



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS
CENTRO DE POSTGRADOS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

TEMA:

**PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS
EN EL DISPENSARIO DEL SEGURO SOCIAL
CAMPESINO DE SARAYUNGA EN EL AÑO
2009**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

AUTOR:

DR. WILSON ARÍZAGA MOREIRA

DIRECTOR:

SOC. HUMBERTO CHACÓN

CUENCA - ECUADOR

NOVIEMBRE - 2009

RESPONSABILIDAD

Los conceptos e interpretaciones expresados en este informe son de exclusiva responsabilidad del autor

DR. WILSON ARÍZAGA MOREIRA

AGRADECIMIENTO

Quiero dejar expreso mi agradecimiento a mis compañeras
Thalía Cárdenas, Médico tratante y Rosita Torres, Auxiliar de
Enfermería del Dispensario del Seguro Social Campesino de Sarayunga,
por el apoyo invaluable para la consecución de esta tesis.

A mi director, Humberto Chacón Q. por el
aporte brindado en la elaboración de este
trabajo.

A Jaime Morales y Ulises Freire
Director y Coordinador de la MAESP,
por ser personas comprometidas
con su profesión y leales con los
principios en beneficio de todos

DEDICATORIA

El esfuerzo realizado ha valido la pena
por la satisfacción de culminar un escalón más en mi vida
y porque he basado mi esfuerzo en mi noble hogar.

Para mi esposa Ana, con amor;
para mis hijos, Andrés, Johanna
y Ana Belén, que les llevo en mi corazón;
a mi nuera Alexandra, con cariño
y al retoño más bello del mundo,
mi nieto, Nicolás.

Pensamiento

Todas las personas que han trascendido
en el mundo han sido Trabajadores Sociales
y los que aún no lo han hecho, continúan tras la
huella del trabajo en bien de la sociedad.

Wilson Arízaga Moreira

INDICE

Resumen	1
Abstract	2
CAPÍTULO I	
1. Introducción	3
1.1. Planteamiento del problema	5
CAPÍTULO II	
2. Marco Teórico	9
2.1. La Participación Comunitaria	9
2.2. Prevención de la enfermedad	12
2.2.1. Niveles de prevención	17
2.3. Promoción de la salud	20
2.4. La Diabetes Mellitus	24
2.4.1. Tipos de Diabetes	27
2.4.2. Pre-Diabetes	28
2.4.3. Signos y síntomas	28
2.4.4. Tratamiento	29
2.4.5. Factores de Riesgo	29
2.4.6. Complicaciones	31
2.4.7. Cómo prevenir	31
2.5. Seguro Social Campesino	32
CAPÍTULO III	
3. Objetivos	35
3.1. Objetivo General	35
3.2. Objetivos específicos	35

CAPÍTULO IV

4. Metodología	36
4.1. Tipo de estudio y diseño general	36
4.2. Tiempo y espacios	36
4.3. Variables	37
4.4. Universo de estudio, selección y tamaño de la muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión	40
4.5. Procedimiento para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos	40
4.5.1. Método Empírico	40
4.5.2. Método Estadístico	41
4.5.3. Método Teórico	42
4.5.4. Técnicas	42
4.5.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos	42

CAPÍTULO V

5. Resultados	44
5.1. Diagnóstico comunitario participativo de salud	44
5.1.1. Ubicación	44
5.1.2. Aspecto demográfico	44
5.1.3. Selección del problema	45
5.1.4. Descripción del problema	45
5.1.5. Análisis del problema	46
5.1.6. Técnicas	46
5.1.7. Metodología	46
5.2. Elaboración y socialización del Programa para la Prevención de la Diabetes Mellitus.	68
5.3. Propuesta para fortalecer la salud en el dispensario del Seguro Social Campesino de Sarayunga	68

5.3.1. Introducción	69
5.3.2. Objetivos	70
5.3.2.1. General	70
5.3.2.2. Específicos	70
5.3.3. Contenidos del Programa	71
5.3.4. Contenidos Conceptuales	71
5.3.5. Contenidos procedimentales	72
5.3.6. Contenidos actitudinales	72
5.3.7. Diseño de actividades	72
5.3.8. Criterios básicos	74
5.3.9. Diferentes tipos de actividades	75
5.3.10. Metodología de los talleres	76
5.3.11. Recursos Didácticos: Tecnología	77
5.3.12. Resultados esperados	78

CAPÍTULO VI

6. Discusión	80
6.1. Promoción de la salud	80
6.1.1. Factores biológicos	80
6.1.2. Factores ambientales	80
6.1.3. Factores relacionados con los servicios de salud	80
6.1.4. Factores de estilo de vida	80
6.2. Participación Comunitaria	82
6.3. Diagnostico participativo de salud	85
6.3.1. Encuesta de conocimiento sobre la Diabetes Mellitus	86
6.3.2. Ingesta de alimentos	88
6.3.3. Niveles de glucosa	88

6.3.4. Nuevos casos de Diabetes Mellitus en Sarayunga	88
---	----

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta de conocimientos	92
Anexo 2. Guía de presentación de proyectos	93
Anexo 3. Registro de la prueba de la glucosa – Uzhcurrumi	99
Anexo 4. Registro de la prueba de la glucosa – Gramalote	100
Anexo 5. Registro de la prueba de la glucosa – Santa Cecilia	103
Anexo 6. Registro de la prueba de la glucosa – Sarayunga	102
Anexo 7. Registro de la prueba de la glucosa – San Sebastián	103
Anexo 8. Registro de la prueba de la glucosa – Yunga Corral	104
Anexo 9. Registro de la prueba de la glucosa – Galayacu	105
Anexo 10. Registro de la prueba de la glucosa – Casacay	106

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de las 10 primeras enfermedades Sarayunga 2008	7
Tabla 2. Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad	24
Tabla 3. Distribución de afiliados según grupo etario y sexo 2009	45
Tabla 4. Distribución de usuarios según percepción, que entiende por diabetes.....	49
Tabla 5. Distribución de usuarios según percepción, por que se produce la diabetes.....	50
Tabla 6. Distribución de usuarios según percepción, como se curan de la diabetes.....	51
Tabla 7. Distribución de usuarios según antecedentes familiares con diabetes.....	52
Tabla 8. Distribución de usuarios según antecedentes familiares con diabetes en su domicilio habitual	53
Tabla 9. Ciclo productivo de la zona baja de Sarayunga	55
Tabla 10. Ciclo productivo de la zona Alta de Sarayunga	56

Tabla 11. Ciclo de enfermedades estacionales en Sarayunga	57
Tabla 12. Enfermedades presentes en Sarayunga según grupo etario	58
Tabla 13. Distribución de elementos de la dieta diaria en el desayuno, almuerzo y merienda en la población de Sarayunga	62
Tabla 14. Distribución de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 según lugar de residencia habitual Sarayunga 2009	67
Tabla 15. Distribución de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 según grupo etario Sarayunga 2009	67
INDICE DE GRÁFICOS	
Gráfico 1. Mapa parlante de la comunidad de Gramalote	54
Gráfico 2. Organizaciones existentes en Casacay hasta 2009	59
Gráfico 3. Instituciones presentes en la comunidad de Casacay	60
Gráfico 4. Participación Comunitaria en talleres 2009	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	107

RESUMEN

Elaborar un programa participativo de prevención de Diabetes Mellitus con el concurso de los afiliados al Seguro Social Campesino en el dispensario de Sarayunga durante el 2009.

Se realizó una investigación-acción con la colaboración de 353 personas seleccionadas por conveniencia, una por cada familia de un total de 636. El estudio se llevó a cabo en la zona de Sarayunga y su área de influencia (ocho sectores). Se efectuó talleres en los que se incluyó métodos y técnicas participativas, además se tomaron muestras de sangre para valorar la glucemia capilar.

La participación y el involucramiento en la construcción del programa fueron mayoritarios. Se detectó a 39 personas, el 19,9% con glucemias elevadas, posiblemente diabéticos; el 22% tenían antecedentes familiares con Diabetes Mellitus y el 41,7% ingerían glúcidos simples.

Se ratifica que la alimentación inadecuada y los antecedentes familiares de diabetes son los factores de riesgo más importantes para desarrollar la enfermedad y sobre esta base se construyó en forma participativamente el programa de prevención.

Palabras clave: Investigación-Acción, alimentación inadecuada y antecedentes familiares con diabetes.

SUMMARY

Elaborate a participative program for the prevention of Diabetes Mellitus with the group of affiliates of the Rural Social Service in Sarayunga`s Clinic in 2009.

An investigation took place with the cooperation of 353 selected people, one for each of the 636 families. The research took place in Sarayunga and its main areas divided in 8 sections. Workshops which included methods and participative techniques were held, besides blood samples to value the capillary glucemia.

The participation and involvement in the creation of the program were majority. It spotted 39 people, 19, 9% had high levels of glucemias, possibly diabetics; 22% had familiar backgrounds with Diabetes Mellitus; and 41, 7 % ingested simple glucides.

It is ratified that an inadequate nutrition and family backgrounds of Diabetes Mellitus are the most important risk factors to develop the illness. It is under this basis that the prevention program was developed.

Key words: Investigation – Action, inadequate nutrition and family background of Diabetes Mellitus.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Esta investigación pretende indagar los problemas más frecuentes de Salud Pública en el dispensario del Seguro Social Campesino de Sarayunga y su área de influencia, con el fin de transformar y avanzar científicamente en la construcción del conocimiento de las Ciencias Sociales.

El dispensario de Sarayunga se encuentra situado a 112 Km en la vía Cuenca - Machala en dirección sur occidente, a 500 metros sobre el nivel del mar. Su clima cálido húmedo cuenta con una temperatura promedio de 22°C. Su área de influencia la conforman las parroquias de Pucará y San Rafael de Sharug en el cantón Pucará de la provincia del Azuay, y, las parroquias de Uzhcurrumi, el Progreso y Casacay pertenecientes al cantón Pasaje de la provincia de El Oro.

Este dispensario tiene una población afiliada de 636 familias con 2.722 personas, distribuidas en la provincia del Azuay en Sarayunga, San Sebastián Gramalote, Santa Cecilia, Yunga Corral y en la provincia de El Oro en Uzhcurrumi, Galayacu y Casacay. Estas organizaciones están plenamente identificadas, existiendo una directiva central que desarrolla en conjunto con el personal operativo (médico, odontólogo y auxiliar de enfermería), administrativo (investigador social, enfermera supervisora y subdirector) y directivas sectoriales, todas las actividades programadas.

El dispensario de Sarayunga cuenta con una planta física equipada con laboratorio clínico, gracias al apoyo de la institución y al esfuerzo de sus miembros en trabajo comunitario. El programa brinda Atención Primaria Integral de Salud (APIS) en el área rural, donde se mantiene una red de servicios especializados de salud con sus dispensarios médicos. Además brinda el servicio de intervenciones quirúrgicas en unidades de mayor complejidad que posee el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en las principales ciudades del país.

La población experimenta un incremento preocupante de las enfermedades crónicas degenerativas, tales como, la Diabetes Mellitus tipo 2 producida por factores asociados al cambio de hábitos alimenticios. El cambio de hábitos alimenticios es característico de este lugar debido a la migración hacia las zonas urbanas del país y en mayor proporción, al extranjero. Esto trae como consecuencia, la adopción de hábitos alimenticios y estilos de vida distintos a los propios de la zona.

La población considera que la enfermedad es un problema clínico en el que debe intervenir el personal de salud, sin tomar en cuenta que la mayoría de enfermedades obedecen a factores sociales que pueden y deben ser prevenidos y abordados por la misma comunidad.

No existen estudios similares realizados en la zona que puedan ser utilizados como referente para desarrollar una propuesta con parámetros validados; de igual forma, se desconoce la existencia de trabajos afines ejecutados en los cantones aledaños o en las provincias que forman parte de esta área de investigación. Cabe indicar que se cuenta con una propuesta programática para la Prevención de la Diabetes en la República de Argentina, cuyo propósito es “Mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas diabéticas, evitar o disminuir las complicaciones por esta patología y procurar el descenso de sus costos directos e indirectos, efectuada en marzo de 1999 por el Programa Nacional de Prevención de la Diabetes Mellitus” (PRONADIA).

Durante el proceso metodológico se realizaron talleres en cada organización; participaron personas identificadas con diabetes junto con sus familiares que pueden considerarse nuevos casos potenciales. Se elaboró, conjuntamente con los involucrados, un programa de acciones tendientes a la detección precoz de los pacientes en riesgo (personas con antecedentes familiares de diabetes y obesidad en edad superior a 40 años).

En cuanto a la prevención en la población afiliada, se tomó en cuenta dos factores: el primero, correspondiente a los factores alterables, tales como condición socio-

económica y cultural (clases sociales), hábitos y estilos de vida (consumo excesivo de grasas saturadas, obesidad, sedentarismo) y el segundo, con los factores no alterables como la naturaleza genética, la edad avanzada, el sexo y la raza.

Los elementos empíricos que se recolectaron de las primera, segunda y tercera pregunta se procesaron verificando que dicha información contribuya al enriquecimiento de la construcción del Programa Comunitario Participativo para la Prevención de la Diabetes Mellitus. Con éstos se analizaron y se construyeron los objetivos deseados, utilizando para el efecto técnicas informáticas, así como manuales recomendados para cada circunstancia.

Las respuestas a la cuarta pregunta reflejan que 39 de los 177 encuestados tienen familiares con Diabetes Mellitus lo que representa el 22,03% de los encuestados. Con respecto a la nutrición en los talleres se pudo apreciar que el 41,67% de la población consumía hidratos de carbono glúcidos negativos (cereales refinados, sodas, azúcar, golosinas, dulces, pizzas, empanadas, galletas, etc.) en su dieta diaria. Se practicó examen de glucosa a 196 de las 353 personas asistentes a los talleres, 39 personas tienen niveles superiores a los normales, los ismos que fueron confirmados en el laboratorio, ubicándose en un 19,9% de incidencia con respecto al total de la muestra. Hasta diciembre del 2008 se registraron 46 casos de Diabetes Mellitus tipo 2 en el dispensario Sarayunga; después de esta investigación se han evidenciado 36 casos más, lo que representa un 44% de incremento hasta abril del 2009.

1.1 Planteamiento del problema

Los problemas de salud más frecuentes en el dispensario del Seguro Social Campesino de Sarayunga y su zona de influencia son la aparición de enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo 2, producida por factores asociados al cambio de hábitos alimenticios. Esta situación se ha vuelto

característica de este lugar debido a la alta tasa de migración hacia las ciudades urbanas aledañas y al extranjero, trayendo consigo estilos de vida diferentes.

La zona de influencia del dispensario de Sarayunga comprende las organizaciones de Sarayunga, San Sebastián, Gramalote, Santa Cecilia y Yunga Corral pertenecientes al cantón Pucará, en la provincia del Azuay y Uzhcurrumi, Casacay y Galayacu pertenecientes al cantón Pasaje de la provincia de El Oro. La población total afiliada alcanza las 636 familias con 2.722 personas en el 2008 (fuente, Afiliación y Aportes de la Subdirección Provincial del SSC - Cuenca). El número de personas con Diabetes Mellitus tipo 2, hasta marzo del 2009, llegó a los 46 casos, distribuidos de la siguiente manera: Sarayunga 19, San Sebastián 6, Santa Cecilia 1, Gramalote 3, Uzhcurrumi 10, Galayacu 2, Yunga Corral 1 y Casacay 4.

Un estudio de morbilidad en atención primaria de salud, en el año 2008, elaborado por el personal operativo del dispensario Sarayunga, demuestra que de las 2.910 atenciones médicas, 1.612 corresponden a primeras consultas por enfermedad, 996 subsecuentes, 286 primeras consultas a sanos y, 16 subsecuentes a sanos; de las cuales las 10 primeras enfermedades más frecuentes que corresponden a las primeras consultas por enfermedad son: (ver tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de las 10 primeras enfermedades más frecuentes en el dispensario Sarayunga en el año 2008

N°	Enfermedades de acuerdo con la CIE 10	N° pacientes	%
1	Enfermedades del sistema respiratorio	348	21,59
2	Enfermedades infecciosas y parasitarias	216	13,40
3	Enfermedades del sistema digestivo	187	11,60
4	Enfermedades del sistema genito urinario	154	9,55
5	Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	140	8,68
6	Enf. Sistema osteo muscular y de tejido conjuntivo	109	6,76
7	Traumatismo y envenenamiento	85	5,27
8	Enfermedades Endócrinas, Nutricionales y Metabólicas	84	5,21
9	Enfermedades del Sistema Nervioso	70	4,34
10	Enfermedades del Sistema circulatorio y otras	225	13,96
TOTAL		1.612	100%

Fuente: Registros dispensario Sarayunga 2008

Elaborado por el autor

Por otro lado, 199 pacientes han sido transferidos a unidades de mayor complejidad, sumando 316 transferencias en el año 2008. La Diabetes Mellitus tipo 2 es la segunda causa de referencia después de la hipertensión, con 19 enfermos atendidos y 48 pases (Estudio de Morbilidad del dispensario de Sarayunga período Enero – Diciembre del 2008). En consecuencia, los tratamientos para las personas diabéticas son realizados en los hospitales del IESS de Machala y Cuenca.

Este problema puede tener varias causas: una escasa cultura de prevención; el desconocimiento de la Diabetes Mellitus, sus signos, sus síntomas, los factores de riesgo que lo degeneran, las complicaciones con otras enfermedades; el control inadecuado del tratamiento clínico, situaciones que se generan por la falta de un

programa de prevención y promoción de la salud en el dispensario y sus zonas de influencia.

Este desconocimiento hace que los pacientes acudan al dispensario o a una casa de salud cuando la enfermedad se encuentra muy desarrollada, por lo que el tratamiento es más complicado, repercutiendo en la salud individual y familiar.

Establecidas las causas del problema, la intervención se encamina a buscar soluciones. Esta investigación pretende terminar en un Programa Participativo de Prevención de la Diabetes Mellitus y la formación de grupos de diabéticos en los cuales, los participantes pueden instruirse cada vez más sobre las formas de prevención y tratamiento de esta enfermedad. Se buscará comprometer a dirigentes centrales y sectoriales en la convocatoria a la población para emprender acciones destinadas a disminuir la incidencia de esta enfermedad en la zona. Con todo esto, estaremos dando paso a la promoción de la salud, entendida como un proceso de enseñanza-aprendizaje con la gente, para ejercer un mayor control de su salud y mejorarla.

El resultado de la intervención contribuirá favorablemente a la disminución la incidencia de Diabetes Mellitus como una de las enfermedades prevenibles. Ofrecemos también una propuesta teórico metodológica para fortalecer la salud, que nos permita manejar elementos normativos y estratégicos con perspectiva social; en otras palabras, creemos que este aporte servirá como una opción válida de aplicación en la solución del objeto de intervención que se presenta en los afiliados del Seguro Social Campesino del dispensario Sarayunga y fuera de ella.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

En el contexto actual, el salubrista tiene que ubicarse en un espectro social más amplio, formándose y actualizándose de acuerdo con los avances de la ciencia y tecnología para intervenir con una posición crítica, científica, política y social. La Maestría en Salud Pública, dictada por el Centro de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, ha proporcionado las herramientas y las bases conceptuales para transformar la realidad de acuerdo con los valores, costumbres y saberes de los conglomerados sociales.

Este trabajo pretende explicar el problema desde referentes teóricos como: la participación comunitaria, prevención de la enfermedad, promoción de la salud, la diabetes Mellitus y el Seguro Social Campesino como institución que coopera con la infraestructura, y, en especial con la organización de los afiliados del dispensario Sarayunga y su área de influencia.

2.1 *La Participación Comunitaria*

La participación hace referencia a la toma de decisiones que una comunidad comparte con todos sus miembros, no es por consulta o colaboraciones, sino de forma total; es a su vez una parte esencial de todas las sociedades humanas que al interior están formadas por personas con experiencia y otras que van aprendiendo de los demás a través de sus prácticas, de la gestión participativa; es decir, la participación como método efectivo para desarrollar sus capacidades, siendo tarea de todos.

“La participación comunitaria es mucho más que contribuir con trabajo o suministros. Es participar en la toma de decisiones para elegir un proyecto comunitario, planificarlo, implementarlo, gestionarlo, supervisarlos y controlarlo. Es diferente a la colaboración comunitaria. La animación social promueve

actividades en la comunidad de destino, encauzando a la comunidad a asumir una mayor responsabilidad en su propio buen vivir, comenzando por decidir qué proyectos se deben poner en marcha y estimulando la movilización de recursos y la organización de actividades” (1).

La expresión “participación comunitaria” no se debe usar como el equivalente de la colaboración comunitaria o la consulta a la comunidad, como equivocadamente hacen muchas organizaciones de ayuda al desarrollo. Participación, aquí, significa intervención en la toma de decisiones, control, coordinación y responsabilidad social.

Se entiende por participación, la intervención de todos los miembros de una comunidad en la discusión, análisis y toma de sus decisiones. Una de sus debilidades radica en que no es igualitaria. Los individuos están más o menos involucrados dependiendo del escalón que ocupan dentro de su comunidad; si están en la base, les será más difícil participar en la toma de decisiones; sin embargo, si se encuentran en la dirigencia, la participación será más notoria y la toma de decisiones será más fácil.

La participación comunitaria en el área de la salud deja mucho que decir. Fue considerada de mucha importancia dentro de las políticas desarrollistas pero no pasó de ser un apoyo necesario para la producción y desarrollo de la industria, pues estuvo destinada a legitimar el proceso de formación de élites y de utilización de personas como “herramientas” para el desarrollo; es decir, que dentro de esas políticas, la participación es asumida como un bien en sí mismo y no como un camino para que se obtengan resultados que convengan más a los intereses de los actores envueltos en el proceso.

La sociedad dominante que siempre responde a intereses de la clase social a la que representa, en ningún momento contribuirá a la participación comunitaria, sino que buscará crear espacios de participación desde un punto de vista utilitarista. La salud y sus formas de atención han sido implementadas por personas e

instituciones que no conocen las realidades de la comunidad, lo cual lleva a que estos servicios no tengan aceptación y no cumplan con sus objetivos, ya que la población al no intervenir le resta efectividad a los esfuerzos que se hagan por garantizar la salud de los habitantes.

La participación en salud en el dispensario del Seguro Social Campesino de Sarayunga está claramente dividida por las dos corrientes: la medicina natural, casera o informal y la medicina química o formal. La primera tiene más participación porque se realiza a través de familiares, amistades, vecinos y más personas informales, quienes discuten, analizan y llegan a consensos empíricos para la aplicación de un medicamento en general. Esta práctica es muy común y válida para todos sus habitantes, sin subestimar el grado de escolaridad o su estatus, frente a los demás se transmite confianza. En la segunda, su participación es limitada ya que al no manejar fórmulas ni elementos teórico-prácticos, se ven limitados en participar en la prevención de sus enfermedades.

Pretendemos involucrar a toda o a la mayor parte de la población a conocer, analizar y reflexionar sobre cada una de las patologías prevalentes en la zona, estar al tanto de su historia, sus signos y síntomas, sus factores de riesgo y porqué se presentan, este esclarecimiento se lo hará desde las teorías que sustenten el apareamiento de las enfermedades de acuerdo con las condiciones sociales, económicas y culturales presentes en el lugar. Creemos que la participación en salud está estrechamente ligada con el conocimiento que tengan de los componentes de la salud-enfermedad y con los intereses que cada integrante tenga. Si los intereses son comunes, la participación será total; si no lo son, habrá menor poder de convocatoria y por ende de decisión.

Para lograr lo expuesto, es decir, para que la comunidad desempeñe un papel activo y consciente con relación a su salud es necesario conocer profundamente estos procesos, sus particularidades y determinantes.

Con relación a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea: "La insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita un producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible la salud nunca debe 'darse' o 'facilitarse' a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud" (2).

Intentar comprender al sector salud frente al problema de la participación social, debe servir para proponer una posición viable frente a la misma, con el fin de contribuir a orientar sus actividades. Al no definirse una posición clara en este sentido, la evaluación de la participación social tiende a limitarse a presentar tipologías sobre acciones con participación en grados que van de la pasividad a la actividad.

2.2 Prevención de la enfermedad

Prevención, según el diccionario de la Lengua Española de la Real Academia, se define: acción y efecto de prevenir, preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo; prevenir, evitar, estorbar o impedir algo; advertir, informar o avisar a alguien de algo; anticiparse a un inconveniente, dificultad u objeción.

Concepto de Prevención: "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida" (3).

Estas medidas han sido definidas sobre todo "como aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y facultan a las

comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias. Los esfuerzos realizados para "anticipar" eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables, son conocidos con el nombre de prevención" (4).

Se dice que el mejor sistema de salud es aquel que tiene mayor prevención antes que más curaciones, debiendo para esto estructurarse correctamente en todos los ámbitos.

Como se señala en el campo específico de las acciones profesionales del psicólogo, la prevención persigue "la identificación de aquellos factores que permitan promover la salud y la puesta en marcha de diferentes intervenciones, de cara a mantener saludables a las personas" (5), y es precisamente el nivel de salud de las personas el máximo indicador de eficiencia de cualquier sistema de salud.

Luis Ramiro Beltrán, Consejero Regional para América Latina del Centro para Programas de Comunicación de la Universidad de Johns Hopkins, durante la exposición inaugural en la Tercera Conferencia Brasileña de Comunicación y Salud, con el tema "La Prevención ante Todo" (6), analiza la óptica que los médicos perciben de dos grandes grupos de enfermedades: las infecciosas transmisibles y las no transmisibles (crónicas).

Las primeras tienen mayor impacto en la comunidad ya que al ser curables, existe una conciencia popular frente a estas patologías que se transmite de persona a persona, por lo que la prevención se hace con la participación de todos. En cambio, en las no transmisibles (crónicas), la curación se dificulta, afecta individualmente a uno de los miembros de la familia, siendo una carga para las personas que lo sufren, motivo por el cual se oculta esta realidad al interior de cada familia o comunidad. Debido a esto, no existe la participación comunitaria decidida y comprometida, y, en este marco, la OMS propone con razón que si la mayoría de las enfermedades crónicas no se pueden aún curar, la atención

sanitaria debe concentrarse en prevenir su inicio, en retrasar su desarrollo en la edad avanzada, en reducir el sufrimiento que causan y en crear un entorno social propicio al cuidado de quienes quedan discapacitados. ¿No es esta otra tarea, una responsabilidad eminente en el marco de la promoción? ¿Y no es lógico anticipar que cuando menos en la prevención del inicio y en la creación del entorno, la promoción requerirá el apoyo de la comunicación?

Crear entornos sociales propicios implica que todos quienes hacemos salud en la comunidad estamos involucrados: dirigentes, líderes y población en general. Con la mayor expectativa de vida, nos enfrentamos a una población mayor de adultos, típica de sociedades desarrolladas y que hoy, gracias a los programas de inmunizaciones, entre otros, se ha logrado aumentar el nivel de vida en nuestros países. Por tanto, debemos emprender acciones tendientes a agrupar a personas con similares dolencias, a fin de disminuir el sufrimiento, conocer a fondo cada patología, sus signos y síntomas, para así adelantarnos a los efectos que pueda causar y tomar acciones de prevención.

La prevención en el campo de la salud implica una concepción científica de trabajo, no es sólo un modo de hacer, es un modo de pensar. Es también un modo de organizar y de actuar, un organizador imprescindible en la concepción de un Sistema de Salud involucrando a la población.

“Un sistema de salud es más eficaz en la medida que prevenga más que cure. Lo más importante es que es más eficaz porque, como se señala en el campo específico de las acciones profesionales del psicólogo, la prevención persigue la identificación de aquellos factores que permitan promover la salud y la puesta en marcha de diferentes intervenciones, de cara a mantener saludables a las personas" (7), y es precisamente el nivel de salud de las personas el máximo indicador de eficiencia de un sistema de salud cualquiera.

“La prevención PERSIGUE (acción anticipatoria) los factores de las enfermedades para anular definitivamente sus efectos o disminuir al máximo el

grado de virulencia, es definida como la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, lo que significa inevitablemente la acción mancomunada de las instituciones de salud, las comunidades y de las personas que más que integrarlas, las instituyan; las prácticas de prevención no se pueden quedar entonces amarradas a viejos problemas y esquemas, insistiendo fundamentalmente y apenas en lo que muchos llaman los comportamientos sanos" (8) que se asocian a diversos aspectos, ámbitos y procesos vitales del ser humano pero vistos muy puntualmente.

Abrir nuevas perspectivas en este sentido implica la realización de un análisis crítico que pase por el sostén conceptual, técnico e instrumental que han avalado estas prácticas.

Un análisis, por la vía de la delimitación de los obstáculos que dificulta la tarea de prevención, lo hace el Dr. Manuel Calviño donde aborda esta problemática tomando como punto de partida una visión autocrítica de algunas características, así tenemos:

1. *“Un primer obstáculo es la forma MODELAR en que se han concebido las prácticas de salud. Se trata de un paradigma de funcionamiento muy arraigado en todas las prácticas profesionales, según el cual la condición de profesional da una posición de predominio frente al modelo a utilizar, es decir, una diada entre el médico como el único que sabe qué es lo que hay que hacer y por otra el paciente que tiene que hacer lo que le digan. El primero empaqueta el modelo y el segundo lo cumple.*
2. *El segundo obstáculo viene dado por el concepto ESTÁTICO del sujeto receptor de la acción de salud. Es el paciente aquel sobre quién recae la acción y espera pacientemente, les pedimos que se dejen llevar, en ocasiones se pueden resolver los problemas de prevención en la mesa de trabajo o en el buró de los funcionarios que tienen a cargo la ejecución de los programas de salud o intervenciones.*

3. *La existencia de una VALORACIÓN inadecuada* (subvaloración o sobrevaloración) de las potencialidades y capacidades de los grupos con los que se trabaja. Esto ocurre cuando pensamos que la población con quien trabajamos no está preparada para valerse por sí misma pues hay que estar continuamente vigilando ya sea a través de la consulta o la prescripción médica.

Otros modos en los que se ha expresado esta inadecuada valoración, pueden ser los siguientes:

- La imagen de que las acciones de prevención son acciones de salud "pobres" o de segunda importancia.
 - El carácter "ajeno" o distante de las acciones de prevención para los grupos sociales más favorecidos, de mayor nivel cultural, intelectual y social.
 - No considerar las necesidades existentes en los grupos poblacionales en los cuales se trabaja, que en los últimos tiempos se ha tratado de remediar con la "prevención sobre la evidencia".
 - Por último, de parte de muchos especialistas que se han dedicado a las tareas de prevención, existe una cierta visión bastante generalizada de que al trabajar prevención hay que "bajar el nivel".
4. *El último obstáculo que hace referencia es la atención concentrada* que ha tenido las prácticas de prevención en los grupos extremos o de sintomatología extrema; esto es la actitud que han tenido los grupos frente a una "conducta anti salud" para la prevención o lo que aún no han desarrollado este comportamiento versus a los "pro salud"; si el fin educativo de la prevención es favorecer la emergencia y desarrollo de un modo de vida saludable, se debe trabajar con los segmentos de población

más propensos, con quienes se encuentran en esos grupos de riesgo probable” (9).

Al decir de Osvaldo Saidón: "El concepto de grupo de riesgo no ha servido más que para legitimar acciones de control y de exclusión social sobre diversos sectores de la población. Se fomenta la idea imaginaria de que existiría una especie de inmortalidad para los puros, o sea para aquellos que están fuera de las situaciones de riesgo" (10).

Calviño M. plantea que el modelo de actuación predominante en las prácticas de prevención ha estado marcado en lo fundamental por:

1. “Poca importancia e interés de los profesionales médicos por las tareas propias de la prevención.
2. Desprofesionalización de las acciones de prevención.
3. Estilos de actuación impropios a los fines reales y esenciales de la prevención.
4. Subvaloración de las prácticas de prevención.
5. Predominio de un modelo "médico centrista" autocrático, que no propende a la participación” (11).

2.2.1 Niveles de prevención

Uno de los principios más importantes es el relativo a los niveles de prevención, teniendo en cuenta los niveles en que se trabaje dependerá el modelo a aplicar y la definición de las actividades variará; así tenemos:

- **Modelo Clínico:** establece los diferentes niveles de prevención basándose en una clasificación en función de lo que ocurre en un proceso de enfermedad.

- **Modelo Organizativo:** correspondiente a los diferentes niveles de atención en salud (primario, secundario y terciario) con las especificidades que cada uno de ellos implica:
 - **Primaria:** es la prevención que se realiza cuando una persona aparentemente no tiene una enfermedad, pero por factores de riesgo prevenibles y no prevenibles está expuesta o en riesgo a desarrollar una enfermedad. La prevención primaria es el comienzo ideal de la educación sanitaria. Por ejemplo, el consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante en la aparición de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), por tanto, la prevención primaria debe potenciarse al máximo, evitando por todos los medios el inicio en el hábito tabáquico.
 - **Secundaria:** hace relación a los casos diagnosticados precozmente y que se puede tomar acciones para que la enfermedad no se desarrolle a plenitud, es decir, tratamos de disminuir la prevalencia en aquellas personas que tienen un diagnóstico y que por los síntomas son clasificados en prevención de segundo tipo, con esto aportamos a reducir el umbral para la consulta.
 - **Terciaria:** es la prevención de las consecuencias de la enfermedad, el restablecimiento del nivel de salud, la rehabilitación física, etc. esto ocurre desafortunadamente, cuando el portador de la enfermedad tiene complicaciones y riesgo de perder la vida.
- **Modelo Funcional:** hace relación a los ámbitos donde se realiza la prevención, así tenemos que la prevención primaria es aquella que se hace directamente en la comunidad con los diferentes grupos poblacionales; la prevención secundaria y terciaria se realiza en hospitales y centros especializados (policlínicos, consultorios).

La prevención está dirigida a los ámbitos de trabajo, y de éstos hacia otros sectores. Como dice Bleger: "En este pasaje de la enfermedad a la promoción de la salud, al encuentro de la gente en sus ocupaciones y quehaceres ordinarios y cotidianos, nos encontramos con distintos niveles de organización, entre los que tenemos que tener en cuenta, fundamentalmente, las instituciones, los grupos, la comunidad, la sociedad" (12).

Estas clasificaciones de una manera u otra han permanecido presentes en las prácticas de prevención en salud que se han realizado durante muchos años. Constituyen criterios útiles para reconocer el tipo de labor que estamos realizando, pero se limitan a una concepción cerrada y arcaica del proceso salud-enfermedad. Tiene entonces una validez relativa, ya que su conocimiento es necesario como uno de los principios generales a aplicar en las acciones de prevención.

Estos elementales principios, a veces desconocidos, han marginado las prácticas de prevención y han intervenido en la forma de pensar "antipreventiva" de muchos profesionales de la salud.

Estamos convencidos que aún quedan otros referentes conceptuales de principio que no abordaremos, pero sí es necesario puntualizar que la prevención en salud es una tarea que requiere de:

- Un modo de pensar con referenciales conceptuales acordes a modelos que deben estar a la altura del desarrollo que encierra el concepto de prevención.
- Las organizaciones consecuentes de un Sistema de Salud acorde a los principios generales de la prevención, aplicables en todos los eslabones del sistema.
- La realización de acciones profesionales dirigidas al cumplimiento del objetivo prevenir.

La realización de esas acciones profesionales implica la observación rigurosa de determinados elementos. Entre los más importantes podemos señalar:

- La ejecución de las acciones preventivas en salud no es del concurso de una sola disciplina científica, el terreno es de todos y propiedad de nadie.
- Todas las acciones de cada disciplina son válidas, no tenemos que esperar que venga de departamentos de Educación para la Salud, es imprescindible que participemos en la elaboración de éstos.
- En las interrelaciones interdisciplinarias se han concretado diferentes técnicas en la ejecución de los objetivos preventivos.
- La Educación y la Promoción de la Salud son algunas de las acciones de prevención que se han instrumentado con todo un caudal de medios técnicos.

La especificidad técnica e instrumental responde en términos generales al tipo de ámbito en el cual vamos a trabajar, al nivel del alcance de los objetivos propuestos, al tipo de situación o problema sobre el cual pretendemos ejercer nuestra influencia.

El objetivo final de la prevención es evitar la enfermedad y por tanto la ausencia de ésta sería un logro suficiente.

2.3 Promoción de la Salud

Promoción, según el diccionario académico de la lengua, significa: acción de promover, elevación o mejora en las condiciones de vida, de productividad, intelectual, etc.

En cambio, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o discapacidad” (13).

Esta definición no es operacional, ya que asume un estado de salud ideal, universal y aplicable para todos; además, si tiene una infección respiratoria, ¿qué tan enferma está?, acaso su corazón no está sano, y ¿su cerebro, su mente, sus órganos digestivos, sus huesos, sus músculos, sus articulaciones?, ¿qué tanto de enfermedad tiene? o por el contrario ¿qué tanto de salud tiene? Necesitamos es una definición más dinámica, porque diferentes poblaciones viven en un estado diferente de salud.

Según Elkin Martínez López en su libro “Promoción de la Salud”, nos enfrentamos a un nuevo paradigma, hace referencia a que no puede decirse a una persona que está sana o enferma, pues la enfermedad no es una dicotomía, como quien se pasa del día a la noche; primeramente debe un médico, de acuerdo con su atención, diagnosticarle y declararle enferma y sólo así se concluye que está sana pues, “se entiende el concepto de salud como simple ausencia de enfermedad” (14).

En realidad, “el estado de salud es un proceso continuo que va desde el estado ínfimo de salud, en el que alguien padece múltiples complicaciones orgánicas y funcionales y está en alto riesgo de morir, hasta el estado óptimo, en el que goza de una excelente integridad orgánica acompañada de una considerable reserva funcional y un genuino bienestar mental” (15).

En estos dos andariveles se da la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, en donde se emite LA CARTA DE OTTAWA, dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”.

Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la Salud Pública en el mundo. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento “Los objetivos de la Salud

para Todos” de la Organización Mundial de la Salud y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

La Carta de Ottawa concluye diciendo que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Un individuo, grupo o comunidad, debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Para conseguirlo se plantean cinco estrategias:

1. Construir políticas públicas saludables.
2. Crear entornos favorables.
3. Fortalecer la acción comunitaria (empoderamiento).
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).
5. Reorientar los servicios de salud.

Para comprender la salud en las comunidades rurales, y, actuar sobre el estado en que se encuentran, es necesario conocer los factores que la determinan y para ello tenemos que referirnos necesariamente al modelo propuesto por el doctor Mark Lalonde, sobre los cuatro grandes determinantes de la salud, hoy ampliamente aceptados en todo el mundo:

1. “Se admiten **factores biológicos, de naturaleza hereditaria o genética**, que afectan la salud pero que no pueden, en ninguna medida, alterarse, entre los que se incluyen: el sexo, la edad, la raza y ciertos rasgos físicos y metabólicos, entre otros.

2. También se reconocen **factores ambientales**: sociales, económicos, culturales y físicos, los cuales si bien pueden alterarse, su modificación es difícil y depende de fenómenos colectivos o naturales de gran magnitud.
3. Otros son los **factores relacionados con los servicios de salud**: calidad, accesibilidad, diversidad, tecnología y oportunidad, entre otros. Estos en cierta forma serían también parte del entorno social y económico de los individuos.
4. **Por último están los factores del estilo de vida**, los cuales son imputables al individuo, a su libre albedrío, su forma particular de decidir sobre su propia vida cotidiana: la actividad física, la alimentación, recreación, forma de pensar y sus hábitos” (16).

Podemos decir que la prevención de las enfermedades está ligada íntimamente con la promoción de la salud, ya que al realizar acciones de prevención, estamos contribuyendo a la promoción ya sea a nivel de cada caso, grupo o comunidad. El siguiente cuadro ilustra brevemente sobre la movilidad de cada uno de ellos:

Tabla 2. Comparación entre Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad

Promoción de la Salud	Prevención de la Enfermedad
- Es más dinámica y ambiciosa.	- Menos ambiciosa.
- Mayor fortaleza estructural y capacidad funcional.	- Se preocupa de prevenir la enfermedad.
- Propender por el óptimo nivel de salud.	- Evitar la enfermedad es el objetivo final.
- La ausencia de enfermedad no es suficiente.	- Es relevante a la enfermedad, enfoca la salud con visión negativa.
- Se refiere a la salud en sentido positivo, apunta hacia la vida, el desarrollo y el ser humano.	- Es más de ámbitos clínicos.
- Es más de ámbitos sociales, propone al bienestar comunitario.	- Es básica del sector salud y sus alcances son un tanto limitados.
- Es por definición intersectorial, sus alcances son realmente amplios, dado que involucra a tantas personas.	

Elaborado por el autor

2.4 La Diabetes Mellitus

La palabra Diabetes viene del griego y del latín. Etimológicamente quiere decir “correr a través”. Este término hace referencia a síntomas de la enfermedad ya que por la polidipsia y poliuria hay que ‘correr’ con mucha frecuencia a beber líquidos y a orinar; sus inicios datan del siglo XV antes de Cristo, así lo demuestran algunos manuscritos hallados de esa época. Posteriormente en 1675, Thomas Willis, agregó la palabra Mellitus cuando notó que la orina de un paciente diabético tenía sabor dulce.

De acuerdo con la OMS, “la Diabetes Mellitus (DM) es un síndrome orgánico, multisistémico y crónico que se caracteriza por un aumento de los niveles de

glucosa en la sangre (hiperglucemia). Es causada por la baja producción de la hormona insulina, secretada por las células β del Páncreas, o por su inadecuado uso por parte del cuerpo, que repercutirá en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas” (17).

Es una enfermedad crónica degenerativa, producida por una alteración del metabolismo de los carbohidratos, que no permite que la glucosa entre a las células, permitiendo el aumento de la glucosa en la sangre por encima de los valores considerados normales, que puede ser ocasionada por una carencia total o parcial de insulina o por mal funcionamiento de las células.

También se dice que la diabetes es un desorden del metabolismo, que es el proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía; la insulina es el factor más importante en este proceso; durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre donde la insulina le permite entrar en las células. (La insulina es una hormona segregada por las células Beta del páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago).

La Diabetes Mellitus es un problema de salud pública a nivel mundial. Su prevalencia oscila entre el 2 al 6% de la población total el 50% de los casos permanece sin diagnosticar. Según la O.M.S, a nivel mundial, en el año 2000 eran 171 millones y se incrementaran a 370 millones en el 2030. La mayoría de los casos se producirá en países desarrollados, debido a la edad, dietas poco saludables, estilos de vida sedentarios y la obesidad.

Actualmente afecta al 6% de la población general y entre el 10-15% de la población mayor de 65 años. En el mundo, la diabetes es la primera causa de insuficiencia renal, con alrededor del 40% de nuevos casos. Anualmente se amputan alrededor de 86.000 miembros inferiores debido a complicaciones de la Diabetes. Es la primera causa de nuevos casos de ceguera en adultos de 20 a 74 años.

En Estados Unidos de Norteamérica afecta a unos 16 millones de personas, de las cuales 5,4 millones no saben que tienen la enfermedad. Cada día se diagnostica 2.200 nuevos casos. Se estima que cada año se identifican 780.000 casos.

En América Latina se calcula un aumento de 254%, es decir, pasa de 15,5 millones en 1995 a 36,8 millones en el 2005. La mayor parte de este aumento se observa en personas entre 45-64 años y afecta más a mujeres que a hombres.

La diabetes es un problema urgente de salud en la comunidad latina, al presentar tasas dos veces más altas que las de los no latinos. Es crucial ofrecer información a nuestra comunidad sobre la gravedad de la enfermedad, sus factores de riesgo y las formas para controlar la Diabetes, retrasarla o prevenirla, en el caso de aquellos que están en alto riesgo.

En el Ecuador, según el INEC, Anuario de Estadísticas Vitales, nacimientos y defunciones, el número de diabéticos sobrepasa los 200.000. La tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus muestra una tendencia a incrementarse, sobretodo, a expensas de los grupos mayores de 20 años mayoritariamente mujeres.

En 1985 no figuraba en las 10 primeras causas de muerte. En 1995 se encuentra en el quinto lugar (1.761 muertos). En el 2000, en hombres ocupa el séptimo lugar, y, en mujeres, la primera causa. En el año 2007 la Diabetes Mellitus ha tenido una incidencia del 5,7%, ubicándose en la primera causa de muerte, con una tasa de mortalidad general del 24,2%, correspondiente a 1.781 casos. Esta última cifra implica que en las mujeres la incidencia es del 7,1%, con una tasa anual del 26,3% ubicándose en la primera causa de muerte. En los hombres, 1.581 casos, refleja una incidencia del 4,6% de incidencia en este año, ubicándose en el séptimo lugar, con una tasa del 22,1%. Entre las causas de defunción, la primera causa en los pacientes con DM es el infarto de miocardio (50 a 60% de las muertes de los pacientes con DM2).

2.4.1 Tipos de Diabetes:

La Tipo 1, en donde el páncreas no produce o produce poca insulina, a veces se llama también diabetes juvenil, porque normalmente comienza durante la infancia, como el cuerpo no produce insulina, las personas con la enfermedad deben inyectarse para poder vivir. En general el 10% de afectados padecen el tipo 1.

La de tipo 2 ocurre cuando las células del cuerpo no responden a la insulina que produce el páncreas; la insulina no puede escoltar a la glucosa al interior de las células o cuando estas están ociosas. Suele ocurrir principalmente en personas mayores de 40 años, aunque este límite sigue bajando paulatinamente.

La Diabetes Gestacional ocurre en mujeres embarazadas que sin tener diabetes anteriormente poseen alto nivel de azúcar en la sangre. No se sabe porqué ocurre, pero se tiene indicios de que existen hormonas en la placenta que contribuyen a disminuir la acción de la insulina en la madre, es decir, una resistencia a la insulina. Esto hace que el cuerpo de la madre no pueda absorber los niveles que hasta por tres veces necesita para mantenerse en un estado normal. Afecta a la madre en la última etapa del embarazo, después de que el cuerpo del bebé se ha formado. El páncreas trabaja horas extras para producir insulina y puede atrofiarse cuando termine su embarazo; sin embargo, el riesgo para el bebé es en sentido contrario; pues si el páncreas de la madre trabaja horas extras, lo contrario ocurre con el bebé: luego de nacer puede acostumbrarse a producir poco o nada, además debido a la energía acumulada dentro de la placenta, ésta se vuelve grasa.

Los bebés con macrosomía se enfrentan a problemas de salud por su cuenta, incluidos los daños a sus hombros durante el parto. Debido a la insulina adicional producida por el páncreas del bebé, los recién nacidos pueden tener muy bajos niveles de glucosa en sangre en el parto y también están en mayor riesgo de problemas respiratorios. Los bebés con exceso de insulina cuando crecen están en riesgo de la obesidad y de adultos están en riesgo de la diabetes tipo 2.

2.4.2 Pre-Diabetes

Ocurre cuando las personas están en el umbral del nivel alto, es decir “que los niveles de glucosa en la sangre son más altos que lo normal, pero aún no lo suficientemente alto como para ser diagnosticados con diabetes”. Investigaciones recientes han demostrado que algunos daños a largo plazo para el cuerpo, especialmente el corazón y el sistema circulatorio, pueden ocurrir durante la pre-diabetes.

La investigación también ha demostrado que si se toman medidas para administrar los niveles de glucosa en la sangre en la pre-diabetes, puede prevenir la diabetes o al menos retrasarla.

Si en la prueba de glucosa en el plasma en ayunas (GPA) se detecta un nivel de glucosa en la sangre entre 100 y 125 mg/dl, significa que la persona tiene una diabetes latente. Una persona con un nivel de glucosa en la sangre en ayunas de 126 mg/dl o superior padece diabetes.

2.4.3 Signos y síntomas

Si todavía no se ha diagnosticado la Diabetes, los síntomas más frecuentes que se presentan son:

- Polidipsia = mucha sed.
- Poliuria = orinar cada rato.
- Polifagia = hambre descontrolada.
- 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.
- Aliento con olor a manzana.

2.4.4 Tratamiento

Tanto en la Diabetes tipo 1, tipo 2 y 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 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.

2.4.5 Factores de riesgo

Es una característica o circunstancia que está presente o ausente en individuos o grupos y está asociada a una probabilidad mayor de presentar el daño a la salud.

Pueden ser identificados, observados y medidos antes de que ocurra el daño a la salud.

“El conocimiento de los factores de riesgo, aportado por la investigación orienta a cambiar el enfoque de la atención y a poner énfasis en las acciones de prevención, promoción y no sólo en la curación y rehabilitación. Este enfoque es potencial para la población con el objetivo de desacelerar las frecuencias de enfermedades o prevenir epidemias, además en un plazo mediano, reduce las acciones de curación en la población” (18).

Las personas de ciertos grupos étnicos, como los afroamericanos, los hispanoamericanos y los nativos norteamericanos tienen altas tasas de Diabetes. Toda persona mayor de 40 años debe revisar el nivel de glucosa en la sangre al menos cada año. Los chequeos regulares de los niveles de glucosa sanguínea en forma aleatoria deben comenzar a una edad más temprana y realizarse más a menudo si la persona está en mayor riesgo de padecer Diabetes.

Los factores de riesgo en la Diabetes Mellitus tienen que ver con factores prevenibles y no prevenibles; los no prevenibles son aquellos sobre los que el hombre no puede actuar pues son genéticos, tales como la herencia o lo que llamamos historia familiar: los grupos étnicos como los afroamericanos, los mexicano-americanos y latinos. Los prevenibles son aquellos en los que las personas mediante acciones, puede hacer que no ocurra o que se presente lo más tardíamente posible. Estos factores son:

- Dislipidemias
- Obesidad central
- Sedentarismo
- Hipertensión Arterial
- Dietas Hidrocarbonadas

- Tabaquismo
- Hábitos alimenticios inadecuados

2.4.6 Complicaciones

Problemas cerebro vasculares

A los ojos

Al corazón

Al páncreas

A los riñones

Al sistema circulatorio

Hipertensión Arterial

Disfunción eréctil

2.4.7 Cómo Prevenir

Control permanente (examen clínico) peso, triglicéridos.

Dieta baja en grasas y carbohidratos (balanceada).

Ejercicios físicos.

Estilos de vida saludables.

Cuidado de las extremidades, especialmente las inferiores.

La detección precoz de los pacientes de riesgo (personas con antecedentes familiares de Diabetes y obesidad y una edad superior a 40 años), una educación nutricional desde los primeros años de vida y llevar a cabo hábitos de vida saludables (actividad física regular, eliminación del tabaco y consumo moderado

de alcohol, entre otros) son las principales opciones para evitar que la asociación de diabetes y obesidad desencadene la aparición de episodios cardiovasculares.

2.5 Seguro Social Campesino

La Seguridad Social en el Ecuador es muy limitada. Se la ejecuta a través del llamado Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), pero su máxima expresión la tiene en el Seguro Social Campesino que protege a todas las personas del campo. Es el primer sistema de Seguridad Social en Latinoamérica que protege a la fuerza de trabajo del área rural sin dependencia patronal. Se basa en los principios de *Universalidad* pues protege al grupo familiar; *Solidaridad*, por el aporte de grupos sociales asalariados, y, de *Subsidiaridad*, por el aporte proveniente del Estado. Ofrece prestaciones de promoción de la salud, prevención, recuperación y tratamiento de enfermedades no profesionales, además de protección contra las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte consagradas en el Art. 373 de la Constitución Política de la República del Ecuador y en la Ley 2001-55 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

El Programa, a más de contener un profundo sentido social y de grandes posibilidades tendientes a procurar mejorar el nivel de vida y salud de la población campesina, pretende sentar las bases para la progresiva incorporación campesina a la seguridad social; responde también a una necesidad del Estado de paliar los problemas generados por la crisis agraria, procurando garantizar la producción de alimentos a través de la protección del trabajador campesino y su familia. Es decir, que busca mantener la producción de alimentos para el abastecimiento y abaratamiento de la fuerza de trabajo en las zonas urbanas y procurar contener, al menos en parte el gran proceso de migración motivado por la pauperización de sus tierras, proletarización del campesino y su imposibilidad de acceso a los medios de producción.

Brinda prestaciones a través de una red de dispensarios instalados en el área rural a nivel nacional, donde está presente el equipo operativo de salud, conformado por un médico, una auxiliar de enfermería y un odontólogo. Además, cuenta con personal de apoyo: una enfermera supervisora, un trabajador(a) social y un médico supervisor.

Es considerado como un seguro especial dentro de las políticas del Estado, porque protege a la familia, considerada como la organización básica de la sociedad que debe ser amparada, y es a través de esta visión en la que se basa el Seguro Social Campesino, para dotarles de las prestaciones necesarias a fin de salvaguardar a la clase económicamente activa del área rural, que es la que produce el alimento para las ciudades.

Desde su inicio en agosto de 1968, el Programa del Seguro Social Campesino ha contribuido al fortalecimiento de los pueblos, a amalgamar a los afiliados en una organización permanente de trabajo, que con el pasar de los años se ha fortalecido hasta constituirse en lo que es hoy, una organización de tercer grado con cobertura local, cantonal, provincial y nacional.

Desde esa fecha hasta la actualidad, la lucha de las Organizaciones del Seguro Social Campesino ha tenido su recompensa, pues lo que comenzó como un plan piloto, hoy es parte de la Carta Magna que en su Art. 373 dice: “El Seguro Social Campesino, que forma parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, será un régimen especial del seguro universal obligatorio para proteger a la población rural y a las personas dedicadas a la pesca artesanal, se financiará con el aporte solidario de las personas aseguradas y empleadoras del sistema nacional de seguridad social, con la aportación diferenciada de las jefas o jefes de las familias protegidas y con las asignaciones fiscales que garanticen su fortalecimiento y desarrollo. El seguro ofrecerá prestaciones de salud y protección contra las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte. Los seguros públicos y privados, sin excepción, contribuirán al financiamiento del seguro social campesino a través del IESS” (19).

El Seguro Social Campesino, como institución, está presente en el sector de Sarayunga desde hace 25 años. Se inició con seis organizaciones a las cuales posteriormente se incorporaron dos más. Hoy el dispensario tiene su área de influencia en las parroquias de Pucará, San Rafael de Sharug en el cantón Pucará de la provincia del Azuay; Uzhcurrumi, Casacay y el Progreso pertenecientes al cantón Pasaje de la provincia de El Oro. Además, tiene una población afiliada de 636 familias con 2.722 personas en el 2008 (fuente, Afiliación y Aportes de la Subdirección Provincial del SSC- Cuenca), con una Directiva Central que articula todas las actividades programadas; cuenta con una planta física bien equipada, laboratorio clínico, fruto del esfuerzo institucional y principalmente del trabajo comunitario de sus miembros. El equipo de trabajo está formado por un médico, una auxiliar de enfermería y un odontólogo que brindan Atención Primaria Integral de Salud (APIS), pudiendo ser transferidos para atención especializada a unidades de mayor complejidad que posee el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). También recibe el apoyo técnico y administrativo de la Subdirección Provincial del Seguro Social Campesino del Azuay, a través del personal administrativo.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

- Contribuir con un programa participativo para la prevención de la Diabetes Mellitus en el área de influencia del dispensario del Seguro Social Campesino de Sarayunga para el año 2009.

3.2 Objetivos específicos:

1. Elaborar un diagnóstico comunitario de salud, con participación única de afiliados desde su visión.
2. Involucrar a directivos del Seguro Social Campesino en el programa participativo de prevención de la Diabetes Mellitus.
3. Elaborar y socializar el programa en los respectivos espacios de influencia.
4. Contribuir con una propuesta teórico metodológica para fortalecer la salud, que nos permita manejar elementos normativos y estratégicos con perspectiva social.

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio y diseño general

El presente trabajo se encuadra metodológicamente como una intervención de investigación-acción pues en él participan la mayoría de jefes de hogar del dispensario y su área de influencia, convirtiéndose al mismo tiempo en sujetos y objetos de estudio. La acción que se desarrolla, de acuerdo con la mejor conciencia o el mayor compromiso y, sobre todo, al mejor conocimiento de su hábitat, les permite transformar su realidad para generar conocimiento.

4.2 Tiempo y espacios

El presente estudio se lo viene realizando desde enero de 2009, a través de una coordinación entre personal operativo (médico y auxiliar de enfermería), dirigentes sectoriales y centrales, y el estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. El cronograma establecido para el efecto ha determinado los lugares y fechas; así, la etapa de trabajos en los talleres se efectuó del 15 al 24 de abril del 2009, en el siguiente orden: se inició con la comunidad de Uzhcurrumi, luego Gramalote, Santa Cecilia, Sarayunga, San Sebastián, Yunga Corral, Galayacu y Casacay; cabe indicar que los dos últimos sectores y Uzhcurrumi pertenecen a la provincia de El Oro y los demás, a la provincia del Azuay.

4.3 Variables

Las variables se han seleccionado de acuerdo con el problema que atañe a la comunidad de Sarayunga y su área de influencia. También se han considerado las variables relacionadas con los factores de riesgo de la Diabetes Mellitus, que se han trabajado en las diferentes etapas de esta investigación, así tenemos:

Alimenticias:

- *Tipo de instrumento empleado:* Diagrama.
- *Breve descripción del instrumento aplicado:* Se plasmó en papelotes, elaborados con los afiliados presentes en los talleres: los integrantes del grupo dibujaron los alimentos ingeridos el día anterior en el desayuno, almuerzo y merienda. Son preguntas abiertas.
- *Cómo se aplicó el instrumento:* en los talleres de participación, de forma grupal.

Prevención de la Diabetes Mellitus

- *Tipo de instrumento empleado:* encuesta de conocimiento.
- *Breve descripción del instrumento aplicado:* encuesta dirigida a afiliados del SSC y a público en general. Tiene cuatro preguntas: ¿qué entiende por Diabetes?; ¿por qué nos da la Diabetes?; ¿cómo nos curamos de la Diabetes?; y ¿tiene familiares con diabetes?
- *Cómo se aplicó el instrumento:* en los talleres de participación, de forma individual.

Niveles de glucosa en la sangre

- *Tipo de instrumento empleado:* Glucómetro, lancetas y cintas reactivas.

- *Breve descripción del instrumento aplicado:* es un aparato que mide los niveles de azúcar en la sangre.
- *Cómo se aplicó el instrumento:* se aplicó de forma individual a las personas presentes en los talleres.

Grado Nutricional

- *Tipo de instrumento empleado:* diagrama.
- *Breve descripción del instrumento aplicado:* se enlistó cada alimento degustado en desayuno, almuerzo y merienda y se lo agrupó por conjunto de nutrientes básicos, como son: proteínas, grasas, hidratos de carbono glúcido positivos, hidratos de carbono glúcido negativos, y vitaminas y minerales.
- *Cómo se aplicó el instrumento:* se resumió del diagrama para operativizarlo.

Ciclo productivo:

- *Tipo de instrumento empleado.* diagrama.
- *Breve descripción del instrumento aplicado:* se plasmó en papelotes elaborados con los afiliados presentes en los talleres. Los integrantes del grupo dibujaron el clima, los productos, lugar de comercialización y satisfacción en el costo, en cada mes del año. Estas preguntas son abiertas.
- *Cómo se aplicó el instrumento:* en los talleres de participación, de forma grupal.

Enfermedades presentes en la zona:

- *Tipo de instrumento empleado:* diagrama.

- *Breve descripción del instrumento aplicado:* se plasmó en papelotes elaborados con los afiliados presentes en los talleres. Los integrantes del grupo dibujaron los meses del año, el clima, los productos, lugar de comercialización y satisfacción en el costo; estas preguntas son abiertas.
- *Cómo se aplicó el instrumento:* se lo aplicó a las personas presentes en los talleres, de forma grupal.

Enfermedades en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores:

- *Tipo de instrumento empleado:* diagrama.
- *Breve descripción del instrumento aplicado:* se plasmó en papelotes elaborados con los afiliados presentes en los talleres. Los integrantes del grupo representaron las enfermedades propias en los niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Estas preguntas son abiertas.
- *Cómo se aplicó el instrumento:* se los aplicó a las personas presentes en los talleres, de forma grupal.

Factores de riesgo de la Diabetes Mellitus

- *Tipo de instrumento empleado:* encuesta de conocimiento.
- *Breve descripción del instrumento aplicado:* está dirigida a afiliados del SSC y a público en general. Tiene cuatro preguntas, ¿qué entiende por Diabetes?; ¿por qué nos da la Diabetes?; ¿cómo nos curamos de la Diabetes?; y ¿tiene familiares con diabetes? Esta última se analizará para medir el riesgo.
- *Cómo se aplicó el instrumento:* en los talleres de participación, de forma individual.

4.4 Universo de estudio, selección y tamaño de la muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión.

El universo de esta investigación lo conforman las 636 familias con 2.722 personas afiliadas al Programa del Seguro Social Campesino, quienes son la razón de ser de esta Institución.

Para la participación en talleres, la muestra fue selectiva, pues tan solo un representante por familia tenía que acudir a estos eventos, principalmente el jefe o en su lugar un representante. Concurrieron 353 personas que representan al 55,5% de las familias y al 12,97% en relación a todas las personas afiliadas, distribuidos en los ocho sectores que son: Uzhcurremi, Gramalote, Santa Cecilia, Sarayunga, San Sebastián, Yunga Corral, Galayacu y Casacay.

4.5 Procedimiento para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos.

Para un mejor entendimiento y explicación, utilizamos el método cuantitativo, y, para validar este trabajo, aplicamos métodos, técnicas e instrumentos, que nos permitieron cumplir con los objetivos propuestos, así tenemos:

4.5.1 Método Empírico:

- **La observación:** que se realizó en diferentes escenarios: en la Universidad, en Instituciones, en la Unidad Operativa del Seguro Social Campesino de Sarayunga y en los distintos sectores visitados.
- **La medición:** de datos recogidos en los talleres, el dispensario, las bibliotecas, a través del Internet, las oficinas del Seguro Social Campesino, etc.

- **La entrevista:** con el Director y Coordinador de la Maestría en Salud Pública, personal del Seguro Social Campesino tanto en el dispensario como en las oficinas administrativas en Cuenca, con directivos centrales del dispensario, con directivos de cada uno de los ocho sectores visitados, con los afiliados al Programa del SSC y con el público en general.
- **La encuesta:** se aplicó al personal operativo del dispensario de Sarayunga, en lo relacionado a datos y registros de la investigación y principalmente a los participantes en los talleres.
- **Las técnicas sociométricas:** se han elaborado conjuntamente con los participantes en los talleres (mapas parlantes, diagramas y dinámicas).
- **Grupo de discusión:** con el grupo de facilitadores conformado por la Dra. Thalía Cárdenas, médico tratante del dispensario Sarayunga; la Sra. Rosa Torres, auxiliar de enfermería del referido subcentro y el autor, para analizar la situación y para evaluar diariamente.

4.5.2 Método Estadístico:

Nos permitió organizar y clasificar los indicadores cuantitativos y cualitativos obtenidos en el transcurso de esta investigación, revelándose a través de ellos los hábitos alimenticios de la población, las enfermedades, tanto de la zona baja como de la alta en relación al dispensario, ciclo productivo, ciclo de enfermedades y se ha evidenciado en las tablas de distribución de frecuencias y en los gráficos presentados.

Procesamiento estadístico de la información recogida: se realizó en un ordenador con programa Windows XP versión 2007 y en texto de Word y Power Point, mediante el software estadístico de Excel.

4.5.3 Método Teórico:

El análisis y la síntesis: sin esta técnica no es posible realizar algún trabajo de presentación. Es una herramienta indispensable para un investigador pues permite conversar con el autor y a su vez exponer nuestros acuerdos o desacuerdos. Se realizó a través de mapas conceptuales, rayado de textos, libros o folletos, entre otros.

La inducción y la deducción: los textos y los documentos de todos los autores referidos se han pasado por un procedimiento de concreción abstracción y viceversa a fin de ir de lo general a lo particular y también en el sentido contrario.

4.5.4 Técnicas:

El ROPAI en la investigación es flexible, puede ser al mismo tiempo un método, una técnica o un instrumento, un modo de explicación a ser utilizado en cualquier trabajo, tesis, monografía, programa, etc., dependiendo como desee utilizar el investigador.

R: recolección de datos

O: organización de datos

P: presentación de datos

A: análisis de la información

I: interpretación de la información

4.5.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Para la elaboración de esta tesis se coordinó con la Dra. Thalía Cárdenas, médico tratante, la Sra. Rosa Torres, auxiliar de enfermería, directiva central y directivas de cada uno de las ocho organizaciones del dispensario de Sarayunga, y se analizaron los aspectos positivos de esta investigación. Luego de la etapa de

programación se realizaron los cronogramas respectivos, convocando a todos los afiliados del Seguro Social Campesino de su área de influencia, y se elaboró un micro proyecto, a ser presentado en la Subdirección Provincial del Seguro Social Campesino de Azuay, para justificar el trabajo del personal en la unidad operativa que sirvió de base para la elaboración del protocolo de tesis a ser presentado como requisito para realizar la presente tesis.

En tal circunstancia, al haber sido parte de la programación y ejecución, todos los representantes de las distintas agrupaciones, también somos parte de un consentimiento informado de todos los actores de esta investigación.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1 Diagnóstico comunitario participativo de salud en el dispensario del Seguro Social Campesino de Sarayunga a Abril del 2009

5.1.1 Ubicación:

El dispensario del Seguro Social Campesino de SARAYUNGA se encuentra ubicado a 112 Km de la ciudad de Cuenca, en la vía que se comunica con Machala, dirección sur occidente, en la provincia del Azuay, Cantón Pucará, Parroquia Pucará, a una altura de 500 metros sobre el nivel del mar. Su clima es cálido, con una temperatura promedio de 22C°. Los productos que cultivan son: el plátano, la yuca, el banano, el cacao, el maíz y frutas como la naranja, mandarina, lima, caña de azúcar, típicos de clima caliente.

5.1.2 Aspecto demográfico:

La población afiliada al Seguro Social Campesino de Sarayunga y su área de influencia es de 636 jefes de familia con 2.722 personas que están distribuidas en las organizaciones de Sarayunga, San Sebastián, Gramalote, Santa Cecilia, Yunga Corral en la provincia del Azuay y, Uzhcurrumi, Galayacu y Casacay en la provincia de El Oro, de las cuales 1.330 son del sexo masculino y 1.392 del femenino; el grupo etario se divide de la siguiente manera:

Tabla 3. Distribución de los usuarios del Seguro Social Campesino según grupo etario y sexo. Sarayunga – 2009

Grupo etario (años)	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%		
1 - 5	55	2.02	53	1.95	108	3.97
6 - 14	279	10.25	279	10.25	558	20.50
15 - 39	560	20.57	613	22.52	1173	43.09
40 - 64	284	10.43	311	11.43	595	21.86
≥ 65	152	5.58	136	5.00	288	10.58
TOTAL	1330	48.86	1392	51.14	2722	100.00

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por el autor

5.1.3 Selección del problema

Dentro de las estadísticas nacionales, la principal causa de muerte es la Diabetes Mellitus tipo 2. Los registros presentados por el dispensario del Seguro Social Campesino en Sarayunga avalan esta situación, por el cual iniciar acciones de prevención está dentro de las prioridades tanto del personal operativo como de los dirigentes centrales, dirigentes sectoriales, afiliados y público en general.

5.1.4 Descripción del problema

La constante despreocupación de la población por enfermedades prevenibles que afecta a personas mayores de 40 años, ha llevado a este grupo etario que bordea el 33% de la población afiliada al dispensario, a vivir permanentemente en riesgo de deteriorar cada vez más su salud por el incumplimiento del tratamiento y las indicaciones que hace el personal de salud para enfermedades crónicas degenerativas, principalmente de la Diabetes Mellitus.

5.1.5 Análisis del problema

El estudio de morbilidad del dispensario de Sarayunga, período Enero – Diciembre del 2008, presenta a 199 pacientes transferidos a unidades de mayor complejidad, otorgándoles 316 pases para atenderse en hospitales del IESS en Machala o Cuenca, correspondiéndole a las enfermedades crónicas las cuatro primeras con un elevado número de pases. También, los cambios de hábitos alimenticios son factores de riesgo para adquirir la Diabetes Mellitus 2, contribuyendo a la incidencia de la enfermedad sobre la cual enfocamos los problemas de la comunidad, producidos principalmente por el alto porcentaje de migración.

5.1.6 Técnicas

La mayoría de las técnicas son visuales y utilizan materiales muy sencillos (semillas, dibujos en el suelo, etc.), a fin de que personas con alguna discapacidad y analfabetos se sientan cómodas y participen en las discusiones. Tres son los pilares de estas técnicas:

- a) **Los métodos y las técnicas son innovadoras** y pasan de ser cerradas a ser abiertas y flexibles, de individuales a grupales, de verbales a visuales, de medir a comparar.
- b) **Las actitudes, conductas y comportamientos de los agentes de desarrollo**, que no dominan el proceso sino que ceden la batuta a la población para catalizar y facilitar su participación.
- c) **El sentimiento de compañerismo** entre los agentes externos y la población, que lleva a compartir la información, los métodos, los conocimientos y las experiencias sobre el terreno. Un sentimiento de compenetración relajada es necesario para posibilitar la participación local.

5.1.7 Metodología

Con las herramientas adecuadas expuestas en el título anterior, se inicia la intervención siguiendo los siguientes pasos:

Conformación del equipo: Son, médico tratante y auxiliar de enfermería del dispensario, dirigentes centrales y dirigentes sectoriales de las comunidades de Sarayunga, San Sebastián, Gramalote, Santa Cecilia, Yunga Corral, Uzhcurrumi, Galayacu, Casacay y el Facilitador.

Visita de campo: Esta investigación se realizó principalmente en el área rural y a través de sus directivos se adecuaron los lugares en donde se desarrollaron los eventos.

Promoción y convocatoria de los talleres de trabajo: se determinó en una reunión de directivos, personal operativo y el autor. Se elaboró un micro proyecto de prevención de la Diabetes Mellitus para justificar en la Subdirección del Seguro Social Campesino las salidas a los distintos sectores del personal operativo, estableciéndose el cronograma de actividades de la siguiente manera:

- Miércoles 15 de Abril Uzhcurrumi
- Jueves 16 de Abril Gramalote
- Viernes 17 de Abril Santa Cecilia
- Lunes 20 de Abril Sarayunga
- Martes 21 de Abril San Sebastián
- Miércoles 22 de Abril Yunga Corral
- Jueves 23 de Abril Galayacu
- Viernes 24 de Abril Casacay

Preparación de materiales y de la logística de apoyo:

Marcadores, lancetas y tiras reactivas responsabilidad de cada una de las comunidades el Glucómetro de la Dra. Thalía Cárdenas; papeles, crayones, cinta masking, tijeras, pega del: Dr. Wilson Arízaga M. y Sra. Rosa Torres O.

Realización de talleres: Se desarrolló de la siguiente manera:

a. Dinámica

Comida Favorita: nombre y apellido de los presentes, luego plato favorito, se sustituye el nombre por el plato y forma el plato con su apellido.

Ejercicio de atención, cabeza hombros piernas pies, piernas pies, ojos orejas boca nariz. Conforme se pronuncia se lleva las manos a cada uno de las partes nombradas; el ejercicio consiste en llevar las manos a otras partes distintas a las que se nombran.

b. Explicación sobre los alcances y objetivos de estos talleres

A los presentes en cada uno de los sectores, se les recuerda que el presente trabajo se inicia con la preocupación del personal operativo del dispensario y dirigentes sobre la incidencia que está alcanzando la Diabetes Mellitus en esta zona, por lo que en octubre del 2008 se presenta a las autoridades del Seguro Social Campesino un micro proyecto que tiene como finalidad disminuir la incidencia de esta enfermedad, para ello se ha coordinado y planificado con la directiva central, las directivas sectoriales, el personal operativo del dispensario y el alumno maestrante acciones en cada uno de los ocho sectores que conforman el dispensario de Sarayunga.

c. Encuesta sobre conocimiento de la Diabetes en la comunidad

Antes de exponerles sobre la Diabetes Mellitus, a los participantes en los talleres, se les aplicó una encuesta, para saber el grado de conocimiento que tienen sobre esta enfermedad; dicha encuesta está conformada por cuatro preguntas: ¿qué entiende por Diabetes?, ¿por qué nos da la Diabetes?, ¿cómo nos curamos de la Diabetes?, ¿tiene familiares con Diabetes?, las tres primeras son de carácter cualitativo, mientras que la última, es de tipo cuali-cuantitativa de la cual nos valemos para demostrar que un buen porcentaje de la población posee factores de riesgo genéticos (ver anexo 1).

Tabla 4. Distribución de los usuarios del Seguro Social Campesino según percepción sobre que entienden por diabetes

Sarayunga – 2009

Percepción sobre lo que entienden por diabetes	N°	%
Es una enfermedad incurable	78	44.08
Es por la presencia de azúcar en la sangre	40	22.60
Es enfermedad por la mala alimentación	21	11.86
Es por el estrés	6	3.39
Es enfermedad hereditaria	5	2.82
No saben	27	15.25
TOTAL	177	100.00

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por el autor

Evidenciamos que el 44,08% de las personas manifiesta que es una enfermedad incurable, maligna, mala, grave, causada por la falta de insulina y que se encuentra en el ambiente, además se vive con ella; un importante 22,60% relaciona a la diabetes con el azúcar en la sangre; un 11,86% atribuye a la mala alimentación, entendiendo a la ingesta de comida abundante en carbohidratos, grasas, frituras, entre otros; el 3,39% entiende que la diabetes es producida por el estado emocional de las personas; un 2,82% dice que es una enfermedad hereditaria; y por último un 15,25% no sabe o no contesta.

Tabla 5. Distribución de los usuarios del Seguro Social Campesino según percepción porqué se produce la diabetes

Sarayunga – 2009

Percepción del porqué nos da la diabetes	N°	%
Mala alimentación	130	73.45
Estrés	16	9.04
Hereditario	10	6.65
No sabe	21	11.86
TOTAL	177	100.00

Fuente: formularios de recolección de datos

Elaborado por el autor

Al preguntarles ¿por qué nos da la diabetes? el 73,45% de los encuestados, que represente la mayoría, nos dice que por mala alimentación, entendiéndose como la ingesta de alimentos con menos proteínas, grasas saturadas, harinas y más almidones; el 9,04% dice que nos da por el estado emocional o estrés; el 6,65% manifiesta que es hereditario y un 11,86% no sabe o no contesta.

Tabla 6. Distribución de los usuarios del Seguro Social Campesino según percepción de cómo se curan de la diabetes

Sarayunga – 2009

Percepción sobre cómo nos curamos de la diabetes	N°	%
Con control médico y medicamentos	71	40.11
Con dieta adecuada	29	16.38
Con medicina tradicional	28	15.82
Es enfermedad incurable	12	6.78
No saben	37	20.91
TOTAL	177	100.00

Fuente: formularios de recolección de datos

Elaborado por el autor

En esta pregunta la mayoría han expresado su criterio a cerca de ¿cómo se cura la diabetes; así, el 40.11% manifiesta que se hace con control médico y con medicamentos que recetan profesionales; el 16.38% con una dieta adecuada rica en verduras, hortalizas, evitando el consumo de grasas y azúcares; el 15.82% dice que lo hacen con medicina tradicional, bebiendo agua de alcachofa hervida 10 minutos cada vez que tenga sed, vegetales amargos, hieles de animales o aves, con aguas de verbena, chalaga y tiatina; en cambio el 6.78% manifiesta que es una enfermedad incurable y el 20.91% dijeron que no saben o no contestan.

Tabla 7. Distribución de los usuarios del Seguro Social Campesino según antecedentes familiares con diabetes

Sarayunga – 2009

Antecedentes familiares de diabetes	N°	%
Padres y hermanos	25	14.12
Abuelos, tíos, primos	14	7.91
Ninguno	138	77.97
TOTAL	177	100.00

Fuente: formularios de recolección de datos

Elaborado por el autor

Podemos apreciar que 25 personas manifiestan que sus familiares en primer grado de consanguinidad (padre, hermanos) son diabéticos, lo que representa el 14.12% de esta muestra; en tanto que 14 familiares en segundo grado de consanguinidad (Abuelos, tíos, primos) son diabéticos lo que representa el 7.91%; mientras 138 personas no tienen familiares con Diabetes, lo que significa el 77,97% del total encuestados.

Analizando y graficando por el lugar habitual de domicilio tenemos la siguiente tabla que nos da una visión minuciosa de la que sucede en cada uno de los sectores:

Tabla 8. Distribución de los usuarios del Seguro Social Campesino según antecedentes familiares con diabetes en su domicilio habitual Sarayunga-2009

Domicilio habitual	Sin antecedentes familiares	%	Con antecedentes familiares	%	Total Encuestas	Total %
Uzhcurrumi	16	9,04	5	2,82	21	11,86
Gramalote	6	3,39	2	1,13	8	4,52
Sta. Cecilia	30	16,95	1	0,56	31	17,51
Sarayunga	16	9,04	2	1,13	18	10,17
S. Sebastián	16	9,04	13	7,34	29	16,38
Yunga Corral	30	16,95	0	0,00	30	16,95
Galayacu	10	5,65	9	5,08	19	10,73
Casacay	14	7,91	7	3,95	21	11,86
TOTAL	138	77,97	39	22,03	177	100,00

Fuente: formularios de recolección de datos

Elaborado por el autor

Podemos apreciar que de la información recogida en las encuestas de conocimientos de Diabetes Mellitus, se desprende que, hay 39 de los 177 encuestados que tienen familiares con esta enfermedad, esto representa que el 22.03% de la población posee factores de riesgo hereditarios, para desarrollar Diabetes Mellitus.

d. Explicación sobre las técnicas participativas para trabajar en el diagnóstico Comunitario

A los presentes se les explicó que para iniciar un proyecto se debe partir de un diagnóstico en la comunidad, a fin de ubicarnos dentro del contexto, difundir nuestras fortalezas a las personas que nos visitan o que estudian nuestra realidad; además, descubrir nuestras debilidades, evidenciar nuestra producción de acuerdo con la época del año, descubrir nuestras enfermedades tanto en niños, adolescentes,

adultos y adultos mayores. Cómo está constituido el poder local, qué instituciones llegan al lugar y cómo aportan para nuestro desarrollo y buen vivir.

e. Trabajo en grupos sobre:

- Mapa parlante.

Los participantes en los grupos resaltan la vía principal, el río y el acceso al centro parroquial directa o indirectamente, instituciones u organizaciones que conforman la comunidad; así tenemos instituciones como: la escuela, el colegio en lugares donde existe, la iglesia, subcentro de salud, casa comunal, casa parroquial, junta de agua, el parque central o plaza, canchas deportivas, el cementerio; además, los servicios básicos como agua entubado o potable, energía eléctrica y su red desplegada en el lugar, letrinas o alcantarillado, según la infraestructura que han alcanzado. (Ver Gráfico 1)

Esta visión nos permite contar con un diagnóstico de las principales necesidades o fortalezas de la infraestructura sanitaria del lugar.

Gráfico 1. Mapa Parlante del sector Gramalote



Fuente: Talleres participativos

Elaborado por el autor

- Ciclo productivo.

Sarayunga y su área de influencia está conformada por la zona baja que comprende la costa y la zona alta las estibaciones de la cordillera occidental, de acuerdo con su ubicación varían los productos agrícolas, así tenemos:

Zona baja

Tabla 9. Ciclo productivo de la zona baja del dispensario Sarayunga durante el año

Mes	Clima	Productos	Donde venden	Ganancia
Ene	Lluvia	Crecimiento en proceso	Pasaje, Machala	Regular
Feb.	Lluvia	Crecimiento en proceso	Pasaje, Machala	Bueno
Mar.	Lluvia	Crecimiento en proceso	Pasaje, Machala	Bueno
Abr.	Poca lluvia	Cosecha. maíz. banano	Pasaje, Machala	Bueno
May.	Muy soleado	Naranjas. manz. Mandarina	Pasaje, Machala	Muy bueno
Jun.	Soleado	Naranjas. manz. Mandarina	Pasaje, Machala	Muy bueno
Jul.	Poca lluvia	Cosecha de caña y yuca	Pasaje, Machala	Regular
Ago.	Sombrío	Maíz. Banano, Cacao	Pasaje, Machala	Regular
Sep.	Sombrío	Producción cacao. Banano	Pasaje, Machala	Bueno
Oct.	Sombrío	Producción cacao. Banano	Pasaje, Machala	Muy bueno
Nov.	Soleado	Reposo	Machala	Regular
Dic.	soleado	Reposo	Machala	Regular

Fuente: Talleres participativos

Elaborado por el autor

Zona Alta

Tabla 10. Ciclo productivo de la zona alta del dispensario Sarayunga durante el año

Mes	Clima	Productos	Donde venden	Ganancia
Ene.	Mucha lluvia	Maíz	Pucará	Bueno
Feb.	Mucha lluvia	Maíz	Pucará	Regular
Mar.	Mucha lluvia	Maíz. Naranja, Caña	Pucará	Bueno
Abr.	Poca lluvia	Huerto	Pasaje	Bueno
May.	Lluvia regular	Naranja	Sta. Isabel	Bueno
Jun.	Lluvia regular	Maíz y naranja	Pucará	Muy bueno
Jul.	Soleado	Maíz naranja. banano	Pasaje	Bueno
Ago.	Soleado	Maíz y naranja	Pasaje	Regular
Sep.	Soleado	Naranja, mandarina, Limón	Pasaje	Bueno
Oct.	Soleado	Naranja, mandarina, Limón	Pasaje	Bueno
Nov.	Soleado	Naranja, mandarina, Limón	Pasaje	Bueno
Dic.	soleado	Naranja, mandarina, Limón	Pasaje	Bueno

Fuente: Talleres participativos

Elaborado por el autor

- Enfermedades presentes en la zona

A las enfermedades más frecuentes que se presentan durante los meses del año, se las identifica con nombres generales y propios del lugar, la medicina natural que utilizan y los fármacos que sin receta médica adquieren para suministrarse empíricamente.

Tabla 11. Ciclo de enfermedades estacionales presentes en la comunidad de Sarayunga durante el año

Mes	Clima	Enfermedad	Remedio Natural	Remedio Químico
Ene.	Invierno	Granos, sarpullido, alergia de la piel	Manzanilla. Tiatina	Suero. Ampibex Apronax
Feb.	Invierno	Dengue, Paludismo	Llantén	Cremas
Mar.	Invierno	Diarrea	Té. Mastrante	tetraciclina
Abr.	Lluvioso	Bronconeumonía		
May.	Verano	Fiebre, gripe, rasquiña	Sábila	Tempra
Jun.	Verano	Fríos, Tos, infecciones	Limón	Ampicilina
Jul.	Verano	Problemas respiratorios	Baraja	Apronax
Ago.	Verano y Vientos	Paperas, Sarampión Viruelas	Cola de caballo	
Sep.	Verano y Vientos	Infecciones intestinal y resfríos	Sauco	Lemon Flu
Oct.	Sombrío	Patada China, infección de la garganta	Gárgaras de matico	
Nov.	Lluvioso	Reumatismo	Matico. Nogal	Degrobión
Dic.	Invierno	Parásitos	Paico	Pádrax

Fuente: Talleres participativos

Elaborado por. El autor

- Enfermedades en, niños. adolescentes. adultos y adultos mayores

En los grupos se ha discutido, analizado, consensuado desde su visión sobre las enfermedades que la población siente en las distintas etapas de la vida.

Tabla 12. Enfermedades presentes en la comunidad de Sarayunga según grupo etario

Grupo Etario	Enfermedades prevalentes	Observación
NIÑOS (AS)	Parasitismo Gripes Varicela Bronquitis	
ADOLESCENTES	Anemia Paludismo	
ADULTOS	Diabetes Colesterol Artritis Presión Arterial	
ADULTO MAYOR	Diabetes Colesterol Cáncer de Próstata Cáncer de Útero	

Fuente: Talleres participativos

Elaborado por el autor

- Diagrama de Venn (corona de poder)

Se puede apreciar que en los sectores constituidos en parroquias, la organización más grande es la Junta Parroquial la cual abarca al total de la población, después vienen las organizaciones que se han constituido en base a un solo objetivo, esto es el comité de agua, luz, alcantarillado, de padres de familia tanto de escuela como de colegio; también se puede apreciar que al comité de afiliados al Seguro Social Campesino se lo considera como una organización dentro de su jurisdicción. Las organizaciones tienen su espacio y ejercen al interior de la

comunidad un poder dependiendo de su desenvolvimiento del número de socios, de sus actividades y la capacidad de gestión que tienen cada una de ellas (ver Gráfico 2).

Gráfico 2. Organizaciones existentes en Casacay hasta 2009



Fuente: Talleres participativos

Elaborado por el autor

- Diagrama de Venn (instituciones presentes en la comunidad).

Los grupos que realizaron este trabajo consideraron a las instituciones que apoyan el adelanto de su sector. La comunidad se representa con un círculo grande en el centro y otros círculos más pequeños para representar a las instituciones presentes. Dependiendo de la cercanía o no, es el compromiso de cada una de ellas: por

ejemplo, en la organización Casacay, las instituciones que están más comprometidas trabajando son los Ministerios de Educación y Salud, les sigue el Municipio de Pasaje y el Consejo Provincial de El Oro, luego el Seguro Social Campesino y continúan alejándose el Ministerio de Agricultura, el de Gobierno con la Tenencia Política, Fuerzas Armadas, el MIDUVI y el más lejano es la Empresa Eléctrica (pese a que la energía se encuentra en cada casa la administración y el contacto con la comunidad está muy distante).

Gráfico 3. Instituciones presentes en la comunidad de Casacay



Fuente: Talleres participativos

Elaborado por el autor

f. Plenaria para socializar experiencias y conocimientos

Cada grupo de acuerdo con lo que le tocó desarrollar presentó su exposición en una plenaria donde todos emitieron criterios reforzando los datos o aclarando algunas situaciones.

g. Presentación de un documento en Power Point sobre la Diabetes Mellitus (concepto, tipos, síntomas, complicaciones, como prevenir)

Una vez respondida la encuesta de conocimientos se procedió a presentarles un documento en Power Point sobre la Diabetes Mellitus (concepto, tipos, síntomas, complicaciones, cómo prevenir), esta presentación abrió el debate de todos los presentes, lo que permitió a los integrantes del equipo de salud ahí presentes, responder las inquietudes que se presentaron.

h. Trabajo en grupos

Luego de explicarles la metodología de trabajo se conformó grupos para que desarrollen dos temas: la ingesta de alimentos, pidiéndoles que grafiquen el número de comidas que han degustado el día anterior; y al otro grupo que grafique cómo prevenir la Diabetes Mellitus.

- Ingesta de alimentos

Tabla 13. Distribución de elementos de la dieta diaria en el desayuno, almuerzo y merienda de la población afiliada a Sarayunga en abril del 2009

Elementos de la dieta diaria	Desayuno N°	Almuerzo N°	Merienda N°	Total N°	%
Hidratos de Carbono, glúcidos negativos	43	31	36	110	41.67
Proteínas	19	25	24	68	25.76
Hidratos de Carbono, glúcidos positivos	6	18	7	31	11.74
Vitaminas y Minerales	13	17	17	47	17.8
Grasas	3	2	3	8	3.03
TOTAL	84	93	87	264	100

Fuente: Talleres participativos

Elaborado por el autor

Para clasificar los elementos de la dieta, se tomó como referencia el folleto “Consejos para una buena alimentación en la tercera edad” publicado en Cuenca-noviembre de 1995 por los estudiantes de Tecnología Médica en Nutrición y Dietética con la colaboración de la Lcda. Gisella Palacios y el Lcdo. Lauro Jadán, docentes de la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad de Cuenca. Esta categorización y codificación nos permitió identificar el grado de nutrición de los afiliados de esta zona; así tenemos que en sus comidas diarias ingieren; el 41,67% de hidratos de carbono glúcidos negativos (Alcohol, bebidas dulces, colas o sodas, azúcares, harinas refinadas, arroz preparado, mermeladas, pizzas, empanadas, entre otros); el 25,76% de proteínas; el 11,74% de hidratos de carbono glúcidos positivos; el 17,80% de vitaminas y minerales y el 3,03% de grasas.

Cabe señalar que los hidratos de carbono glúcidos negativos, corresponden al mayor porcentaje de ingesta de alimentos, los mismos que están compuestos por: los derivados de los cereales como tortillas de maíz, tortillas de harina, pan, galletas, pastas, fideo, entre otros; tubérculos como el camote, la papa y la yuca. Quedando identificado que el mayor porcentaje, esto es 41,67% de hidratos de carbono glúcidos negativos, ingieren cotidianamente, dándonos una pauta para demostrar que esta población tiene un factor de riesgo en su dieta diaria.

- Diagrama – como prevenir la Diabetes Mellitus

Se codificaron los diagramas dibujados por cada grupo, tomando como referencia la tabla regional de los grupos o categorías de alimentos publicados por la FAO/LATINFOODS 2002 y por actividades y costumbres en otras, poniendo en orden de importancia de acuerdo a lo manifestado por los participantes en los talleres, estas variables son:

Medicina tradicional

La más aplicada para prevenir la Diabetes Mellitus; así tenemos que dicen, hay que tomar aguas de plantas medicinales como la chaya, insulina 2 a 3 veces al día, llantén, manzanilla, toronjil, hierba luisa, Noni, complementan con cola de caballo, jugos de papaya, de naranja y zanahoria 3 veces al día en las comidas, además matico, hierva del infante, tiatina y jugo de limón.

Ejercicios

Luego en frecuencia está practicar ejercicios, como correr, caminar, fútbol, indor, ecua vóley y natación.

Verduras, hortalizas y derivados

Luego recomiendan la alimentación con nabos, lechuga, zanahoria, tomate, cebolla, col, banano, brócoli, acelgas y granos tiernos como choclo, fréjol, haba, arveja.

Malos hábitos alimenticios

En sus diagramas dibujan los alimentos y productos que son dañinos para la salud, así tenemos: no beber colas, cerveza, alcohol, no fumar, no comer harinas, frituras, salchipapas, no consumir mucha azúcar, yuca, aguacate y pescado frito.

Frutas y derivados

Comer frutas: uva, banano, pera, papaya, mandarina, manzanas, naranja, piña, sandía, melón, zapote, zambo y zapallo.

Promoción de la salud

Se contempla como promoción de la salud la asistencia a talleres, charlas relacionadas con la Diabetes, además nutrirse de conocimientos acerca de esta enfermedad a través del club de diabéticos.

Buenos hábitos alimenticios

Parte de estos buenos hábitos es tener una dieta ordenada con comidas naturales, consumiendo lo menos posible carbohidratos.

Grasas y aceites

Evitar consumir alimentos con grasas saturadas.

Control de la salud

Visitar un subcentro para un chequeo médico cada seis meses o una vez al año, si hay factores de riesgo.

Proteínas, vitaminas y minerales

Dentro de la dieta diaria se debe consumir productos criollos como huevos, leche, queso y mariscos como el pescado, cangrejo.

Dieta balanceada

Que contenga arroz, carne, lechuga, fréjol, mote, choclo, naranja, nabo, zanahoria, guineo, acelga, ensaladas, pescado y jugos naturales.

Hidratos de carbono, glúcidos negativos

No comer harinas, pan, fideo, galletas, cola, Fresco Solo.

- i. Plenaria para socializar experiencias y conocimientos

En cada uno de los ocho sectores, para culminar los talleres y luego de los trabajos en grupos, se realizó una plenaria para exponer las ideas que han plasmado en papelotes, dibujado en unos casos o escritos en otros, con sus respectivas experiencias y conocimientos consensuados, un ejemplo del trabajo en grupo lo vemos en el siguiente gráfico.

Gráfico 4. Participación Comunitaria en talleres de trabajo en el dispensario del Seguro Social Campesino de Sarayunga durante el mes de abril 2009



Fuente: Talleres participativos

Elaborado por el autor

j. Exámenes para medir el grado de glucosa en la sangre

Luego de culminar con el taller se realizaron los exámenes para medir el nivel de glucosa y determinar los rangos en los asistentes a los talleres, para el efecto se contó con un glucómetro, lancetas y tiras reactivas; se realizó exámenes a 196 personas quienes se encuentran registradas en los anexos del 3 al 10 que corresponden a los ocho sectores del dispensario Sarayunga, luego de revisado los valores en los registros, presentamos la siguiente tabla:

Tabla 14. Distribución de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según lugar de residencia habitual. Sarayunga 2009

Lugar de Residencia habitual	valores altos		valores normales		Total	
	No	%	No	%	No	%
Uzhcurrumi	5	2.55	30	15.31	35	17.86
Gramalote	1	0.51	24	12.24	25	12.76
Santa Cecilia	3	1.53	19	9.69	22	11.22
Sarayunga	5	2.55	9	4.59	14	7.14
San Sebastián	11	5.61	9	4.59	20	10.20
Yunga Corral	1	0.51	14	7.14	15	7.65
Galayacu	11	5.61	27	13.78	38	19.39
Casacay	2	1.02	25	12.76	27	13.78
TOTAL	39	19.9	157	80.1	196	100.00

Fuente: formularios de recolección de datos

Elaborado por el autor

Los exámenes que se realizaron en estos talleres a lo largo de 8 días fueron dirigidos a personas entre los 22 y 85 años de edad, en horas de la tarde después del almuerzo, motivo por el cual se toma como referente el valor de 140 mg/dl para determinar a las personas con valores altos y valores normales.

De igual manera se analizó a la población con Diabetes Mellitus de acuerdo con el grupo etario.

Tabla 15. Distribución de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según grupo etario. Sarayunga 2009

Grupo etario (años)	N°	%
<40 años	6	15.38
40 - 64 años	20	51.28
≥ 65 años	13	33.33
Total	39	100.00

Fuente: formularios de recolección de datos

Elaborado por el autor

Se puede apreciar que la distribución de pacientes con diabetes Mellitus mayoritariamente corresponde a las edades entre los 40 y 64 años de edad con el 51,28%; le sigue los mayores a 65 años con el 33,33% y corresponde al 15,38% a las personas menores de 40 años que ya es preocupante.

5.2 Elaboración y Socialización del Programa para la Prevención de la Diabetes Mellitus

La elaboración del programa es el producto de la sistematización de los talleres y la opinión del personal operativo del dispensario de Sarayunga. Para la socialización se trabajó en un micro proyecto que se discutió y se programó con el personal operativo, con la directiva central del dispensario Sarayunga y con las directivas de cada uno de los ocho sectores existentes (ver anexo 2), el mismo que se presentó el primer trimestre del año 2009 a la Subdirección del Seguro Social Campesino de la provincia del Azuay para su aprobación, ya que la unidad depende administrativamente y requiere justificar el tiempo que va a permanecer fuera de la unidad operativa con las organizaciones.

5.3 Propuesta para fortalecer la salud en el dispensario del Seguro Social Campesino de Sarayunga

Con base en los puntos anteriores, presentamos nuestra propuesta la cual ha sido sistematizada de la siguiente manera:

PROGRAMA PARTICIPATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS EN EL ÁREA DE INFLUENCIA DEL DISPENSARIO DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE SARAYUNGA

5.3.1 Introducción

El presente trabajo pretende llegar a las personas con menos posibilidades de acceder a los servicios de salud, no solamente como un producto novedoso sino que les ayude a comprender cómo se puede recuperar la salud, no como un elemento aislado sino como un proceso sistémico de bienestar total. También se presenta como una estructura a seguir en la prevención de la Diabetes Mellitus que necesita del concurso de todos los habitantes del sector para superar esta patología que implica cambios de estilos de vida, hábitos alimenticios, modo de vivir con la naturaleza y el medio ambiente.

La intervención de este programa se desarrollará en el dispensario del Seguro Social Campesino de Sarayunga y su área de influencia que comprende las organizaciones de: Sarayunga, San Sebastián, Gramalote, Santa Cecilia y Yunga Corral en la provincia del Azuay y Uzhcurrumi, Galayacu y Casacay en la Provincia de El Oro, cubre un total de 636 familias que representan a 2.722 persona afiliadas.

Esta población ha colaborado en la primera etapa del Programa Participativo para la prevención de la Diabetes Mellitus, en la fase del diagnóstico y conocimiento de esta enfermedad y fruto de estos eventos se ha evidenciado que la mayoría de la población desconoce los peligros y los efectos que produce esta enfermedad, lo asocian con el cáncer y la leucemia; de su prevención y tratamiento los hacen responsables únicamente al equipo de salud pero que paralelamente pueden también tener acceso a la medicina natural sin ningún control, mezclando tratamientos de enfermedades frías, enfermedades calientes y de amores (tristes y alegres), porque se dice, en el argot popular, “si no me hace bien, tampoco me hace mal”.

Siendo la Diabetes Mellitus una enfermedad que está presente en esta comunidad y que preocupa a propios y extraños, hay que plantear soluciones que lleven a dar respuesta desde lo conceptual para entender si es provocada por factores de riesgo genético o por factores ambientales, alimenticios, sociales; pero en todo caso hay

que atacar el problema de modo práctico, conceptual, vivencial y, sobre todo, con el compromiso de la propia comunidad, que debe dar cuenta de la situación epidemiológica, sin depender de los protocolos de las instituciones presentes en la zona; tiene que ser empírica, no de empirismo sino de la cercanía a la realidad, al proceso salud-enfermedad que se vive en el dispensario de Sarayunga y su área de influencia. Tiene que ser ecléctica pues debe moverse con libertad entre las distintas teorías y asumir una posición pluriparadigmática que le permita interpretar mejor las dificultades de su población con la cual trabaja sin prejuicios ni ataduras, distintas de la mejor comprensión de los procesos sociales, y tiene que ser como ya habíamos dicho comprometida con las transformaciones sociales, cualesquiera sea el signo que tenga pues ante una sociedad de crecientes desigualdades e iniquidades en la salud y la enfermedad, la Sociología de la Salud no puede ser sinvergüenza o un adorno.

5.3.2 *Objetivos*

5.3.2.1 *General:*

Incidir en la morbilidad y mortalidad de los habitantes de Sarayunga y su área de influencia, para la reducir las estadísticas de Diabetes.

5.3.2.2 *Específicos:*

- Participar con los actores (afiliados, personal operativo, diabéticos) en la ejecución y evaluación del programa de prevención de la Diabetes Mellitus.
- Motivar a los usuarios del SSC y público en general a conocer más de cerca a la Diabetes Mellitus con el fin de prevenir y evitar complicaciones.
- Impulsar y apoyar al club de Diabéticos.
- Coordinar con instituciones acciones de prevención de la Diabetes Mellitus y promoción de la salud para fortalecer el programa.

- Detectar nuevos casos en los afiliados mayores de 40 años, hasta el segundo trimestre del 2009.
- Contar con una base de datos hasta el Segundo trimestre del 2009 sobre prevalencia de la Diabetes Mellitus.
- Promocionar el programa de prevención de la Diabetes Mellitus durante el segundo semestre del 2009.
- Conocer la dieta adecuada para vivir con Diabetes Mellitus.
- Monitorear el avance de la programación durante el proceso.
- Evaluar al fin de año los logros alcanzados.

5.3.3 Contenidos del Programa

La organización de los afiliados al Seguro Social Campesino es de vital importancia para el sostenimiento del presente programa, pues ello implica programar, socializar y ejecutar acciones tendientes a prevenir la Diabetes Mellitus con participación de todos los actores. Se tendrá en cuenta las tres etapas de la prevención, atacando siempre los factores de riesgo prevenibles, poniendo énfasis en los estilos de vida y hábitos alimenticios, esta temática será de ida y vuelta, es decir, un proceso de enseñanza-aprendizaje, en donde todos aprendamos a “vivir sanos con Diabetes”.

5.3.4 Contenidos Conceptuales

Son los conocimientos sobre la Diabetes Mellitus en cuanto a su desarrollo como una enfermedad crónica degenerativa que encontramos en los protocolos, textos, estudios e investigaciones sobre el tema; además, tenemos que incidir en los factores de riesgo prevenibles para que las consecuencias no lleguen o retarden su aparición, es decir, procesos de causa-efecto; de los resultados obtenidos en la aplicación del programa se sistematizará para luego entrar en un proceso de reconceptualización y generar teoría.

Entre las complicaciones que se observan en los pacientes mal controlados, se encuentran lesiones:

- Oftalmológicas.
- Renales.
- Cardiacas.
- Vasculares periféricas.
- Neurológicas.
- Dérmicas.
- En pies.
- Dentales. entre las principales.

En algunos casos se presentan estas lesiones al diagnóstico de la Diabetes Mellitus, lo cual demuestra que esas personas han pasado mucho tiempo con niveles altos de glucosa, debido a que los síntomas no son tomados con importancia.

5.3.5 Contenido procedimentales

Entre las actividades que vamos a desarrollar está la planificación y la ejecución de talleres de prevención de la diabetes con participación y compromiso de un número cada vez mayor del club de diabéticos, sus familiares y público en general; también intervienen los facilitadores para desarrollar sus temáticas.

5.3.6 Contenidos actitudinales

Son aquellas acciones que forman a una persona en valores y compromisos que se plasman en el respeto a la discrepancia y en la responsabilidad con que se desarrollan encargos a él encomendados, tales como desarrollar una actitud cooperativa y participativa como medio de expresión y convivencia.

5.3.7 Diseño de actividades

Las acciones a desarrollarse para alcanzar los objetivos propuestos son:

- Reuniones con dirigentes centrales y de cada uno de los sectores para plantear el cronograma a seguir.
- Programar con el Club de Diabéticos las acciones a desarrollarse durante el presente año.
- Asambleas generales para la socialización del programa.
- Charlas, talleres de capacitación para Diabéticos, sus familiares y personas con factores de riesgo.
- Capacitación sobre la prevención de la DM en las 3 etapas: primera o de menor riesgo, segunda o pre diabética; y, tercera de tratamiento, control y prevención.
- Seguimiento al tratamiento de la Diabetes Mellitus.
- Gestiones interinstitucionales para la consecución de facilitadores.
- Gestión interinstitucional para conseguir equipo de proyección.
- Gestión interinstitucional para conseguir financiamiento económico.
- Elaboración de material didáctico y audiovisual sobre la Diabetes Mellitus.
- Autogestión para gastos de logística.

Actividades prioritarias:

Fortalecimiento del club o grupo de Diabéticos.

- Charlas con expertos sobre la enfermedad.
- Testimonios y vivencias de enfermos con DM.
- Educación a familiares de DM.
- Material didáctico sobre la DM.
- Difusión del material de la DM.

5.3.8 *Criterios básicos*

- a. Desarrollo de los distintos tipos de contenido del área de una manera interrelacionada

La prevención está enfocada a informar qué es la Diabetes Mellitus, tipos, signos y síntomas, las causas y los factores de riesgo, los efectos que tiene cuando nos agravamos, el control y la prevención; estos contenidos se darán a conocer en forma secuencial a fin de conocer paulatinamente e ir tomando acciones. La nutrición también juega un papel importante ya que los hábitos alimenticios son un complemento en el tratamiento y la prevención.

- b. Disfrutando y aprendiendo

Conociendo la secuencia de la enfermedad, los participantes tendrán la opción de reflexionar ante los hechos y tomar conciencia del peligro al que están expuestos al momento de tener diabetes; de igual forma al participar en prácticas culinarias, en la preparación y degustación, para una mejor alimentación.

- c. Familiarización del afiliado y su entorno

Una vez que tengan conocimiento de los peligros que encierra no controlarse de la diabetes, el receptor se familiarizará con las prácticas y podrán reproducir dicho conocimiento en sus vivencias el hogar, el grupo y su comunidad.

- d. Conocimientos previos del afiliado

Según el diagnóstico realizado, se pudo apreciar que es un porcentaje menor que tienen conocimiento de la Diabetes, inclusive los enfermos no tienen claro qué es esta patología, cómo se adquiere, cuáles son las secuelas y cómo es el tratamiento completo. Se puede decir que la poca información que manejan nos va a servir de base para potenciar sus capacidades.

e. Regulación del ritmo de ejecución y aprendizaje propio de cada afiliado

El proceso de enseñanza-aprendizaje nos permitirá adquirir conocimientos para formarnos como promotores de la salud capaces de armar un proyecto de prevención de enfermedades que sea sostenible dentro de las organizaciones permanentes del Seguro Social Campesino y actuar como apoyo del personal operativo y sobre todo en el buen vivir de los habitantes del lugar.

f. Coherencia interna

Este Programa está planificado para que cada uno de los miembros del Club de Diabéticos de acuerdo con su capacitación y experiencia, esten en condiciones de tomar el lugar de los facilitadores y explicar incluso la evolución de su propia enfermedad, es decir, que los contenidos de los talleres son muy claros y precisos al momento de explicarlos.

g. Abarcar todas la posibles formas de agrupamiento de los afiliados

Primeramente con las ocho organizaciones afiliadas al dispensario del Seguro Social Campesino que son: Sarayunga, San Sebastián, Gramalote, Santa Cecilia y Yunga Corral en el cantón Pucará, provincia del Azuay y Uzhcurrumi, Galayacu y Casacay pertenecientes a la provincia de El Oro, cantón Pasaje; a estas organizaciones se irán integrando muchas más, como por ejemplo San Rafael de Sharug, Cerro Negro, la Playa en la provincia del Azuay y Pitahiña, Abañin, Algodonal, Dalizha entre otras en la provincia de El Oro.

5.3.9 Diferentes tipos de actividades

Todas las actividades planteadas están encaminadas en doble sentido, uno de enseñanza y otro de aprendizaje, pues no solamente enseñamos sino que aprendemos de vivencias y tratamientos que permanecen ocultos a veces por temor a decir y otras porque creen que no es el lugar indicado.

5.3.10 Metodología de los talleres

- Dinámicas.
- Explicación sobre los alcances y objetivos de estos talleres.
- Encuesta sobre conocimientos de Diabetes en la comunidad.
- Explicación sobre diagnóstico comunitario participativo, su metodología.
- Trabajo en grupos sobre:
 - Mapa parlante.
 - Ciclo productivo.
 - Enfermedades presentes en la zona.
 - Enfermedades en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.
 - Diagrama de Venn (corona de poder).
 - Diagrama de Venn (instituciones presentes en la comunidad).
 - Plenaria para socializar experiencias y conocimientos.
 - Presentación de un documento en Power Point sobre la Diabetes Mellitus (concepto, tipos, síntomas, complicaciones, cómo prevenir).
 - Trabajo en grupos sobre:
 - Ingesta de alimentos.
 - Diagrama – cómo prevenir la Diabetes Mellitus.
 - Plenaria para socializar experiencias y conocimientos.
 - Exámenes para medir el nivel de glucosa en la sangre, se les realizará con un glucómetro, lancetas y tiras reactivas que se realizará a:
 - Pacientes con factores de riesgo.

- Todos los voluntarios.

5.3.11 Recursos Didácticos: Tecnología

a) Según el origen

Humanos: Médico tratante, auxiliar de enfermería del dispensario, dirigentes y afiliados de las comunidades de Sarayunga, San Sebastián, Gramalote, Santa Cecilia, Yunga Corral, Uzhcurrumi, Galayacu, Casacay e investigador social.

Materiales: Planta física, muebles y enseres, papelógrafo, papel periódico, marcadores, proyector de imágenes, memoria extraíble.

b) Según los objetivos

Recursos para informar: estimular la participación, análisis de la realidad, entretenerse en la crítica, reflexionar sobre personas con discapacidades que pueden hacer grandes cosas.

Para crear interrogantes: lluvia de ideas sobre la realidad local, nacional e internacional, además reunión con grupos opuestos por ejemplo en edad, en sexo, entre otros.

Acrecentar la creatividad, presentando dinámicas activas de reflexión, de introducción, de esparcimiento, presentación de sociodramas, mímica, etc.

c) Secuenciación

Esto tiene que ver el equipo organizador de este Programa (personal operativo, club de diabéticos, dirigentes e investigador social), dependiendo de los resultados esperados y la respuesta de los afiliados y público en general.

d) Evaluación

▪ Principales elementos que deben ser evaluados

La evaluación es un proceso continuo, por lo tanto, tiene que estar presente en todas las etapas del proyecto dejando claro y explícito qué elementos se van a evaluar en cada fase y cómo se realizará.

▪ Objetivos de la evaluación

Este estudio pretende comparar los objetivos con los resultados y hacer los ajustes necesarios en el camino o tomarlos en cuenta para presentarlos como conclusión.

5.3.12 Resultados esperados

- Este compendio servirá de guía para nuevos estudios y de base para nuevas investigaciones con esta óptica.
- Disminuir la incidencia de la Diabetes Mellitus en los habitantes del dispensario de Sarayunga y su área de influencia.
- Contribuir con una propuesta teórico-metodológica para fortalecer la salud que nos permita manejar elementos normativos y estratégicos con perspectiva social.
- Incluir en la prestación de prevención de las enfermedades la vigilancia epidemiológica de la Diabetes Mellitus.
- Evitar las complicaciones de la Diabetes.
- Reducir el riesgo de las enfermedades que desencadena la Diabetes Mellitus.
- Controlar los niveles de glucosa en la sangre.
- Promover hábitos alimenticios saludables a través de la implementación de huertos familiares de legumbres y hortalizas, cultivados de una manera orgánica.

- Proponer a las autoridades del Seguro Social Campesino elevar a prestación la prevención de enfermedades crónicas degenerativas como la Diabetes Mellitus para realizar monitoreo en enfermos y seguimiento en personas con factores de riesgo.
- Investigar sobre las facultades curativas de productos naturales de la zona y socializar sus propiedades.

CAPITULO VI

6 DISCUSIÓN

6.1 Promoción de la salud

Para hablar y analizar la promoción de salud, debemos referirnos necesariamente al modelo propuesto por el Dr. Mark Lalonde sobre los cuatro grandes determinantes de la salud que hoy son aceptados en todo el mundo, siendo los siguientes:

- 6.1.1 Se admiten **factores biológicos, de naturaleza hereditaria o genética**, que afectan la salud pero que no pueden, en ninguna medida, alterarse, entre los que se incluyen: el sexo, la edad, la raza, ciertos rasgos físicos y metabólicos, entre otros.
- 6.1.2 También se reconocen **factores ambientales**, sociales, económicos, culturales y físicos; los cuales si bien pueden alterarse, su modificación es difícil y depende de fenómenos colectivos o naturales de gran magnitud.
- 6.1.3 Otros son los **factores relacionados con los servicios de salud**: calidad, accesibilidad, diversidad, tecnología y oportunidad, entre otros. Estos en cierta forma son parte del entorno social y económico de los individuos.
- 6.1.4 **Por último, están los factores del estilo de vida**, los cuales son imputables al individuo, a su libre albedrío, su forma particular de decidir sobre su propia vida cotidiana: la actividad física, alimentación, recreación, forma de pensar y hábitos.

De la investigación realizada podemos decir que la naturaleza hereditaria o genética en los habitantes del sector de Sarayunga y su área de influencia no se

puede alterar, pero se puede conseguir que se retarde la aparición de la Diabetes Mellitus al intervenir en los factores de riesgo desencadenantes.

Los factores ambientales se han visto limitados por falta de intervenciones de los organismos prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados; así tenemos que el Seguro Social Campesino (SSC), institución pública presente en la zona, no está trabajando en este ámbito, para comprobarlo y demostrarlo hemos planteado algunas interrogantes:

- ¿Tiene en su normativa la promoción de la salud?
- ¿Tiene dentro de sus políticas, una que esté encaminada a la promoción de la salud?
- ¿Aplica algún modelo de atención en promoción de la salud?
- ¿El personal operativo está interviniendo en acciones de promoción de la salud de manera estructurada en todas las unidades operativas?
- ¿Se cuenta con indicadores para medir la entrega de la prestación en promoción de la salud?
- ¿Cuenta con un sistema de evaluación para medir la satisfacción del usuario en la entrega de la prestación promoción de la salud?

Al analizar cada una, vemos que en la Ley 55-2001 del IESS, en su Art. 130 dice: “Las prestaciones de salud y enfermedad que ofrecerá el Seguro Social Campesino a la población rural, comprenderá acciones de promoción de la salud...”, encontramos entonces que la Institución está obligada mediante ley a ofrecer acciones de Promoción de la Salud, sin embargo, en la práctica no se cumple.

El Autor, al ser un funcionario del Seguro Social Campesino y estar involucrado como profesional que operativiza las prestaciones hacia los usuarios y analizando

el Plan Operativo Anual (POA) 2009 de la Subdirección provincial del Azuay, determina que no existen políticas zonales de promoción de la salud contempladas en este instrumento de trabajo, mucho menos existen intervenciones o algún modelo de promoción de la salud encaminado a cumplir con el mandato legal.

En lo que respecta al ámbito zonal (las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago) el personal operativo en las unidades de Salud, por disposición expresa del Subdirector (jefe zonal), realiza únicamente actividades de diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Al no existir un modelo, ni intervenciones en promoción de salud, el SSC, carece de indicadores para medir la entrega de prestación y para evaluarlo.

En tal virtud se hace necesario mirar a la promoción de la salud en el SSC como una prestación que debe ser instituida por parte de las autoridades de turno, por ser una prioridad mundial para garantizar un estado de bienestar, una mejor calidad de vida, el disfrute de la plena expresión del desarrollo humano y hacia el más alto nivel de salud posible en sus afiliados que son la razón de ser de la Institución y a quienes tienen que ir encaminados todos los esfuerzos.

6.2 Participación Comunitaria

La participación hace referencia a la toma de decisiones que una comunidad comparte con todos sus miembros, esta no es por consulta o colaboraciones sino de forma total; es a su vez una parte esencial de todas las sociedades humanas que al interior está formada por personas con experiencia y otros que van aprendiendo de los demás a través de sus prácticas, de la gestión participativa; es decir, la participación como método efectivo para desarrollar sus capacidades, siendo ésta una tarea de todos.

La expresión, participación comunitaria, no debe ser usada, aquí, como el equivalente de la colaboración comunitaria o la consulta a la comunidad, como

equivocadamente hacen muchas organizaciones de ayuda al desarrollo. Participación, aquí, significa intervención en la toma de decisiones, el control, la coordinación y la responsabilidad social.

Se entiende por participación, la intervención de todos los miembros de una comunidad en la discusión, análisis y toma de sus decisiones, no obstante, una de sus debilidades es que no es igualitaria; algunos en mayor o menor grado están involucrados, dependiendo del escalón en el que esté ubicado en su comunidad; si es en la base, le será más difícil participar en la toma de decisiones, pero si está en la dirigencia, su participación será más notoria y de fácil toma de decisiones pues como dirigente tiene esa ventaja.

La participación comunitaria en el área de salud deja mucho que decir, ya que fue considerada muy importante dentro de las políticas desarrollistas pero no pasó de ser un apoyo necesario para la producción y desarrollo de la industria pues estuvo destinado a legitimar el proceso de formación de élites y de utilización de personas como “herramientas” para el desarrollo; es decir, que dentro de esas políticas la “participación es asumida como un bien en sí mismo y no como un camino para que se obtengan resultados que se convengan más con los intereses de los actores envueltos en el proceso”. La sociedad dominante que siempre responde a intereses de la clase social a la que representa, en ningún momento contribuirá a la participación comunitaria sino que buscará crear espacios de participación desde un punto de vista utilitarista. La salud y sus formas de atención han sido implementadas por personas e instituciones que no conocen las realidades de la comunidad, lo cual lleva a que estos servicios no tengan aceptación y no cumplan con sus objetivos, ya que la población al no intervenir en ello le resta efectividad a los esfuerzos que se hagan por garantizar la salud de los habitantes.

El proceso de Participación Comunitaria en la zona de Sarayunga y su área de influencia nos demuestra el involucramiento que cada uno de los afiliados han

tenido. Si hablamos de la participación comunitaria de las bases podemos demostrar que han estado presentes en los talleres con 353 personas que representan a igual número de familias; a nivel de directivos de cada organización, podemos decir que el 100% han estado presente en las etapas de toma de decisiones conjuntamente con el personal operativo y administrativo del Seguro Social Campesino, en el análisis, programación, elaboración de micro proyecto y cronograma de actividades; ejecución del diagnóstico y talleres para recabar información para elaborar el programa de prevención de la Diabetes Mellitus; en el control y desempeño de las actividades programadas en los ocho sectores; en la coordinación con instituciones públicas y privadas para el mantenimiento y equipamiento del dispensario de Sarayunga así como insumos médicos, odontológicos y sobre todo; para cubrir con los gastos de un profesional en el laboratorio, para beneficio de afiliados y público en general del lugar.

En lo relacionado a la organización social está amalgamada en una directiva principal que resulta de ser escogida de entre ocho directorios sectoriales que representan a la población afiliada al programa del Seguro Social Campesino y que se ha constituido en el pilar principal para el desarrollo comunitario de esta zona.

La participación en salud está claramente dividida por las dos corrientes, la medicina natural, casera o informal, con la medicina química o formal; la primera tiene más participación porque familiares, amistades, vecinos y demás personas informales discuten, analizan y llegan a consensos empíricos para la aplicación de un medicamento en general; esta práctica es muy común y válida para todos sus habitantes, sin subestimar el grado de escolaridad o su estatus frente a los demás. En tanto que en la segunda, su participación es limitada ya que al no manejar fórmulas ni elementos teórico-prácticos se ven limitados en participar en la prevención de sus propias enfermedades.

Si decimos teóricamente que la participación esta estrechamente ligada con los intereses que los integrantes de una comunidad tengan, nos atañe involucrar a toda

la población a conocer, analizar y reflexionar sobre cada una de las patologías prevalentes en la zona y principalmente en la Diabetes Mellitus: estar al tanto de su historia, sus signos y síntomas, sus factores de riesgo y porqué se presentan, para provocar el empoderamiento de sus propias enfermedades, pues creemos que la participación en salud está estrechamente ligada con el conocimiento que tengan o no de los componentes de la salud-enfermedad.

6.3 Diagnóstico participativo de salud

Para esta investigación se toma como base el Diagnóstico Rural Rápido que lo impulsó Robert Chambers, del Institute of Development Studies de la Universidad de Sussex, Inglaterra. (DRP-1997), siguiendo cinco corrientes que sirvieron de base para su alumbramiento:

- a) *La investigación-acción participativa (IAP)*, que nace de las propuestas del pedagogo brasileño Paulo Freire con su obra '*Pedagogía de los oprimidos*' de 1968, así como de la experiencia de la educación popular en la concienciación de los movimientos populares en América Latina.
- b) El *Análisis de Sistemas Agroecológicos* desarrollado en la Universidad de Chiang Mai, Tailandia, a finales de los 70, que aportó al DRP diversas técnicas propias de las ciencias medioambientales.
- c) La *Antropología Social Aplicada* que en los 80 aportó a los estudios, diversas ideas, enfoques y métodos, entre los que destacan la estimación de la riqueza y la validez del conocimiento de la población rural.
- d) *La investigación de sistemas agrícolas de campo*. La investigación sobre los sistemas agrícolas pretendía comprender la complejidad de éstos, aunque a veces se veía dificultada por la prolijidad de sus mediciones cuantitativas.

e) *El diagnóstico rural rápido* es un método que atribuye importancia a los conocimientos de la población local y que se orienta a obtener información de ésta pero sin propiciar su participación activa en los proyectos de desarrollo.

En este sentido, el DRP y el resto de los enfoques participativos han sido objeto de una creciente atención y aplicación por parte de ONG, gobiernos y agencias multilaterales, no sólo por su utilidad de cara a promover la participación y el empoderamiento, sino también porque favorecen la eficiencia y la sostenibilidad de los proyectos.

Aplicando esta metodología en el dispensario de Sarayunga y su área de influencia, los resultados han sido favorables, pues se ha generado la participación total de los presentes a los talleres, mediante técnicas que permiten involucrar a todos por igual; así, las personas con distinto grado de educación, cultura, raza, credo, etc., generan su propia información extrayendo de sus vivencias, experiencias, conocimientos, concretados mediante símbolos comprensibles para todos.

También, nos ha permitido la participación de la población y el involucramiento, iniciando con la programación y la respuesta a una encuesta de conocimiento sobre la Diabetes Mellitus, en los talleres estará su experiencia al dibujar su dieta diaria, el ciclo productivo de sus cultivos, las enfermedades más comunes de acuerdo con la época, y en los exámenes de sangre para medir el nivel de la glucosa. Esta información nos ha permitido recopilar algunos resultados acerca de:

6.3.1 Encuesta de conocimiento sobre la Diabetes Mellitus

Para conocer el grado de comprensión sobre la Diabetes Mellitus en los afiliados del Seguro Social Campesino del dispensario Sarayunga y su área de influencia se realizó una encuesta muy sencilla, preguntándoles ¿qué entiende por Diabetes?, ¿por qué nos da la Diabetes?, ¿cómo nos curamos de la Diabetes?, y por último

¿tiene familiares con Diabetes?. Las tres primeras preguntas son cualitativas y la cuarta es cuali-cuantitativa:

En la primera pregunta, casi todas las personas conocen o han oído hablar de la Diabetes, unos por ser portadores, otros porque sus familiares la padecen y otros porque han oído hablar ya sea en la calle, grupo de amigos o vecinos; la mayoría de los encuestados dicen que es una enfermedad incurable y sólo pueden vivir con tratamiento, con medicamentos y dieta; enfermedad que puede tener toda la familia porque es hereditaria, es decir tienen un buen grado de conocimiento.

Sobre la pregunta dos, ¿por qué nos da la Diabetes?, las respuestas son variadas: por la mala alimentación al ingerir grasas, harinas, colas, arroz, exceso de azúcar y sal; tiene que ver con el azúcar y los dulces y producto de estos hábitos la sangre se vuelve espesa; por la herencia y es de tipo metabólico; además, por mucho sufrimiento, se acumula azúcar en la sangre por no cuidarnos nosotros mismos, por no hacer ejercicios y consumir alimentos pobres en proteínas. Un importante número de personas desconoce porqué nos da la Diabetes.

En la tercera pregunta ¿cómo nos curamos de la Diabetes?, manifiestan que no hay remedio, sólo con un buen tratamiento médico y control de alimentos, con dieta rigurosa a base de frutas y hortalizas sin aceite, no comer dulces, caramelos, colas, fideo; con medicamentos, insulina, pastillas; además, previniendo con medicina casera, remedios vegetales, agua de la insulina, zumo de pepino, tomate y pedacitos de pimiento, tomar alcachofa hervida 10 minutos cada vez que tenga sed; también se debe comer legumbres y granos tiernos, con vegetales amargos y hieles de animales, con verbena, con chalaga y tiatina; se cura tomando una copa de orina por las mañanas, nos curamos con alimentos sanos; al igual que en las otras preguntas un importante número de personas desconoce cómo nos curamos de la diabetes.

En la cuarta pregunta, se desprende que 39 de los 177 encuestados han respondido que tiene familiares con esta enfermedad, lo que se determina que el 22,03% de la

población encuestada posee factores de riesgo genético para desarrollar la Diabetes Mellitus tipo 2.

6.3.2 Ingesta de alimentos

Con esta variable se demostró los hábitos alimenticios que son factores de riesgo prevenibles para adquirir la Diabetes Mellitus.

De los datos recogidos en estos talleres, podemos colegir que los hábitos alimenticios de los habitantes de esta zona están compuestos de la siguiente manera: el 41,67% ingiere hidratos de carbono o glúcidos negativos y que corresponde a las harinas refinadas, bebidas dulces (colas), pasteles, golosinas, que son un factor de riesgo para la Diabetes Mellitus; el 25,76% de proteínas; el 17,80% vitaminas y minerales; el 11,74% hidratos de carbono o glúcidos positivos y el 3,03% grasas.

6.3.3 Niveles de glucosa

Podemos decir que 196 personas pertenecientes a las ocho organizaciones se han practicado un examen de sangre para medir el nivel de glucosa, se ha registrado a 39 con niveles altos de glucosa en la sangre, esto quiere decir que el 19,90% de las personas que se hicieron el examen, tuvo un factor de riesgo para diagnosticarle Diabetes Mellitus.

6.3.4 Nuevos casos de Diabetes Mellitus en Sarayunga y su área de influencia

Antes de iniciar los talleres y los exámenes para medir la glucosa en la sangre a través del glucómetro se reportaron 46 casos de diabéticos en las ocho organizaciones del dispensario de Sarayunga, luego de efectuados los mismos, evidenciamos que se presentan 36 casos nuevos, esto quiere decir que en la unidad operativa se tiene registrados al momento 82 personas con Diabetes Mellitus, este aumento representa el 44% de incremento en enfermos en el periodo comprendido

entre enero del 2008 hasta abril del 2009. Si contamos con 883 personas igual o mayores de 40 años, entonces diremos que el 9,29% de este grupo etario en el dispensario de Sarayunga y su área de influencia tiene Diabetes Mellitus tipo 2.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MARTINEZ, Alberto, Tesis doctorales de Economía; microcrédito y Pobreza, Pág. 9
- (2) OMS. Organización Mundial de la Salud. 1990, la introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra
- (3) OMS 1998, Prevención de la Enfermedad
- (4) OPS, 1995, Prevención de la Enfermedad
- (5) GUIOFANTES S, 1996, Salud y prevención desde el punto de vista psicológico, Pág. 31
- (6) Tercera Conferencia Brasileira de Comunicación y Salud. Adamantina, S.P., Brasil, Noviembre 6 – 8, 2000. Exposición Inaugural, La Prevención ante todo, organizada por la Universidad Metodista de Sao Paulo, Cátedra UNESCO de Comunicación para el Desarrollo Regional y las Facultades Adamantinas Integradas
- (7) GUIOFANTES S, 1996, Salud y prevención desde el punto de vista psicológico, Pág. 31
- (8) KASL, S. V., Cobb S. (1996) Comportamientos de la Salud, comportamientos de la enfermedad y parte del comportamiento del enfermo. Archivos de ambiente de Salud Pública. 12 pág. 246 -266.
- (9) CALVIÑO, M.-1995, Estudios Comunitarios, Una reflexión de alerta. En: *DOXA. Revista Paulista de Psicologia e Educaçao*. UNESP. Ano I. Vol.1. Nº 1. Jan/Abr.
- (10) SAIDÓN O. 1994, La salud mental en los tiempos de ajuste. En *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial. Pág. 17

- (11) CALVIÑO, M. (1996) *Creatividad y comunicación en la educación y promoción de salud. (Apuntes para una reflexión necesaria)*. Versión escrita y revisada de la conferencia pronunciada en el XI Taller Internacional de Comunicación Social en Salud. La Habana, Cuba.
- (12) BLEGER, J. (1994) *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires. Ediciones Paidós Pág. 38
- (13) OMS 1961, Promoción de Salud
- (14) MARTINEZ, López Elkin, Promoción de la Salud
- (15) Carta de Ottawa, Noviembre de 1986
- (16) LALONDE, Mark, *A new perspective for health of Canadians*. Ottawa;1974
- (17) (*World Health Organization, Department Geneva: WHO; 1999*)
- (18) MORALES, Jaime, Estudios transversales o de prevalencia
- (19) Constitución Política de la República del Ecuador Art. 373
- (20) CHAMBERS, Robert, del Institute of Development Studies de la Universidad de Sussex, Inglaterra. Diagnóstico Rural Rápido -1997

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS

Nota: Esta encuesta está dirigida a afiliados del Seguro Social Campesino y público en general que vive en el área rural.

¿Qué entiende por DIABETES?

¿Por qué nos da la DIABETES?

¿Cómo nos curamos de la DIABETES?

¿Tiene familiares con DIABETES?

Yo _____ Padre _____ Madre _____ Abuelos _____ Abuelas _____

Tío paterno _____ Tía paterna _____ Tío Materno _____ Tía Materna _____

herman@s _____ hij@s _____ Ninguno _____

Elaborado por: Dr. Wilson Arízaga Moreira

ANEXO 2

GUÍA DE PRESENTACIÓN DE PROYECTOS

Seguro Social Campesino

Dpto. de Promoción Social

1. IDENTIFICACIÓN

1.1 Unidad Administrativa: CENTRO ZONAL 3 CUENCA

1.2 Nombre del Proyecto: Prevención de la Diabetes Mellitus

1.3 Localización de proyecto:

Provincia: AZUAY Cantón PUCARÁ Parroquia PUCARÁ

Dispensario SARAYUNGA Comunidad TODOS LOS SECTORES

1.4 Fecha de Inicio: ENERO/ 2009

1.5 Equipo de trabajo: Personal Operativo, Directivos e Investigador Social de la Zona

1.6 Responsable: Personal Operativo e Investigador Social.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

2.1 Diagnóstico: (Exposición de problemas, análisis y justificación del proyecto)

El dispensario de Sarayunga tiene un área de influencia en las parroquias de Pucará y San Rafael de Sharug del cantón Pucará, provincia del Azuay; Uzhcurrumi, Casacay perteneciente al cantón Pasaje, provincia de El Oro, además tiene una población afiliada de 636 familias con 2.722 personas, distribuidas en las siguientes organizaciones: Sarayunga, San Sebastián Gramalotes, Santa Cecilia, Yunga Corral en la provincia del Azuay y Uzhcurrumi, Galayacu y Casacay en la provincia de El Oro, con una directiva central que articula todas las actividades programadas; cuenta con una planta física bien equipada, laboratorio clínico, fruto del esfuerzo institucional y principalmente del trabajo comunitario de sus miembros. El equipo de trabajo está formado por un médico, una auxiliar de enfermería y un odontólogo, que brinda Atención Primaria Integral de Salud (APIS), pudiendo ser transferidos para atención especializada a unidades de mayor complejidad que posee el

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS); además, recibe apoyo técnico y administrativo de la Subdirección Provincial del Seguro Social Campesino del Azuay a través del personal administrativo.

La atención médica a la población afiliada durante los últimos años nos ha permitido apreciar que la Diabetes Mellitus se ha posicionado como una de las cinco primeras causas de enfermedad en la población atendida hasta el año 2008, pues la prevalencia de esta enfermedad, en las personas mayores de 40 años del área de influencia del dispensario, es la causante también de una alta tasa de mortalidad en esta población, que por desconocimiento y falta de un programa de prevención de la enfermedad y promoción de la salud acude a la consulta cuando se encuentra en la tercera etapa de la enfermedad, que generalmente es demasiado tarde para el tratamiento, repercutiendo en la salud familiar y colectiva de esta sociedad; motivo por el cual nuestra investigación está encaminada a dar respuesta a este problema, ya que las altas tasas de prevalencia e incidencia en esta área de intervención nos demuestra que la Diabetes Mellitus es un problema para la población que no sabe cómo actuar, justificándose que al tener un dispensario bien equipado, con atención permanente, están resueltos los problemas de enfermedades, mas aún piensan que el personal operativo está exclusivamente para atender las enfermedades y curar, faltándoles la participación comunitaria en programas de salud que contribuya a resolver los problemas, creyendo que no están preparados para este tipo de actividades o piensan que es un problema clínico solamente del médico, sin tomar conciencia que las enfermedades obedecen en su mayoría a factores sociales que pueden ser abordados y prevenidos por la misma sociedad.

Conociendo que la Diabetes Mellitus se va posicionando cada vez más en la comunidad con una incidencia generada por múltiples factores de riesgo, tales como los inadecuados hábitos alimentarios, cambios en los estilos de vida, la obesidad y el sedentarismo, entre otros, influenciados por campañas publicitarias millonarias de grandes empresas destinadas a comercializar comida chatarra y en vista de que el Seguro Social Campesino como institución prestante de servicios de salud en el lugar, no se ha adentrado en programas sobre la prevención de las enfermedades prevalentes en la zona de influencia, ciñéndose exclusivamente a la parte curativa; además de lo poco que se han desarrollado programas, estos son verticales, sin un trabajo coordinado con las organizaciones, repercutiendo desfavorablemente en la convocatoria, promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en la población afiliada en riesgo, propia de organismos que reproducen el sistema capitalista a raja tabla comercializando insumos, medicamentos y reproduciendo e imitando modelos de atención de otras realidades, característica que se enmarcan en el sistema economicista y consumista, donde siempre la ganancia es lo primero en desmedro de la salud.

2.2 Objetivos

General:

- Contribuir con un programa participativo para la prevención de la Diabetes Mellitus en el área de influencia del dispensario del Seguro Social Campesino de Sarayunga.

Específicos:

- Elaborar un Diagnóstico Comunitario de Salud, con participación única de afiliados desde su visión.
- Involucrar a directivos del Seguro Social Campesino en el proyecto de participar para la Prevención de la Diabetes Mellitus, concientizándoles sobre los peligros y los efectos que produce esta enfermedad.
- Elaborar y socializar el Programa en los respectivos espacios de influencia.
- Contribuir con una propuesta teórico-metodológica para fortalecer la salud, que nos permita manejar elementos normativos y estratégicos con perspectiva social.

2.3 Metas

- Detectar nuevos casos en los afiliados mayores de 40 años, hasta el segundo trimestre del 2009.
- Contar con una base de datos, hasta el segundo trimestre del 2009 sobre prevalencia de la Diabetes Mellitus.
- Promocionar el programa de prevención de la Diabetes Mellitus durante el primer semestre del 2009.
- Dar a conocer la dieta adecuada para la Diabetes Mellitus.
- Monitorear el avance de la programación durante el proceso.
- Evaluar, al fin del año, sobre los logros alcanzados.

2.4 Actividades

- Reuniones con dirigentes centrales y de cada uno de los sectores.
- Realización de talleres en cada organización para elaborar diagnósticos comunitarios participativos.

- Gestiones interinstitucionales para la consecución de facilitadores.
- Elaboración de diapositivas de medicamentos.
- Autogestión para gastos de logística.

Procesamiento y análisis

Los elementos empíricos que se recolectarán de los talleres se procesarán verificando que dicha información contribuya al enriquecimiento de la construcción del Programa Comunitario Participativo para la Prevención de la Diabetes Mellitus. Luego con los elementos teóricos, se analizará y se construirá el objetivo deseado. Para construir nuestro objetivo, nos valdremos de técnicas informáticas así como manuales recomendados para cada circunstancia.

2.5 Recursos (humanos, materiales, financieros)

Humanos:

Médico tratante y auxiliar de enfermería del dispensario, dirigentes y afiliados de las comunidades de Sarayunga, San Sebastián, Gramalote, Santa Cecilia, Yunga Corral, Uzhcurremi, Galayacu, Casacay e Investigador Social.

Materiales:

Planta física, muebles y enseres, papelógrafo, papel periódico, marcadores, proyector de imágenes, computadora portátil, memoria extraíble.

Financieros:

Recursos económicos de los responsables del proyecto, de los afiliados y directivos, de la comunidad mediante la autogestión y las donaciones de otras instituciones.

PRESUPUESTO

N°	Materiales	Unidad	Cantidad	P. Unitario	P. Total
1	Maskin	Unidad	4	1,50	6,00
2	Papel periódico	Unidad	200	0,15	30,00
3	Papel crepé	Unidad	50	0,18	9,00
4	Carpeta con hojas papel bond y esferográfico	Unidad	350	0,80	280
5	Glucómetro	Unidad	1	75	75
6	Cintas reactivas	Unidad	200	0,25	50
7	Lancetas	Unidad	200	0,25	50
8	Torundas de algodón	rollo	1	5	5
9	Extensión eléctrica de 5 metros	Unidad	1	3	3
10	Proyector de imágenes (del SSC)	Unidad	1	0	0
11	Computadora portátil (Maestrante)	Unidad	1	0	0
12	Alimentación, facilitadores y asistentes	Unidad	350	1	350
13	Refrigerio, facilitadores y asistentes		350	0,30	105
14	Lugar de reuniones	Unidad	8	20	160
15					
	TOTAL				1.123

TOTAL	
Imprevistos (máximo 5%)	56,15
TOTAL DEL PROYECTO	1.79,15
APORTE COMUNITARIO (Alimentación y refrigerio para los facilitadores y los asistentes a los talleres, marcadores, lugar de reuniones, otros.)	615
FINANCIAMIENTO QUE SOLICITA	564,15

SRA. ROSA TORRES O.
AUXILIAR ENFERMERÍA

SR. DANIEL MERCHAN
REPRES. COMUNIDAD

DRA. THALIA CARDENAS A.
MEDICA TRATANTE

DR. WILSON ARÍZAGA M.
INVESTIGADOR SOCIAL

ANEXO 3

REGISTRO DE PERSONAS QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE GLUCOSA							
15 de Abril del 2009							
N°	APELLIDOS Y NOMBRES	EDA D	SEX O	GLUCOS A	N° HC	ORGANIZAC .	OBSERV. OBSERV.
1	ANGEL ATARIGUANA	59	M	110		UZHCURRUMI	
	ANIBAL OCUNTAL	72	M	122	0085	UZHCURRUMI	
3	ANITA GALLEGOS	28	F	135		UZHCURRUMI	
4	ANITA YUMBO	36	F	92	0267	UZHCURRUMI	
5	AUGUSTO AGUILAR	60	M	118	0108	UZHCURRUMI	
6	AUGUSTO BUSTAMENTE	62	M	108	0304	UZHCURRUMI	
7	BENITO CUENCA	69	M	96	0109	UZHCURRUMI	
8	CARMELINA MACAS	80	F	92		UZHCURRUMI	
9	CELINDA SANCHEZ	45	F	107	NO AF.	UZHCURRUMI	
10	CLARA GOMEZ	54	F	187	0151-E	UZHCURRUMI	confirmar en dispensario
11	EDITH CUENCA	59	F	109	0304	UZHCURRUMI	
12	ELADIO AUGUSTO YUMBO	54	M	108	0144	UZHCURRUMI	
13	ENRIQUITO ZHAGUI	30	M	81		UZHCURRUMI	
14	GLADYS MATUTE	62	F	123	0277-E	UZHCURRUMI	
15	GRIMALDA MACAS	69	F	108		UZHCURRUMI	
16	JACINTO SANCHEZ	78	M	150	0078	UZHCURRUMI	confirmar en dispensario
17	JUAN SALVADOR BUSTAMANTE	63	M	114	0017	UZHCURRUMI	
18	MANUEL OCHOA	68	M	108	0062	UZHCURRUMI	
19	MANUEL ORDOÑEZ	75	M	103	0208-O	UZHCURRUMI	
20	MARCIA MACAS	24	F	75		UZHCURRUMI	confirmar en dispensario
21	MARIA CHUCHUCA	54	F	128		UZHCURRUMI	
22	MARIA ESPERANZA ANDRADE	49	F	109	0208-E	UZHCURRUMI	
23	MARIA MATILDE JAPA TOCTO	58	F	119	0108-E	UZHCURRUMI	
24	MARIA MEDINA	22	F	98		UZHCURRUMI	
25	MARIA OCUNTAL	64	F	118	0117	UZHCURRUMI	
26	MARIANA AGUILAR	58	F	112	0075-E	UZHCURRUMI	
27	MAXIMO VANGER	56	M	177	NO AF.	UZHCURRUMI	confirmar en dispensario
28	MIGUEL HERAS LUCERO	60	M	122		UZHCURRUMI	
29	NARCISA BERMEO	49	F	93	0260	UZHCURRUMI	
30	PABLO HERAS	63	M	101	0237	UZHCURRUMI	
31	RAFAEL TENEZACA	64	M	129	0287	UZHCURRUMI	
32	RIGOBERTO GALLEGOS	74	M	170		UZHCURRUMI	confirmar en dispensario
33	ROSA GALLEGOS	34	F	92	NO AF.	UZHCURRUMI	
34	ROSA MENDIETA	23	F	164	0104	UZHCURRUMI	confirmar en dispensario
35	TERESA TENE	45	F	78	0232-E	UZHCURRUMI	

TOTAL POSIBLES CASOS

6

ANEXO 4

REGISTRO DE PERSONAS QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE GLUCOSA 16 de Abril del 2009							
Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	SEXO	GLUCOSA	Nº HC	ORGANIZ.	OBSERV.
1	ANGELITA CALLE	45	F	100		GRAMALOTE	
2	ARMANDO ACEVEDO	63	M	111		GRAMALOTE	
3	BRIGIDA CEDILLO	60	F	92		GRAMALOTE	
4	CARMEN PIEDRA	40	F	133		GRAMALOTE	
5	ELOYSA BEARREZUETA	81	F	120		GRAMALOTE	
6	GLADYS CEDILLO	33	F	88		GRAMALOTE	
7	GUILLERMINA CHAVEZ	38	F	84		GRAMALOTE	
8	ISABEL DURAN	64	F	111		GRAMALOTE	
9	JULIA ORELLANA	52	F	92		GRAMALOTE	
10	LAURO CEDILLO	50	M	119		GRAMALOTE	
11	LUZ CHINCHILIMA	46	F	91		GRAMALOTE	
12	LUZ MARQUEZ	54	F	123		GRAMALOTE	
13	MARCO REYES	50	M	110		GRAMALOTE	
14	MARIA HUANGA	67	F	115		GRAMALOTE	
15	MARIA REYES	56	F	97		GRAMALOTE	
16	MODESTO CEDILLO	54	M	223		GRAMALOTE	confirmar en dispensario
17	NARCISA HUANGA	45	F	137		GRAMALOTE	
18	ORACIO DURAN	75	M	110		GRAMALOTE	
19	PATRICIA LOJA	41	F	102		GRAMALOTE	
20	RAQUEL MERCHAN	52	F	85		GRAMALOTE	
21	ROSA CEDILLO	60	F	88		GRAMALOTE	
22	ROSA MARQUEZ	49	F	86		GRAMALOTE	
23	SEGUNDO CHINCHILIMA	38	M	114		GRAMALOTE	
24	TERESA CEDILLO	67	F	125		GRAMALOTE	
25	ZOILA SALINAS	28	F	129		GRAMALOTE	

TOTAL POSIBLES CASOS 1

ANEXO 5

REGISTRO DE PERSONAS QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE GLUCOSA 17 de Abril del 2009							
N°	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	SEXO	GLUCOSA	N° HC	ORGANIZ.	OBSERV.
1	BERMEO NESTOR	50	M	85		STA. CECILIA	
2	CARMEN MARQUEZ	38	F	99	NO AF.	STA. CECILIA	
3	CARMEN VINTIMILLA	32	F	140		STA. CECILIA	
4	EMILIANO CEDILLO	42	M	90		STA. CECILIA	
5	ENRIQUE HERAS	56	M	107		STA. CECILIA	
6	GLADYS MARQUEZ	43	F	150		STA. CECILIA	confirmar en dispensario
7	GUSTAVO VINTIMILLA	70	M	119		STA. CECILIA	
8	JACINTO MARQUEZ	45	M	116		STA. CECILIA	
9	JULIA ISABEL MERCHAN	45	F	171		STA. CECILIA	confirmar en dispensario
10	LAURA MACAS	46	F	124		STA. CECILIA	
11	LAURA MARQUEZ	35	F	119		STA. CECILIA	
12	MANUEL CEDILLO	68	M	100		STA. CECILIA	
13	MARIA LUISA HERAS	63	F	112		STA. CECILIA	
14	MARIA REMACHE	78	F	117		STA. CECILIA	
15	MARIA VINTIMILLA	63	F	160		STA. CECILIA	confirmar en dispensario
16	MARIANA ORDOÑEZ	63	F	101	0025	STA. CECILIA	
17	MARIO HERAS	58	M	134	0112	STA. CECILIA	
18	MESIAS TIGRE	60	M	96	0090	STA. CECILIA	
19	MIRIAN TIGRE	28	F	92	0090- E	STA. CECILIA	
20	ROSA HERAS	74	F	113		STA. CECILIA	
21	RUBEN FIGUEROA	64	M	119	0060	STA. CECILIA	
22	VICENTE HERAS	67	M	117		STA. CECILIA	

TOTAL POSIBLES CASOS 3

ANEXO 6

REGISTRO DE PERSONAS QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE GLUCOSA							
20 de Abril del 2009							
Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	SEXO	GLUCOSA	Nº HC	ORGANIZ.	OBSERVACIONES
1	AGRIPINA LASTENIA	66	F	111		SARAYUNGA	
2	BLANCA SARAGURO	42	F	139		SARAYUNGA	confirmar en dispensario
3	CARLOS ALVAREZ	78	M	116		SARAYUNGA	
4	LUISA GUARTAZACA	43	F	146		SARAYUNGA	confirmar en dispensario
5	LUZ CHINCHILIMA	60	F	121		SARAYUNGA	
6	MANUEL HUANGA	43	M	124		SARAYUNGA	
7	MARIA SARAGURO	65	F	178		SARAYUNGA	confirmar en dispensario
8	MATILDE CORNEJO	66	F	117		SARAYUNGA	
9	PEDRO MENDIETA	73	M	128		SARAYUNGA	
10	ROQUE MENDIETA	68	M	221		SARAYUNGA	confirmar en dispensario
11	ROSA ELENA CEDILLO	47	F	91		SARAYUNGA	
12	ROSANA BERREZUETA	85	F	122		SARAYUNGA	
13	TERESA DURAN	63	F	146		SARAYUNGA	confirmar en dispensario
14	MIGUEL GUARTAZACA	50	M	119		SARAYUNGA	

TOTAL POSIBLES CASOS 5

ANEXO 7

REGISTRO DE PERSONAS QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE GLUCOSA							
21 de Abril del 2009							
N°	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	SEXO	GLUCOSA	N° HC	ORGANIZACIÓN	OBSERVACIONES
1	AMADA MONTALVAN	45	F	98		SAN SEBASTIAN	
2	ARMANDO CHAVEZ	39	M	195		SAN SEBASTIAN	confirmar en dispensario
3	BLANCA BARREZUETA	44	F	211		SAN SEBASTIAN	confirmar en dispensario
4	BLANCA CHAVEZ	36	F	159		SAN SEBASTIAN	confirmar en dispensario
5	CARMEN ILLESCAS	68	F	197		SAN SEBASTIAN	confirmar en dispensario
6	CATALINA ESPINOZA	43	F	131		SAN SEBASTIAN	
7	CELIA PARRA	34	F	92		SAN SEBASTIAN	
8	DANIEL MERCHAN	45	M	171		SAN SEBASTIAN	confirmar en dispensario
9	ESTHELA REDNOVAN	66	F	148		SAN SEBASTIAN	confirmar en dispensario
10	GRIMA CORONEL	69	F	144		SAN SEBASTIAN	confirmar en dispensario
11	IGANCIO PARRA	69	M	210		SAN SEBASTIAN	confirmar en dispensario
12	LUZ MARÍA DELGADO	42	F	128		SAN SEBASTIAN	
13	MARÍA QUERIDO	65	F	134		SAN SEBASTIAN	
14	NORMA PESANTO	32	F	93		SAN SEBASTIAN	
15	ROSA PARRA	37	F	112		SAN SEBASTIAN	
16	ROSA PESANTEZ	47	F	145		SAN SEBASTIAN	confirmar en dispensario
17	SEGUNDO ATARIGUANA	53	M	143		SAN SEBASTIAN	confirmar en dispensario
18	SEGUNDO AUCAY	34	M	146		SAN SEBASTIAN	confirmar en dispensario
19	VICENTE ROMEO RODRIGUEZ	50	M	120		SAN SEBASTIAN	
20	YOLANDA REDROVAN	40	F	125		SAN SEBASTIAN	

TOTAL POSIBLES CASOS 11

ANEXO 8

REGISTRO DE PERSONAS QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE GLUCOSA							
22 de Abril del 2009							
N°	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	SEXO	GLUCOSA	N° HC	ORGANIZACIÓN	OBSERVACIONES
1	AMADA NIEVES	47	F	109		YUNGA CORRAL	
2	CECILIA CHURÍ	30	F	142		YUNGA CORRAL	confirmar en dispensario
3	ELVIA TENECELA	49	F	101		YUNGA CORRAL	
4	GILBERTO LLUISUPA	56	M	120		YUNGA CORRAL	
5	JOSE ALBERTO ACERO	74	M	121		YUNGA CORRAL	
6	LICENIA NIEVES	51	F	112		YUNGA CORRAL	
7	MARIA NIEVES	70	F	111		YUNGA CORRAL	
8	MARIA NIEVES	45	F	115		YUNGA CORRAL	
9	MARÍA NIEVES	75	F	128		YUNGA CORRAL	
10	MARIA TENECELA	45	F	112		YUNGA CORRAL	
11	MIGUEL YUNGA	48	M	121		YUNGA CORRAL	
12	OLGA HUANGA	26	F	105		YUNGA CORRAL	
13	ROSA CHENE	80	F	123		YUNGA CORRAL	
14	ROSA CORONEL	70	F	120		YUNGA CORRAL	
15	ROSALINA HUANGA	73	F	104		YUNGA CORRAL	

TOTAL POSIBLES CASOS 1

ANEXO 9

REGISTRO DE PERSONAS QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE GLUCOSA 23 de Abril del 2009							
Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	SEXO	GLUCOSA	Nº HC	ORGANIZACIÓN	OBSERVACIONES
1	ALBERTO MALDONADO	65	M	109		GALAYACU	
2	ANGEL PACHECO	76	M	123		GALAYACU	
3	BERTHA AUCA Y	37	F	103		GALAYACU	
4	BERTILDA MÁRQUEZ	60	F	111		GALAYACU	
5	CARMEN LOJA	46	F	110		GALAYACU	
6	CARMEN PACHECO	40	F	133		GALAYACU	
7	DIGNA IDROVO	56	F	118		GALAYACU	
8	ELVIA ULLAGUARI	44	F	154		GALAYACU	confirmar en dispensario
9	FLORA ULLAGUARI	47	F	146		GALAYACU	confirmar en dispensario
10	FLORENCIA MARIN	53	F	134		GALAYACU	
11	GUILLERMINA LLIVIPUMA	53	F	197		GALAYACU	confirmar en dispensario
12	HORTENCIA MATUTE	65	F	232		GALAYACU	confirmar en dispensario
13	JACINTO PALTIN	65	M	114		GALAYACU	
14	JOSE RIVAS	76	M	112		GALAYACU	
15	JOSE BARRETO	79	M	155		GALAYACU	confirmar en dispensario
16	JULIO LEMA	55	M	118		GALAYACU	
17	LAURA LEMA	48	F	107		GALAYACU	
18	LEON M FIDEL	66	M	156		GALAYACU	confirmar en dispensario
19	LORENZA TENECOTA	65	F	209		GALAYACU	confirmar en dispensario
20	LUCIA VASQUEZ	55	F	297		GALAYACU	confirmar en dispensario
21	LUIS MOROCHO	59	M	124		GALAYACU	
22	MACUNA CAJATAMALO	55	M	124		GALAYACU	
23	MANUEL VASQUEZ	64	M	141		GALAYACU	confirmar en dispensario
24	MARIA NAGUA	56	F	106		GALAYACU	
25	MARÍA ORTENCIA SANCHEZ	57	F	100		GALAYACU	
26	MARIA ZHUZHURUGO	59	F	101		GALAYACU	
27	MEDARDO AGUILAR	80	M	100		GALAYACU	
28	MERCEDES ZHUZHUNGO	39	F	109		GALAYACU	
29	MERCY ZHUZHINGO	29	F	108		GALAYACU	
30	MESIAS ZHUZHINGO	58	M	96		GALAYACU	
31	OLGA	29	F	129		GALAYACU	
32	ROSA CAJAMARCA	36	F	94		GALAYACU	
33	ROSA MENDEZ	49	F	114		GALAYACU	
34	SEGUNDO ULLAGUARI	46	M	95		GALAYACU	
35	TERESA TENECOTA	72	F	164		GALAYACU	confirmar en dispensario
36	VICENTE SAN MARTIN	62	M	122		GALAYACU	
37	VICTOR GUARTATANGA	64	M	161		GALAYACU	confirmar en dispensario
38	VIRGINIA ALNIL	50	F	98		GALAYACU	

TOTAL POSIBLES CASOS

11

ANEXO 10

REGISTRO DE PERSONAS QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE GLUCOSA 24 de abril del 2009							
N°	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	SEXO	GLUCOSA	N° HC	ORGANIZACIÓN	OBSERVACIONES
1	AIDA MARIA CUENCA	46	F	127		CASACAY	
2	ALEXANDRA MACAS	25	F	105		CASACAY	
3	ANGEL BARRETO	30	M	114		CASACAY	
4	CARMEN ORDOÑEZ	46	F	111		CASACAY	
5	DORA ASAN	39	F	110		CASACAY	
6	EDGAR SERRANO	49	M	93		CASACAY	
7	ESPERANZA CHUCHUCA	52	F	97		CASACAY	
8	FILOMENA ORDOÑEZ	69	F	127		CASACAY	
9	FRANCISCA SANCHEZ	48	F	121		CASACAY	
10	GEOVANNY SORÍ	26	M	93		CASACAY	
11	HUMBERTO YUNGA	47	M	97		CASACAY	
12	JESUS ASANZA	35	M	100		CASACAY	
13	JORGE TETEMACA ORDOÑEZ	52	M	113		CASACAY	
14	LUISA TORRES	54	F	180		CASACAY	confirmar en dispensario
15	MARIA BERREZUETA	58	F	123		CASACAY	
16	MARIA OLIMPIA SANCHEZ	64	F	228		CASACAY	confirmar en dispensario
17	MARIA SOLANO	43	F	119		CASACAY	
18	MARTHA SANCHEZ	51	F	103		CASACAY	
19	MILTON SORÍ	59	M	100		CASACAY	
20	MIRIAM ORDOÑEZ	36	F	130		CASACAY	
21	NANCY ARMIJOS	31	F	103		CASACAY	
22	NANCY MOSQUERA	31	F	114		CASACAY	
23	NARCISA PULLA	43	F	107		CASACAY	
24	ROSA AJELA	60	F	138		CASACAY	
25	SANDRA JIMENEZ	38	F	104		CASACAY	
26	SANTIAGO CHAVEZ	34	M	85		CASACAY	
27	SEGUNDO BERMEO	66	M	112		CASACAY	

TOTAL POSIBLES CASOS

2

BLIOGRAFÍA CONSULTADA

- ROJO PEREZ, Nereida y GARCIA GONZALEZ, Rosario. "Sociología y salud". Reflexiones para la acción. Rev. Cubana Salud Pública, jul.-dic. 2000, vol.26, no.2, p.91-100. ISSN 0864-3466.

- DIXIS, Figueroa Pedraza, Participación Comunitaria y Salud, Departamento de Nutrición. Universidad Federal de Pernambuco (Brasil) dixisnut@plopmail.com

- MARTINEZ, López Elkin, Promoción de la Salud, <http://tone.udea.edu.co/revista/sep98/salud.htm>, elkmartz@cacios.udea.edu.co

- Diabetes and Hormone Center of the Pacific, 1329 Lusitana Street, #304 Honolulu, HI 96813-2411, Tel: (808) 531-6886 Fax: (808) 523-5115

- "World Health Organization, Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications." Geneva: WHO; 1999

- MORALES, Jaime, Estudios Transversales o de prevalencia, Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Comisión General de Investigación, Maestría de Salud Pública, Centro de salud Colectiva, Cuenca - 2007

- ARIAS, Herrera, H. 1995. La comunidad y su estudio: Personalidad-Educación- Salud. La Habana: Editorial pueblo y educación

- República de Colombia. 1991 Políticas, estrategias y líneas de acción en participación comunitaria en salud: Versión preliminar. Santafé de Bogotá: República de Colombia.

- ANDERG-EGG, E. 1992. Reflexiones en torno a los métodos de trabajo social. México DF: Editorial El Ateneo.

- LINARES C. 1996. Participación: ¿Solución o problema? La Habana: Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello.

- BARRENECHEA C, M. Bonino, A. Celiberti, E. Ciganda, E. Echenique y L. Echenique. 1993. Acción y participación comunitaria en salud. Montevideo: Editorial Nordan Comunidad

- RODRIGUEZ, Neira, T. 1996. Aprendizajes Tácitos: Comunidades, grupos y casas. Aula Abierta (68): 3-18

- Organización Panamericana de la Salud. 1993^a. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud. Washington DC: OPS; (Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud; 26)

- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. 1999. Hacia la implantación de modelos de la administración gerencial en Salud Pública: XII concurso de ensayos CLAD. Washington DC: OPS.

- American Diabetes Association. Screening for type 2 diabetes. Diabetes Care. 2004; 27(Suppl.1):S11-S14.

- Diabetes and Hormone Center of the Pacific 1329 Lusitana Street, #304 Honolulu, HI 96813-2411 Tel: (808) 531-6886 Fax: (808) 523-5115

- *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*

- Lalonde, M. *A new perspective for health of Canadians*. Ottawa; 1974.

- INEC, Anuario de Estadísticas Vitales, nacimientos y defunciones años de los años 2001 a 2007

- BRICEÑO-LEON, Roberto, Endemias, Epidemias y modas: la Sociología de la Salud en América Latina

- Constitución Política de la República del Ecuador-2008

- CELATS, 1 Salud comunitaria y promoción. Participación popular en salud, primera Edición Lima 1992

- NUÑEZ Jorge, Historia del Seguro Social Ecuatoriano, Edición autorizada por la Dirección General del IESS, Quito 1992

- VELOZ Sancho Idálide, 25 años del Seguro Social Campesino, Auspiciado por la Dirección Nacional del Seguro Social Campesino, Quito Octubre 1993

- VANISTENDEAL Stefan, Como crecer superando los percance, Fundación Bernard Van Leer, Quito Septiembre de 1997

- IDS, Institute of Development Studies (Universidad de Sussex), información y recursos sobre participación y DRP:
<http://www.ids.ac.uk/eldis/prapra.html>. Vertambién Participation Group at IDS: <http://www.ids.ac.uk/ids/particip> (BASE CONCEPTUAL PARA EL DCP)

- Fundación MAPFRE Medicina, En Salud Laboral y Ciencias de la Conducta. España

- BIOCENCIAS, Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Vol.2.año 2004, Separata

- FAO / LATINFOODS. 2002. Tabla de Composición de Alimentos de América Latina. (<http://www.rlc.fao.org/bases/alimento>)