



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y**  
**EDUCACIÓN CONTINUA**  
**MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

# **PROYECTO DE TESIS**

**Previo a la obtención del Título de:**  
**ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE**  
**DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD**

## **TEMA:**

**PLAN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD, PARA PROPICIAR LA CONCIENCIA GUBERNAMENTAL Y LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS DEL HOSPITAL "DARIO MACHUCA PALACIOS" DE LA CIUDAD DE LA TRONCAL.**

## **AUTORES:**

**MARIO ELIDIO PALAGUACHI PAGUAY**  
**VICTOR HUGO VELOZ SANCHEZ**

**BABAHOYO - LOS RÍOS - ECUADOR**

# **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

## **CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA**

### **MAESTRIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**PLAN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD, PARA PROPICIAR LA  
CONCIENCIA GUBERNAMENTAL Y LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN  
LOS PACIENTES DIABETICOS DEL HOSPITAL "DARIO MACHUCA PALACIOS"  
DE LA CIUDAD DE LA TRONCAL.**

Proyecto de tesis previo a la obtención del  
Título de Especialistas en Gestión de  
Desarrollo de Servicios de Salud.

**Autor:** MARIO ELIDIO PALAGUACHI PAGUAY

VICTOR HUGO VELOZ SANCHEZ

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

## **RESPONSABILIDAD**

Los autores nos responsabilizamos por todas las opiniones vertidas en el presente Trabajo

Dr. Víctor Hugo Veloz Sánchez

Dr. Mario Elidio Palaguachi Paguay

## **DEDICATORIA**

Este trabajo lo dedicamos con mucha gratitud y cariño a nuestros padres quienes con su desinteresado amor y paciencia compartieron todos los momentos, constituyéndose en el pilar fundamental en nuestra formación profesional.

**Los Autores**

## **AGRADECIMIENTO**

Dejamos constancia del sincero agradecimiento al personal docente de la Universidad Técnica de Babahoyo, centro de estudios de posgrado y educación continua Por habernos guiado durante nuestra formación y en especial a la Magister Karla Game Mendoza, Magíster Iván Montalvo, por el asesoramiento brindado y sus valiosas sugerencias para la culminación del presente trabajo.

## PERFIL DEL PROYECTO DE TESIS

### 1. INTRODUCCION

Debido al impacto de la diabetes mellitus en la calidad de vida, su uso como medida de resultados en la monitorización de la enfermedad y del tratamiento aporta información adicional a las medidas clínicas tradicionales en busca del buen vivir de estos usuarios.

Esta enfermedad constituye un problema de salud mundial, en 1985 no menos de 30 millones de personas la padecieron, su prevalencia aumenta cada vez más variando de un país a otro y de una población a otra, ya en el 2000 no menos de 165 millones de personas son diabéticos.

Se calcula que en América existen alrededor de 50 millones de personas que la padecen, de las cuales el 45 % son de América Latina y el Caribe. En Ecuador en el año 2000 se alcanzó una tasa de morbilidad alta sobre otras enfermedades.

Lo que importa de este nuevo siglo es cómo se siente el paciente, en lugar de cómo los médicos creen que debería sentirse en función de las medidas clínicas aplicadas.

Según la OMS, en los objetivos de salud para todos en el año 2011, se tendría que desarrollar políticas que tendieran a "añadir vida a los años" asegurando el pleno desarrollo y la plena utilización del potencial físico y mental de los individuos, de manera que puedan disfrutar de la existencia y superar las dificultades de una manera sana.

Este concepto está directamente relacionado con el modelo biopsicosocial que se propugna desde la Atención Primaria, y de hecho, en la consulta, se suelen hacer preguntas que, de una u otra forma, enfocan este aspecto: ¿Cómo se encuentra usted de salud? Se espera también que la información estandarizada sobre la calidad de vida de los pacientes pueda ayudar a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Los intentos de medir el estado funcional de los pacientes para la

evaluación del impacto del tratamiento médico se iniciaron en la década de 1940. Y cada vez se ha puesto más énfasis en cómo se está sintiendo el diabético dentro de su casa, su familia, en la sociedad de manera que sienta cómodo consigo mismo y con los demás mejorando la calidad de vida.

La contribución del médico ha de pretender promover un buen envejecimiento y para ello los cuidados a los ancianos han de orientarse a aumentar y completar las habilidades, los conocimientos y la motivación personal.

Por tal motivo nos damos en cuenta que en esta región no existe estudios que valoren la calidad de vida, sus dificultades en buen control de su diabetes para así disfrutar de un buen estado físico y mental. Realizamos este estudio en busca de medir la calidad de diabetes, su educación y la ayuda que ellos reciben en busca de debilidades para con nuestras intervenciones tratar de convertirle en fortalezas. La posibilidad de contar en las comunidades con grupos de ayuda, sociedades diabéticas, concientizar a los ciudadanos sobre esta enfermedad y contar con especialistas en Medicina General Integral y sus potencialidades de cambiar esta situación, a través una intervención educativa diseñada al respecto, motivó realizar la presente investigación para mejorar su calidad de vida.

## **2. TEMA**

Plan integral de servicios de salud, para propiciar la conciencia gubernamental y la mejora de la calidad de vida en los pacientes diabéticos del Hospital "Darío Machuca Palacios" de la ciudad de La Troncal

## **3. MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACION**

### **3.1 Contexto social**

En el campo de la Salud Pública existe una gran preocupación por el descontrolado incremento de las enfermedades crónicas. Numerosos enfermos con estos padecimientos, logran sobrellevar sus males durante décadas; al prolongar su vida, demandan una atención permanente, comprensión y educación adecuada su enfermedad.

Una de ellas es la diabetes mellitus, que por la alta prevalencia de esta patología el gobierno ecuatoriano se ha visto preocupado y ha creado la ley de prevención, protección y atención integral de las personas que padecen. Pero muchas de estas leyes no se aplican o no llegan a lugares como al cantón de La Troncal deteriorando su calidad de vida.

La última encuesta de enfermedades crónicas en 2004, demostró que en pacientes que padecían diabetes, disminuía su autoestima, muchos de ellos llegando a sentir que son inútiles para la sociedad y piensan que así los ven los demás.

En el cantón de La Troncal ante la amenaza de esta enfermedad, se debería buscar mejorar la calidad, excelencia y marcar el camino al cambio duradero y al continuo mejoramiento en la calidad de los servicios de salud, mediante programas gubernamentales y de la ciudadanía en apoyo a este grupo de pacientes tan vulnerables que estén acordes a las necesidades de los mismos a través de una atención oportuna con el desarrollo del talento humano y la tecnología de punta,



herramientas adecuadas para lograr atención de calidad, eficiencia y equidad para todos pacientes con enfermedades crónicas y sobre todo los diabéticos.

### **3.2 Contexto institucional**

El cantón La Troncal, se localiza en la zona costanera occidental de la provincia del Cañar.

A comienzos de los años 60, con la instalación del Ingenio AZTRA alrededor de 600 familias conformadas por gente humilde, se apoderan de los bordes de las vías Duran - Tambo y Duran - Puerto Inca - Machala, convirtiendo este lugar en un campamento, derivándose el nombre de "La Troncal", por la unión de estas dos vías.

Por su acelerado crecimiento poblacional, el 19 de noviembre de 1.975, se eleva a la categoría de parroquia al Recinto La Troncal, así consta el Registro Oficial No. 934 de esa fecha. la creación del Cantón La Troncal, se proclama el 25 de Agosto de 1983 y se publica en el Registro Oficial No. 584 con fecha 22 de septiembre de 1983.

Por 1950, época en que se produce el descenso de buscadores de tierra, para la constitución de "Haciendas de los Calientes" del Cañar y, de trabajadores agrícolas para las plantaciones cacaoteras y arroceras del litoral centro-sur.

En los años 60 se constituye o instala el ingenio azucarero AZTRA (actualmente ECUDOS), que readecúa el régimen hacendario y el uso de suelo agrícola en su área de influencia inmediata y se configuran los primeros núcleos urbanos constitutivos de la ciudad de La Troncal.

Actualmente, la ciudad de La Troncal cuenta con algunos centros de salud como el Hospital "Darío Machuca Palacios, Centro de Atención Ambulatoria "IESS", CLIESMETROSA y varios consultorios médicos, que brindan la atención en salud, siendo muchas de las veces insuficiente para cubrir ciertas necesidades.

Tenemos nosotros enfermedades crónicas degenerativas que dificultan y se vuelven incapacitantes tanto física como psicológica en cierto grupo de pacientes como lo son los diabéticos, que sabemos representan el 6% de la población.

El cantón de La Troncal, con aproximadamente 40.000 habitantes, lo que representaría más o menos 3.000 pacientes portadores de esta enfermedad. Muchos de ellos sin recibir un adecuado manejo tanto farmacológico como educacional debido a una falta de apoyo gubernamental y de la misma ciudadanía que muchas de las veces discriminan a este grupo de usuarios.

Por lo tanto, creemos necesaria la identificación y valoración de la calidad de vida y estado mental de nuestros usuarios afectados para posteriormente buscar la formación de clubes de diabéticos, para lograr un mayor apoyo del gobierno y concientizar a la población en el conocimiento de esta enfermedad.

Constatar cual es el verdadero apoyo que estos pacientes reciben por parte del gobierno y las demás instituciones para mejorar su calidad de vida y así buscar las falencias en el camino para tratar de corregirles y brindar educación continúa a usuarios diabéticos logrando la participación de los mismos en charlas, entretenimientos con el fin de controlar y aceptar su enfermedad dando una atención de salud oportuna, cálida, eficaz y eficiente garantizando la excelencia en atención.

#### **4. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

La diabetes mellitus es una de las enfermedades más frecuentes en la clínica humana. Actualmente se estima que su prevalencia (número de casos en la totalidad de la población) en EE.UU. y la mayoría de los países europeos es de alrededor del 5%, aunque existen notables diferencias entre determinadas zonas geográficas y sobre todo entre individuos de ciertos grupos étnicos. En La Troncal se siguen patrones parecidos, calculamos que de los 40.000 habitantes, en un 6% prevalece esta enfermedad de los cuales menos del 10% tienen conocimiento de su enfermedad o asisten a controles y tratamiento adecuado de su patología.

En términos generales, puede decirse que su prevalencia no ha dejado de aumentar en las últimas décadas como consecuencia de una serie de factores, entre los que deben mencionarse la mayor longevidad de la población y el progresivo incremento de la obesidad y el sedentarismo entre muchos grupos sociales, motivados por cambios en sus hábitos de vida.

Pero tener diabetes no tiene que ser una sentencia de muerte. Cada diabético es un mundo, aunque todos tenemos una u otra manifestación de esta terrible enfermedad. Ejercicio, dieta sana y control médico a través de medicinas con la ayuda de grupos que en los últimos años se han ido formando en todo el mundo estableciéndose clubes de diabéticos que son importantes para lograr un buen control.

La Troncal afronta algunos problemas que no permite un adecuado control, conocimiento en cuanto a diabetes, entre ellos tenemos.

- Discriminación social que sufren usuarios diabéticos por parte de la sociedad por falta de conocimiento de esta patología.
- La mayoría de ellos son pacientes con cierto tipo de incapacidades ya sea física o psicológica, que dependen de una u otra manera de los familiares o amigos o de las ayudas gubernamentales para beneficiarse de atención. Por tanto es de vital importancia contar con el apoyo de los mismos.
- Los centros de salud no tienen organizaciones o personal que se dedique específicamente a este grupo de usuarias para brindar una ayuda optima.
- Usuarios con estas patologías desconocen cómo afrontar su enfermedad sienten temor y miedo a ser rechazados ante la sociedad.
- Falta de comunicación entre el personal de salud, clientes y familiares .
- Desconocimiento por parte de la sociedad ante la diabetes lo que lleva a una falta de concientización ciudadana ante estos usuarios afectando directamente en su calidad de vida.

- Pocas acciones de todas las autoridades gubernamentales ante las dolencias de los diabéticos lo que empobrece más familias, sociedades y el país.

Por tanto es importante primero establecer primero nuestras falencias sobre diabetes tanto en pacientes, familiares y autoridades, personas que las rodean. Para contar con la participación de la mayoría de pacientes debemos fomentar la formación de organizaciones, para coordinar con los diferentes departamentos e instituciones que permitan el fácil acceso a dichos servicios; brindando un servicio de calidad y calidez para de esta forma lograr las metas planteadas y satisfacer cada una de las necesidades del usuario logrando mejorar su calidad de vida.

## **5. PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **5.1. Problema General**

¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus y la poca concientización gubernamental en la atención de sus trastornos físicos y psicológicos?

### **5.2. Problemas Derivados**

- ¿Cómo afecta la calidad de vida de los pacientes la discriminación social y familiar?
- ¿La salud mental se deteriora por la forma de enfrentar la enfermedad?
- ¿Cuáles son los programas que cuenta el Hospital Darío Machuca Palacios para mejorar la calidad de vida de sus pacientes diabéticos?

## **6. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION**

Lograr identificar principales puntos críticos en pacientes diabéticos y la falta de ayuda social y gubernamental en los mismos.

## 7. JUSTIFICACION

Con el presente estudio se pretende buscar cual es la verdadera calidad de vida de los usuarios con diabetes y buscar las debilidades de ellos para actuar sobre estas en base a estrategias que desarrollemos una vez conocida las falencias y puntos críticos en busca de mejorar el buen vivir de los diabéticos.

Si bien, la diabetes mellitus es una condición en la que para su aparición existen factores como la predisposición genética, también hay factores medio - ambientales que pueden acelerar su desencadenamiento, entre ellos, los hábitos previos que la persona tiene en referencia a una serie de comportamientos (alimentación, actividad física, manejo de emociones y empleo de alcohol y tabaco por ejemplo), por lo que el estilo de vida, es una variable importante en la aparición de la diabetes y una vez que el paciente ha sido diagnosticado con la enfermedad, nuestro tratamiento exitoso se radicara en lograr la adherencia a ciertas pautas, incluyendo aquí los cambios de los hábitos de alimentación, en la realización de actividad física, la realización de los controles médicos y de laboratorio correspondientes y la administración de medicamentos para el control de la glucosa sanguínea.

El abordaje de este problema de salud es importantes por su frecuencia o gravedad no hay acciones han contribuido a mejorar la educación, control y tratamiento de este enfermedad ya que se desconoce la calidad de vida, el nivel de educación y salud mental de nuestros usuarios siendo afectados cada día más, por tanto es importante identificar bien a este grupo de riesgo para lograr atacar directamente el problema para una mejor atención a las personas con diabetes, o en riesgo de padecerla, se identificara los puntos críticos permitiendo mejorar las áreas detectadas e impulsar el conocimiento y la aplicación de los avances tecnológicos en la prevención, atención y educación a las personas con diabetes .

Pretendemos desarrollar estrategias y luego aplicar a este grupo de pacientes monitorizando permanentemente en base a evaluaciones desde el inicio hasta

meses después para verificar el verdadero impacto de ciertas actividades destinadas a mejorar a la calidad de vida en el presente y futuro de diabetes.

Es así que en un futuro no muy lejano pretendemos formar un club de diabéticos con manejo integral en base a desarrollo de un plan estratégico en donde se encuentren inmersos médicos especialistas en manejo de diabetes, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, familiares y el gobierno logrando la mayor asistencia de diabéticos en busca de un buen vivir.

## **8. OBJETIVOS**

### **8.1. Objetivo General**

Conocer cómo afecta en la calidad de vida de los pacientes con diabetes, la poca concientización gubernamental para atender sus trastornos físicos y psicológicos.

### **8.2. Objetivos Específicos**

- Definir como afecta la calidad de vida de los pacientes la discriminación social y familiar.
- Indicar como la salud mental se deteriora por la forma de enfrentar la enfermedad.
- Proponer una red integral de servicios de salud, para mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

## **9. MARCO TEORICO**

### **9.1. MARCO CONCEPTUAL**

#### **CONCEPTO DE SALUD**

Salud (del latín "salus, -ūtis") es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves, según la definición de la Organización Mundial de la Salud realizada en su constitución de 1946. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social). El concepto salud abarca el estado biopsicosocial, los aspectos que un individuo desempeña. En 1992 un investigador agregó a la definición de la OMS: "y en armonía con el medio ambiente", ampliando así el concepto.

"La salud se mide por el shock que una persona pueda recibir sin comprometer su sistema de vida. Así, el sistema de vida se convierte en criterio de salud. Una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente"...Moshé Feldenkrais

"La salud es principalmente una medida de la capacidad de cada persona de hacer o convertirse en lo que quiere ser."...René Dubos.

"La salud es el equilibrio dinámico de los factores de riesgo entre el medio y dentro de ciertos parámetros."...John De Saint.

La forma física es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio donde muestra que tiene resistencia, fuerza, agilidad, habilidad, subordinación, coordinación y flexibilidad.

#### **PROGRAMAS DE SALUD**

Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. De esta forma,

las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.

Por lo general, un programa de salud consta de diversas partes. En principio, se plantea una introducción, con los antecedentes y la misión que cumplirá el programa. Después se realiza un diagnóstico de situación actual, que puede incluir una síntesis de evaluación de planes similares que se haya desarrollado con anterioridad.

Tras el diagnóstico, se presenta el plan (con la programación de actividades) y, en ocasiones, también se detallan las conclusiones respecto a los resultados que se esperan conseguir.

Por lo tanto, el programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

Existen distintos tipos de programas de salud. Por ejemplo, según el área geográfica de aplicación, un programa de salud ser nacional, provincial o municipal. Los programas también pueden ser destinados a satisfacer las necesidades de un campo específico de la salud.

## **EL SECTOR DE SERVICIOS DE SALUD**

La diferenciación entre cliente interno y externo es aplicable también a los servicios de salud y a los hospitales, ambos clientes satisfacen necesidades diferentes, poseen poder de elección en función de determinadas condiciones y generalmente es más corto la duración del proceso de satisfacción del cliente externo.

### **Los hospitales**

Dentro de los servicios de salud, el hospital juega un rol fundamental; por un lado los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios, lo que les confiere alto significado social; por otro lado, la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar, además del servicio hotelero que lógicamente ofrecen, los convierte en los centros más costosos del sistema de



salud. De los condicionantes de la salud, el sistema sanitario es el que menos aporta a la salud con apenas un 11% y el que más consume con un 90% del gasto sanitario; de éste el 50% se asigna a la asistencia hospitalaria, y el 20% a la atención primaria, siendo el hospital el que más consume y menos aporta (menos del 2% del 11% del sistema sanitario), la asistencia primaria aporta el 9% restante. En consecuencia gestionar bien los hospitales es una obligación inexcusable, puesto que son imprescindibles, aportan poco valor añadido a la salud comunitaria y son altamente consumidores.

La palabra hospital deriva del latín *hospitium*, lugar donde se tienen personas hospedadas. En ocasiones se le llama *hotel* o en ocasiones *hospedal*, también *nosocomio*, del griego *noso*, enfermo, y *comio*, cuidar. Las diferentes definiciones que se enuncian destacan: la complejidad de esta institución, el papel central que posee dentro del sistema local de salud y en la formación profesional, educativa, ética, social, humanitaria, su labor tanto curativa-preventiva como investigativa y su impacto en la familia.

Los hospitales han evolucionado desde la denominada *Beneficiencia* en el siglo XIX, hasta principios del siglo XXI, donde el Estado posee el rol fundamental en la integración de redes de servicios de salud.

El hospital posee características que lo hacen diferente a otras empresas de servicio y han de tenerse en cuenta para una adecuada gestión del mismo, entre ellas se destaca la peculiar orientación al cliente, donde la percepción del cliente interno cobra una importancia crucial en la calidad técnica de la asistencia sanitaria, al contar con conocimientos y habilidades específicas de la profesión desconocidas por el cliente externo y que son decisivas en la reposición de la salud de la población, esto hace que sea el médico y no el paciente/acompañante el que decide la demanda de servicios, tratamientos y atenciones hospitalarias, mientras que el cliente externo percibe mayor calidad del servicio cuanto más tiempo se invierta en su atención independiente de lo acertado del proceso asistencial, por lo que ambas percepciones han de priorizarse en la búsqueda de la mejora de la calidad.

La clasificación de los hospitales, resulta importante no sólo para la organización de los servicios de salud, sino también para su diagnóstico, el análisis comparativo de diferentes aspectos e indicadores de eficiencia y calidad entre hospitales, la realización de benchmarking, lo cual permite tomar decisiones adecuadas y oportunas para mejorar su gestión. Puede clasificarse acorde a: su función, el tipo de paciente, su ámbito, nivel asistencial y su dependencia patrimonial.

Existen diversas tendencias en la asistencia sanitaria y la gestión hospitalaria que constituyen retos a alcanzar como: la asistencia centrada en el paciente; la atención ambulatoria, el acceso universal, gratuito y eficiente, la integración docencia-atención- investigación, la gerencia hospitalaria como maestría o especialidad. Para su consecución es necesaria la gestión colectiva, el uso de indicadores adecuados para la gestión hospitalaria, cambios en la cultura organizacional que conduzcan al desarrollo de una cultura de calidad, la gestión de la calidad total, la gestión del factor humano con enfoque de competencias.

### **Calidad del servicio de salud**

Una definición única de calidad resulta difícil, pues posee muchas aristas y en ella inciden muchos factores, se exponen definiciones dadas por varios autores, de las que se obtienen elementos comunes: el objetivo fundamental es la satisfacción del cliente, la cual puede conseguirse mediante el trabajo bien realizado; es adelantarse en la identificación, aceptación y satisfacción de las expectativas de los clientes internos y externos de la organización; es el nivel de excelencia que una empresa escoge para alcanzar satisfacer a su clientela; es el juicio que el cliente tiene sobre un producto o servicio.

La calidad y su evaluación ha evolucionado por diferentes períodos hasta llegar a la gestión total de calidad, donde la responsabilidad es tanto de la dirección (en lo referente a procedimientos, métodos de trabajo, materiales, maquinarias, formas de organización) como del trabajador de línea que debe responder por su actuación y resolver las dificultades a su nivel, lo que implica a toda la organización en la satisfacción del cliente interno y externo. La calidad total no es trabajar más, sino en forma más inteligente, armoniosa y viene de mejorar los procesos productivos y

administrativos. El enfoque de la gestión total de la calidad implica su articulación con la gestión de recursos humanos como ejes vertebradores, sin los cuales sería imposible conseguir la excelencia empresarial.

La medición de las expectativas en la atención sanitaria, específicamente en los servicios hospitalarios es una tarea compleja y difícil de realizar, aunque se comparte la importancia de su estudio en cualquier servicio que se brinde al cliente. Esta situación se debe a: que estos servicios profesionales altamente complejos, al cumplir una importante función social y humanitaria en la comunidad, con un carácter no lucrativo en nuestro país y no mediar el dinero como pago de los servicios prestados, el nivel de exigencia del cliente es mucho más bajo que en otros servicios como el turístico, la zona de tolerancia del cliente es más amplia y los servicios adecuados (el aceptado) y esperados presentan un nivel más bajo unido a que la mayoría de los clientes externos han tenido una experiencia anterior con este tipo de servicio, ya sea en el mismo centro o en otro, lo que mediatiza sus expectativas, además el cliente no conoce las peculiaridades del servicio, por lo que sus expectativas se limitan a algunos aspectos tangibles, de empatía, de capacidad de respuesta y seguridad (confort, limpieza, organización del área, trato amable, respetuoso, rapidez en la atención, mejora de su estado de salud) muy elementales que no deciden realmente la calidad de la atención médica; el cliente acude a la instalación con una necesidad imperiosa de restablecer su salud física o mental, es decir, restaurar una necesidad vital y no necesidades de otro carácter por lo que al sentirse enfermo, quizás deprimido sus expectativas se refieran a la mejora de su estado de salud y a un trato amable y no analice la estadía hospitalaria en toda su magnitud. Al mismo tiempo, el conocimiento de las expectativas del cliente, en las condiciones actuales no permite mejorar el servicio en función de ellas, no se gestiona según las expectativas. Lo más importante en este caso a criterio de la autor es conocer la calidad percibida de ambos clientes, su relación, así como los elementos científico-técnicos de la calidad de la atención médica (conocido solo por médicos, enfermeros y técnicos) aunque se considera que en investigaciones posteriores, donde el desarrollo del sector y de la actividad hospitalaria sea mayor puede tenerse en cuenta el análisis de las expectativas para poder accionar la organización en función de ellas.

Se define la calidad percibida como el proceso psíquico mediante el cual se refleja integralmente los diferentes elementos que intervienen en el servicio en forma de imágenes concretas e inmediatas, manifestado a través de juicios del consumidor sobre la excelencia de una entidad en la que se satisfagan o no las necesidades del cliente.

En la prestación de un adecuado servicio se necesita orientar a toda la empresa al cliente, a la búsqueda de la satisfacción de sus expectativas, necesidades, gustos y preferencias. Para ello la empresa debe trazarse estrategias, contar con el personal necesario y calificado que responda a los intereses organizacionales y con un sistema acorde a lo que se pretende alcanzar; en ello tiene gran influencia la estructura organizacional, la cultura empresarial, el ambiente laboral y la filosofía de la dirección (liderazgo).

A esta concepción de los servicios le denominaron el triángulo de los servicios, que permite conocer la relación dinámica y el papel que juegan cada uno de los aspectos señalados, así como el conocimiento de la situación real y de las causas que afectan al mismo.

Dentro de la extensa gama de servicios que se prestan en el mundo, de vital importancia para la sociedad, se encuentran los servicios de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su acta fundacional (7/4/1948) declara como salud: el estado completo de bienestar físico, mental, social y no simplemente la ausencia de enfermedad. En la IWA 1: 2005 se define servicio de salud como todo cuidado, servicio, entrenamiento, investigación y otros productos que se traducen en evaluar, valorar, diagnosticar, tratar, dar seguimiento a las condiciones de salud, prevenir enfermedad, así como mantener y mejorar la salud.

Teniendo en cuenta las clasificaciones: del servicio y las del servicio de salud, se describe éste y dentro de él, el servicio hospitalario como una actividad que se realiza sobre y con el cliente, donde interviene de forma activa, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, junto a los profesionales que se unen en equipos multidisciplinarios para atender las necesidades de éste, siendo su grado

de participación en el proceso sanitario alto; se requiere de personal altamente calificado y de tecnología de punta; la atención médica es continua, una vez dado de alta al cliente, su seguimiento se realiza por la atención primaria (médico de familia o policlínicos), la propia organización hospitalaria u otra. Este servicio tiene una alta demanda durante todo el año en función de la morbilidad y mortalidad de la población que atiende (atención continua o discrecional) y puede realizarse el servicio en la instalación sanitaria o en el lugar donde se encuentra el cliente, según el tipo de servicio que requiera.

El sistema de salud en el mundo se organiza en cuatro grupos: asistencia pública, seguro de enfermedad, sistema de libertad de empresa y servicio nacional de salud. Se debe tener en cuenta la formación socioeconómica del país, pues influye en la mortalidad, morbilidad (enfermedades) y en la utilización de recursos.

La salud pública, se define como una actividad gubernamental y social importante, de naturaleza multidisciplinaria, que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad. Terris la define como: "la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad, y la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del ambiente, organización de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.". Señala Varo, J que el sistema sanitario público pretende pasar de una asistencia curativa y rehabilitadora a un sistema de salud orientado hacia la promoción de salud, la educación sanitaria, la prevención de enfermedades. En los sistemas públicos y gratuitos el estado financia los servicios de salud y es el mayor interesado en que éstos sean brindados con calidad y eficiencia.

Se considera, que el concepto de cliente no es exclusivo de la actividad lucrativa, no debe ser excluido su tratamiento del contexto educacional y de la salud. Se considera cliente externo, en el contexto de los servicios de salud, a aquella persona que tiene una necesidad de salud por satisfacer y recibe un servicio o producto en función de ésta.

En Cuba, los servicios sanitarios son gratuitos por lo que la solvencia o capacidad adquisitiva del cliente no tiene ninguna relevancia en el uso de estos servicios; el

poder de elección del cliente ocurre a pesar de estar regionalizada la población para cada centro asistencial, exceptuando los casos de urgencia; y tienen el derecho de exigir un buen servicio. Cliente interno, es la persona o proceso que requiere de un servicio o producto que le provee otra persona o proceso dentro de la organización para poder desarrollar su trabajo. Cliente externo son los pacientes y familiares, los clientes internos el personal que labora en el centro.

## **PLAN ESTRATÉGICO EN SALUD**

Como para cualquier empresa, el plan estratégico de centros de salud suele ser cualitativo, es decir, describe en términos medibles los objetivos de la organización. El plan estratégico es también temporal, enmarcado en intervalos de tiempo concretos y explícitos.

En tal sentido, la planificación en salud es un proceso administrativo y no puramente epidemiológico cuyo propósito es decidir lo qué se quiere, a dónde se quiere llegar en un tiempo determinado, las acciones que se tomarán, los medios que se utilizarán y los individuos que serán los responsables de llegar hasta donde se desea y alcanzar en una forma más efectiva los objetivos organizacionales del futuro. Se hace hincapié en la necesidad de actualizar constantemente los planes estratégicos, lograr la participación de los médicos y el consejo administrativo de la organización, e integrar los planes estratégicos con otros planes de la organización, utilizando elementos protocolares que corresponden al deber ser, así como elementos estratégicos como el poder ser, en una actitud expectativa y anticipativa que permitan la creación de situaciones futuras, intermedias y finales que corresponderían con los objetivos deseables para la organización.

En tal planificación se hace indispensable crear estrategias de mejoramiento, tales como programas, proyectos, planes y actividades de salud encaminadas a mejorar las condiciones en salud de las comunidades, mejorar la calidad de la atención y dignificar la función de los profesionales y los centros de salud. Se planifica con el ánimo de reducir la incertidumbre sobre la base de un mejor conocimiento de la realidad y la previsión de lo que puede acontecer de mantenerse algunas situaciones. La planificación tiene mucho con la realidad, implica una permanente

adopción de decisiones y, después de ejecutados, realiza el seguimiento, creando compromiso con el mejoramiento.

A menudo, a nivel colectivo y social surgen dificultades para la definición de los objetivos, los medios y la provisión de éstos, o sea, para clarificar lo que es la planificación de la salud pública.

Por lo general, la planificación estratégica se emplea como recurso para orientar los esfuerzos de organización, fomenta la participación y el compromiso de los inversionistas y conduce a la consecución de los objetivos estratégicos.

### **SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ECUADOR**

Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento particular, sin que existan mecanismos de articulación y de coordinación interinstitucional. Lo anterior no ha permitido aunar esfuerzos y recursos para desarrollar una propuesta nacional de cobertura y calidad de los servicios de salud. En consecuencia, organizar un Sistema Nacional de Salud es un propósito fundamental de la política sectorial.

El Subsector Público está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS-SSC), Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía (dependientes de los Ministerios de Defensa y Gobierno respectivamente), los servicios de salud de algunos Municipios y los de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana. Estos últimos, aunque son entes privados actúan dentro del sector público, y disponen del 85.4 % de los establecimientos.

Al Ministerio de Salud Pública (MSP) le corresponde la regulación, dirección y control del sector contando con una Dirección de Salud en cada provincia y en su interior por Áreas de Salud que son circunscripciones geográfico - poblacionales coincidentes en su mayoría con el ámbito político - administrativo del cantón. Estas funcionan como una unidad de desconcentración programática, administrativa y

presupuestaria de la cual dependen los servicios básicos de salud (Puestos, Subcentros, Centros y Hospitales Cantonales).

El Subsector Privado está integrado por entidades privadas con fines de lucro (Hospitales, Clínicas, Dispensarios, Consultorios, Farmacias y las Empresas de Medicina Pre-pagada) y las organizaciones privadas sin fines de lucro como diversas ONG's, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc., las cuales representan el 14.6 % de los establecimientos del país. Los servicios privados se financian por el gasto directo de las familias. Las entidades privadas para su funcionamiento deben estar registradas y autorizadas por el MSP.

## **LA CONCIENCIA HUMANA**

La conciencia se refiere a la capacidad que nos indica qué está bien o mal. Estas valoraciones del instante que acontece, permiten al individuo percibirse a sí mismo como alguien capaz de modificar su entorno o por el contrario como alguien sujeto a unas restricciones que le superan. Tenemos conciencia cuando sabemos lo que está aconteciendo en nuestro Yo y otorgarle un concepto, ya en lo que es propio de nuestro mundo interior, ya en lo que es el mundo exterior que en él se refleja. La conciencia presenta algunas propiedades claramente diferenciadas: dinamismo, unidad o totalidad, subjetividad, intencionalidad y conocimiento certero. La conciencia predispone a la persona a actuar de forma equilibrada entre su cosmovisión y los hechos percibidos en el presente.

La red no neural forma enlaces especializados ante el estímulo del medio, conformando una realidad presente para el individuo, tanto interior como exterior, y de unas valorizaciones asociadas a los elementos constitutivos de esa realidad. La capacidad de entender el papel que jugamos en dicho presente, nos permitirá adoptar un papel en dicha dinámica; ello conforma lo que se denomina conciencia. La vida psíquica de la conciencia, es el objeto que estudia la Psicología.

## **Noción de vida Psíquica**



La vida psíquica es el objeto que estudia la Psicología y, por lo tanto, es aproximadamente un sinónimo de alma. Mas así como la noción de alma no es muy precisa y los investigadores difieren acerca de su exacta significación, de igual modo debemos señalar las discrepancias acerca de qué se entiende por vida psíquica. Una definición formalmente correcta sería: la vida psíquica es el conjunto de fenómenos psíquicos. Pero, claro está, queda sin resolver qué son los fenómenos psíquicos.

En psicología la conciencia sobre tiene varias funciones fundamentales:

- Representa idealmente las posiciones de las personas que están incluidas junto con él en determinadas relaciones sociales.
- Permite al individuo ser el representante de estas relaciones.
- El individuo, gracias a la conciencia, organiza la actividad propia al desarrollar funciones básicas en la psiquis tales como: la búsqueda, la prueba y la imagen ideal de la actividad misma.

Esta última función implica que el individuo estructure imágenes de los objetos de sus carencias (cultura material y espiritual), o sea, al surgimiento de las necesidades que lo impulsan a la actividad.

Este proceso ocurre mediante la búsqueda y el proceso de prueba de los medios para satisfacer la necesidad con lo que surgen los motivos de la actividad. Pero el motivo no produce el objeto por lo que el objeto se convierte en la finalidad de la acción. En la búsqueda y la prueba de la finalidad el individuo define la tarea durante cuyo cumplimiento puede producir el objeto requerido. Luego controla la realización de la acción por medio de la voluntad expresada en la atención.

La conciencia aparece como una capacidad cognitiva relacionada con la atención, que permite a los seres humanos percibir de manera más profunda la entidad global de un objeto y su propia existencia. No obstante, el significado del término es más amplio ya que refiere a la capacidad básica de un organismo de tener experiencia, lo cual incluye a las sensaciones, los sentimientos, los pensamientos. En tal sentido, ser o no consciente, equivale a poder o no sentir o pensar.

## **Estados de conciencia**

Para los estados clínicos de la conciencia y sus alteraciones, véase artículo de fisiología: Estados de conciencia

Hay diferentes desarrollos de esta función cerebral:

1. **Conciencia individual:** se refiere a la conciencia de uno mismo y de cómo el entorno lo puede perjudicar o favorecer. Se establece lo que es bueno y malo para uno mismo. El ejercicio acertado de esta función mental se llama instinto de supervivencia. En el hombre, el resultado de su racionalización le dota de mayor capacidad de autodominarse, de una mayor creatividad y de esto nace la Inteligencia preconsciente.
2. **Conciencia social:** se refiere a la conciencia del estado de los demás miembros de su comunidad y de cómo el entorno los puede perjudicar o favorecer. Se establece lo que es bueno y malo para una comunidad. El ejercicio acertado de esta función mental se llama instinto de protección. En el hombre, el resultado de su racionalización le dota de capacidad cooperacional, y de esto nace la Inteligencia social.
3. **Conciencia temporal o competente:** se refiere a la conciencia del medio que le rodea y de cómo afecta a uno mismo y a los demás en la línea del tiempo. Se establece lo que es bueno y malo para el futuro de la comunidad. El ejercicio acertado de esta función mental se llama inteligencia racional.
4. **Conciencia emocional o empatía:** Se establece lo que es bueno y malo en función de datos emocionales, y de cómo el entorno y la forma de actuar de uno mismo, afecta al estado emocional de su comunidad. El ejercicio acertado de esta función mental se llama inteligencia emocional.

La conciencia puede funcionar en 'piloto automático', es decir, sin necesidad de ejercitar inteligencia alguna, únicamente basándose en los instintos. El individuo es consciente de lo que está haciendo, pero no se plantea si es bueno o malo.

Actualmente, esta área está en investigación por John Kounios y Mark Jung-Beeman, neurólogos de la Universidad estadounidense de Drexden y Universidad

Northwestern respectivamente. Se la ha calificado como creativa, a este tipo de inteligencia. De forma general, son catalogadas como artistas y genios las personas capaces de usar la creatividad en sus métodos de resolución de problemas, dicha capacidad creativa procede del lóbulo temporal derecho de nuestro cerebro.

### **Interrelación**

Las tres primeras no son exclusivas del hombre, sólo la última. Como especie animal no nos cuesta concienciarnos de las dos primeras, pues no depende de la educación o datos externos, va con la propia naturaleza de la conservación de la especie. El ejercicio más o menos acertado de la tercera dependerá de la educación recibida (los hay autodidactas), también es innata a la supervivencia y la cuarta no todo humano logra concienciarse en su mayor exponente (o sea, equipararla al uso que le damos a las otras tres), sino que son dependientes de la educación, costumbres y moral local. No suele manifestarse de forma consciente, sino como una imagen de lo que podríamos estar sintiendo nosotros en piel ajena. Ello motiva a actuar pensando que eso es lo bueno y lo malo, sin cuestionarlo ni racionalizarlo; las personas que lo han intentado han acabado convirtiéndose en líderes.

### **Un cerebro, una conciencia, un sueño**

La conciencia humana, según la evidencia científica con la que contamos hoy en día, puede ser concebida como una propiedad inherente al funcionamiento cerebral. Las oscilaciones de los circuitos revertebrados tálamo-corticales y la progresión rostrocaudal de una onda de barrido de estas frecuencias en el tiempo es tal vez el hallazgo más significativo que indique la correlación existente entre los estados y fenómenos cognitivos y la función cerebral.

Sin embargo, creemos que aunque la conciencia humana es una propiedad del funcionamiento cerebral, ésta no es necesariamente definible a través de los sistemas neurales que la generan. Lo que hace de ella un concepto no definible funcionalmente —como sí lo es el reflejo patelar o la contractibilidad miocárdica— ya que a pesar de que expliquemos todos los mecanismos neurológicos que la generan, siempre quedará un vacío en tal explicación. La subjetividad en la experiencia, la porción más importante y misteriosa de la conciencia, que nace en

algún momento entre la percepción y la autorreflexión, que emerge de tal funcionamiento, no es una categoría funcional y por lo tanto, para la conciencia, el cerebro es necesario pero no suficiente. Existe una gran brecha, que podemos llegar a reconocer, si nos distanciamos de la ilusión que a través de la explicación del cómo, se comprende el qué.

De manera similar, comprender que el cerebro es una condición necesaria pero no suficiente para la generación de conciencia, implica reevaluar un poco cuál es nuestra manera de entender el funcionamiento cerebral. El sistema nervioso humano, del cual hace parte el encéfalo, es ante todo, un conjunto de sistemas que de manera paralela es capaz de generar sus propios estados funcionales. Durante sus diferentes estados funcionales, tal sistema, tiene la posibilidad de alimentar su experiencia de aquello que lo rodea, aunque en esencia posea los mecanismos para su funcionamiento autónomo.

Durante el estado de vigilia, el sistema nervioso, a través de los sentidos, selecciona de su medio lo que le es útil o no. Éste recrea el exterior a través del ejercicio de la percepción y luego lo colorea según su estructura, creando, por tanto, conciencia vigil. El universo que percibimos y del que somos conscientes, es una construcción de nuestro sistema nervioso, de donde emerge la subjetividad y aparece una nueva obra colmada de sentido para quien la vive.

Hasta hace unos 70 años primaba en la comunidad científica cierta negación histórica del sueño. Una de las razones para tal hecho, comenta Hobson, era la falta de métodos de estudio y de interés por parte de los investigadores para estudiar las actividades de los animales y personas durante este estado de conciencia. Además del hecho que los investigadores y científicos veían a los animales tan tranquilos durante su período de sueño, que pensaban que poco había para observar en ellos. El sueño por tradición fue descrito como un proceso pasivo, en donde se presentaba un estado de obnubilación de la conciencia.

Sin embargo, los avances en las ciencias y la tecnología a lo largo de los años, han permitido comprender que el fenómeno del sueño es todo menos un proceso pasivo y que es ante todo, un estado generado por mecanismos intrínsecos en el sistema

nervioso de los organismos, así como la vigilia. Vigilia y ensoñación, junto con el sueño de ondas lentas, constituyen diferentes estados funcionales de un mismo sistema que se las ingenia para controlar las propiedades de los osciladores neurales que determinan su estado de actividad. En algunos momentos la actividad del sistema nervioso crea conciencia vigil, de su mundo externo, y otras veces, activamente, decide retomar su propio mundo. Tal estado de ensoñación, así como el de vigilia, implica que se lleven a cabo una serie de procesamientos de información. La expresión de tal actividad en la corteza cerebral se ve claramente definida en el patrón desincronizado del electroencefalograma de las personas. Tanto así que si solamente observamos un electroencefalograma desincronizado no podemos diferenciar entre un estado y otro. De tal manera que el estado de ensueño, ese estado mágico para unos y terrorífico para otros, no es un período ausente de conciencia, como clásicamente se creía, sino incluso un período de conciencia en la misma categoría funcional de aquella que poseemos durante el estado de vigilia. Comb de la Universidad de North Carolina, en Asheville, afirma que ambos estados funcionales exhiben una disposición para generar experiencias inteligibles. La conciencia no es una capacidad dependiente de los estados funcionales, sino una condición continua y dinámica que es independiente de los cambios de estado y que entre éstos, sólo se diferencia por sus contenidos.

Durante el estado de vigilia, la persona consciente tiene la capacidad de construir su inmediata realidad a partir de la información proveniente del exterior luego de un proceso selectivo mediado por la atención. Durante el sueño de movimientos oculares rápidos (Sueño MOR o REM), la realidad inmediata de la persona se construye a partir de la información que el mismo generador del sueño posee. El cerebro es generador de experiencia, incluso sin hacer uso de información proveniente del exterior a través de los canales sensitivos, sino que al bloquearlos, él mismo tiene la capacidad de recrear un mundo interno, a veces tan ilógico como parece al mismo soñador. Los mecanismos neurobiológicos controladores del sueño en el cerebro, se encargan de ejercer una importante inhibición tanto a nivel central, como a nivel periférico de las vías ascendentes sensitivas, favoreciendo el aumento del umbral sensitivo de la persona y su paso hacia la caja de pandora que reside en

nuestra memoria, anhelos, deseos y retos. Es posible incluso que la ilogicidad del contenido onírico obedezca en parte a su sustrato.

El contenido del mundo interno se abre al hombre durante el sueño, sus contenidos cuya jerarquía no es estática, toman el control, posiblemente no con la función de elaborar contenidos reprimidos, sino en un intento de reorganización de la información cuya utilidad no tiene como objetivo mejorar el estado y entenderlo, sino preparar a la persona para los retos del día siguiente. El sueño cumple ante todo la función de un teatro en donde somos actores de nuestras vidas y se nos permite actuar sin temor a recibir tomates en la cara. Es como un gran ensayo general que todos los días toma algo del guión anterior y agrega algo de uno nuevo, que se construye en la vida cotidiana.

Es interesante observar cómo de un período típicamente hipermnésico como es el período de ensoñación, tan sólo un 5% queda con nosotros al momento del despertar. La hipermnesia en el sueño, creo, se debe a que, a diferencia de lo que pasa en la vigilia, todo el escenario está revestido de atención, mientras que durante la vigilia sólo ciertos aspectos del mundo exterior nos interesan. Es un ejercicio para hacer práctico aquello que sólo es posible en el imaginario. En el sueño, no existe contaminación porque el escenario es la totalidad de la experiencia; en la vigilia sólo un fragmento de lo externo compite por un lugar en la agitada carrera por la percepción de un mundo en donde se espera que el organismo sobreviva. En otras palabras, la interacción de los elementos procesales durante el sueño está menos restringida que en vigilia, lo que permite la producción de emergentes caóticos que hacen que los sueños, vistos desde la perspectiva de la conciencia en vigilia, carezcan de logicidad.

Existen claros ejemplos que aunque provienen de lo subjetivo, indican que incluso el sueño no se aparta del ejercicio autorreflexivo, es decir, no se aparta de la experiencia consciente. Ya sea en vigilia o dormido, una de las funciones más críticas del cerebro, es la construcción de un modelo del medio ambiente que sea percibido como nuestra experiencia consciente. El sueño lúcido ("Lucid Dreaming") es uno de sus mejores ejemplos. En él la persona que, lo está haciendo tiene claro que está soñando e incluso tienen la capacidad de controlar el contenido de los

sueños. Incluso se ha registrado cómo en estos sujetos existe una inesperada intensificación de la actividad de la corteza parietal posterior. La actividad cortico-talámica reverberante descrita hace más de una década —posible sustrato morfológico de los estados cognoscitivos— también se encuentra presente durante los ensueños, aunque no se reactive con los estímulos auditivos como sucede en vigilia.

Estamos enfrentados ante una nueva concepción holística del funcionamiento cerebral. Somos poseedores de un órgano, capaz de recrear nuestra experiencia a cada instante.

Los estados funcionales del sistema nervioso, están bajo la guardia de mecanismos genéticamente determinados, purificados a lo largo de la evolución, que deciden qué guión poner en acción. La autorreflexión es por tanto constante, ya que sólo a través de ella, ese guión adquiere un sentido trascendente. La conciencia es continua, sólo sus contenidos difieren entre un estado y otro y por tanto sus características también lo hacen. La conciencia vigil y la conciencia del estado de ensoñación son una misma. La diferencia entre estas dos dimensiones de la conciencia no está en el sustrato o en la calidad, sino en la fuente de la información que genera la experiencia consciente.

No acordarse de los sueños no debe confundirse con que uno no hubiese tenido conciencia de éstos. Los sueños, sueños son y en tal medida cumplen su papel como reorganizadores de herramientas para enfrentar nuevos retos. Sólo aquellos organismos que sean capaces de satisfacer sus necesidades mínimas de vida tendrán la capacidad de soñar. Por lo que evolutivamente hablando el soñar es un privilegio. La evolución premia con el poder acceder al mundo interior aquéllos que pueden darse el lujo de hacerlo de nuevo, al hombre se le presenta una prueba más de lo holístico de su experiencia.

En la conciencia, mundos diferentes se unen para conformar un continuo en un supuesto tiempo y espacio, que posiblemente no sean más que categorías flexibles, necesarias para enmarcar un cierto contenido vivencial. Nunca será fácil mirar atrás y comprender que en la sencillez de la experiencia diaria se entreteje tal maraña de

información. Para nosotros, la conciencia siempre será ese escalofrío que al final del atardecer nos recuerde que es hora de continuar viviendo.

## **DIABETES MELLITUS**

La diabetes mellitus (DM) es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia. La causan varios trastornos, siendo el principal la baja producción de la hormona insulina, secretada por las células  $\beta$  del páncreas, o por su inadecuado uso por parte del cuerpo, que repercutirá en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas.

Los síntomas principales de la diabetes mellitus son emisión excesiva de orina (poliuria), aumento anormal de la necesidad de comer (polifagia), incremento de la sed (polidipsia), y pérdida de peso sin razón aparente. La Organización Mundial de la Salud reconoce tres formas de diabetes mellitus: tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional (ocurre durante el embarazo), cada una con diferentes causas y con distinta incidencia. Varios procesos patológicos están involucrados en el desarrollo de la diabetes, le confieren un carácter autoinmune, característico de la DM tipo 1, hereditario y resistencia del cuerpo a la acción de la insulina, como ocurre en la DM tipo 2.

Para el 2000, se estimó que alrededor de 171 millones de personas eran diabéticos en el mundo y que llegarán a 370 millones en 2030. Este padecimiento causa diversas complicaciones, dañando frecuentemente a ojos, riñones, nervios y vasos sanguíneos. Sus complicaciones agudas (hipoglucemia, cetoacidosis, coma hiperosmolar no cetósico) son consecuencia de un control inadecuado de la enfermedad mientras sus complicaciones crónicas (cardiovasculares, nefropatías, retinopatías, neuropatías y daños microvasculares) son consecuencia del progreso de la enfermedad. El Día Mundial de la Diabetes se conmemora el 14 de noviembre.

Actualmente existen dos clasificaciones principales. La primera, correspondiente a la OMS, en la que sólo reconoce tres tipos de diabetes (tipo 1, tipo 2 y gestacional) y la segunda, propuesta por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en 1997.



Según el Comité de expertos de la ADA, los diferentes tipos de DM se clasifican en 4 grupos: diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, diabetes gestacional, otros tipos de diabetes mellitus.

## **DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)**

Se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina), esto quiere decir que el receptor de insulina de las células que se encargan de facilitar la entrada de la glucosa a la propia célula están dañados. Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la obesidad; anteriormente llamada diabetes del adulto o diabetes relacionada con la obesidad. Varios fármacos y otras causas pueden, sin embargo, causar este tipo de diabetes. Es muy frecuente la diabetes tipo 2 asociada a la toma prolongada de corticoides, frecuentemente asociada a la hemocromatosis no tratada. Insulinorresistencia. La diabetes tipo 2 representa un 80%-90% de todos los pacientes diabéticos

### **Etimología**

Proviene del latín diabētes, y éste del griego διαβήτης, (diabétes, 'correr a través' con δια o 'dia-', 'a través', y βήτης o 'betes', 'correr', de διαβαίνειν (diabaínein, 'atravesar'). Como término para referirse a la enfermedad caracterizada por la eliminación de grandes cantidades de orina (poliuria), empieza a usarse en el siglo I en el sentido etimológico de «paso», aludiendo al «paso de orina» de la poliuria. Fue acuñado por el filósofo griego Arateus de Cappadocia.

La palabra Mellitus (griego mel, "miel") se agregó en 1675 por Thomas Willis cuando notó que la orina de un paciente diabético tenía sabor dulce.

### **Descripción general**

Las células metabolizan la glucosa para convertirla en una forma de energía útil; por ello el organismo necesita recibir glucosa (a través de los alimentos), absorberla (durante la digestión) para que circule en la sangre y se distribuya por todo el

cuerpo, y que finalmente, de la sangre entre al interior de las células para que pueda ser utilizada. Esto último sólo ocurre bajo los efectos de la insulina, una hormona secretada por el páncreas.

En la DM (diabetes mellitus) el páncreas no produce o produce muy poca insulina (DM Tipo I) o las células del cuerpo no responden normalmente a la insulina que se produce (DM Tipo II).

Esto evita o dificulta la entrada de glucosa en la célula, aumentando sus niveles en la sangre (hiperglucemia). La hiperglucemia crónica que se produce en la diabetes mellitus tiene un efecto tóxico que deteriora los diferentes órganos y sistemas y puede llevar al coma y la muerte.

La diabetes mellitus es un trastorno endocrino-metabólico crónico, que afecta la función de todos los órganos y sistemas del cuerpo: el proceso mediante el cual se dispone del alimento como fuente energética para el organismo (metabolismo), los vasos sanguíneos (arterias, venas y capilares) y la circulación de la sangre, el corazón, los riñones, y el sistema nervioso (cerebro, retina, sensibilidad cutánea y profunda, etc.).

### **Síntomas y signos de diabetes mellitus no tratada**

En el caso de que todavía no se haya diagnosticado la DM ni comenzado su tratamiento, o que no esté bien tratada, se pueden encontrar los siguientes signos (derivados de un exceso de glucosa en sangre, ya sea de forma puntual o continua):

Signos y síntomas más frecuentes:

- Poliuria, polidipsia y polifagia.
- Pérdida de peso a pesar de la polifagia.
- Fatiga o cansancio.
- Cambios en la agudeza visual.

Signos y síntomas menos frecuentes:

- Vaginitis en mujeres, balanitis en hombres.

- Aparición de glucosa en la orina u orina con sabor dulce.
- Ausencia de la menstruación en mujeres.
- Aparición de impotencia en los hombres.
- Dolor abdominal.
- Hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca, úlceras o heridas que cicatrizan lentamente.
- Debilidad.
- Irritabilidad.
- Cambios de ánimo.
- Náuseas y vómitos.
- Mal aliento

### **Diagnóstico**

Se basa en la medición única o continúa (hasta 2 veces) de la concentración de glucosa en plasma. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció los siguientes criterios en 1999 para establecer con precisión el diagnóstico:

1. Síntomas clásicos de la enfermedad (Poliuria, Polidipsia, Polifagia y Pérdida de peso inexplicable) más una toma sanguínea casual o al azar con cifras mayores o iguales de 200mg/dl (11.1 mmol/L)
  2. Medición de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126mg/dl (7.0 mmol/L). Ayuno se define como no haber ingerido alimentos en al menos 8 horas.
- La prueba de tolerancia a la glucosa oral (curva de tolerancia a la glucosa). La medición en plasma se hace dos horas posteriores a la ingesta de 75g de glucosa en 375 ml de agua; la prueba es positiva con cifras mayores o iguales a 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

### **Tratamiento**

Tanto en la diabetes tipo 1 como en la tipo 2, como en la gestacional, el objetivo del tratamiento es restaurar los niveles glucémicos normales, entre 70 y 105 mg/dl. En

la diabetes tipo 1 y en la diabetes gestacional se aplica un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos de la insulina. En la diabetes tipo 2 puede aplicarse un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos, o bien, un tratamiento con antidiabéticos orales.

Para determinar si el tratamiento está dando resultados adecuados se realiza una prueba llamada hemoglobina glucosilada (HbA1c ó A1c). Una persona No-diabética tiene una HbA1c < 6 %. El tratamiento debería acercar los resultados de la A1c lo máximo posible a estos valores.

Un amplio estudio denominado DDCT demostró que buenos resultados en la A1c durante años reducen o incluso eliminan la aparición de complicaciones tradicionalmente asociadas a la diabetes: insuficiencia renal crónica, retinopatía diabética, neuropatía periférica, etc.

### **Intervenciones orientadas al estilo de vida**

Los principales factores ambientales que incrementan el riesgo de diabetes tipo 2 son la nutrición excesiva y una forma de vida sedentaria, con el consiguiente sobrepeso y obesidad.

Una pérdida de peso mínima, incluso de 4 kg, con frecuencia mejora la hiperglucemia. En la prevención de la enfermedad, una pérdida similar reduce hasta en un 60% el riesgo.

Un tratamiento completo de la diabetes debe de incluir no solo una dieta sana (como, por ejemplo, la dieta mediterránea) y ejercicio físico moderado y habitual sino también un control médico constante. Asimismo conviene eliminar otros factores de riesgo cuando aparecen al mismo tiempo como la hipercolesterolemia.

### **Dieta y ejercicio físico**

Mantener una dieta sana es una de las mejores maneras que se puede tratar la diabetes. Ya que no hay ningún tratamiento que se deshaga de la diabetes, en cuanto la persona sea diagnosticada con diabetes debe empezar a mantener una

dieta sana. La persona debe cuidar la cantidad de gramos de carbohidratos que come durante el día, adaptándola a las necesidades de su organismo y evitando los alimentos con índice glucémico alto. Lo que esto significa es que la persona no puede comer muchas comidas con contenido de harina blanca. Elegir panes y pastas hechas de harina integral es no solo mucho más saludable sino que también va a ayudar a la persona controlar mejor la insulina que el cuerpo produce. También hay muchos productos en el mercado que están hechos para los diabéticos. En los EE.UU. los productos se llaman "Sugar Free", o sea, "Sin Azúcar". Estos productos tienen contenidos de azúcar artificial que no tiene calorías pero le da el sabor dulce a la comida. Se debe, no obstante, tener mucho cuidado con estos productos, ya que "Sin azúcar" (O sin carbohidratos con índice glucémico alto), no es lo mismo que "Sin Carbohidratos". Unas galletas en las que figure "Sin azúcar" contendrán muy pocos hidratos de carbono con índice glucémico alto, pero contendrán no obstante muchos hidratos de carbono procedentes del cereal de las galletas que es necesario controlar.

El ejercicio es otra cosa muy importante en el tratamiento de la diabetes. Primero que todo, es importante porque en la mayoría de casos de diabetes, la persona debe bajar un poco de kilos y el ejercicio es muy importante en este procedimiento. El ejercicio también afecta los niveles de insulina que produce el cuerpo.

## **DIABETES Y CALIDAD DE VIDA**

La diabetes mellitus representa uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo, un estudio en México se ha revelado que alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años la padece; por tal motivo se han creado los clubes de diabéticos en donde se les lleva un control a todos los pacientes que ingresan, el presente estudio se realizó en 69 pacientes con diabetes mellitus, pertenecientes a dos clubes de diabéticos los pacientes recibieron capacitación en torno de su enfermedad y al correcto seguimiento de un plan alimenticio.

El estudio se basa en el control del paciente diabético enfocándose en el seguimiento del plan alimenticio, el automonitoreo de los niveles de glucosa y un régimen de ejercicios. Se encontró que aquellos pacientes que llevaron a cabo este

plan de control a través de los clubes de diabéticos, lograron disminuir sus niveles de glucosa por abajo de 140 mg-dl, siendo más del 50% de los pacientes que acudieron a los clubes los que lograron estos niveles, por lo que se concluye que los clubes de diabéticos tienen un impacto positivo en la disminución de los niveles de glucosa en los pacientes diabéticos que acuden a ellos.

### **Concepto de calidad de vida**

El concepto de calidad de vida, está asociado al de bienestar, el cual ha sido objeto de una atención permanente en los temas de desarrollo social, económico y cultural que busca un equilibrio entre la cantidad de seres humanos y los recursos disponibles y la protección del medio ambiente. Debe tener en cuenta al tomar decisiones los derechos del hombre y la sociedad a reclamar una vida digna con libertad, equidad y felicidad.

Este concepto representa un "término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida 'objetivas' y un alto grado de bienestar 'subjetivo', y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales".

Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno".

### **La calidad de vida en la administración pública**

A la calidad de vida dentro de la administración pública se la entiende desde tres ópticas:

- Como aquella disponibilidad de recursos en el ámbito de las necesidades básicas (alimento, vivienda, sanidad, etc.).

- Como la capacidad administrativa estatal de patrocinar la prestación de servicios básicos públicos, especialmente a los menos favorecidos. La calidad de vida es medida, desde este punto de vista, como un mayor número de personas con acceso a servicios públicos como agua potable, energía eléctrica, comunicación a distancia, acceso a transporte, educación, servicio médico.
- Como la gestión social y programática de alternativas competentes a su desarrollo en términos de justicia y equidad.

Entendido de esta manera, la calidad de vida es el producto de medidas encaminadas a garantizar el suministro y disponibilidad de recursos para cubrir las necesidades en la población. Lo cual requiere de la integración a las ciencias médicas a la Economía, la Ecología, la Antropología Cultural, la Sociología Médica, la Psicología Social y de la Personalidad, de la Inmunología y la Bioética, asociados al enfoque epidemiológico y salubrista, contribuyeron definitivamente a conformar un nuevo paradigma en las ciencias médicas, caracterizado por una concepción integracionista y sistémica de la comunidad, del hombre y de su salud.

### **Políticas gubernamentales y calidad de vida**

Dentro de las políticas gubernamentales, la calidad de vida no debe ser considerada solamente tomando en consideración la perspectiva de los individuos, sino también que hay que considerar la perspectiva social. La calidad de vida y del bienestar de las personas adultas mayores depende parcial o totalmente de las políticas existentes.

### **Dimensiones de la calidad de vida**

La calidad de vida tiene su máxima expresión con la salud. Las tres dimensiones que comprenden la calidad de vida son:

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

## **DIABETES Y SALUD MENTAL**

La estrecha relación entre cuerpo y mente provoca, en el caso de la diabetes, que las personas afectadas padezcan complicaciones mentales como depresión o angustia

¿Hasta qué punto puede una enfermedad mental influir en una dolencia física? ¿Es posible que, por el contrario, un problema físico desemboque en un mal de índole psicológica?. En el caso de la diabetes, ambas cuestiones tienen una respuesta afirmativa. Aunque no existen estudios sistemáticos sobre la compleja relación entre salud mental y diabetes, un reciente trabajo realizado por expertos de la Universidad de Washington asegura que los esquizofrénicos que padecen diabetes ven agudizados sus problemas físicos debido a su enfermedad mental y al tratamiento que reciben para controlarla. Por otra parte, los diabéticos son propensos a padecer trastornos mentales menores, tales como depresión o angustia, especialmente derivadas del carácter crónico de su enfermedad, aunque posiblemente también debido al desarrollo de la misma.

Varios estudios sugieren que la diabetes aumenta al doble el riesgo de la depresión. Las probabilidades de sufrir depresión aumentan al empeorar las condiciones de la diabetes. Investigaciones muestran que la depresión lleva a un funcionamiento físico y mental más pobre, así que una persona es menos propensa a seguir una dieta indicada o un plan de medicamentos. Tratar la depresión con psicoterapia, medicamentos, o una combinación de estos tratamientos, puede mejorar el bienestar de un paciente y su habilidad para tratar la diabetes.



Las causas subyacentes a la asociación entre la depresión y la diabetes no son muy claras. La depresión puede desarrollarse a partir del estrés, pero también puede resultar de los efectos metabólicos de la diabetes en el cerebro. Los estudios sugieren que las personas con diabetes que tienen un historial de depresión, son más propensas a desarrollar complicaciones diabéticas que aquellas sin depresión. La gente que sufre tanto de diabetes como de depresión, tiende a tener más gastos en cuidados primarios de la salud.

A pesar de los enormes avances en la investigación del cerebro en los últimos 20 años, la depresión con frecuencia se queda sin diagnosticar o tratar. La gente con diabetes, sus familias y amigos e incluso sus médicos, puede no distinguir los síntomas de la depresión. No obstante, profesionales de la salud capaces reconocerán estos síntomas e indagarán sobre su duración y severidad; diagnosticarán el trastorno y sugerirán un tratamiento apropiado.

La depresión es una seria condición médica que afecta a los pensamientos, sentimientos y la habilidad para funcionar en la vida diaria. La depresión puede ocurrir a cualquier edad. Estudios patrocinados por el Instituto Nacional de Salud Mental estiman que un 6 por ciento de los jóvenes de 9 a 17 años en los EUA, y casi un 10 por ciento de los adultos americanos, o cerca de 19 millones de personas de 18 años y más, experimentan alguna forma de depresión cada año. Aunque hay terapias disponibles que alivian los síntomas en cerca del 80 por ciento de aquellos tratados, menos de la mitad de la gente con depresión obtiene la ayuda que necesita.

La depresión resulta de un funcionamiento anormal en el cerebro. Las causas de la depresión son actualmente materia de intensa investigación. Una interacción entre predisposición genética e historial en la vida, parece determinar el nivel de riesgo de una persona. Episodios de depresión pueden entonces ser disparados por el estrés, eventos difíciles en la vida, efectos secundarios de medicamentos, u otros factores ambientales. Cualesquiera que sean sus orígenes, la depresión puede limitar la energía necesitada para concentrarse en los tratamientos de otros trastornos, tales como la diabetes.

Aunque que hay muchos tratamientos diferentes para la depresión, deben ser cuidadosamente escogidos por un profesional entrenado, basándose en las circunstancias de la persona y la familia. Los medicamentos antidepresivos recetados son generalmente bien tolerados y seguros para las personas con diabetes. Tipos específicos de psicoterapia, o terapia "de conversación", pueden también aliviar la depresión. Sin embargo, la recuperación de la depresión toma tiempo. Los medicamentos antidepresivos pueden tomar varias semanas para hacer efecto y pueden necesitar ser combinados con psicoterapia continua. Nadie responde al tratamiento de la misma manera. Las recetas y dosis pueden requerir ajustes.

Los científicos reportan que, en las personas que tienen diabetes y depresión, la psicoterapia y los medicamentos antidepresivos tienen efectos positivos, tanto en el control del estado de ánimo como en el control glicémico. Pruebas adicionales nos ayudarán a entender mejor las relaciones entre la depresión y la diabetes y los mecanismos fisiológicos y del comportamiento, por los cuales la mejora en el cuidado de la depresión fomenta una mejor adherencia al tratamiento de la diabetes, y vidas más saludables.

El tratamiento contra la depresión en el contexto de la diabetes deberá ser manejado por un profesional de la salud mental -por ejemplo, un psiquiatra, psicólogo o trabajador social clínico, quien está en comunicación cercana con el médico encargado del cuidado de la diabetes. Esto es especialmente importante cuando se necesitan o se han recetado medicamentos antidepresivos, de manera que interacciones con drogas potencialmente peligrosas puedan ser evitadas. En algunos casos, puede estar disponible un profesional de la salud mental especializada en tratar a individuos con depresión y enfermedades físicas concurrentes, tales como la diabetes. Las personas con diabetes que desarrollan depresión, así como la gente bajo tratamiento contra la depresión que posteriormente desarrolla diabetes, deberán asegurarse de decirle a todo médico que visiten sobre todos y cada uno de los medicamentos que estén tomando.

El uso de suplementos herbales de cualquier tipo deberá ser discutido con un médico antes que sean tomados. Recientemente, los científicos han descubierto

que la hierba de San Juan, un remedio herbal vendido sin receta y promovido como un tratamiento para la depresión leve, puede tener interacciones dañinas con otros medicamentos.

Otros trastornos mentales, tales como el trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva) y los trastornos de ansiedad, pueden ocurrir en personas con diabetes y también ser tratados efectivamente.

Recuerde, la depresión es una enfermedad tratable del cerebro. La depresión puede ser tratada, sumada a cualesquiera otras enfermedades que una persona pueda tener, incluyendo la diabetes. Si usted piensa que quizá esté deprimido o sabe de alguien que lo esté, no pierda la esperanza. Busque ayuda contra la depresión.

## **9.2. MARCO REFERENCIAL**

El impacto de las enfermedades crónicas y sus tratamientos tradicionalmente se han evaluado en términos de morbilidad y mortalidad, sin embargo, en los últimos años se ha despertado el interés de los clínicos e investigadores para evaluar la calidad de vida de las personas debido a que esta es una importante variable de resultado de las intervenciones del cuidado de la salud. La calidad de vida es un elemento considerado en la toma de decisiones sobre la implementación de formas de cuidado de salud y asignación de recursos para el sistema de salud.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de las personas, dado a que el tipo de tratamiento a que se someten es de por vida, además de las complicaciones que genera.

Estudios llevados a cabo en Estados Unidos, señalan que las personas con diabetes experimentan una pobre calidad de vida con respecto a individuos saludables, el área más afectada ha sido el rol del funcionamiento físico. Son las mujeres y las de edad avanzada que viven solas, son quienes describen la más baja calidad de vida.

Dentro de las variables son el tiempo de padecimiento de la enfermedad, la inactividad física y el llevar solo el tratamiento farmacológico como parte de su atención médica.

En México existen algunas experiencias sobre estudios de calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus. Se estudiaron 137 pacientes diabéticos tipo 2, atendidos en un primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Monterrey, los pacientes reportaron una moderada afección en su calidad de vida, dado que obtuvieron una media de 64, la subescala más afectada fue la satisfacción con el tratamiento, el tiempo de padecer la enfermedad y la presencia de complicaciones no influyeron en la percepción de la calidad de vida de los diabéticos. La diabetes mellitus se presenta como uno de los principales problemas que demandan servicios y tienen una repercusión en la calidad de vida de los pacientes.

Un estudio en Cuba realizado a través de estadísticas de la Dirección Municipal de Salud del Cerro y de los 60 consultorios de atención primaria de salud del Policlínico Docente "Cerro", se obtuvieron los datos poblacionales y de todos los diabéticos existentes en este territorio al finalizar el año 1996. Con una población total de 35.157 habitantes se encontraron 1.390 diabéticos. Después del análisis de la prevalencia, el comportamiento, así como la mortalidad y las complicaciones de la diabetes mellitus, se concluyó que el estilo de vida de la población diabética puede ser modificado favorablemente, aplicando un sistema de prevención sencillo y económico por parte de los médicos y enfermeras de la atención de salud primaria con la asesoría y el apoyo del nivel de atención secundario. Ello conllevaría a una razonable disminución de la mortalidad, las complicaciones y los costos que se derivan de esta enfermedad.

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 diabetes.

En nuestro medio se desconoce que se haya efectuado un estudio de esta característica por este motivo y por la importancia y repercusión que representa en la vida de la persona que lo padece, hemos escogido este tema para desarrollarlo con toda la responsabilidad que se merece y así obtener datos esenciales para nuestra realidad.

### **9.3. MARCO LEGAL**

De acuerdo a la Constitución de la Republica del Ecuador, los pacientes diabéticos se encuentran amparados dentro de la Ley de Prevención, Protección y Atención Integral de las personas que padecen diabetes (Ley no. 2004-32) que fue publicada en el Registro Oficial el 11 de marzo del 2004, creada gracias al numeral 20 del artículo 23 de la Constitución Política de la República que garantiza el derecho a la salud y a una buena calidad de vida de las personas; que la diabetes por sus efectos negativos en la salud y calidad de vida de las personas debe ser considerado un problema de salud pública y que es imperativo adoptar medidas para evitar esta enfermedad o, al menos, minimizar sus efectos.

En el artículo 2 de esta Ley se crea el Instituto Nacional de Diabetología - INAD, adscrita al Ministerio de Salud Pública, con sede en la ciudad de Quito, con personería jurídica, administración financiera, técnica y operacional descentralizada.

Dentro de sus funciones es asesorar, informar, educar y capacitar a la población sobre esta enfermedad, los factores predisponentes, complicaciones y consecuencias a través del diseño y ejecución de programas y acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que contribuyan a desarrollar en la población, estilos de vida y hábitos saludables. Coordinar con los medios de comunicación social para hacer conciencia de la diabetes como un problema de salud pública, sus consecuencias y fomentar medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En el Ecuador existen poderosos intereses especialmente de las compañías de medicina prepagada, que no aceptan la Ley y no la aplican. Sin embargo la indolencia de quienes debían haber ejecutado la promulgación del reglamento, impide que las personas con diabetes se acojan a los beneficios de la Ley, como son la liberación de impuestos a todo el material del autocontrol, pilar básico en el tratamiento de la diabetes.

Nos espera en pocos años más un incremento de la prevalencia incidencia de diabetes mellitus en el país, con un incremento sostenido del precio de los

fármacos para tratar la diabetes y patologías asociadas.

## **10. HIPOTESIS**

### **10.1. Hipótesis General**

La falta de acciones gubernamentales y de la ciudadanía, afecta en la calidad de vida de los pacientes con diabetes, para atender sus trastornos físicos y psicológicos.

### **10.2. Hipótesis Particulares**

- La calidad de vida de los pacientes diabéticos se ve afectada por la discriminación social y familiar.
- La salud mental se deteriora por la forma de enfrentar la enfermedad.
- Se puede mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos, mediante una red integral de servicios de salud.

## **11. MATERIALES Y MÉTODOS.**

### **11.1. TIPO DE ESTUDIO**

El estudio de este trabajo de investigación es un estudio descriptivo transversal.

La evaluación de usuarios con diabetes mellitus 2, se obtendrá mediante la realización de un buen interrogatorio realizado por personal capacitado en la realización de la misma (personas responsables del proyecto), luego se corroborará el diagnóstico con ficha clínica según criterios diagnósticos de diabetes mellitus 2.

Los datos necesarios para el estudio como son variables demográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación) se obtendrán mediante la realización de una entrevista directa con cada uno de los paciente (en caso de que ellos puedan hablar) o de sus familiares (en caso de que el paciente tenga alguna dificultad para expresarse), utilizando un formulario previamente elaborado y validado por los autores del trabajo.

Para la obtención de las variables calidad de vida, salud mental, educación en diabetes, conciencia ciudadana, acciones gubernamentales se utilizará el formulario diseñado en donde constarán preguntas como que conocimientos tiene sobre la diabetes y sus complicaciones, como es tratado en sociedad y que hace las autoridades gubernamentales para mejorar su calidad de vida.

## **11.2. ÁREA DE ESTUDIO**

La investigación se realizará en el Hospital Darío Machuca Palacios durante el periodo 2011 – 2012.

## **11.3. UNIVERSO**

El universo será los 170 pacientes atendidos en el Hospital Darío Machuca Palacios con diagnóstico de diabetes mellitus 2, que asisten regularmente a control por consulta externa.

Los pacientes que formaran parte de la muestra estudio deben cumplir los siguientes criterios de inclusión:

## **11.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

1. Pacientes que presentan diagnóstico de diabetes mellitus 2.
2. Pacientes mayores de 20 años.
3. Pacientes con manifestaciones clínicas de diabetes mellitus 2
4. Pacientes con manifestaciones de laboratorio de diabetes mellitus 2.

## **11.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

1. Diabetes mellitus 1
2. Pacientes con trastornos mentales graves..

## 11.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALAS
<b>EDAD</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos desde la fecha del nacimiento hasta el momento de la entrevista  Edad copiada de la historia clínica u obtenida en el formulario de recolección de datos	20-39  40-59  60-89  90-110
<b>SEXO</b>	Diferencia física constitutiva del ser humano	Características fenotípicas	1. Masculino  2. Femenino
<b>OCUPACIÓN</b>	Actividad, trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Datos obtenidos en el formulario de recolección de datos.	1. Intelectual. Persona que utiliza la fuerza mental  2. No intelectual. Persona que utiliza la fuerza física
<b>ESTADO CIVIL</b>	Condición a la que está sujeta la	Datos obtenidos en el formulario	1. Soltero 2. Casado



	persona	de recolección de datos.	3. Viudo 4. Divorciado. 5. Unión libre.
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Bienestar social general de individuos y sociedades	Datos obtenidos en el formulario de recolección de datos	Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo
<b>DIABETES MIELLITUS</b>	Paciente diagnosticado de diabetes o que recibe tratamiento antidiabético	Datos obtenidos en el formulario de recolección de datos. Glicemia en ayunas > 126mg o diagnostico previo de diabetes o que recibe tratamiento hipoglicemiante	1. Si  2. No
<b>SALUD MENTAL</b>	El estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida	Datos obtenidos en el formulario de recolección de datos	Bueno Regular Malo
<b>EDUCACION EN DIABETES</b>	Conocimiento de la enfermedad y	Datos obtenidos en el formulario	Bueno Regular

	sus complicaciones	de recolección de datos.	Malo
<b>CONCIENCIA CIUDADANA</b>	Conocimiento de la población y de pacientes diabeticos y sus complicaciones	Datos obtenidos en el formulario de recolección de datos	Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo
<b>ACCIONES GUBERNAMENTALES</b>	Acciones percibidas por los pacientes del gobierno en diabetes	Datos obtenidos en el formulario de recolección de datos.	Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

### **11.7. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Los datos serán recolectados por los investigadores con la ayuda de un formulario estructurado.

La recolección de la información se realizará de la siguiente manera:

#### **11.7.1. Encuesta**

La aplicaremos mediante un cuestionario de preguntas, a todos los miembros del universo de estudio con la finalidad de la valoración de las acciones gubernamentales, el conocimiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos del Hospital "Darío Machuca Palacios" de La Troncal, durante periodo 2011-2012.

#### **11.7.2. Entrevista**

Estará dirigida a todos los miembros del Hospital "Darío Machuca Palacios" que tienen relación con los diabéticos ya sea de manera directa e indirecta, se entrevistara al director del área, al Jefe del Departamento de Medicina Interna, a la Nutricionista, Psicólogo y Fisioterapista.

### 11.7.3. Observación

Es una técnica que permite constatar a través de la observación los hechos reales que están a nuestro alcance.

#### FICHA DE OBSERVACION

Nombre.....

Edad cronológica.....

Años de diagnostico de diabetes Mellitus 2.....

Complicaciones que presenta.....

Aspecto Psíquico de paciente.....

Calidad de vida aparente de paciente.....

### 11.8. PROCEDIMIENTO Y PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

Luego de recopilados los datos mediante lo anteriormente citado, para el tratamiento de la información, realizaremos el ordenamiento, análisis e interpretación de los datos utilizando el sistema Excel.

Luego se procederá a realizar el análisis cualitativo en base a los resultados de los cuadros, los mismos que serán presentados mediante histogramas y diagramas circulares.

### 11.9. INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Cuestionario (X)

Guía (X), Estructurada (X), No estructurada (X)

Ficha de observación.

## **11.10. RECURSOS**

### **1. Recursos Humanos:**

Investigadores: Dr. Mario Palaguachi P, Dr. Víctor Veloz Sánchez.

Directora de tesis: Mae. Karla Game. M.

### **2. Recursos materiales:**

#### **a. Materiales de escritorio u oficina.**

- 1 Computadora, Scanner , Impresora Canon
- 3 Cintas para impresora S200X
- CD.
- Hojas de papel A4 para impresora
- Carpetas
- Bolígrafos.
- 1 Grapadora.
- 1 Perforadora
- Anillados y empastado del informe final.

#### **b. Exámenes de laboratorio: determinaciones de glicemia basal.**

### **3. Recursos económicos:**

Los recursos económicos son aportados por los investigadores (materiales de oficina o escritorio) y familiares de los pacientes (laboratorio e imágenes). Los costos aproximados serán de 500 dólares americanos.

## 12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nº	TIEMPO ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Planteamiento del tema	x	x										
2	Elaboración del problema		x										
3	Descripción del objeto de estudio			x									
4	Elaboración de objetivos				x								
5	Recopilación de las categorías de análisis				x	x	x	x	x				
6	Elaboración de hipótesis								x				
7	Extraer variables									x			
8	Descripción de técnicas e instrumentos										x		
9	Revisión y crítica											x	
10	Presentación												x

## 14. BIBLIOGRAFÍA

1. ANDRADE José, 2002. Factores de Riesgo de la Enfermedad Cerebro vascular en el Hospital Central Militar de Lomas de Sotelo DF. Rev. De Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 35 (2): Abril – Junio 84 – 86.
2. Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. 2002. División de Rectoría y Regulación Sanitaria Departamento de Programas de las Personas Programa Salud del Adulto.
3. BELKIS M. Vicente SÁNCHEZ. 2008. calidad de vida en el paciente diabético, Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, ISSN 1727-897, Vol. 6, Nº. 3, págs. 22-28.
4. Diabetes Education Study Group of de European Association for de Study of Diabetes 1994. Kit de supervivencia: Estrategias educativas de 5 minutos. Educación Diabetológica Profesional; 5: 3-23.
5. SORROCHE Navarro C, FERNÁNDEZ Soto ML, DE SANDE Barroso. 2003. Evaluación de un programa educativo en diabetes: utilidad de la aplicación de una técnica de grupo nominal. Avances en Diabetología; 8: 117-124.
6. CALLE Pascual. 2000. Diseño de dos cuestionarios para evaluar los factores de riesgo de padecer amputación de miembros inferiores en la diabetes mellitus. Avances en Diabetología; 10: 31-40.
7. CALLE Pascual. 1993. Modification educative programmes in obese type 2 diabetic patients. Avances en Diabetología; 6: 119-124.
8. BUENO JM, LEAL A, OROZCO D, MIRA JJ. 1993. Estudio de Validación de una escala de educación diabetológica en Atención Primaria; 11: 344-349.
9. BORRELL I, CARRIÓ F. 1989. Manual de Entrevista Clínica para la Atención Primaria de Salud. Ediciones Doyma S.A. Barcelona.
10. MONCADA E, CANO I, SALVADOR J. 1992. Impacto de la educación diabetológica sobre la asistencia sanitaria de la diabetes mellitus. Estudio longitudinal de 9 años de evolución. La experiencia de Pamplona. Avances en Diabetología; 5: 111-120.

11. CAMPO Ordás JM, VARGAS Royo. 1991. Opiniones de los pacientes diabéticos sobre su educación sanitaria. *Atención Primaria*; 8: 729.
12. SÁENZ Hernáiz .1992.. Efectividad de la educación sanitaria a diabéticos tipo II, no insulino dependientes. *Atención Primaria*; 10: 785-788.
13. POLAINO-Lorente A. 1991. Estrategias de intervención psicológica para el autocontrol de la diabetes infanto-juvenil. En: Psicología Clínica y Salud: Aplicación de Estrategias de Intervención. Simanca Ediciones S.A. Capitulo 11; 313-336. Universidad Nacional a Distancia. Madrid.
14. PRINGKLE M, STEWRAT-EVANS C, COUPLAND C. 1993. Influences on control in diabetes mellitus: patient, doctor, practice, or delivery of care? *Br Med J*; 306: 630-634.
15. GREENE WH, SIMONS-MORTON BG. 1998. Educación para la Salud. Editorial Interamericana Mc.Graw Hill.
16. DURÁ Trave., MOYA Benavent. 1993. Conocimientos y actitudes de los profesores de enseñanza primaria sobre el alumno diabético. *Avances en Diabetología*; 7: 129-134.
17. OROZCO CABAL Luis Felipe. La Continuidad De La Conciencia Humana SUEÑO Y CONCIENCIA. Sociedad Colombiana de Psiquiatría.
18. SIMÓN Vicente M. La conciencia humana: integración y complejidad. *Psicothema*. Vol. 12, nº 1, pp. 15-24. Universidad de Valencia 2000.
19. GAVIRIA Alba Emilce. Escenarios de la Salud Pública. 2009.
20. WHO. Constitution of the World Health Organization: Ten years of the World Health Organization. Genova. 1958.
21. GONZALEZ, U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana Salud Pública* v.28 n.2. Ciudad de La Habana jul.-dic. 2002.
22. Calidad de Vida: Conceptos y medidas. Rossella Palomba. Institute of Population Research and Social Policies. CELADE / División de Población, CEPAL, Chile. 2002.

23. CÁRDENAS VILLARREAL Velia M., PEDRAZA LOREDO Carmelita, LERMA CUEVAS Reina E. Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2.. Ciencia UANL, año-vol. VIII numero 003, pp 351-357. México 2005.
24. QUIRANTES HERNÁNDEZ Alberto, LÓPEZ GRANJA Leonel, CURBELO SERRANO Vladimir, MONTANO LUNA José A, MACHADO LEYVA Pedro, QUIRANTES MORENO Alberto. La calidad de la vida del paciente diabético. Revista Cubana Medicina General Integral 2000.

## LINCOGRAFIAS

1. [http://es.wikipedia.org/wiki/Conciencia\\_\(psicolog%C3%A1a\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Conciencia_(psicolog%C3%A1a))
2. [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)
3. [www.fisterra.com/salud](http://www.fisterra.com/salud)
4. [http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1\\_ppt.pdf](http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf)
5. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662002000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662002000200006&script=sci_arttext)
6. <http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>
7. [www.encyclopedia.us.es/index.php/Calidad de vida](http://www.encyclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida)
8. [www.consumer.es](http://www.consumer.es)
9. [www.magellanofaz.com/...salud-mental/depress-and-diabetes-sp.aspx](http://www.magellanofaz.com/...salud-mental/depress-and-diabetes-sp.aspx)
10. [www.galeno21.com/.../s4.htm](http://www.galeno21.com/.../s4.htm)
11. [www.enteratecuador.com/frontEnd/main.php?](http://www.enteratecuador.com/frontEnd/main.php?)
12. [www.lachsr.org/.../perfilelsistemadesaluddeecuador-ES.pdf](http://www.lachsr.org/.../perfilelsistemadesaluddeecuador-ES.pdf)
13. [www.monografias.com](http://www.monografias.com) > Salud
14. [es.wikipedia.org/.../Planificación estratégica de los servicios de salud](http://es.wikipedia.org/.../Planificación_estratégica_de_los_servicios_de_salud)
15. [es.wikipedia.org/wiki/Salud](http://es.wikipedia.org/wiki/Salud)



**ANEXO I**

**FICHA PARA DIABETICOS N.-**

**NOMBRE:**.....

**1.-EDAD:** 29-39( ) 40-59 ( ) 60-89 ( ) 90-109 ( )

**2.-SEXO:** MASCULINO ( ) FEMENINO ( )

**3.-OCUPACIÓN:** INTELECTUAL ( ) NO INTELECTUAL ( )

**4.-ESTADO CIVIL:** SOLTERO ( ) CASADO ( ) VIUDO ( ) DIVORCIADO ( )

**5.- ¿CUAL ES EL NIVEL DE EDUCACION DEL DIABETICO?**

**6.- ¿EN QUE MEDIDA SE VIO AFECTADA LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE?**

**MUY BUENO ( ) BUENO ( ) REGULAR ( ) MALO ( ) MUY MALO ( )**

**Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?**

**1. El horario de los medicamentos para su diabetes**

Nada afectada en absoluto 1 ...2... 3... 4...5.... Sumamente afectada

**2. Preocupaciones por problemas económicos**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4 ...5... Sumamente afectada

**3. Limitación en su nivel de energía**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4.. 5... Sumamente afectada

**5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5.... Sumamente afectada

**6. Estar preocupado(a) por su futuro**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3 ...4... 5... Sumamente afectada

**8. Tensiones o presiones en su vida**

Nada afectada en absoluto 1...2... 3... 4 ....5... Sumamente afectada

**9. Sensación de debilidad**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar**

Nada afectada en absoluto 1.. 2.. 3... 4... 5.. Sumamente afectada

**11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes**

Nada afectada en absoluto 1.... 2... 3.. 4... 5... Sumamente afectada

**12. Visión borrosa o pérdida de la visión**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3.. 4.. 5... Sumamente afectada

**13. No poder hacer lo que quisiera**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?**

**14. Tener diabetes**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**15. El descontrol de su azúcar en sangre**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**16. Otras enfermedades aparte de la diabetes**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3. ..4.. 5... Sumamente afectada

**17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**18. El tiempo requerido para controlar su diabetes**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**19. Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**20. La vergüenza producida por tener diabetes**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**22. Sentirse triste o deprimido**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**23. Problemas con respecto a su capacidad sexual**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... 6 Sumamente afectada

**24. Tener bien controlada su diabetes**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**25. Complicaciones debidas a su diabetes**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**30. Menor interés en su vida sexual**

Nada afectada en absoluto 1...2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?**

**31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**32. Tener que descansar a menudo**

Nada afectada en absoluto 1... 2 ...3... 4... 5... Sumamente afectada

**33. Problemas al subir escaleras**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**35. Tener el sueño intranquilo**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5 ...Sumamente afectada

**36. Andar más despacio que otras personas**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**37. Ser identificado como diabético**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

**38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar**

Nada afectada en absoluto 1... 2... 3... 4... 5... Sumamente afectada

### 39. La diabetes en general

Nada afectada en absoluto 1... 2 ...3... 4... 5... Sumamente afectada

**40.- Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique lo que usted piensa de la gravedad de su diabetes**

Ninguna gravedad 1.... 2... 3... 4... 5... Extremadamente grave

Gracias por sus respuestas

**MUY BUENO: 0-39... BUENO: 40-79... REGULAR: 80-119... MALO: 120-159...MUY MALO: 160-200...**

### 7.- ¿CÓMO SE ENCUENTRA LA SALUD MENTAL DEL DIABETICO?

**BUENO ( ) REGULAR ( ) MALO ( )**

1. Me siento triste y solo/a con frecuencia. Si ...no...
2. Experimento estrés casi todo el tiempo. Si ...no...
3. La gente me dice que soy muy irritable o sensible. Si ...no...
4. Lloro con frecuencia. Si ...no...
5. Me siento frustrado/a aun cuando he logrado algo satisfactorio. Si ...no...
6. Mi autoestima no es la adecuada. Si ...no...
7. La gente se aleja de mí y me siento abandonado/a. Si ...no...
8. Tengo miedo de fracasar. Si ...no...
9. Tengo miedo al éxito. Si ...no...
10. A veces siento que no sirvo para nada. Si ...no...
11. Me siento inferior o superior a los demás. Si ...no...
12. No sé cómo relacionarme con los que me rodean. Si ...no...
13. Hay algo en mí que no logro detectar pero sé que me hace sufrir. Si ...no...
14. Tengo insomnio la mayoría de las noches. Si ...no...
15. Me siento incapaz de enfrentar mi vida cotidiana. Si ...no...
16. Me agrada mi manera de ser pero hay aspectos que me incomodan mucho de mí mismo/a. Si ...no...
17. No me gusta mi vida. Si ...no...
18. Siento angustia. Si ...no...

19. Experimento mucho coraje e impotencia. Si ...no...
20. Tengo ideas o sentimientos que me molestan. Si ...no...

1-5 .... bueno    6-10.... Regular    Más 11... malo

**8.- ¿COMO SE ENCUENTRA EL NIVEL DE CONCIENCIA EN EL DIABETICO?**

**BUENO ( ) REGULAR ( ) MALO ( )**

**1.-¿Sabe usted cuál es su enfermedad?**

Bueno 3... 2... 1... malo

Bueno: Que conozca el nombre completo: Diabetes Mellitus Tipo 2.

Regular: que conozca más o menos el nombre

Malo: Que no sepa el nombre

**2.-¿Sabe usted qué es? ¿ En que consiste?**

Bueno 3...2...1....

Bueno: Que sepa que es una enfermedad donde ocurre una alteración metabólica, que produce elevación de la glucosa en la sangre.

Regular: que mas o menos s conozca algo de su enfermedad.

Malo: Que crea que se contagió. O que es un virus o que de cualquier otra explicación que involucra otra etiopatogenia. O que no sabe.

**3.-. ¿Es una enfermedad curable?**

Bueno 3... 2....1.... malo

Bueno: Que sepa que no se cura, que se controla

Regular: que mas o menos tenga conocimiento de su tratamiento.

Malo: Crea que es una enfermedad curable a largo o corto tiempo. O que no sepa.

**4.-¿Sabe qué factores descompensan su enfermedad?**

Bueno 3... 2...1...

Dejar medicación

No seguir una dieta

Tener infecciones sobre agregadas

Bueno: Identifica que factores descompensan su enfermedad:

Regular: sabe 1 de 3

Malo: No sabe

**5.-¿Sabe usted qué daños produce la diabetes en su organismo?/¿Qué órganos afecta?**

Bueno 3.... 2....1...malo

1. Complicaciones oculares. (Ojo)
2. Complicaciones renales. (Riñón)
3. Pie diabético.
4. Neuropatía diabética y daño nervioso (Sistema nervioso)
5. Complicaciones vasculares.

Bueno: Que conozca 4 a 5 de las siguientes complicaciones:

Regular: Que conozca 2 a 3 de las complicaciones mencionadas.

Malo: Que no conozca 1 ó ninguna de las complicaciones mencionadas.

**6.-¿Sabe usted si usted tiene algún daño en su organismo provocado por la diabetes?**

Bueno 3...2....1...

Bueno: Que conozca qué complicación presenta

Regular: que mas o menos se de en cuenta que complicaciones tiene

Malo: Que desconozca

**7.-¿Sabe usted qué les pasa a las personas que tienen esta enfermedad y no reciben o no toman su tratamiento?**

Bueno 3...2 regular....1 malo....

Bueno: No controlan su enfermedad y se complican, se hospitalizan, recaen, mueren

Regular: más o menos

Malo: Que no les pasa nada o no sabe

**8.-¿Sabe usted cuál es su tratamiento que está recibiendo para la diabetes?**

Bueno 3...2...1...

Bueno: que mencionen sobre los hipoglicemiantes orales o sobre la insulina.

Regular: más o menos

Malo: que no sepa, que mencionen cualquier otro tratamiento que no corresponda

**9.-¿Sabe usted si el tratamiento que recibe puede tener alguna complicación?**

¿Cuál?

Bueno 3...2...1...malo

Bueno: que mencione que pueda producir hipoglicemia

Regular: más o menos

Malo: que mencione otra respuesta o que no conozca su efecto secundario.

**10 ¿Qué otras medidas conoce, además de la medicación e insulina, que ayuden a controlar la diabetes?**

Bueno 3...2....1...malo

Bueno: Que conozca sobre dieta, ejercicio, control del peso

Regular: sepa 2 de 3.

Malo: Que no sepa.

**BUENO 1-10...**

**REGULAR 11-20....**

**MALO 20-30....**

**9.- ¿CÓMO PERCIBEN LOS DIABÉTICOS LA CONCIENCIA CIUDADANA EN CUANTO A SU ENFERMEDAD?**

**MUY BUENO ( ) BUENO ( ) REGULAR ( ) MALO ( ) MUY MALO ( )**

**10-¿COMO VE EL DIABETICO LA ACCION GUBERNAMENTAL EN RELACION A SU ENFERMEDAD?**

**MUY BUENO ( ) BUENO ( ) REGULAR ( ) MALO ( ) MUY MALO ( )**

## **ANEXO II**

### **ENTREVISTA AL DIRECTOR**

- 1. Qué tipo de programas de servicios de salud integral en los últimos 5 años tiene la Institución?**  
.....  
.....
- 2. Qué porcentaje en el presupuesto que ud maneja como director esta asignado a estas actividades?**  
.....  
.....
- 3. Que personal esta a cargo de gestionar este tipo de programas que realiza la Institución?**  
.....  
.....
- 4. Existen programas de servicios integrales que ayuden a mejorar la calidad de vida en los pacientes con diabetes?**  
.....  
.....
- 5. Ud. estaría de acuerdo que se implementen otros servicios integrales en otras áreas como el tratamiento para pacientes diabéticos?**  
.....  
.....
- 6. Contaríamos con el apoyo presupuestario para implementar un sistema integral de servicios de salud dirigidos a pacientes con diabetes mellitus tipo 2**  
.....  
.....
- 7. Daría el gobierno la facilidad para que se generen este tipo de servicios dentro de la institución de salud o no existe la autorización para realizar tales procedimientos**



.....  
.....

**ENTREVISTA AL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA**

**1. Cuantos pacientes son atendidos diariamente?**

.....  
.....

**2. Cuáles son las afecciones más comunes que presentan?**

.....  
.....

**3. De los pacientes atendidos, cuántos son diabéticos?**

.....  
.....

**4. Cuáles son las principales complicaciones a nivel físico y psicológico que presentan los pacientes diabéticos?**

.....  
.....

**5. Porque causas Ud. cree que los pacientes diabéticos presentan tales complicaciones?**

.....  
.....

**6. Que recomendaría hacer para que disminuya el impacto de la enfermedad en pacientes diabéticos?**

.....  
.....

**7. Ud. apoyaría ser parte de un plan integral de servicios médicos exclusivos para pacientes diabéticos?**

.....  
.....

**8.Cuál sería su aporte a este plan?**

.....  
.....

**ENTREVISTA A LA NUTRICIONISTA**

**1. Acuden a su consultorio usualmente pacientes con diabetes mellitus?**

.....  
.....

**2. Cuáles son las complicaciones que presentan los pacientes con diabetes desde el punto de vista nutricional?**

.....  
.....

**3. Dentro de su experiencia como nutricionista existen dietas previamente establecidas para diabéticos?**

.....  
.....

**4. De existir un programa integral de servicios de salud para mejorar la calidad de vida del paciente diabético, cuál sería su aporte?**

.....  
.....

**5. Considera Ud. importante la creación de un plan integral de servicios de salud para pacientes diabéticos?**

.....  
.....

**6. Cuales serian las condiciones necesarias para que Ud. forme parte del sistema integral?**

.....  
.....

**ENTREVISTA AL PSICOLOGO**

**1. Acuden a su consultorio usualmente pacientes con diabetes mellitus?**

.....  
.....

**2. Cuáles son las complicaciones que presentan los pacientes con diabetes desde el punto de vista psicológico?**

.....  
.....

**3. Dentro de su experiencia como psicólogo existen terapias previamente establecidas para diabéticos?**

.....  
.....

**4. De existir un programa integral de servicios de salud para mejorar la calidad de vida del paciente diabético, cuál sería su aporte?**

.....  
.....

**5. Considera Ud. importante la creación de un plan integral de servicios de salud para pacientes diabéticos?**

.....  
.....

**6. Cuales serian las condiciones necesarias para que Ud. forme parte del sistema integral?**

.....  
.....

## **ENTREVISTA AL FISIOTERAPISTA**

**1. Acuden a su consultorio usualmente pacientes con diabetes mellitus?**

.....  
.....

**2. Cuáles son las complicaciones que presentan los pacientes con diabetes desde el punto de vista de complicaciones físicas?**

.....  
.....

**3. Dentro de su experiencia como fisioterapeuta existen terapias previamente establecidas para diabéticos?**

.....  
.....

**4. De existir un programa integral de servicios de salud para mejorar la calidad de vida del paciente diabético, cuál sería su aporte?**

.....  
.....

**5. Considera Ud. importante la creación de un plan integral de servicios de salud para pacientes diabéticos?**

.....  
.....

**6. Cuales serian las condiciones necesarias para que Ud. forme parte del sistema integral?**

.....  
.....

## CONTENIDO

Responsabilidad	Pág. 1
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Introducción	4
Tema	6
Marco contextual de la investigación	6
Contexto social	6
Contexto institucional	7
Situación problemática	8
Problema de investigación	10
Problema general	10
Problemas derivados	10
Delimitación de la investigación	10
Justificación	11
Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Marco teórico	13
Marco conceptual	13
Concepto de salud	13
Programas de salud	13
El sector de servicios de salud	14
Los hospitales	14
Calidad del servicio de salud	16
Plan estratégico en salud	20
Sistema de servicio de salud en el Ecuador	21
La conciencia humana	22
Noción de vida Psíquica	22
Estados de conciencia	24
Interrelación	25
Un cerebro, una conciencia, un sueño	25

Diabetes mellitus	30
Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)	31
Etimología	31
Descripción general	31
Síntomas y signos de diabetes mellitus no tratada	32
Diagnostico	33
Tratamiento	33
Intervenciones orientadas al estilo de vida	34
Dieta y ejercicio físico	34
Diabetes y calidad de vida	35
Concepto de calidad de vida	36
La calidad de vida en la administración pública	36
Políticas gubernamentales y calidad de vida	37
Dimensiones de la calidad de vida	37
Diabetes y salud mental	38
Marco referencial	41
Marco legal	43
Hipótesis	44
Hipótesis general	44
Hipótesis particulares	44
Materiales y métodos	44
Tipo de estudio	44
Área de estudio	45
Universo y muestra	45
Criterios de inclusión	45
Criterios de exclusión	45
Operacionalizacion de variables	46
Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	48
Encuesta	48
Entrevista	48
Observación	49
Procedimiento y plan de tabulación y análisis	49
Instrumentos de la investigación	49

Recursos	50
Cronograma de actividades	51
Bibliografía	52
Anexo I	55
Anexo II	62