factores de riesgo relativos a ciertas enfermedades. Desde el Centro de Salud, el delimitar el ámbito investigador, permitirá el estudio de problemas de alta prevalencia y el estudio natural de la enfermedad, mejorando la efectividad y dirigiendo los recursos a los que más lo necesitan. Los diagnósticos de salud pueden completarse con el método de Investigación Acción Participativa.
- Investigación clínica. Se refiere a trabajos descriptivos que son trabajos de casos clínicos o de series de casos; trabajos analíticos que contienen una hipótesis expresa que precisa para su constatación de algún tipo de control.
- Investigación en servicios sanitarios. Se orienta hacia el estudio del nivel de efectividad en la prestación de cuidados a la población, modelos de gestión, evaluación económica.

## **5.5 ACCIONES A REALIZAR**

### **5.5.1 Promoción.**

- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden de manera notable en las desigualdades para el acceso a la salud, tanto para los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud como dirigidos a otras profesiones.

- Suministrar información sobre los derechos y deberes de los ciudadanos-usuarios de los servicios de salud.

### **5.5.2 Prevención.**

- Estudiar la incidencia de las variables socioeconómicas y culturales en la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
- Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a los mejores niveles de salud.
- Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, sus programas y sus expectativas frente a ellos.
- Participar en el estudio de la calidad y la cantidad de los servicios y recursos de salud.
- Orientar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
- Orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.
- Capacitar a voluntarios, auxiliares y alumnos de Trabajo Social para ejecutar acciones que favorezcan la eliminación de desigualdades en el campo de la salud.

### **5.5.3 Recuperación.**

- Contribuir con el equipo de salud a reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad.
- Capacitar al enfermo y su familia para que sean agentes de su recuperación.

### **5.5.4 Rehabilitación.**

- Asegurar que todo enfermo o minusválido físico o mental pueda lograr el uso máximo de su potencialidad.
  - Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social del enfermo o minusválido.

## **5.6 CAMPOS DE FORMACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD**

El Trabajo Social en Salud adquiere el carácter de una actividad especializada, por lo que el/ la Trabajador/a Social debe orientar su formación hacia las siguientes materias específicas, además de las generales de su profesión.

- Formación en salud sobre conceptos médico-sociales, etiología y desarrollo de las enfermedades, profundizando en aquellas enfermedades que tienen mayor impacto social (SIDA, enfermedades mentales, enfermedades infecciosas, etc.).
- Trabajo Social Clínico, conociendo modelos de intervención y técnicas especializadas para trabajar situaciones complejas (entrevista clínica, entrevista

motivacional, intervención familiar sistémica, mediación, análisis transaccional, intervención en crisis.)

- Conocimiento de los Programas y Protocolos de salud vigentes
- Estrategias para la Promoción de Salud y metodología de Participación Comunitaria.
- Conocimientos básicos sobre Salud Pública y Epidemiología Social.
- Adiestramiento en el uso de escalas de valoración que contribuyan a mejorar la calidad asistencial
- Formación en investigación y planificación
- Supervisión en Trabajo Social orientada al aumento en la calidad de la atención al usuario.
- Conocimientos administrativos y legales (Ley General de Seguridad Social en Salud, Ley de Infancia y Adolescencia).

## **6 CLUB DE DIABÉTICOS: UN ESPACIO PARA LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA**

El alarmante incremento de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II ha generado la necesidad de que se adopten tratamientos efectivos, educación e incentivos apropiados a los programas nacionales de prevención y control de la enfermedad.

La atención al diabético debe incluir elementos fundamentales como la regulación estricta de la glicemia, educación sobre la enfermedad, participación del enfermo en la atención, cuidado de su enfermedad y adherencia al tratamiento. Este proceso de atención no debe ser exclusivo del médico, debe además incorporar otros profesionales de la salud y se requiere de la participación plena y decidida del paciente diabético y su familia, siendo fundamental la promoción del auto cuidado.

Para el logro de estos resultados debe ofrecerse una educación integral al paciente diabético, tal como lo establece la declaración de Saint Vicent (1989) que estipula la educación como pilar fundamental en el tratamiento de este tipo de pacientes.

Estudios realizados por la Federación Internacional de Diabetes han demostrado la asociación entre educación y prevención de complicaciones agudas y crónicas. Un paciente a quien se le brinda educación en el manejo de la enfermedad aprende a gestionar su propia enfermedad, mediante la adquisición de las competencias necesarias para llegar a un grado adecuado de autocontrol.

La Organización Mundial de la Salud y la Federación Diabetológica Colombiana, afirman que la diabetes se puede prevenir si se cambian los estilos de vida, se brinda una óptima atención sanitaria y se educa a la población acerca de la enfermedad. Hacen también especial énfasis en que si ya se tiene un buen control de la enfermedad, se puede evitar o retardar la aparición de las complicaciones.

En Colombia, aunque no hay cifras oficiales de pacientes diagnosticados con DM2, se calcula que un 4% de la población presenta esta patología pero entre un 40% y un 45% de ellos, es decir unas 600 mil personas, no sabe que la padecen.

Santander es uno de los departamentos donde con frecuencia se encuentran pacientes con diabetes descompensadas, esto debido a varios factores alimentarios que son determinantes en la salud.

Particularmente la provincia guanentina se caracteriza por tener hábitos alimentarios basados en un consumo exagerado de carne roja (proteína), al igual que comidas grasosas (colesterol) y poca ingesta de frutas, verduras y cereales (fibra dietaria, vitamina A y vitamina C),<sup>26</sup> ocasionando malos hábitos alimenticios que influyen en la aparición de enfermedades crónicas relacionadas con estilos de vida no saludables que se inician desde la infancia.

Otro factor que contribuye a la descompensación de la diabetes es la inexistencia, en esta región, de programas de salud que desarrollen estrategias dirigidas a minimizar los factores de riesgo biopsicosociales a los que a diario se enfrenta el paciente diabético y su familia, y que generalmente se dan por desconocimiento en aspectos como el manejo de la enfermedad y el autocontrol.

---

<sup>26</sup> SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER: Situación Nutricional y de Consumo de Alimentos Departamento de Santander. Investigación realizada 2005 -2006.

Actualmente el Departamento de Santander cuenta con la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad (FUSANDE), que propenden por brindar servicios de salud y educación a los pacientes diabéticos; Sin embargo, esta fundación no posee extensiones en otros municipios, dificultando el acceso y la participación de los pacientes que no residen en la capital a las actividades programadas por FUSANDE

Por lo anterior, las instituciones de salud de cada uno de los municipios deben implementar programas que faciliten espacios para la atención integral al paciente diabético, en procura de mejorar su calidad de vida y prevenir las complicaciones que se pueden presentar como consecuencia de un autocuidado inadecuado.

En este contexto, las estrategias a implementar deben permitir al paciente y a su familia recibir la educación adecuada, ya que ésta representa un factor determinante para la comprensión y adherencia al tratamiento. El conocimiento de la enfermedad debe motivarlos a ser protagonistas de su tratamiento, así como facilitarles la adquisición de destrezas que les permita afrontar situaciones que su condición les exige. De este modo la educación en el paciente diabético y su familia se convierte en parte fundamental para su integración en la sociedad y el mejoramiento en su calidad de vida,

En cumplimiento de este objetivo, el Hospital Regional de San Gil busca proporcionar a los pacientes de la provincia guanentina la atención y educación necesaria a través de la creación e implementación de la estrategia pedagógica denominada Club de Diabéticos.

El club de diabéticos es la organización formada por los pacientes y el equipo de salud, que sirve de escenario para llevar a cabo la capacitación necesaria en el control de la diabetes. Se convierte en un espacio de intercambio de experiencias entre los pacientes, retroalimentación que facilita la adopción de los cambios

conductuales requeridos para el control de la enfermedad; de igual manera permite la convivencia de los pacientes entre sí y con los miembros del equipo de salud, ayudando a resolver los aspectos emocionales y afectivos que acompañan a la enfermedad.

La organización de los pacientes contribuye a hacer más efectiva la intervención médica, reforzando la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las orientaciones del equipo de salud.

## **6.1 OBJETIVOS**

### **6.1.1 Objetivo general.**

Implementar una estrategia educativa dirigida a pacientes con Diabetes Mellitus tipo II (DM2), que promueva el mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo de pautas para el fortalecimiento de su contexto biopsicosocial, mediante la reflexión, el autocontrol y la adherencia al tratamiento, así como la promoción de estilos de vida saludables.

### **6.1.2 Objetivos específicos.**

- Consolidar el equipo interdisciplinario para estudiar los casos diagnosticados con DM2 en último año y definir la población objeto.
- Establecer contacto con la población objeto y su medio sociofamiliar con el fin de vincularlos al programa.

- Definir el nivel de conocimiento que los pacientes poseen acerca de su enfermedad.
- Identificar los factores socioculturales que inciden en el adecuado manejo de la enfermedad y su tratamiento.
- Elaborar la caracterización social y psicológica del paciente diabético usuario del Hospital Regional de San Gil.
- Conformar el grupo de autocuidado y apoyo terapéutico con la población objeto, brindando orientación en el manejo de la enfermedad y en el afrontamiento adecuado de los cambios que se dan como consecuencia de la misma.

## **6.2 DISEÑO METODOLOGICO**

Para la creación del Club de diabéticos y la implementación de la propuesta en educación diabetológica, se ha diseñado un proceso metodológico que parte del estudio de los casos clínicos presentados por pacientes que han estado hospitalizados en más de una ocasión en el último año en el Hospital Regional de San Gil con diagnóstico de diabetes descompensada y que no han logrado un adecuado autocuidado que les permita el acertado manejo de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Este estudio es realizado por el equipo interdisciplinario de profesionales de la salud: médico internista, médico general, nutricionista, fisioterapeuta, Trabajadora Social, psicólogo clínico y auxiliar de enfermería, quienes una vez establezcan la población objeto, procederán a convocar a un taller donde se expondrá la propuesta en educación diabetológica y se programara una actividad terapéutica que tendrá como finalidad la elaboración de la caracterización de la población mediante la aplicación de una entrevista

semiestructurada, con la cual se pretende conocer aspectos sociales, familiares, culturales y otros relacionados con la enfermedad que actualmente pueden estar incidiendo en la misma. Todos estos aspectos aportan los elementos que orientarán los temas a desarrollar y los factores que favorecerán el proceso educativo para alcanzar los resultados propuestos.

Una vez se obtenga la caracterización, las diferentes áreas de atención trazan un plan de manejo para cada uno de los pacientes teniendo en cuenta los factores encontrados en la entrevista aplicada y en la atención inicial donde han podido expresar todo lo relacionado con su entorno, nivel de conocimientos, ideas acerca de su enfermedad, factores emocionales, condiciones socioeconómicas de él y su familia.

Esta intervención interdisciplinaria de profesionales de salud se hace necesaria toda vez que se requiere periódicamente una evaluación del plan de manejo y contexto biopsicosocial el cual interfiere en el cumplimiento de los objetivos propuestos. Esta evolución quedará registrada en la anamnesis o Historia Clínica; los datos consignados de dicha evaluación facilitarán la orientación del proceso educativo logrando el compromiso del paciente con el control de su enfermedad.

La anamnesis o Historia clínica (anexo C) se diligencia mediante entrevistas individuales del paciente con cada uno de los profesionales que integran el equipo interdisciplinario. Esta se inicia en el consultorio médico indagando los antecedentes quirúrgicos y patológicos, además de realizar una completa evaluación física y una breve descripción del estado de salud actual del paciente.

Dependiendo de la valoración médica, el paciente es remitido a Medicina Interna si se encuentra una Diabetes descompensada o será remitido a consulta con enfermería para seguir obteniendo datos de la Historia Clínica.

En la valoración efectuada por enfermería se toman los signos vitales además de realizar una inspección general del paciente teniendo en cuenta el control de los medicamentos; de acuerdo a lo encontrado se plantea una conducta educativa para el paciente buscando su compromiso con el tratamiento.

Seguido a la intervención de enfermería, el paciente debe ser evaluado por la nutricionista quien según sus criterios profesionales hará una inspección general que la conducirá a dar un diagnóstico más preciso del estado nutricional actual del paciente. Una vez establecido el diagnóstico procederá a brindar educación al paciente en aspectos relacionados con la dieta y una orientación terapéutica que facilite la adquisición de nuevos hábitos alimenticios que favorezcan un adecuado autocontrol de la enfermedad.

En la anamnesis es necesario conocer aspectos psicosociales del paciente para llevar a cabo una intervención integral. La consulta con psicología busca establecer el perfil de cada uno de los pacientes y trazar un plan de trabajo acorde con sus necesidades fortaleciendo los elementos positivos con que cuenta la personalidad del paciente a fin de ser utilizados en la adaptación de su nuevo estilo de vida.

La intervención inicial del área de trabajo social va dirigida a indagar y a establecer los aspectos socio familiares del paciente, determinando los factores protectores y de riesgo a fin de plantear estrategias de fortalecimiento y prevención en pro de la evolución favorable del tratamiento. En esta búsqueda se hace relevante la elaboración del familiograma como medio para describir la tipología de familia a la que pertenece el paciente y las relaciones al interior de ella. Partiendo de estos datos se elabora la conducta educativa y terapéutica.

Una vez elaborada la anamnesis cada área debe continuar con entrevistas individuales. En esta modalidad de intervención la técnica a emplear será la entrevista a profundidad en cada una de las sesiones y se deben registrar en la hoja de evolución (anexo D).

La intervención individual se debe complementar con una educación grupal donde se les brinde información general de la enfermedad al tiempo que permita la retroalimentación de lo aprendido en cada una de las consultas personales que ha tenido el paciente con el equipo interdisciplinario. El grupo puede crear la motivación necesaria para que el paciente aplique los conocimientos adquiridos y realice cambios de conducta y de estilo de vida que le permitan evitar o retrasar las complicaciones de la enfermedad y desempeñar una vida normal.

Para desarrollar estas sesiones grupales se ha planteado trabajar tres fases dirigidas por el equipo interdisciplinario de la institución (Médico general, Médico Internista, nutricionista, trabajo social, psicología, enfermería):

1. fase Inicial

El objetivo de esta fase va encaminado a establecer los conocimientos que el paciente posee acerca de su enfermedad, así como los factores biopsicosociales y culturales que inciden en el adecuado manejo de la enfermedad.

2. fase de Refuerzo

En esta fase se pretende ampliar los conocimientos y habilidades que posee el paciente en el cuidado de la enfermedad, fortalecer aspectos positivos de su proceso y potenciar cambios de actitud motivando un adecuado estilo de vida.

### 3. fase de interiorización.

La finalidad de esta etapa es proporcionar elementos para un adecuado autocuidado, al igual que promocionar estilos de vida saludables

En cada una de ellas se ha elaborado un plan de acción con temas que deberán ser ejecutados por los profesionales que integran el equipo interdisciplinario.

La educación tanto individual como grupal debe ser permanente, ya que la persistencia en la educación continua garantiza una mejor calidad de vida para los enfermos diabéticos.

#### **6.2.1 Técnicas de Intervención.**

Las técnicas de intervención utilizadas en la propuesta en educación diabetológica tienen como objeto introducir en los pacientes cambios de actitudes y comportamientos que favorezcan la adquisición de estilos de vida saludables al igual que habilidades y destrezas para el autocuidado.

Estas técnicas se emplearán tanto a nivel individual como grupal.

##### **6.2.1.1 Enseñanza centrada en el paciente.**

Uno de los principios básicos de la capacitación y orientación al diabético es la educación centrada en el propio paciente y no en el expositor o terapeuta. En las sesiones la atención debe enfocarse a escuchar los intereses, dificultades y expectativas del paciente; la educación debe estar orientada a resolver las dudas existentes frente a la patología para que sea él mismo quien halle las respuestas

que necesita y se responsabilice de la enfermedad y su manejo. El equipo interdisciplinario, la familia y la comunidad son coadyuvantes en este proceso.

#### **6.2.1.2 Aprendizaje Activo “aprender haciendo”.**

Los pacientes no deben ser sometidos a largas sesiones o “clases” sobre la fisiopatología de la enfermedad, clasificación, etc. Por lo contrario las sesiones tanto individuales como grupales, deben enfocarse en brindar una información concisa, básica la cual puedan describir a partir de sus vivencias personales y siempre adaptándola al contexto biopsicosocial del paciente para que este cumplir con el plan de manejo propuesto.

Las técnicas para el autocuidado (monitoreo de la azúcar en la sangre, presión arterial, peso deseable, conocimiento de los grupos alimentarios, etc.) deben ser enseñados de manera practica y simple. No se trata que los pacientes manejen la teoría, si no que mediante su participación activa logren una mejor comprensión y adquieran las habilidades prácticas para que de una manera cotidiana conozcan si la enfermedad esta bajo control, que deben hacer en su vida y como seguir las recomendaciones del médico.

#### **6.2.1.3 Sesiones grupales.**

Los temas abordados por cada uno de los profesionales en las sesiones grupales buscan proporcionar una información general que refuerce las atenciones individuales y permitan una mayor adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las orientaciones del equipo de salud.

La conformación de grupos para la educación en diabetes bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria en el control de la diabetes.

La intervención grupal favorece la interacción entre los pacientes, el intercambio de conocimientos y experiencias como un elemento indispensable para el autocuidado. Ésta retroalimentación facilita la adopción de los cambios conductuales requeridos para el control de la enfermedad.

Pertenecer a un grupo de apoyo de diabéticos facilita la maduración de los pacientes y sus familiares, les ayuda a adaptarse a la enfermedad.

#### **6.2.1.4 Trabajo en pequeños grupos.**

Generalmente la capacitación a los pacientes (charlas) se hacen en grandes grupos, situación que dificulta seriamente la participación de la mayoría de los pacientes y los mantiene en el anonimato. Al reunirse en pequeños grupos (6 – 8 pacientes) les permite discutir de manera personal como controlar su enfermedad.

#### **6.2.1.5 Solución de problemas.**

El control de la diabetes requiere de la toma de decisiones en forma adecuada. Los pacientes no van a calcular su alimentación en calorías, sino en el mejor de los casos en porciones de acuerdo a los alimentos disponibles para ellos. Al final de su capacitación cada paciente debe ser capaz de encontrar sus propias soluciones a partir de principios generales por ejemplo la utilización de la pirámide de alimentos saludables para preparar sus comidas o cuando comen fuera de su domicilio.

#### **6.2.1.6. Autoaprendizaje.**

No es posible, ni conveniente tratar de enseñar todo lo que deben saber los pacientes; la participación dentro del club de personas con diabetes y su contacto con el médico y el equipo de salud le permitirá obtener nueva información, lo que le facilitara adquirir por cuenta propia nuevos conocimientos.

#### **6.2.1.7 Aprendizaje significativo.**

Para que un paciente logre un verdadero aprendizaje, éste tiene que ser de tipo significativo. Aprendizaje significativo es aquel nuevo conocimiento que se vincula con las experiencias, vivencias e intereses de una persona. El aprendizaje significativo es aquél que no se “olvida” porque se asocia a la vida real de las personas. El aprendizaje significativo se apoya en la solución de problemas. Ambas estrategias educativas son complementarias. El aprendizaje significativo, como su nombre lo indica se asocia a las prioridades de una persona.

### **6.2.2 Etapas del proceso de cambio de conducta.**

#### **6.2.2.1 Convencimiento y negociación con el paciente.**

Los cambios de conducta son resultado de la toma de decisiones, es decir se requiere una firme decisión para llevarlos a cabo. El médico y el equipo de salud deben ayudar al paciente a convencerse de los beneficios del cambio. El paciente conoce con claridad las dificultades prácticas a las que habrá de enfrentarse, por lo cual resulta indispensable que tengan una claridad similar respecto a los beneficios, actuales y futuros, ya que éstos no son aparentes.

Una vez identificados los beneficios del cambio, el paciente debe tener igual claridad respecto a las metas (cambios) que debe lograr. Se requiere que su decisión sea resultado de un proceso racional, y no una aceptación pasiva. La imposición de metas no funcionará en el mediano y largo plazo (posiblemente tampoco en el corto plazo).

El paciente debe recibir de parte del equipo de salud las explicaciones básicas sobre el porqué de esas metas. Como no es posible lograr el cumplimiento inmediato de todas las metas (peso ideal, niveles de glucosa y triglicéridos aceptables, dieta baja en grasa etc.), es indispensable “negociar” las metas en una forma gradual. Resulta de particular importancia definir las metas de corto plazo. El médico y el paciente tienen que llegar acuerdos y compromisos sobre estas metas.

#### **6.2.2.2 Preparación para el cambio.**

Antes de iniciar el proceso de cambio, deben efectuarse los planes necesarios para lograr el éxito. Es indispensable que el médico y el equipo de salud conozcan las características básicas del paciente como persona, sobre todo su estilo de vida. Resulta difícil conducir el proceso de cambio, si se desconoce lo que se quiere transformar. El paciente y el equipo de salud deben prepararse para el cambio.

- **¿Qué se debe saber del paciente?**

- Agenda personal: metas y valores ¿Qué le importa al paciente?.
- Detalles de su vida diaria.
- Apoyo social del que dispone.
- Creencias personales y conocimientos sobre la enfermedad.

La descripción detallada de las actividades rutinarias diarias permite identificar futuros problemas, (bajo qué condiciones se llevará a cabo el automonitoreo, etc.).

Debe evaluarse el apoyo social en el hogar y el trabajo para minimizar conflictos potenciales.

- **¿Qué se debe lograr en el paciente para iniciar el cambio de conductas (Desarrollo de condiciones para el cambio)?**

- Reforzamiento del deseo de cambio
- Fortalecimiento del apoyo por parte de su entorno social
- Capacitación en la solución de problemas (ensayo y error)
- Reconocimiento de la dificultad de lograr cambios efectivos.

Una cuidadosa planeación con el paciente puede resolver situaciones contradictorias (por ejemplo como alimentarse satisfactoriamente y controlar el nivel de glucosa).

### **6.2.2.3 Inicio del cambio.**

Una vez que el médico y el equipo de salud tienen una idea clara de los valores, metas, estilo de vida, ambiente social y creencias del paciente, se inicia el proceso de cambio.

- Establecimiento de un proceso de colaboración.  
Relación terapéutica y atención por parte del equipo de salud.
- Satisfacción de la “Agenda” del paciente.

- Atención a las conductas, no a los resultados.
- Claridad de las instrucciones: ¿Quién, qué, cuándo, dónde, con que frecuencia? (Debe responderse específicamente a cada tipo de pregunta).
- Desarrollo de un esquema de cambios graduales; evitar situaciones de “todo o nada”. No entrar en catástrofes “Todo es remediable” la diabetes al igual que muchas otras situaciones, es “manejable”
- Preparación para enfrentar futuros problemas, y sus posibles soluciones. (obstáculos del entorno, restricciones de tiempo, efectos adversos).
- Aplicación del proceso de solución de problemas (técnica de ensayo y error).
- Utilización de técnicas de recordatorio.
- Utilización de métodos de apoyo: compromisos y apoyo familiar.

### **6.2.3 Estrategias para mantener activo el proceso de cambio.**

Componentes del seguimiento y evaluación:

- Identificación temprana y vigilancia continua de las recaídas.
- Contacto frecuente con el paciente.
- Modificación de las intervenciones para evitar recaídas.
- Apoyo de profesionales en salud mental en caso de gran estrés.
- Vigilancia del funcionamiento del equipo de trabajo.

### **6.3 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN**

En el último año (Junio de 2007 a Junio de 2008) el Hospital Regional de San Gil ha atendido 83 pacientes en el servicio de Hospitalización por diagnóstico de diabetes descompensada, reingresando por esta misma patología en este tiempo 13 pacientes. De igual manera se han hospitalizado 50 pacientes por complicaciones derivadas de la diabetes como Hipertensión Arterial, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal crónica entre otras. De estos pacientes, en el mismo año, han reingresado por la misma complicación 8 pacientes.

En el servicio de consulta externa durante el periodo de Junio de 2007 a Junio de 2008 se han registrado un total de 146 atenciones por medicina general y especializada. De estos pacientes, 82 se encuentran en control de la enfermedad.

Una vez estudiada cada una de las Historias Clínicas se han seleccionado 31 pacientes en los cuales el equipo interdisciplinario observó que no llevan una evolución satisfactoria de la enfermedad, aumentando considerablemente los niveles de azúcar en la sangre.

Entre los criterios de selección de la población objeto de este proyecto se tomó la edad, el tiempo de ser diagnosticado, los factores de riesgo biopsicosociales y el tratamiento planteado por el médico tratante.



Fotografía. Autor; Francy Yolima Santos. Población Objeto. Club de Diabéticos Hospital Regional de San Gil.

A través de la aplicación de una entrevista semiestructurada (anexo B) se indaga acerca de aspectos sociodemográficos, psicológicos y físicos que inciden en el manejo de la enfermedad y que aportaran la caracterización de la población.

La distribución por edad y sexo (Figura 2) muestra una prevalencia del género femenino representando en un 74%, frente a un 26% del género masculino. De igual manera en la estadística proporcionada por el Hospital Regional de San Gil, se evidencia una mayor consulta por parte de las mujeres (66%).

La participación masculina en el Club de diabéticos es muy significativa si se tiene en cuenta que generalmente los hombres son apáticos a estas actividades, por la existencia de una cultura que considera estos programas propios de las mujeres.

Se puede observar que la población más joven (de 45 a 55 años) son mujeres, evidenciando que este género consulta tempranamente y por ende se puede diagnosticar y tratar esta patología antes de presentar alguna complicación.

Se presenta una significativa concentración de población en el rango de edad comprendido entre los 56 y 65 años (42%). Diversos programas para diabéticos consideran que la DM 2 aumenta claramente con la edad y es por esto que se presenta principalmente en personas adulta mayores, como lo demuestra la estadística que arroja un porcentaje de 74% de paciente que tienen una edad mayor a 55 años.

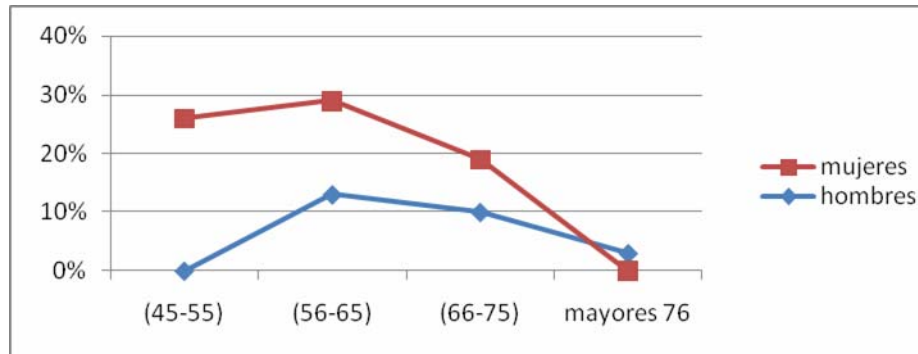
Por el rango de edad es un grupo homogéneo en cuanto a su ciclo vital, aspecto que facilita el trabajo educativo y el intercambio de experiencias.

**Cuadro 2. Distribución de la población por edad y género.**

DISTRIBUCIÓN POR RANGO DE EDAD		DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO			
AÑOS	Porcentaje (%)	MASCULINO		FEMENINO	
		Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
(45 – 55)	26	0	0%	8	26
(56 – 65)	42	4	13	9	29
(66 – 75)	29	3	10	6	19
>76	3	1	3	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>74</b>

Fuente: Datos recopilados del Club de diabéticos Hospital Regional San Gil.

**Figura 2. Distribución por género y rango de edad.**



Fuente: club de diabéticos Hospital Regional San gil.

En este grupo de 31 pacientes, 16 (15%) de los integrantes han sido diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II hace mas de 5 años. Estos pacientes se encuentran en tratamiento farmacológico y algunos de ellos han presentado complicaciones a nivel vascular ocasionando amputaciones de miembros como consecuencia de un manejo inadecuado de la enfermedad. Los demás integrantes una vez diagnosticados, iniciaron controles médicos, pero no han logrado unos resultados favorables en el proceso de autocuidado al parecer por la inexistencia de un compromiso responsable frente al cambio en el estilo de vida, que implica modificar patrones nutricionales, así como incluir en la rutina diaria el ejercicio físico.

Al indagar acerca de los estilos de vida llevados por la población objeto, se evidencia la resistencia del paciente a seguir las prescripciones nutricionales en cuanto a una dieta estricta, desajustando el metabolismo y ocasionando obesidad, uno de los principales factores de riesgo para las complicaciones orgánicas; La ingesta de harinas, grasas y azucares sin control advierten que no se tenga una adherencia al tratamiento.

Otra conducta inadecuada es la rutina sedentaria, donde no se le da espacio al ejercicio físico, el cual es uno de los pilares fundamentales para la evolución satisfactoria de la enfermedad. Generalmente las actividades que desarrollan los pacientes están encaminadas a las manualidades y las labores del hogar en el caso de las mujeres y en los hombres al dialogo con amigos de su generación.

Aunque cuentan con información que ha sido proporcionada por profesionales de salud en cuanto a los cuidados que debe realizar, existen ciertos factores que impiden llevar a cabo las indicaciones médicas. Es así como dentro de los principales aspectos que no permite que se lleve una dieta saludable, se encuentra la situación económica; la incapacidad de acceder a los alimentos requeridos ya que refieren que se incrementan los gastos en la familia al tener que realizar dos dietas diferentes: una para ellos y otra para el resto de la familia. De igual manera la falta de compromiso frente a un adecuado autocuidado en una dieta sana genera que se eleve el nivel de azúcar en la sangre.

En cuanto a los impedimentos para realizar ejercicio físico, hacen referencia a la falta del habito; así como la inexistencia de programas recreativos en la comunidad que les ofrezca la opción de conformar grupos para llevar a cabo actividades físicas.

En los resultados de la encuesta se evidencia que existe dificultades para la obtención de los medicamentos, pues aunque todos los integrantes cuentan con seguridad social, algunos de los medicamentos formulados no están contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) por lo que estos deben ser costeados por el paciente quien en ocasiones no tiene la capacidad económica para sufragar estos gastos.

El trabajo de atención integral llevado a cabo por la Asociación Colombiana de Diabetes (ACD) ha demostrado que si se cambia estos hábitos de vida, se come

menos pero se mejora la calidad nutricional y se camina más, se puede facilitar el manejo de la Diabetes. Los beneficios que estos cambios aportan a la salud de los pacientes son equivalentes a los resultados de los tratamientos farmacológicos, por ello han sido llamados estilos de vida terapéuticos.

En este cambio de estilo de vida terapéutico juega un papel relevante el apoyo que la familia y la comunidad brindan al paciente. La familia inmediata, es decir quienes conviven con el, deben estar dispuestos a cambiar sus rutinas y hábitos para facilitar los cambios en la conducta que inciden directamente en el manejo adecuado de la enfermedad. Esto puede parecer un sacrificio al comienzo, pero con el tiempo se convierte en una rutina sana si se tiene en cuenta que uno de los factores de riesgo para desarrollar Diabetes depende de la herencia, por ello es necesario una vez se diagnostique un miembro de la familia con esta patología, se debe iniciar un tratamiento preventivo con los demás integrantes.

Los pacientes pertenecientes al Club de Diabéticos, por la etapa del ciclo vital en la que se encuentran, conforman familias nucleares compuestas por su pareja y algunos hijos mayores que no han salido de su familia de origen, así como familias extensas donde comparten el nicho habitacional con la familia que ha formado alguno de sus hijos.

Al indagar acerca de las relaciones interpersonales al interior de la familia, 24 pacientes (78%) manifestaron sentirse a gusto con el ambiente social que se ha establecido en ellas; los miembros de la familia, aunque no poseen los conocimientos suficiente acerca del manejo de la enfermedad, mantienen una actitud receptiva frente a los cambios de conducta que se deben dar como aporte al mejoramiento de la calidad de vida y se comprometen a apoyar el proceso terapéutico adaptando nuevas normas, roles y papeles, permitiendo así la entrada de un nuevo estilo de vida.

De igual manera 5 integrantes (16%) consideran que sus relaciones familiares son débiles, basadas en lazos afectivos distantes y poca comunicación con su familia de origen; los miembros de la familia con la que actualmente residen, desconocen aspectos de la enfermedad y el apoyo brindado se limita a la parte económica sin tener en cuenta el aspecto emocional, factor indispensable en el tratamiento de la enfermedad. El 7% (2 ) restante de la población, no cuenta con apoyo familiar a causa de problemas personales con miembros de la misma. Esta situación genera en ellos stress, cambios en el estado de ánimo e inestabilidad emocional.

Estos aspectos emocionales en el paciente diabético, interfiere directamente con el tratamiento de la enfermedad. Las hormonas que se producen durante el cambio del estado de ánimo por una situación amenazante o estresante se contraponen a la acción de la insulina del organismo y tiende a elevar la glicemia; de igual manera inciden en el comportamiento que afecta la rutina diaria y por ende el control de la diabetes. Esto se ve reflejado en las entrevistas individuales con los pacientes que presentan glucometrias altas; al indagar acerca del factor que este generando la descompensación manifiestan estar siguiendo las prescripciones medicas y nutricionales, sin ningún cambio aparente en la rutina; sin embargo al confrontarlo con la realidad socio familiar del momento refieren encontrarse frente a un evento tensionante que ha ocasionado estrés y ansiedad reaccionando con alteraciones en el comportamiento como confusión, mal genio, irritabilidad y llanto.

Lo anterior permite establecer que no solo es necesaria una dieta sana, el ejercicio físico y la adherencia al tratamiento farmacológico, si no que el control de las emociones es fundamental en el manejo de la enfermedad. Por esta razón se le debe brindar a los pacientes las técnicas necesarias para el afrontamiento de las diversas situaciones.

## 6.4 PLAN DE ACCION DEL PROCESO EDUCATIVO EN DIABETES

Este plan de acción ha sido diseñado por el equipo interdisciplinario del Club de Diabéticos del Hospital Regional de San Gil.

### Cuadro 3. Plan de acción: fase inicial

PLAN DE ACCIÓN: FASE INICIAL
<p>La educación dado el carácter crónico de la DM2 deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ser continua y estructurada.</li><li>• Ampliar progresivamente los conocimientos a cada uno de los pacientes atendiendo las características individuales.</li><li>• Motivar para los cambios de conductas.</li><li>• Fomentar el autocuidado.</li></ul>
<p><b>Valoración educativa.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar en qué fase de aceptación de la enfermedad se encuentra el/la paciente.</li><li>• Valoración de los conocimientos y creencias sobre la diabetes.</li><li>• Si tiene otros factores de riesgo asociados valorar los conocimientos y creencias sobre ellos.</li><li>• Detectar errores en alimentación y otros hábitos.</li><li>• Valoración de los conocimientos y creencias sobre la relación de la diabetes con otros factores de riesgo, hábitos alimenticios y otros estilos de vida.</li></ul>

- Valoración de aspectos psicológicos y socio familiares.
- Valoración del cumplimiento farmacológico, si lo hubiera.

### **Intervención.**

Conceptos Básicos de la DM2.

- **Médico.**

Insistir en el carácter crónico de la DM.

Reconocimiento de complicaciones metabólicas agudas.

Explicar los efectos secundarios de los Antidiabéticos Orales.

- **Nutricionista.**

Resaltar la importancia de una alimentación equilibrada y agradable con pequeñas modificaciones, teniendo como objetivo el alcanzar y mantener un normal peso y el control metabólico.

Realizar una prescripción alimentaría individualizada, teniendo en cuenta los hábitos del paciente y la colaboración del entorno. En las personas mayores deben hacerse los menos cambios posibles sobre su alimentación habitual.

Modificar los errores en alimentación detectados con la encuesta mínima.

- **Fisioterapeuta.**

Informar sobre las precauciones necesarias para evitar hipoglucemias y cómo

tratarlas:

Informar sobre la utilización de un calzado adecuado.

Aconsejar no realizar ejercicio en aquellos pacientes cuya diabetes se encuentre descompensada o presenten hipoglicemias asintomáticas.

- **Trabajador Social.**

Indicar acerca de los factores sociales y culturales que inciden en la enfermedad y como afrontarlos.

Trabajo con la familia del paciente.

- **Psicólogo.**

Trabajar aspectos de la aceptación de la enfermedad.

Reforzar cambios en el estilo de vida.

- **Enfermera.**

Técnicas para la toma y control de la glucometría.

Cuidados generales.

### **Evaluación**

- Conocimientos y habilidades.
- Valorar el grado de comprensión, asimilación e interés.

- Comprobación de las técnicas de autoanálisis.
- Valorar cumplimiento terapéutico.
- Metas pactadas.

#### **6.4.1 Intervención del área de Trabajo Social en la Fase inicial.**

##### **6.4.1.1 Intervención individual.**

En esta fase la atención inicial se centra en realizar un diagnóstico con el paciente y su familia a fin de determinar cuáles son los factores sociales y culturales que inciden en el adecuado manejo de la enfermedad y que interfieren en la adherencia al tratamiento.

Una vez establecido el diagnóstico, se elabora junto con el paciente el plan de manejo para esta fase que busca fortalecer los factores protectores existentes y minimizar los riesgos a los que se encuentra expuesto. Para cada sesión se trazan tareas que serán evaluadas a fin de medir los logros alcanzados, teniendo presente cada una de las etapas previstas para el cambio de conducta.

De igual manera se realiza un trabajo con la familia del paciente, haciéndolos partícipes del proceso que se inicia, sensibilizándolos acerca del papel relevante que tienen en el tratamiento de la enfermedad mediante la disposición para cambiar rutinas y hábitos que inciden en el adecuado manejo de dicha patología.

#### **6.4.1.2 Intervención grupal.**

En este eje de intervención se realizan talleres con temas que refuercen los objetivos propuestos en la intervención individual.

#### **Taller No 1. Reconocimiento de mi entorno.**

Este taller se realiza junto con las áreas de psicología, nutrición, y enfermería, pretendiendo que los pacientes identifiquen los factores físicos, sociales y psicológicos que inciden en el adecuado manejo de la enfermedad.

Establecidos estos factores, por los propios pacientes, los profesionales realizaran las intervenciones respectivas aclarando dudas y facilitando las herramientas terapéuticas que permitan minimizar los factores de riesgo existentes que son predisponentes de las complicaciones de la enfermedad.



Fotografía. Autor; Francy Yolima Santos. Ejecución Taller No1. Club de Diabéticos Hospital Regional de San Gil. En la fotografía se aprecia la Doctora

Martha Luke, nutricionista de la institución, dando las indicaciones al respecto de una dieta saludable.

## **Taller No 2. La familia y su apoyo en un nuevo estilo de vida.**

A través de este taller se pretende que el paciente reconozca el papel que juega en el tratamiento de la Diabetes su familia y cuales son los aportes que esta le brinda en el control de la patología.

### **Cuadro 4. Plan de acción: fase de refuerzo**

<b>PLAN DE ACCIÓN: FASE DE REFUERZO</b>
La educación grupal es utilizada como método complementario y de refuerzo de la educación individual. Permite la socialización de experiencias, la resolución de problemas y dudas en grupo.
<b>Valoración educativa.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tiempo de evolución de la diabetes en el cual el paciente haya adquirido unos conocimientos básicos y una experiencia propia.</li><li>• Motivación y actitud positiva ante el aprendizaje.</li><li>• Se realizará una valoración de expectativas y necesidades sentidas por el grupo en relación con la educación diabetológica.</li></ul>

## **Intervención.**

Complicaciones de la DM2, seguimiento al manejo de la enfermedad.

- **Médico.**

Destacar el carácter crónico de la DM2.

Educar acerca de las complicaciones causadas en cada uno de los órganos y la manera de prevenirlas.

- **Nutricionista.**

Insistir en una alimentación adecuada.

Seguir la dieta prescrita.

Realizar un control al peso.

- **Fisioterapeuta.**

Elaborar plan casero para cada paciente.

Reflexionar acerca de la importancia del ejercicio en el control de la enfermedad.

- **Trabajador Social.**

Fortalecer los aspectos sociales y culturales positivos que rodean al paciente.

Trabajo con la familia del paciente.

- **Psicólogo.**

Trabajar aspectos para la resolución de conflictos y manejo de las emociones.

Reforzar cambios en el estilo de vida.

- **Enfermera.**

Técnicas para la toma y control de la glucometría.

Cuidados generales.

### **Evaluación**

La evaluación tiene un valor añadido como refuerzo antes, durante y después del proceso educativo.

## **6.4.2 Intervención del área de Trabajo Social en la Fase de Refuerzo.**

### **6.4.2.1 Intervención individual.**

El objetivo de la intervención individual en esta fase es el fortalecimiento de la red familiar y de aspectos emocional del paciente.

Se realiza una retroalimentación de los logros obtenidos en la etapa anterior y los cambios que se han generado en su estilo de vida. Dependiendo de las metas alcanzadas se elabora un plan de manejo que permita seguir con la modificación de la conducta, al igual que permita la consecución del objetivo propuesto para esta fase.

Se da continuidad al trabajo con la familia haciendo énfasis en el apoyo psicoafectivo que esta debe brindar al paciente. Se evalúa los cambios que se han generado al interior de ella y como estos han afectado positivamente el proceso de autocuidado.

#### **6.4.2.2 Intervención grupal.**

##### **Taller No 3. Usted puede sanar su vida.**

En este taller se propone que los pacientes reflexionen acerca de los pensamientos que tienen de si mismo, de cómo el ser humano es producto de lo de dichas ideologías, y como en ocasiones estas impiden afrontar las nuevas realidades a las que cotidianamente se enfrenta.

##### **Taller No 4. Mi imagen haciendo parte de la diabetes.**

A través de esta temática se pretende brindar orientación en la aceptación y reconocimiento como persona que convive con diabetes y la importancia de llevar el control adecuado para obtener resultados satisfactorios en la evolución de la enfermedad. Se realiza junto con el área de psicología.



Fotografía. Autor; Francy Yolima Santos. Ejecución Taller No 4. Club de Diabéticos Hospital Regional de San Gil. En la fotografía se aprecia el grupo realizando una dinámica terapéutica dirigida por el psicólogo Carlos Hernán Barrera.

### **TALLER No 5. Sentirse en familia.**

Su objetivo es fomentar el interés en la familia para el acompañamiento, el apoyo, y estabilidad emocional en los pacientes diabéticos.

### **Cuadro 5. Plan de acción: fase de interiorización.**

<b>PLAN DE ACCIÓN: FASE DE INTERIORIZACION</b>
Los efectos de la educación disminuyen con el tiempo. Hay que efectuar un refuerzo e interiorización de los aspectos fundamentales en las consultas individuales periódicas.
<b>Valoración educativa.</b>
Las consultas de seguimiento se dedicarán a revisar y registrar los siguientes

contenidos educativos:

- Conocimiento y cumplimiento del tratamiento.
- Alimentación.
- Ejercicio Físico.
- Medicación.
- Técnicas para el Autocontrol.
- Autoanálisis.
- Utilización de la libreta de autocontrol para registro de peso, glucemia e incidencias.
- Pies.
- Consejos higiénicos.
- Frecuencia de la autoinspección.
- Actitud ante las lesiones.

### **Intervención.**

Aspectos relacionados con el autocuidado y la promoción de estilos de vida saludables.

- **Médico.**

Destacar el carácter crónico de la DM2.

Proporcionar técnicas y elementos para el autocuidado y el autoanálisis.

- **Nutricionista.**

Insistir en una alimentación adecuada.

Seguir la dieta prescrita.

Realizar un control al peso.

- **Fisioterapeuta.**

Elaborar plan casero para cada paciente.

Reflexionar acerca de la importancia del ejercicio en el control de la enfermedad.

- **Trabajador Social.**

Educar al paciente en estilos de vida saludables y calidad de vida.

Trabajo con la familia del paciente.

- **Psicólogo.**

Aplicación de técnicas para la modificación de la conducta.

Reforzar cambios en el estilo de vida.

- **Enfermera**

Técnicas para la toma y control de la glucometría.

Cuidados generales.
<b>Evaluación</b>  En las visitas periódicas se realizaran controles se reforzarán los aspectos que se consideren deficitarios.

### **6.4.3 Intervención del área de Trabajo Social en la Fase de Interiorización.**

#### **6.4.3.1 Intervención individual.**

En esta última etapa del proceso educativo en diabetes se busca que el paciente consolide los estilos de vida saludables que ha adquirido y que le permiten un adecuado autocontrol de la enfermedad, mediante el empoderamiento de su salud.

En las sesiones individuales se evalúa la evolución que se ha dado en el paciente a nivel físico, psicológico y social, y el impacto que esta ha generado en la calidad de vida.

El plan de manejo deber se elaborado por el mismo paciente, con metas claras y alcanzables según sea su contexto.

El trabajo con la familia se dirige a la participación mas activa dentro del proceso de autocontrol del paciente.

#### **6.4.3.2 Intervención grupal.**

##### **TALLER No 6. Autoestima y empoderamiento.**

El objetivo de este taller es concientizar a los pacientes en la aceptación y valoración personal, reconociendo sus fortalezas y debilidades para asumir el control de su vida y el de su salud.

##### **TALLER No 7 Control y seguimiento en familia.**

Se realiza esta actividad junto con la familia del paciente a fin de evaluar el proceso de adaptación a la enfermedad y valorar la adherencia al tratamiento teniendo en cuenta los factores individuales, familiares y socioeconómicos.



Fotografía. Autor; Francy Yolima Santos. Ejecución Taller No 7. Club de Diabéticos Hospital Regional de San Gil. En la fotografía se aprecia la vinculación de algunos miembros de la familia de los integrantes del grupo.

## CONCLUSIONES

- La teoría de desarrollo humano empleada como un constructo conceptual y de acción para la promoción de estilos de vida saludables establece las dimensiones de los sujetos sociales en interrelación y en interacción con entornos próximos.
- El concepto del proceso salud-enfermedad donde se involucran aspectos sociales, genéticos, biológicos y ecológicos que se originan en la sociedad, permite el abordaje sociológico de la enfermedad facilitando el establecimiento de las relaciones existentes entre las condiciones de vida, determinadas conductas y factores de riesgo.
- La DM2 es una enfermedad crónica que requiere que el paciente ejerza un autocontrol sobre su organismo para evitar complicaciones.
- En Colombia, aunque no hay cifras oficiales de pacientes diagnosticados con DM2, se calcula que un 4% de la población presenta esta patología, pero entre un 40 y 45% de ellos, es decir unas 600 mil personas, no saben que la padecen.
- La educación diabetologica es considerada un aspecto fundamental del tratamiento terapéutico y aunque por si sola no es suficiente para mejorar los resultados de la glucometrias, si es el marco en el cual se deben construir las modificaciones en la medicación, nutrición y estilo de vida.

- El conocimiento de aspectos relacionados con la enfermedad, motiva a los pacientes a ser protagonistas de su tratamiento, así como les facilita la adquisición de destrezas que les permite afrontar situaciones que su condición les exige.
- Existe una mayor prevalencia de la enfermedad en el género femenino. El 66% de las consultas registradas en el Hospital Regional de San Gil, durante el periodo de Junio de 2007 a Junio de 2008 fueron realizadas por mujeres.
- El rango de edad de mayor consulta por esta patología se encuentra entre las 66 y 75 años. Sin embargo se registra un 16% de consulta de personas menores de 45 años contribuyendo a la detección temprana de la enfermedad y por ende al control de la misma.
- El principal factor de riesgo existente en la población perteneciente al Club de Diabéticos del Hospital Regional de San Gil hace referencia al estilo de vida inadecuado que se refleja en una mal nutrición y una rutina diaria sedentaria.
- Los aspectos emocionales en el paciente diabético, interfiere directamente con el tratamiento de la enfermedad. Las hormonas que se producen durante el cambio del estado de ánimo por una situación amenazante o estresante se contraponen a la acción de la insulina del organismo y tiende a elevar la glicemia; de igual manera inciden en el comportamiento que afecta la rutina diaria y por ende el control de la diabetes.

## RECOMENDACIONES

- Para el abordaje teórico, el desarrollo humano debe centrarse más en lo educativo, desde el doble proceso: el de individuación, o sea el que promueve la autonomía y permite pensar y decidir por si mismo y desde la socialización donde se construye convivencia con el otro, sea el escenario familiar, comunitario, escolar, laboral o ciudadano.
- Las instituciones de Salud están llamadas a establecer estrategias pedagógicas en educación diabetológica a fin de realizar prevención en complicaciones agudas y promoción en estilos de vida saludables que permitan mejorar la calidad de vida del paciente.
- Consolidar a nivel institucional y comunitario el Club de diabéticos como una organización que brinda educación diabetológica a la comunidad sangileña a través del equipo interdisciplinario de profesionales de salud del Hospital Regional de San Gil.
- Dar continuidad al programa establecido, buscando la participación de toda la comunidad interesada en el tema.
- La educación se debe dar a nivel individual y grupal para lograr un mayor impacto en el proceso de autocuidado llevado a cabo por el paciente.

- Brindar acompañamiento profesional permanente al paciente y su familia permitiendo la disminución de riesgos biopsicosociales que influyen en la enfermedad.
- Los profesionales que intervengan en el programa educativo deben tener uniformidad de criterios y objetivos muy claros del curso. No debe imponerse lo que el
- paciente debe hacer, si no facilitar el proceso de aprendizaje y el logro de los objetivos, para que sea él quien se encargue del tratamiento.
- Realizar periódicamente evaluaciones al programa educativo, a fin de conocer la efectividad del mismo, y la necesidad de realizar modificaciones en los programas sucesivos.

## BIBLIOGRAFIA

AMAYA ITUARTE TELLAECHÉ. Proceso y procedimiento en trabajo social. Madrid. Siglo XXI de España. 1992.

ARIAS VELASCO SARA. Evolución de los enfoques de género en salud Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. 2006.

BENNET PH. La epidemia global de la intolerancia a la glucosa. Diabetes Tipo 2. Revista del curso internacional de Diabetes 2002; Vol. 4, p 20 – 25.

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. 1991.

DECRETO 1876 DE 1994. Capitulo I art.3.

ESTRADA CHAVEZ MARIA DEL ROSARIO, Y OTROS. Modelo educativo de enfermería y su efecto en conocimiento y autocuidado de pacientes con DM2. Revista de Enfermería IMSS 2004; Vol.12, p 75 – 78.

FLORES CARMEN ELISA. La equidad en el sector salud: Una mirada de diez años. Fundación corona, Fundación Ford.2002.

GOMEZ ALMEYDA ELIETH. La educación, un aspecto fundamental en el manejo integral de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista salud UIS 2003. Vol.35, p 33 – 39.

GUZMAN PEREZ MARIA ISABEL, Y OTROS. Control glicemico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas. Revista de Enfermería IMSS, 2005; Vol.13, p 9 – 13.

KUHN, Thomas S. (1965) La estructura de las revoluciones científicas. 20ª Edición. México:Fondo de Cultura Económica; 2001.

MANUAL MERCK. Información Medica General. España. 2006. P 748 – 754.

MAX NEFF, Y OTROS. Desarrollo a Escala Humana. CEPUR. Santiago de Chile. 1997. P 37.

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. Lineamientos para la educación de estilos de vida saludables. Santa Fe de Bogotá. 2000. P 13.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Formulación de objetivos de la estrategia de salud para todos en el siglo XXI (1997).

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud en las Americas. 2007. PNDU. Primer informe. Desarrollo Humano, 1990.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL, Febrero de 2007.

Resolución No. 04288 de Noviembre de 1996, reglamentaria de la Ley 100 de 1993.

Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las

normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública

Resolución 003 de Enero 26 de 2006. Por lo cual se adopta los estatutos internos de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de San Gil.

Resolución No 009 de enero 26 de 2006, art., 3º Por Medio de la cual se establece la estructura orgánica, planta de personal y escala de remuneración de la ESE.

SALLERAS, L. Educación sanitaria, principios, métodos y aplicaciones. Madrid. 1990. P 31 – 48.

SECRETARIA DE SALUD DE SAN GIL. Plan territorial 2008 – 2011.

SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER. Situación nutricional y de consumo de alimentos Departamento de Santander. Investigación realizada 2005 – 2006.

SANTROCK JOHN. Introduccion a la psicología. Seunda edición. Mexico. MC GRAW HILL; 2004.

<http://www.dane.gov.co/censo/>

<http://www.dane.gov.co/censo/files/ManualTecnico.>

<http://www.profamilia.org.co/encuestas/>

# ANEXOS

## **ANEXO A ACTA DE CONFORMACION DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD**

San Gil, Agosto 28 de 2008

### **ACTA 001 DE 2008**

Siendo las 11:30 de las mañana se reúnen en el Hospital regional de San Gil las siguientes personas Con el fin de crear y conformar el CLUB DE DIABETICOS HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL:

Dr. Tomas Vega	MD. Internista
Dra. Martha Luke	Nutricionista
Sr. Alexander Jaramillo	Est. Psicología UNISANGIL UNAB
Sta. Francly Y. Santos.	Trabajadora social.

Inicia el Dr. Vega haciendo énfasis en la finalidad del Club, estableciendo que debe ser sin animo de lucro, donde se le pueda brindar a los pacientes diabéticos una ayuda desinteresada que les permita continuar con su tratamiento.

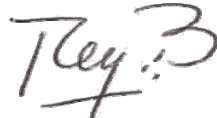
De igual manera plantea la necesidad de elegir un presidente que lidere la organización del club, para lo cual propone a la Trabajadora Social de la institución, propuesta que es aceptada por los demás integrantes y por dicha profesional.

Así mismo se define que este club no se limitara solo a pacientes vinculados y del régimen subsidiado; por lo contrario permitirá la participación de todos los usuarios de las diferentes EPS y en contraprestación a este servicio se le solicitara a estas entidades su colaboración con personal para dictar las diferentes conferencias o talleres.

Se considera que dentro del grupo de profesionales que lidere esta iniciativa se debe vincular al medico general y a la jefe de enfermería encargada del programa de pyp, para lo cual se le ha solicitado la colaboración a la Doctora Johana Marcela García y la Jefe Luisa Fernanda Barrera. Se aclara que se debe contar con la participación de diferentes especialidades como Ortopedia, oftalmología, odontología, fisioterapia que serán denominadas apoyo terapéutico ya que no se encontrarían dentro de la organización del club.

La Doctora Martha Luke propone elaborar un protocolo de atención a estos pacientes, respondiendo el Dr. Vega que estos ya existen, que se debe actualizar para los objetivos que persigue el club, señalando el estudiante de psicología Alexander Jaramillo que se ha estado trabajando en la elaboración de los objetivos junto con la trabajadora social para ser socializado con la gerencia del Hospital quien dará el aval para la conformación del Club. Quedando como compromiso para la próxima reunión exponer los objetivos propuestos y los protocolos previamente realizados.

Siendo las 12:10 p.m. se da por terminada la reunión, firma quienes en ella intervinieron.



**DR. TOMAS VEGA**  
MD. Internista



**DRA. MARTHA LUKE**  
Nutricionista



**FRANCY YOLIMA SANTOS**  
Trabajo Social SIAU



**ALEXANDER JARAMILLO**  
Est. Psicología

## ANEXO B. FORMATO DE ENTREVISTA

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

- Que pienso de la Diabetes

---

---

---

---

- Como me debo Cuidar

---

---

---

---

- Realizo estos Cuidados: Si\_\_\_ No\_\_\_

Porque\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Que apoyo recibo de:

Familia:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Amigos:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Puedo Seguir Estrictamente:

La dieta que me exigen: Si\_\_\_ No\_\_\_

Porque\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tomar medicamentos que me formulan: Si\_\_\_ No\_\_\_

Porque:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Realizar los ejercicios físicos que me recomiendan Si\_\_\_ No\_\_\_

Porque:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Que ha cambiado en mi vida desde que tengo diabetes:\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

- Lo que mas preocupa es.

---

---

---

- Cuando tengo algun problema

---

---

---

- Cuando me quedo solo me siento

---

---

---

- Aprendo del medico o nutricionista como:

Realizar una dieta para controlar la diabetes: Si\_\_ No\_\_

Revisar mis pies todos los dias Si\_\_\_ No\_\_\_

Tomar mis medicamentos Si\_\_\_ No\_\_\_

- Que factores de riesgo tengo par desarrollar Diabetes:

Antecedentes de Diabetes en mi familia Si\_\_\_ NO\_\_\_

Hago poco ejercicio Si\_\_\_ No\_\_\_

Fumo Si\_\_\_ No\_\_\_

**ANEXO C. ANAMNESIS HISTORIA CLINICA**

**FECHA**

\_\_\_\_\_ ENTIDAD \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y APELLIDO**

\_\_\_\_\_

**CC** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_ **GENERO** \_\_\_\_\_

**DIRECCION** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_

**OCUPACION** \_\_\_\_\_ **PROCEDENCIA** \_\_\_\_\_

**1. HISTORIA MÉDICA**

**HISTORIA ENFERMEDAD ACTUAL**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS ANTERIORES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PATOLOGICOS ACTUALES

---

---

---

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

---

---

---

SISTEMA NERVIOSO

---

---

---

SISTEMA CARDIOVASCULAR

---

---

---

SISTEMA BRONCOPULMONAR

---

---

---

SISTEMA METABOLICO

---

---

---

SISTEMA DIGESTIVO

---

---

---

ANTECEDENTES FAMILIARES

---

---

---

OBSERVACIONES

---

---

---

---

---

---

**2. HISTORIA DE ENFERMERIA**

INSPECCION GENERAL

---

---

---

---

---

SIGNOS VITALES

FA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TEMPERATURA \_\_\_\_\_

CONDUCTA EDUCATIVA

---

---

---

---

---

**3 . HISTORIA DE NUTRICION**

INSPECCION GENERAL

---

---

---

---

---

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

---

---

---

---

---

CONDUCTA EDUCATIVA

---

---

---

---

---

CONDUCTA TERAPEUTICA

---

---

---

---

---

**4. HISTORIA DE PSICOLOGIA**

INSPECCION GENERAL

---

---

---

---

---

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

---

---

---

---

---

CONDUCTA EDUCATIVA

---

---

---

---

---

CONDUCTA TERAPEUTICA

---

---

---

---

---

---

**4. HISTORIA DE TRABAJO SOCIAL**

FAMILIOGRAMA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

---

---

---

---

---

---

CONDUCTA EDUCATIVA

---

---

---

---

---

---

CONDUCTA TERAPEUTICA

---

---

---

---



**ANEXO E. CARNET CONTROL DE GLUCOMETRIA**

	<p><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL CLUB DE DIABETICOS</b></p>	
<p>NOMBRE: _____ RH: _____</p>		
<p>CEDULA: _____ TEL: _____</p>		
<p>FECHA DE NACIMIENTO: _____</p>		

FECHA	GLUCOMETRIA