

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, DESARROLLO TECNOLÓGICO E INNOVACIÓN EN EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO PORTOVIEJO

I.-GENERALIDADES

1. TÍTULO:

Pedagogía del cuidado en la formación de profesionales de la salud en las universidades de Manabí.

2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Investigación Básica Innovación
 Investigación Aplicada Desarrollo Tecnológico

3. PERSONAL INVESTIGADOR

Directora del Proyecto	Dra. Sonia Patricia Ubillús Saltos
Formación académica	Licenciada en Ciencias Naturales; Magister en Docencia Universitaria e Investigación Educativa; Doctor (Ph.D) en Ciencias Pedagógicas. Post-Doctorado en Docencia e Investigación.
Unidad Académica	Ciencias de la Salud
Carrera	Enfermería
E-mail	soniaubi@live.com
Investigador Principal	Lic. Miriam Hernández
Formación académica	Licenciada en Enfermería.
Unidad Académica	Ciencias de la Salud
Carrera	Enfermería
E-mail	vivegarfielth@hotmail.com
Investigadora	Yelennis Galardy Domínguez
Formación académica	Doctora en Medicina. Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral.
Unidad Académica	Ciencias de la Salud
Carrera	Enfermería y Emergencias Médicas
E-mail	gyelennis@yahoo.com
Investigadora Invitada	Lic. Aida Monserrate Macías Alvia
Formación académica	Licenciada en Enfermería. Magister en Gerencia en Salud
Institución	Red de Investigación Multidisciplinaria Independiente Scio (RIMIS); Universidad Estatal del Sur de Manabí
E-mail	aidita.macias@hotmail.com
Investigadora Invitada	Addys Parra Luna
Formación académica	Doctora en Medicina; Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral y Cirugía Integral.

Institución	Red de Investigación Multidisciplinaria Independiente Scio (RIMIS); Universidad San Gregorio de Portoviejo.
E-mail	Addys2353@gmail.com
Investigadora Invitada	Johanna Mabel Sánchez Rodríguez
Formación académica	Doctor en Medicina y Cirugía. Magister en Gerencia Educativa y Magister en Investigación Clínica y Epidemiología.
Institución	Red de Investigación Multidisciplinaria Independiente Scio (RIMIS); Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí.
E-mail	Johanna.sanchez@uleam.edu.ec
Investigador Invitado	Franklin Antonio Vite Solórzano
Formación académica	Licenciado en Enfermería. Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local.
Institución	Red de Investigación Multidisciplinaria Independiente Scio (RIMIS); Universidad Técnica de Manabí.
E-mail	Antuan.vit@hotmail.com
Investigadora Invitada	Ariagna Martínez Pérez
Formación académica	Doctora en Medicina. Especialista de primer grado en Medicina General Integral
Institución	Red de Investigación Multidisciplinaria Independiente Scio (RIMIS); Universidad Estatal del Sur de Manabí.
E-mail	arrybb2014@yahoo.es
Investigadora Invitada	Dolores Mirella Cedeño Holguín
Formación académica	Licenciada en Enfermería. Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local.
Institución	Red de Investigación Multidisciplinaria Independiente Scio (RIMIS); Universidad Estatal del Sur de Manabí.
E-mail	doloresmirella@hotmail.com
Investigadora	Estrella Marisol Mero Quijije
Formación académica	Licenciada en Enfermería. Magister en Gerencia en Salud para
Institución	Red de Investigación Multidisciplinaria Independiente Scio (RIMIS); Universidad Estatal del Sur de Manabí.
E-mail	estre_25mar@hotmail.com
Estudiantes Investigadores	5 Estudiantes de la carrera de Enfermería. UNESUM 5 Estudiantes de la carrera de Enfermería. UTM. 5 Estudiantes de la carrera de Medicina. ULEAM 5 Estudiantes de la carrera de Odontología. USG (Periodo Mayo / Septiembre 2020)
Formación académica	Estudiantes
Facultad	Ciencias de la Salud
Carrera	Enfermería, Medicina y Odontología.

Nombre Director del Proyecto:	Cargo Actual:	Dedicación al Proyecto (H/S)	Relación Actual con la UNESUM ¹			
			A	B	C	D
Dr. Sonia Patricia Ubillús Saltos	Profesor titular a tiempo completo	10	x			
Investigador Principal						
Lic. Miriam Hernández Castro	Profesor titular a tiempo completo	8	x			
Dra. Yelennis Galaray Domínguez	Profesora no titular a tiempo completo	4		x		
Investigador Asociado						
Lic. Aida Macías Alvia	Profesor agregado tiempo completo	4	x			
Dra. Addys Parra Luna	Profesor titular auxiliar a tiempo completo	4	x			
Dra. Johanna Mabel Sánchez Rodríguez	Profesor Titular Agregado a tiempo completo	4	x			
Lic. Franklin Antonio Vite Solórzano	Profesor no titular Agregado 2. Tiempo compl.	4		x		
Dra. Ariagna Martínez Pérez	Profesora no titular a tiempo completo	4		x		
Lic. Dolores Mirella Cedeño Holguín	Profesor Titular Agregado 2 a tiempo completo	4	x			
Lic. Estrella Marisol Mero Quijije	Profesor Titular Agregado 1 a tiempo completo	4	x			

4. DOMINIOS ACADÉMICOS (señalar la que corresponda)

Desarrollo socioeconómico, competitividad, innovación, productividad y liderazgo.

Estilos de vida y Salud integral

Tecnología de la información y la comunicación (Tics)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (señalar la que corresponda)

Gestión de Riesgo

Mercadeo y socio economía

Gestión y Desarrollo Empresarial

Tecnología de la información y comunicación.

Enfermedades tropicales

Administración de las organizaciones productivas y desarrollo local

Epidemiología

Turismo sostenible

Salud pública

6. LUGAR DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

UBICACIÓN:	Provincia : Manabí
	Cantones: Jipijapa, Portoviejo y Manta.
	Parroquias: Jipijapa (Miguel Morán Lucio), Portoviejo (12 de Marzo y Andrés de Vera) y Manta (Manta, Los Esteros, Eloy Alfaro y Tarqui)

¹ Marque con una X la relación que corresponda a cada investigador

(A): Personal académico Titular
(B): Personal académico No Titular
(C): Servidor público
(D): Estudiante

7. PRESUPUESTO Y ORÍGENES DE FONDO

MONTO TOTAL DEL PROYECTO: (Ingrese el monto total que se requiere para ejecutar el proyecto en Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD))	\$ 9.567,92
---	-------------

ORÍGENES DE FONDO:	Monto Financiamiento ITSUP: (monto que se requiere de parte del ITSUP para ejecutar el proyecto)	\$ 2 000,00
	Monto Financiamiento ULEAM: (monto que se requiere de parte de la ULEAM para ejecutar el proyecto)	\$ 1 400,00
	Monto Financiamiento UNESUM: (monto que se requiere de parte de la UNESUM para ejecutar el proyecto)	\$ 2.667,92
	Monto Financiamiento UTM: (monto que se requiere de parte de la UTM para ejecutar el proyecto)	\$ 900,00
	Monto Financiamiento USGP: (monto que se requiere de parte de la USGP para ejecutar el proyecto)	\$ 600,00
	TOTAL:	\$ 7.567,92

8. DURACIÓN DEL PROYECTO:

DURACIÓN DEL PROYECTO EN MESES: (24 meses)	Desde: Agosto de 2020
	Hasta: Julio de 2022

II. PROTOCOLO DEL PROYECTO

TITULO DEL PROYECTO

Pedagogía del cuidado en la formación de profesionales de la salud en las universidades de Manabí.

RESUMEN DEL PROYECTO:

La problemática de investigación se logró identificar mediante un diagnóstico previo en los procesos de tutoría de las prácticas pre-profesionales e internados rotativos de los estudiantes de las carreras de medicina, enfermería y odontología, al constatar las deficiencias en la calidad de atención que estos brindan a los pacientes. La investigación es de cohorte transversal, de tipo descriptiva; se desarrollará durante 24 meses (Abril de 2020 a marzo de 2022); El objetivo es: *Identificar el aporte de la Pedagogía del Cuidado en la formación de los profesionales de la salud en pacientes diabéticos para el mejoramiento de atención primaria de salud.* Los métodos teóricos a utilizar serán análisis-síntesis e inductivo-deductivo y como métodos empíricos el cuestionario y la observación. La muestra es de 210 pacientes que acuden diabéticos atendidos en centros de salud donde realizan las prácticas pre-profesionales e internados los estudiantes de las áreas de salud que se forman en las universidades manabitas, el nivel de significancia es de +- 5%. Con la información recopilada se diseñará una estrategia metodológica orientada al cuidado en salud, centrado en las personas diabéticas, con énfasis en la comprensión, análisis y respuesta a las necesidades de salud.

1. PROBLEMATIZACIÓN

Los retos de la educación superior para este siglo, exige la necesidad de un nuevo proceso educativo, fundamentado en los principios de excelencia, calidad y pertinencia. El camino de la excelencia universitaria pasa por el proceso docente educativo y el proceso de investigación científica para elevarla calidad de la vinculación con la práctica en la formación de profesionales de la salud de forma integral.

Los profesores para hacer frente a los retos que le demanda el propio proceso docente-educativo están obligados a dominar los conocimientos científico-técnicos de las disciplinas que imparten, así como las habilidades profesionales generales y enseñar dicho contenido a los estudiantes de acuerdo con los objetivos, haciendo uso de los principios didácticos y el conocimiento de metodologías que sirvan como herramienta para desarrollar con calidad el proceso. (Rojo N, et al, 2019)

Las investigaciones realizadas por diferentes autores toman como elemento de articulación entre las ciencias médicas, sociales y de la salud pública; en su concepción más amplia, es el estudio de las relaciones entre la población y los recursos para la salud (humano, financiero y tecnológico). Sus resultados son fuente de nuevos conocimientos que permiten tomar decisiones para mejorar la eficiencia, calidad de la pedagogía del cuidado. Aún existe poca representatividad en las investigaciones del sector y débil impacto en las políticas de salud pública por lo que requiere fortalecimiento y estrategias para su incremento. (Valdés, 2015)

El enfoque moderno sobre la pedagogía del cuidado de los pacientes tuvo su origen en los años 60, en el Reino Unido, ideas que fueron desarrolladas posteriormente en varios países. Si bien el

tratamiento de síntomas ha existido desde la antigüedad, los cuidados multidisciplinarios, estructurados y organizados, tal y como hoy se conciben, comenzaron a expandirse después de 1970, alcanzaron su madurez y desarrollo en la década de los 90. (Unesco, 2018)

El cuidado de los pacientes en la medicina es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y en que el principal interés es la calidad de vida, incorporando al paciente y a su familia.

Para alcanzar la calidad del cuidado de los pacientes, la OMS ha ejercido un liderazgo proactivo en el interés por el mejoramiento del funcionamiento de las instituciones de salud. En este sentido, en el Ecuador ha dado respuesta a esta iniciativa emprendiendo acciones y fundamentado en un marco legal, en procesos de habilitación de las entidades prestadoras de servicios de salud, con el fin de garantizar a la población una atención de calidad. Sin embargo, aún se aprecia falta de sensibilización por parte de los profesionales de salud en el abordaje de este problema. (Nebot, 2011)

Se han desplegado igualmente una serie de acciones que comprenden la vigilancia farmacológica, la promoción de la seguridad ambiental, la inocuidad de los productos sanguíneos, prácticas de laboratorio inocuas, uso adecuado de instrumentos y procedimientos clínicos. Los indicadores centinela para la detección de los eventos adversos facilitan disminuir riesgos a partir de los planes de control que se establecen y son muy útiles para garantizar el cuidado del paciente

A pesar de los avances en este sentido en la pedagogía del cuidado del paciente diabético en la Atención Primaria de Salud (APS), existen insuficiencias que superar como son: (Serrano, 2011)

- La planificación de las actividades de los profesionales en los centros de atención de salud nivel I, debe estar en correspondencia con las necesidades de las personas con diabetes; situación que afecta el establecimiento del acogimiento y vínculo, que repercute en la falta de detección de sus complicaciones y en la inexistencia del acompañamiento sistemático de las personas con diabetes.
- En la APS no se ofrece igualdad de oportunidades para que las personas hablaran sobre otros problemas de salud; se limitan solamente a sus problemas clínicos relacionados a la diabetes y a la hipertensión arterial, la persona era instruida a programar otra consulta para intentar solucionar sus problemas, acarreando una demanda adicional al servicio y dificultades para esas personas.
- La motivación y la preparación de los profesionales de la salud, considerada como un requisito del cuidado en las actuales prácticas de atención a las personas con diabetes en la APS.
- Calidad del servicio, en la demora para esperar la atención médica.
- Promoción de salud relacionada con los factores de riesgos y manejo del autocuidado de los pacientes, su familia y la comunidad.
- Diseño de una estrategia metodológica orientada al cuidado en salud centrado en las personas diabéticas, con énfasis en la comprensión, análisis y respuestas a las necesidades de salud en la APS

La falta de integración de los profesionales con la familia de las personas con diabetes, y también con su contexto social, indica la ausencia de convergencia de la práctica de la pedagogía del cuidado. Los resultados presentados pueden contribuir a la reorganización de la atención a las personas con diabetes en la APS, con indicaciones para los profesionales de salud, que deben

enfocar las acciones rescatando paradigmas, conceptos y objetivos de los modelos de atención en que están insertados que deben ser la base para sus prácticas asistenciales.

Para las políticas públicas para la diabetes, señala la necesidad de proponer estrategias de control y acompañamiento de la atención ofrecida en la base, con medidas de garantizan, además del acceso, la calidad de la atención a las personas con diabetes. Esta reflexión determina la importancia de diseñar una estrategia relacionada con elevar a estadios superiores la pedagogía del cuidado del paciente diabético.

El estudio sistemático a través del meta análisis para la cognición del problema descrito anteriormente permitió a los autores de este proyecto de investigación (relacionado con la Pedagogía del cuidado en la formación de los profesionales de la salud que atienden pacientes diabéticos para mejorar la APS), definir la pregunta científica que es la concreción de esta situación problemática descrita.

¿Cómo diseñar una estrategia metodológica sobre la Pedagogía del cuidado en la formación de los profesionales de la salud que atienden pacientes diabéticos, de forma tal que sus acciones contribuyan al mejoramiento la APS en Manabí?

2. OBJETIVOS

General

Identificar el aporte de la Pedagogía del Cuidado en la formación de los profesionales de la salud.

Específicos

- a. Analizar los diseños curriculares de las carreras de medicina, enfermería y odontología de las universidades de la provincia de Manabí para identificar su enfoque hacia la Pedagogía del Cuidado.
- b. Validar los instrumentos de medición que se aplicarán a los estudiantes que realizan las prácticas pre-profesionales e internados y los pacientes atendidos en el primer nivel de atención en salud en la Provincia de Manabí.
- c. Aplicar los instrumentos de medición a los estudiantes que realizan las prácticas pre-profesionales e internados y los pacientes atendidos en el primer nivel de atención en salud en la Provincia de Manabí.
- d. Diseñar una estrategia metodológica orientada al cuidado en salud, centrado en las personas diabéticas, con énfasis en la comprensión, análisis y respuesta a las necesidades de salud.
- e. Medir el impacto de la estrategia con los estudiantes de los procesos de prácticas pre-profesionales e internados rotativos de las universidades con las que se está haciendo el estudio.

3. MARCO LÓGICO

Jerarquía de Objetivos	Definición del Indicador	Fuentes de Verificación	Supuestos
<p>FIN Mejorar la atención en salud de los pacientes atendidos en los centros de salud donde realizan las prácticas pre-profesionales e internados los estudiantes de las universidades manabitas.</p>	<p>En marzo del año 2022, se habrá mejorado en un 20% la atención en salud de los pacientes atendidos en los centros de salud donde realizan las prácticas pre-profesionales e internados los estudiantes de las universidades manabitas.</p>	<p>➤ Fichas de salud de los pacientes atendidos por los estudiantes en las prácticas pre-profesionales e internados rotativos.</p>	<p>Los docentes tutores de prácticas pre-profesionales e internados rotativos colaborarán de manera íntegra en el proyecto.</p>
<p>PROPÓSITO Identificar el aporte de la Pedagogía del Cuidado en la formación de los profesionales de la salud en pacientes diabéticos para el mejoramiento de atención primaria de salud.</p>	<p>Finalizado el proyecto, se evidenciará cuantitativamente el aporte de la pedagogía del cuidado en la atención de los pacientes por parte de los estudiantes en los procesos de prácticas pre-profesionales e internados rotativos.</p>	<p>➤ Informe de la medición de impacto del proyecto.</p>	<p>Los estudiantes que participarán en los procesos de prácticas pre-profesionales e internados rotativos colaborarán con el presente estudio con un elevado nivel profesional.</p>
<p>COMPONENTES</p> <p>a. Analizar los diseños curriculares de las carreras de medicina, enfermería y odontología de las universidades de la provincia de Manabí para identificar su enfoque hacia la Pedagogía del Cuidado.</p> <p>b. Validar los instrumentos de medición que se aplicarán a los estudiantes que realizan las prácticas pre-profesionales e internados y los pacientes atendidos en el primer nivel de atención en salud en la Provincia de Manabí.</p> <p>c. Aplicar los instrumentos de medición a los estudiantes que realizan las prácticas pre-profesionales e internados y los pacientes atendidos en el primer nivel de atención en salud en la Provincia de Manabí.</p> <p>d. Diseñar una estrategia metodológica orientada al cuidado en salud, centrado en las personas diabéticas,</p>	<p>En Julio del año 2020, se habrán analizado los 7 diseños curriculares de las carreras de medicina, enfermería y odontología de las universidades manabitas.</p> <p>Para el mes de octubre de 2020, se contará con los 3 instrumentos de medición validados mediante la técnica de criterio de expertos.</p> <p>En enero de 2021, se tendrán los resultados de los 210 pacientes diabéticos encuestados y estudiantes de prácticas pre-profesionales e internados observados.</p> <p>Para abril del año 2021, se tendrá culminada en un 100% la estrategia metodológica para el cuidado en salud, con énfasis en la</p>	<p>➤ Diseños curriculares ➤ Informes de los análisis realizados.</p> <p>➤ Cuestionarios validados ➤ Registros de observación validados.</p> <p>➤ Resultados tabulados</p> <p>➤ Estrategia documentada</p>	<p>Las autoridades de las carreras de salud de las universidades manabitas proporcionarán oportunamente la información.</p> <p>Los expertos invitados a los talleres de validación de los instrumentos colaborarán en el proceso con entusiasmo.</p> <p>Los pacientes seleccionados como muestras de la investigación, mostrarán predisposición para colaborar con la investigación.</p> <p>Los investigadores designados para elaborar la estrategia</p>

<p>con énfasis en la comprensión, análisis y respuesta a las necesidades de salud.</p> <p>e. Medir el impacto de la estrategia con los estudiantes de los procesos de prácticas pre-profesionales e internados rotativos de las universidades con las que se está haciendo el estudio.</p>	<p>comprensión, análisis y respuesta a las necesidades de salud.</p> <p>En marzo del año 2022, se tendrá un informe de impacto de la estrategia metodológica aplicada a los pacientes diabéticos por los estudiantes en los procesos de prácticas pre-profesionales e internados rotativos.</p>	<p>➤ Informe de medición de impacto.</p>	<p>desarrollarán su labor de forma disciplinada y con mucho profesionalismo.</p> <p>Los estudiantes que colaborarán con la aplicación de la estrategia, harán su trabajo con gran sentido de responsabilidad.</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>A1. Recopilación de los diseños curriculares de las carreras de Medicina, Enfermería y Odontología de las Universidades de Manabí.</p> <p>A2. Análisis de los diseños curriculares identificando el enfoque hacia la Pedagogía del Cuidado.</p> <p>A3. Elaboración de informe del análisis realizado a los diseños curriculares.</p> <p>A4. Publicación de resultados.</p> <p>B1. Planificación de los talleres de expertos para la validación de los instrumentos.</p> <p>B2. Ejecución de tres talleres de validación de los instrumentos, realizados en tres momentos, escenarios y actores distintos.</p> <p>B3. Presentación de instrumentos validados retroalimentados en los talleres de expertos.</p> <p>B4. Publicación de resultados.</p> <p>C1. Análisis de los resultados de la aplicación de los instrumentos validados.</p> <p>C1. Planificación de la aplicación de los instrumentos.</p> <p>C2. Aplicación de los instrumentos.</p> <p>C3. Tabulación de resultados.</p> <p>C4. Publicación de resultados y devolución ética de los mismos.</p> <p>D1. Elaboración de la estrategia metodológica orientada al cuidado en salud, centrado en las personas diabéticas, con énfasis en la comprensión, análisis y respuestas a las necesidades de salud.</p> <p>D2. Validación de la estrategia bajo la metodología de talleres de expertos.</p>	<p>El proyecto tendrá un costo total de \$ 94.810,64 (noventa y cuatro mil ochocientos diez 64/100 dólares de Norteamérica)</p>	<p>➤ Informes.</p> <p>➤ Presupuesto</p> <p>➤ Proformas</p> <p>➤ Facturas</p>	<p>La dirección financiera gestionará de manera oportuna los recursos para la ejecución de las actividades del proyecto.</p>

<p>D3. Publicación de resultados patentado.</p> <p>E1. Desarrollo de talleres de preparación de los estudiantes sobre la estrategia.</p> <p>E2. Monitoreo de los estudiantes y tutores que están inmersos en los procesos de prácticas pre-profesionales e internados rotativos.</p> <p>E3. Aplicar por segunda ocasión los instrumentos de medición para determinar el impacto de la estrategia.</p>			
---	--	--	--

4. JUSTIFICACIÓN

En el informe de la Conferencia de la Organización Mundial de Salud de la OMS, se indica la impresionante desigualdad que existe en la salud de los pueblos, principalmente entre los países, y esta política es social y económicamente inadmisibles, además de constituir una "preocupación común para todos". Como estrategia se estableció que el plano de los servicios de salud, se ampliará la cobertura asistencial del paciente en la comunidad. La OMS eligió la asistencia primaria de salud como camino para alcanzar la meta "Salud para Todos en el Año 2000" (OMS, 2016)

Los cuidados primarios, "*son generalizados, cuyos servicios e intervenciones en la asistencia a la salud integral abarcan directamente a todos los individuos, familia y comunidad como un todo*" (OMS, 2016)

Este proyecto responde a las necesidades sociales de mejorar la preparación de profesionales que puedan desarrollar las actividades mínimas propuestas en los cuidados primarios de salud, deberá adquirir dominio de conocimientos, habilidades y actitudes correspondientes a estas actividades.

Para llevar a la práctica esa meta de acción, según el grupo de trabajo, es necesaria la participación de los profesionales en una estructuración de su educación, para adecuar las estrategias a las necesidades para mejorar la capacitación y superación de los recursos humanos. (Donabedian, 2017)

El estudio y análisis de la pedagogía del cuidado en la APS, del paciente diabético constituye mirada que se nutre de fuentes humanistas, intercultural, basado en el cumplimiento de derechos humanos, la ciudadanía, y el Buen Vivir; con propuesta del diseño de una estrategia metodológica que implica la reestructuración de los contenidos curriculares, de las metodologías y de los procesos de enseñanza - aprendizaje para que consideren los cuidados como su principio básico. (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013 - 2017)

El Modelo Atención Primaria Integral de Salud y Vida (APISV), se basa en tres elementos claves para la atención al usuario: personalización diagnóstica, semiología integral y Nosología intercultural; y en tres elementos claves para la administración y gestión: adecuación cultural de los servicios, adaptación de la oferta a la demanda y accesibilidad de los servicios a la comunidad. En su conjunto debe cubrir contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad y muerte. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindan a través de la red integral de salud. Existen barreras que aún existen en este sistema APS. (Malo, 2015)

- El acceso a nivel geográfico, cultural, social y económico aún persisten y en cuanto a la percepción de la calidad de los servicios y el trato, todavía queda mucho por hacer.
- La escasez de personal incidió en una limitada capacidad resolutoria y la pérdida de confianza de la población, lo que ha resultado en una lógica y una visión de mantener servicios "pobres para los pobres", que ha sido funcional al crecimiento de los servicios privados.
- Con relación a los grupos poblacionales, se identifica a la población dispersa sobre todo en la región oriental y las áreas rurales como un grupo que tiene más dificultad de acceso a los servicios.
- El grupo de población indígena y de escasos recursos por razones culturales sigue siendo desatendido, así como la población de adultos mayores, que son ignorados.

- No existe una estrategia metodológica sobre la Pedagogía del cuidado en la formación de los profesionales de la salud que atienden pacientes diabéticos, de forma tal que sus acciones contribuyan al mejoramiento la APS en Manabí.

Ante esta situación para mejorar los servicios de la APS, es preciso ampliar la participación en estos procesos de aprendizaje de otras y otros actores del contexto del centro de salud y la comunidad, poniendo en marcha espacios de diálogo e intercambio que permitan revisar periódicamente sus prácticas y sus formas de hacer para reajustarlas al contexto en el que se desarrollan y a las necesidades de los pacientes. Los profesionales tienen la oportunidad de convivencia en la práctica para la asistencia en los cuidados primarios de salud del individuo, familia y otros grupos de la comunidad.

El contenido curricular tiene que contribuir al desarrollo pleno de los profesionales y mejorar el cuidado de la salud, de la naturaleza, del medio ambiente y de la humanidad; para que el sistema de salud pueda aportar conceptos y competencias al currículo de una pedagogía de los cuidados en los servicios de salud, por lo que es necesario de forma sistemática actualizar los diseños curriculares de acuerdo a las necesidades de la sociedad, comunidad y pacientes en los diferentes contextos del Ecuador.

La actividad fundamental de la estrategia diseñada se aplicará en el nivel de atención primaria de salud, por el gran peso de las acciones de promoción y prevención de salud que preconiza estilos de vida saludables en los pacientes con diabetes, de prevención primaria, así como de acciones de detección de la enfermedad y de sus potenciales complicaciones agudas y crónicas. Para ello es trascendental la capacitación de los proveedores de salud y de los pacientes y familiares en todos los niveles del sistema. La educación diabetológica y el control de la glicemia y de los factores de riesgo vasculares constituyen elementos esenciales de la estrategia.

5. HIPÓTESIS

La Pedagogía del Cuidado aporta significativamente en la formación de los profesionales de la salud y la calidad de atención a los pacientes en la atención primaria de salud.

6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TECNOLÓGICO

6.1. Pedagogía del cuidado

En el marco de la búsqueda de la calidad educativa como desafío para elevar a estadio superiores la calidad de los Servicios de Atención Primaria (APS), es preciso revisar algunos referentes que obligan al abordaje urgente de reflexión y acción sobre las políticas existentes para mejorar la enseñanza del cuidado. *“Es necesario para lograr la adaptación de la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población”* (Collado & Parra, 2017)

En el proceso de enseñanza aprendizaje de enfermería se encuentran los componentes esenciales las prácticas clínicas, que dotan al personal de enfermería de la destreza necesaria para el cuidado; es por esto que desde los primeros ciclos, se adoptan prácticas pedagógicas que estimula a los profesionales de enfermería al saber pensar y al saber hacer .

En el saber pensar, se tiene en cuenta el pensamiento crítico, donde los profesionales puedan resignificar la disciplina, enfatizar lo filosófico y epistemológico del cuidado, teniendo en cuenta desde la fundamentación de Heidegger quien expresa que *“el ser humano existe en el mundo*

a través del cuidado” (Mayorga, 2017) y a Boff cuando afirma que “... *El modo de ser cuidado revela de manera concreta cómo es el ser humano”* (Mayorga, 2017). En esta etapa, se refrenda el abordaje de enfermería como ciencia de tal manera que aprendan a justificar la esencia de la profesión, teniendo en cuenta el método científico a través del Proceso de Cuidado enfermero (PCE), concomitantemente se les enseña a valorar las teorías y modelos de enfermería que se adoptará en el cuidado.

Pero lo verdaderamente esencial en el proceso de enfermería es captar la naturaleza de la situación o sea diagnosticar y es a partir de aquí que el marco conceptual que se adopte entra a tallar ya que se debe dar un significado preciso que permita comprender; es el marco conceptual que nos dice qué datos debemos recoger y cuáles no, conque hemos de compararlos para determinar su naturaleza, qué problemas o situaciones legitiman nuestra actuación, qué objetivos son responsables de ayudar al usuario a alcanzar y cómo lograrlo.

En el saber Hacer teniendo al paciente como la razón de ser de la práctica en los servicios o comunidad, como la referencia, el punto de partida y de llegada de los cuidados, motivando la práctica del cuidado en un modelo holístico que tenga en cuenta a la persona como un ser total con dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales.

6.1.1. La noción de cuidado

Aunque invisible y clausurada en la práctica asistencial (el trabajo en hospitales y centros de salud), la noción de cuidado ocupa un lugar central y fundamentante en el discurso de la Enfermería (Gaut, 1983; Leininger, 1978). Desde el punto de vista disciplinar, el Cuidado es el objeto de conocimiento de Enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud.

Una primera aproximación a la literatura indica que el término “Cuidado” ha venido usándose de manera creciente desde la década de los años sesenta hasta nuestros días. Del mismo modo aparecen vaguedades y ambigüedades conceptuales acerca del uso de los términos que conformarían el campo semántico del Cuidado. Enfermeras y otros profesionales de la salud utilizan los términos cuidado, cuidado de salud y cuidados de Enfermería (aquéllos que la enfermera proporciona) indistintamente para designar referentes que presentan diferencias conceptuales y empíricas. Las principales ambigüedades que hemos podido encontrar hacen referencia al significado y función del término cuidado. Por ejemplo, en el año 1965 la Asociación de Enfermeras Americanas determinó que los componentes y finalidades esenciales de la Enfermería eran cuidar y curar. Sin embargo, el sentido del primero de estos términos ha permanecido mucho más elusivo que la noción de curación, entre otros motivos, por los que hemos desarrollado en el punto anterior.

Al revisar la literatura se constata que la mayoría de ideas y fundamentos para articular y sistematizar conceptualmente la noción de cuidado se han extraído del campo de la Filosofía y Psicología existencial, humanista y personalista. Los trabajos de autores como Martin Buber, Rollo May, Carl Rogers, Gabriel Marcel, Teillard de Chardin, MerleauPonty o Abraham Maslow han sido fuente de inspiración para muchas estudiosas del cuidado. Basándose en esta perspectiva teórica es frecuente encontrar en la literatura conceptualizaciones del cuidado en términos del contenido emocional de las interrelaciones enfermera-cliente. Uno de los trabajos más importantes que siguen esta línea es del de Benner y Wrubel (1989) en el que el cuidado es definido en los términos siguientes:

“cuidar, o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera-cliente (...) y la capacidad de la enfermera para empatizar o “sentir desde” el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales”. (Medina, 2017)

En un sentido transaccional y de desarrollo, donde la enfermera obtiene crecimiento personal a partir de su relación con el enfermo, Planner (1981) afirma que:

“Cuidado es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos”. (Medina, 2017)

Por su parte, Mayeroff (1971), desde una perspectiva existencial, trata de determinar los atributos generales del cuidado:

“Cuidar es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer nuestras necesidades. Su significado no debe ser confundido con tener buenas intenciones o deseos, con el cariño, el confort y el mantenimiento o con el interés que puede tenerse por lo que le ocurra a otra persona. Tampoco es un sentimiento aislado o una relación humana momentánea ni tampoco es una cuestión de tener la intención de cuidar a alguien. El cuidado entendido como ayuda a otra persona permite el desarrollo y la actualización del yo; es un proceso de interrelación que implica desarrollo, de la misma manera que la amistad sólo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación”. (Medina, 2017)

Desde una perspectiva similar, Rollo May (1969) ofrece algunas ideas acerca del cuidado en sus trabajos sobre el hombre y su relación con el mundo en que vive:

“Cuidado es la fuente necesaria del Eros, la fuente de la ternura. En el cuidado el hombre ejecuta acciones en relación a una situación dada, aquí es donde el cuidado implica amor u compromiso”. (Medina, 2017)

Cuidar, por tanto, es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad. Esta visión antropológica, comprensiva y profunda, percibe el cuidado y la enfermedad como un “kairós existencial”, como una oportunidad única para profundizar en el alcance y las raíces de la dignidad humana. La riqueza humana de la vivencia de la enfermedad se manifiesta cuando el dolor y la crisis del cuerpo nos hacen tocar las esencias de ese ser atravesado de grandezas y miserias que cada uno de nosotros somos:

“El enfermar nos ensimisma, nos ayuda a redescubrir una intimidad inquieta, que se abre a la búsqueda de certezas firmes y de esperanzas ciertas”. (Medina, 2017)

Los cuidados profesionales son definidos como:

“Aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas cognitivamente y culturalmente que permiten (o ayudan) a un Individuo, familia o comunidad mantener o desarrollar condiciones saludables de vida” (Medina, 2017)

Los cuidados profesionales enfermeros son:

“Todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas, y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte”. (Medina, 2017)

De las definiciones de Leininger también se desprende que cualquier acto de cuidado, independientemente de su grado de complejidad o profesionalización, implica siempre un énfasis en aquellas acciones humanas que son útiles para las personas y que se basan en modos, culturalmente determinados, de ayudar a los individuos. Para determinar cómo los sistemas de creencias afectan a la noción y prácticas del cuidado, esta autora ha llevado a cabo, durante las décadas de los 70 y 80, investigaciones en más de 30 culturas diferentes. De los hallazgos de sus trabajos se desprende que existen algunas ideas que se asocian con la noción de cuidado: empatía, compasión, presencia, alivio, compromiso, soporte, confianza, estímulo, implicación, restauración, protección, contacto (físico). Sin embargo, esos constructos no son universales. Existen pueblos en la micronesia en los que no está permitido tocar al enfermo. De sus estudios transculturales, Leininger (1980) ha derivado once premisas o asunciones que precisan la naturaleza de las prácticas de cuidar:

- El cuidado humano es un fenómeno universal pero los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrolla varían culturalmente.
- Cada situación de cuidado enfermero presenta acciones de cuidado transculturales, necesidades e implicaciones.
- Los procesos y actos de cuidado son esenciales para la supervivencia, el crecimiento y desarrollo humanos.
- El cuidado puede considerarse como la esencia y la dimensión que unifica intelectual y prácticamente la Enfermería profesional.
- El cuidado presenta dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y ambientales que pueden ser estudiadas, así como prácticas para prestar cuidados holísticos a las personas.
- Todavía no se han revelado con suficiente nitidez los comportamientos de cuidado transculturales. Cuando ese cuerpo de saberes esté suficientemente desarrollado podrá revolucionar las actuales prácticas de Enfermería.
- Para poder proporcionar cuidados terapéuticos la enfermera debe poseer conocimientos sobre los valores, creencias y prácticas acerca del cuidado que los pacientes poseen.
- Las actividades y funciones del cuidado varían en función de la estructura social característica de las diferentes culturas.
- La distinción de las prácticas de cuidado universales de las que no lo son, y las populares de las profesionales permitirá desarrollar el cuerpo de saberes de la Enfermería.
- Los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales.

- No puede existir curación sin cuidados pero pueden existir cuidados sin curación. (Medina, 2017)

6.2. Atención Primaria de salud

La atención primaria de salud (siglas: AP o APS), según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente:

... Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.

6.2.1. Tipos de asistencia sanitaria:

6.2.1.1. Primaria

Especializada u hospitalaria y que incluye las consultas externas.

La atención primaria es el mecanismo mediante el cual los países y las áreas proveen mejor salud a las poblaciones y las personas, con mayor equidad en salud en los subgrupos poblacionales, y con menores costes. El objetivo central es organizar los sistemas sanitarios en torno a un sistema fuerte centrado en el paciente, es decir, la atención primaria.

Objetivos

La atención primaria debe ofrecer servicios según necesidad, y dar respuesta en su nivel a la mayoría de los problemas.³

Una Atención Primaria polivalente y resolutive, competente para dar respuesta a pacientes complejos y para considerar la salud en conjunto, y que por ello coopere con otros servicios, socio-sanitarios y extra-sanitarios.

Acciones

Los atributos básicos de la atención primaria son la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad; son los que marcan su calidad y eficiencia.

La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales económicas, culturales y emocionales.

La coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.

La integralidad es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%).

La longitudinalidad es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero

6.2.1.2. Presentación Sanitaria

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.⁵

Aunque los factores sociodemográficos, sin duda, influyen en la salud, un sistema sanitario orientado hacia la atención primaria es una estrategia política de gran relevancia debido a que su efecto es claro y relativamente rápido, en particular respecto a la prevención de la progresión de la enfermedad y los efectos de las lesiones, sobre todo a edades más tempranas

6.2.2. Servicios

La atención primaria comprende:

La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.

La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.

La rehabilitación básica.

Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.

La atención paliativa a enfermos terminales.

La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.

La atención a la salud bucodental.

6.2.3. Organización

Estructura (lo que hay): física y humana

Proceso (lo que se hace o se manda hacer)

Resultado (lo que se consigue)

6.2.4. Estructura humana

Un Equipo de Atención Primaria (EAP) está compuesto por los profesionales de la salud.

Médicos. Un médico de familia por cada 1.500-2.000 pacientes, 1 pediatra por cada 1.000 niños menores de 14 años. Funciones:

- Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
- Consulta en el centro de salud o en los domicilios
- Atención a demanda o programada
- Sesiones clínicas
- Participar en las comisiones
- Coordinar el centro de atención primaria.

Enfermeros. Uno por cada 2.000 pacientes. Funciones:

- Planificación de cuidados. Entrenamiento del paciente para autocuidados
- Consulta monotemática programada
- Atención a domicilio
- Curas e inyectables
- Salud buco-dental
- Extracciones
- Técnicas: ECG, Espirómetros, etc.
- Participar en las comisiones.
- Educación sanitaria

Administrativos. Varía según el tamaño del centro de salud. Funciones:

- Cita previa
- TIS / asignación de médico
- Tramitación de analíticas, radiografías, derivaciones, recetas a Inspección
- Elaboración de estadística
- Participar en las comisiones.

Celadores. Uno por turno laboral. Funciones:

- Información
- Reponer materiales
- Repartir las historias clínicas. (Atención primaria de salud, 2019)

6.3 Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus (DM) es un conjunto de trastornos metabólicos, cuya característica común principal es la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica, debido ya sea a un defecto en la producción de insulina, a una resistencia a la acción de ella para utilizar la glucosa, a un aumento en la producción de glucosa o a una combinación de estas causas. También se acompaña de anormalidades en el metabolismo de los lípidos, proteínas, sales minerales y electrolitos.

La diabetes se asocia con la aparición de complicaciones en muchos sistemas orgánicos, siendo los más evidentes la pérdida de la visión que puede llegar a la ceguera, el compromiso de los riñones con deterioro funcional progresivo, requiriendo diálisis y trasplante, el compromiso de vasos sanguíneos que pueden significar la pérdida de extremidades inferiores (véase vasculopatía diabética), el compromiso del corazón con enfermedad coronaria e infarto agudo de miocardio, el compromiso cerebral y de la irrigación intestinal; sin embargo, las complicaciones más prevalentes afectan al sistema nervioso periférico y autónomo. Todo esto significa una carga muy pesada para el paciente que la padece y para todo el sistema de salud pública.

Los síntomas principales de la diabetes mellitus son la emisión excesiva de orina (poliuria), el aumento anormal de la necesidad de comer (polifagia), el incremento de la sed (polidipsia) y la pérdida de peso sin razón aparente. En ocasiones se toma como referencia estos tres síntomas (poliuria, polifagia y polidipsia o regla de las 3 P) para poder sospechar diabetes mellitus tipo 2 o insulino resistente ya que son los más comunes en la población.

Una revisión de 2018 concluye que uno de los principales factores de riesgo para desarrollar tanto la diabetes tipo 1 como la diabetes tipo 2 es el consumo de gluten y que la dieta sin gluten durante el embarazo reduce el riesgo de que el bebé desarrolle diabetes tipo 1.

6.3.1. Clasificación

Actualmente existen dos clasificaciones principales. La primera, correspondiente a la Organización Mundial de la Salud, en la que reconoce tres formas de diabetes mellitus: tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional (ocurre durante el embarazo), cada una con diferentes causas y con distinta incidencia y la segunda, propuesta por el comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en 1997. Según la ADA, los diferentes tipos de DM se clasifican en cuatro grupos:

La diabetes mellitus tipo 1, en la que existe una destrucción total (mayor al 90%) de las células β , lo que conlleva una deficiencia absoluta de insulina. Representa entre un 5 a un 10% de las DM.

La diabetes mellitus tipo 2, generada como consecuencia de un defecto progresivo en la secreción de insulina, de un aumento de la resistencia periférica a la misma y de un aumento de la producción de glucosa. Representa entre un 90 a un 95% de las DM.

La diabetes gestacional, que es diagnosticada durante el segundo o tercer trimestre del embarazo, donde muchas veces es transitoria y la propia cura es el parto.

6.3.2. Diabetes producida por otras causas:

Defectos genéticos de la función de las células β (por ejemplo, distintos tipos de diabetes monogénica o diabetes tipo MODY, diabetes neonatal).

Defectos genéticos en la acción de insulina.

Enfermedades del páncreas exocrino (por ejemplo, fibrosis quística).

Endocrinopatías (por ejemplo, acromegalia, síndrome de Cushing).

Inducida por fármacos o químicos (por ejemplo, pentamidina, ácido nicotínico, glucocorticoides).

Infecciones

Causas poco comunes mediadas por mecanismos inmunes.

Otros síndromes genéticos asociados con diabetes.

6.3.3. Diabetes mellitus tipo 1 (DM-1)

La diabetes mellitus tipo 1 o DM1, corresponde a la llamada antiguamente diabetes insulino-dependiente o tipo I (DMID), diabetes de comienzo juvenil o diabetes infantojuvenil. No se observa producción de insulina, debido a la destrucción de las células β de los Islotes de Langerhans del páncreas. La destrucción suele ocurrir en plazos relativamente cortos, especialmente en los más jóvenes, predisponiendo a una descompensación grave del metabolismo llamada cetoacidosis. Es más frecuente en personas jóvenes (por debajo de los 25 años) y afecta a cerca de 4,9 millones de personas en todo el mundo, con una alta prevalencia reportada en América del Norte. Representa entre un 5 a un 10% de las DM.

El origen de la DM1 es la destrucción autoinmune de las células β de páncreas, aunque en un 10% de los casos no se han encontrado marcadores de inmunidad y se denominan "idiopáticos". Esta última situación se ha visto en la casuística de DM1 de África y Asia.

Dentro de las DM1 se incluye la diabetes autoinmune latente del adulto o LADA, que si bien epidemiológica y clínicamente se asemeja a la DM2, la causa es autoinmune y el tratamiento necesario es insulina. Entre un 2 a un 12% de las diabetes del adulto corresponden a esta variante.

6.3.4. Diabetes mellitus tipo 2 (DM-2)

La diabetes mellitus tipo 2 o DM2 representa entre un 90 a un 95% de las diabetes. Se caracteriza por una resistencia a la insulina y, al menos inicialmente, en una deficiencia relativa en la secreción de insulina, cuya cantidad, si bien elevada en comparación con una persona normal, es insuficiente en relación con los niveles elevados de glucemia. A medida que la enfermedad avanza, el páncreas puede llegar a producir menos insulina y fallar las células beta. A diferencia de la DM1, no hay un componente autoinmune presente, si bien se mantiene un ambiente inflamatorio a nivel del tejido adiposo.⁴³

Se presenta principalmente en mayores de 40 años, la mayoría de los cuales presenta obesidad abdominal como parte del patrón de exceso de depósito de grasa que presentan las personas con resistencia insulínica. Se acompaña frecuentemente de otras anomalías como hipertensión arterial, dislipidemia, disfunción del endotelio vascular y elevación del PAI-1. Este conjunto de anomalías se ha denominado «síndrome de resistencia a la insulina» o síndrome metabólico.

El diagnóstico suele hacerse transcurridos varios años desde el inicio de la enfermedad ya que la hiperglicemia se desarrolla gradualmente y en su período inicial no produce síntomas notables. Sin embargo, durante este período los pacientes pueden desarrollar cualquiera de las complicaciones

macrovasculares o microvasculares de la enfermedad. Durante este período inicial se presenta una condición denominada intolerancia a la glucosa.

6.3.5. Diabetes mellitus gestacional

La diabetes mellitus gestacional o DMG, es aquella que aparece en el segundo o tercer trimestre del embarazo en mujeres sin el diagnóstico previo de DM. Se presenta generalmente en mujeres mayores, hispanoamericanas, afroamericanas, asiático-americanas, indígenas pima o nativas de las islas del Pacífico.

Cabe destacar que la DMG es el único tipo de diabetes potencialmente reversible, puesto que el parto o cesárea pueden llevar a la resolución total de la condición orgánica. En caso de transitar un nuevo embarazo posterior, la probabilidad de padecer DMG es mayor con respecto a la población de madres que no lo han hecho.

La DMG representa riesgos para la madre y el recién nacido, siendo el aumento de la glicemia entre las 24 y 28 semanas del embarazo un indicador de mayor probabilidad de complicaciones.

Durante el embarazo se producen grandes cambios en el metabolismo, puesto que el feto utiliza la energía de la madre para alimentarse, oxígeno, entre otros. Esto conlleva a tener disminuida la insulina, provocando esta enfermedad.

” Se tiene mayor riesgo de padecer este tipo de diabetes si se tiene más de 25 años al quedar embarazada, antecedentes familiares de diabetes, hipertensión arterial, demasiado líquido amniótico, se ha tenido un aborto espontáneo o mortinato de manera inexplicable, sobrepeso antes del embarazo, o aumentó excesivamente de peso durante su embarazo. (Diabetes mellitus, 2019)

6.3.6. Otros tipos de diabetes mellitus

Otros tipos de diabetes mellitus menores (< 6 % de todos los casos diagnosticados):

Tipo 3A, 3B, 3C, 3D, 3E, 3F, 3G.

Cuadro Clínicos

Panorama de los síntomas más significativos de la diabetes.

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

Signos y síntomas más frecuentes:

Poliuria, polidipsia y polifagia.

Pérdida de peso a pesar de la polifagia. Se debe a que la glucosa no puede almacenarse en los tejidos debido a que éstos no reciben la señal de la insulina.

Fatiga o cansancio.

Cambios en la agudeza visual.

Signos y síntomas menos frecuentes:

Vaginitis en mujeres, balanitis en hombres.

Aparición de glucosa en la orina u orina con sabor dulce.

Ausencia de la menstruación en mujeres.

Aparición de impotencia en los hombres.

Dolor abdominal.

Hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca, úlceras o heridas que cicatrizan lentamente.

Debilidad.

Irritabilidad.

Cambios de ánimo.

Náuseas y vómitos.

Mal aliento.

Diagnostico

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

Síntomas clásicos de la enfermedad (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso) más una toma sanguínea casual o al azar con cifras mayores o iguales de 200 mg/dl (11,1 mmol/L).

Medición de glucosa en plasma (glucemia) en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl (7,0 mmol/L). «Ayuno» se define como no haber ingerido alimentos en al menos 8 horas.

La prueba de tolerancia a la glucosa oral (curva de tolerancia a la glucosa). La medición en plasma se hace dos horas posteriores a la ingesta de 75 g de glucosa en 375 ml de agua; la prueba es positiva con cifras mayores o iguales a 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

Hemoglobina Glucosilada HbA1c con cifras mayores o iguales a 6,5% equivalente a que hubo niveles entre 120-150 mg/dL en los últimos 120 días.

Tratamiento

Medidas Generales La hiperglucemia persistente es el fenómeno central en todas las formas de DM. El tratamiento debe estar encaminado a descender los niveles de glucemia a valores próximos a la normalidad siempre que sea posible:

1. Evitar descompensaciones agudas, cetoacidosis o síndrome hiperosmolar.
2. Aliviar los síntomas cardinales (poliuria / polidipsia / astenia / pérdida de peso con polifagia).
3. Minimizar el riesgo de desarrollo o progresión de retinopatía, nefropatía y/o neuropatía diabética.

4. Evitar las hipoglucemias
5. Mejorar el perfil lipídico de los pacientes.
6. Disminuir la mortalidad.

6.4. Educación Diabetológica

En muchos casos, conseguir niveles de glucemia óptimos requiere un programa de entrenamiento por parte del paciente en el control de su enfermedad, basado en determinaciones frecuentes de glucemia capilar, consejo nutricional, práctica regular de ejercicio, régimen de insulina adaptado a su estilo de vida, instrucción para prevenir y tratar las hipoglucemias y evaluación periódica de los resultados obtenidos.. El equipo mínimo de enseñanza deberá estar formado por un médico y una enfermera educadora que pueden hacerse cargo, en el ámbito de la asistencia primaria, de la mayoría de los casos de diabetes tipo 2. El contenido del programa de educación diabetológica debe individualizarse en función del tipo de diabetes, la presencia de complicaciones y el nivel sociocultural del paciente.

6.4.1. Recomendaciones Nutricionales

El tratamiento dietético es un pilar fundamental en el manejo de la DM y en muchas ocasiones es probablemente la única intervención necesaria. En líneas generales, la dieta debe ir orientada hacia la consecución y mantenimiento de un peso aceptable y de unos niveles óptimos de glucosa, lípidos y tensión arterial. La proporción de nutrientes no será distinta a la recomendada en la población general, debiendo comer suficientes hidratos de carbono en cada comida y evitar los azúcares solubles y sus derivados por su rápida absorción que eleva la glucemia post-prandial. Se recomienda que el total de calorías consumidas a lo largo del día se repartan en 4 ó 5 comidas. En el diabético tipo 1 la dieta se mostrará de una forma positiva, haciéndole ver que no tendrá que modificar la mayoría de sus hábitos alimentarios.

En los diabéticos obesos (generalmente tipo 2) será necesaria una dieta hipocalórica hasta la consecución de un peso aceptable, lo que obligará a evitar los alimentos grasos y reducir el consumo de aquellos con un contenido calórico medio, como los ricos en hidratos de carbono y proteínas, permitiendo comer libremente aquellos alimentos de bajo contenido calórico, como los vegetales o las infusiones sin azúcar. En los pacientes en tratamiento con insulina es importante que exista una regularidad tanto en los horarios como en la cantidad y composición de las comidas, y una sincronía adecuada entre éstas y la farmacocinética del tipo de insulina que se utilice, aunque en los diabéticos en tratamiento intensivo es posible una mayor flexibilidad. Finalmente la dieta también debe servir para la prevención y tratamiento de las complicaciones agudas del tratamiento de la DM (hipoglucemia) y de las complicaciones crónicas. Es muy importante que el diabético en tratamiento farmacológico sepa perfectamente que ante síntomas típicos de hipoglucemia debe tomar inmediatamente 3-4 terrones de azúcar o una bebida azucarada (por ejemplo zumo de frutas) y que debe llevar siempre consigo este tipo de alimentos.

6.4.2. Ejercicio

En la DM1 el ejercicio, más que como una forma de tratamiento, debe ser visto como una actividad que proporcione al diabético la misma diversión y beneficios que al individuo no diabético (4), y que va a modular las acciones de la dieta y de la insulina. El ejercicio físico puede aumentar el

riesgo de hipoglucemia aguda y diferida, por lo que el paciente debe modificar oportunamente su dieta y dosis de insulina cuando se disponga a realizarlo o lo haya finalizado, teniendo en cuenta la intensidad y duración del mismo, así como su glucemia. En la DM2, el ejercicio físico juega un destacado papel aumentando la captación de glucosa por el músculo, incluso cuando no se disminuye el peso, ayudando a mejorar el control metabólico. Además, actúa de manera favorable sobre otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular como la hiperlipemia y la hipertensión arterial. Se recomienda comenzar con ejercicios moderados como caminar o pedalear en bicicleta estática y posteriormente incrementar la intensidad. Es importante para mejorar la sensibilidad a la insulina que el ejercicio se realice al menos 3 ó 4 días por semana.

Tratamiento Farmacológico: Para el tratamiento farmacológico de la DM se dispone de insulina en sus distintas presentaciones y de antidiabéticos orales. De estos últimos actualmente en el mercado se comercializan sulfonilureas, biguanidas, inhibidores de la alfa-glucosidasa, la repaglinida y, en un futuro próximo, las tiazolidinedionas. (Alfaro, 2000)

7. DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación es de cohorte transversal, de tipo descriptiva; se desarrollará durante 24 meses (Agosto de 2020 a julio de 2022). Los métodos teóricos a utilizar serán análisis-síntesis e inductivo-deductivo y como métodos empíricos el cuestionario y la observación. La muestra es de 210 pacientes que acuden diabéticos atendidos en centros de salud donde realizan las prácticas pre-profesionales e internados los estudiantes de las áreas de salud que se forman en las universidades manabitas, el nivel de significancia es de $\pm 5\%$. Las técnicas a aplicar serán el cuestionario y la observación. La muestra la constituyen 210 pacientes atendidos por los estudiantes en los procesos de prácticas pre-profesionales e internos, con un nivel de significancia de $\pm 5\%$.

8. RESULTADOS ESPERADOS

- a. 3 mallas curriculares de la carrera de Enfermería analizadas (ITSUP, UNESUM, UTM y ULEAM)
 - 2 mallas curriculares de la carrera de Medicina analizadas (ULEAM y UTM)
 - 2 mallas Curriculares de la carrera de Odontología analizadas (ULEAM y USG)
- b. Cuestionario y Ficha de Observación validados
- c. Estrategia metodológica orientada al cuidado en salud, centrado en las personas diabéticas, con énfasis en la comprensión, análisis y respuesta a las necesidades de salud.

9. PLAN DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA

Resultados esperados	Tipo de trabajo de divulgación	Medio de divulgación
a. Mallas curriculares analizadas	Artículo Científico Capítulo de Libro	Revista Científica de impacto. Editorial
b. Cuestionario y fichas de observación validadas	Artículo Científico Capítulo de Libro	Revista Científica de impacto. Editorial
c. Estrategia metodológica orientada al cuidado en salud, centrado en las personas diabéticas, con énfasis en la comprensión, análisis y respuesta a las necesidades de salud.	Artículo Científico Libro Patente	Revista Científica de impacto. Editorial IEPI

9. **CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO:** (Los meses de enero a marzo de 2019 se gestionará la aprobación del proyecto)

PROYECTO	Año 2020					Año 2021												Año 2022									
				8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
Objetivo Específico A	a. Analizar los diseños curriculares de las carreras de medicina, enfermería y odontología de las universidades de la provincia de Manabí para identificar su enfoque hacia la Pedagogía del Cuidado.																										
Actividad A.1																											
Actividad A.2																											
Actividad A.3																											
Actividad A.4																											
Objetivo Específico B	b. Validar los instrumentos de medición que se aplicarán a los estudiantes que realizan las prácticas pre-profesionales e internados y los pacientes atendidos en el primer nivel de atención en salud en la Provincia de Manabí.																										
Actividad B.1																											
Actividad B.2																											
Actividad B.3																											
Actividad B.4																											
Objetivo Específico C	c. Aplicar los instrumentos de medición a los estudiantes que realizan las prácticas pre-profesionales e internados y los pacientes atendidos en el primer nivel de atención en salud en la Provincia de Manabí.																										
Actividad C.1																											
Actividad C.2																											
Actividad C.3																											
Actividad C.4																											
Objetivo Específico D	d. Diseñar una estrategia metodológica orientada al cuidado en salud, centrado en las personas diabéticas, con énfasis en la comprensión, análisis y respuesta a las necesidades de salud.																										
Actividad D.1																											
Actividad D.2																											
Actividad D.3																											
Objetivo Específico E																											
Actividad E.1																											
Actividad E.2																											
Actividad E.3																											

5. Recursos Bibliográficos y Software.				
6. Materiales y Suministros				
7. Plan de divulgación científica	2.000,00			2.000,00
8. Subcontratos y servicios				
Total	4.000,00		5.567.92	9.567.92
Porcentajes	41.8%		58.2 %	100%

13. CAPACITACIÓN (En esta parte debe indicarse la clase de capacitación como los cursos, seminarios, talleres, etc)

CLASE DE CAPACITACIÓN	NÚMERO DE PARTICIPANTES PERSONAS	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL

4. EQUIPOS (Describir las características técnicas fundamentales de los equipos estrictamente necesarios para ejecutar las actividades del proyecto y su precio. No debe existir duplicación de equipos existentes en la unidad ejecutora del proyecto)

EQUIPOS	PRECIO
TOTAL	

5. RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS Y SOFTWARE (Señalar los libros especializados, publicaciones periódicas y software necesarios para la ejecución del proyecto, indique sus respectivos precios)

LIBROS / REVISTAS / BASES DE DATOS	COSTO
TOTAL	

		6.-MATERIALES Y SUMINISTROS (gastos de papelería, teléfono, internet, equipos, y de infraestructura)		
6. MATERIAL / SUMINISTRO		CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
TOTAL				

7. PLAN DE DIVULGACION CIENTIFICA Y TECNOLOGICA	
ACTIVIDAD	COSTO
3 Artículos científicos en revistas de impacto	\$ 2.000,00
2 capítulos de libros	
1 libro	
1 Patente	
TOTAL	\$ 2.000,00

13. BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, J. (2000). Tratamiento de la diabetes mellitus. *del Sistema Nacional de Salud* Vol. 24–N.o.
- Atención primaria de salud. (2019). *wikipedia*.
- Collado, C., & Parra, S. (2017). Reflexiones sobre enfermería desde la biopolítica: relaciones de poder y cuidado. *Cultura del Cuidado*.
- Diabetes mellitus. (2019). *Wikipedia*.
- Donabedian, A. (2017). *La investigación sobre la calidad de la atención médica*. México: Salud Pública de México.
- Malo, M. (15 de octubre de 2015). *La Salud en el Ecuador Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. Obtenido de <http://www1.paho.org/nutricionydesarrollo/wpcontent/uploads/2013/09/Miguel-Malo-Ecuador.pdf>
- Mayorga, M. (2017). La pedagogía del cuidado. *Univesidad Privada del Norte*, 24-30.
- Medina, J. (2017). *La Pedagogía del Cuidado: Saberes y Prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería*. Barcelona España: Cretive Commons.
- Nebot, e. a. (2011). Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gaceta Sanitaria del Orgáno de la Sociedad Española*, 81-86.
- OMS. (13 de agosto de 2016). *Las Investigaciones en salud son fundamentales para avanzar hacia la cobertura sanitaria. Informe sobre la salud en el mundo 2013*. Obtenido de http://apps.who.int/bookorders/espanol/catalog_suj3.jsp?hidsuject=10400
- Plan Nacional para el Buen Vivir. (2013 - 2017). *Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo .
- Rojo N, et al. (23 de noviembre de 2019). *Tendencias de la investigación en instituciones de educación superior en Latinoamérica*. Obtenido de Memorias de la Convención Cuba Salud 2015. Palacio de las Convenciones. La Habana. ISSN 2415-0282.: <http://actasdecongreso.sld.cu/index.php?P=BrowseResources&ID=218>
- Serrano, M. I. (2011). Organización de la prevención de las deficiencias en atención primaria de salud. En *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad* (págs. 482-510). México.
- Unesco. (24 de 10 de 2018). *Conferencia Mundial sobre la Educación Superior: la educación superior en el siglo XXI visión y acción*. Obtenido de MARCO DE COOPERACIÓN DE LA ONU EN ECUADOR 2015-2018: Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001163/116345s.pdf>.
- Valdés, M. (2015). Formación de profesionales en las universidades de Ciencias Médicas y las determinantes sociales de salud: una explicación necesaria. *revista Findlay*.

ENCUESTA A PACIENTES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBEN DE LOS INTERNOS Y PRACTICANTES QUE ESTUDIAN EN UNIVERSIDADES MANABITAS

Estimado paciente. Solicitamos su colaboración respondiendo un cuestionario que hemos elaborado para determinar la calidad asistencial que tienen los pacientes diabéticos en los centros de salud por parte de los internos y practicantes de las carreras de medicina, enfermería y odontología de las universidades manabitas.

Solicitamos su opinión en cada una de las siguientes preguntas. Le agradecemos cualquier tipo de sugerencia que pueda hacer al final, bien de tipo genérico o anotando a que pregunta se refiere. Muchas gracias por su colaboración.

Características sociodemográficas

1. Situación laboral:

- a. Afiliados IESS, ISSFA, ISSPOL, otros.
- b. No afiliados

2. Nivel de estudios:

- a. Sin estudios,
- b. Primarios,
- c. Medios,
- d. Superiores

3. Edad:

- a. Adolescentes
- b. Adultos
- c. Adultos Mayores

4. Sexo:

- a. Masculino
- b. Femenino
- c. Otros

5. Estancia en horas en el Centro de Salud:

- a. Menos de una hora
- b. Entre una y dos horas

c. Más de dos horas

Preguntas acerca de la profesionalidad (Atención técnica, Disponibilidad, Credibilidad, Seguridad, Fiabilidad y Competencia)

1. ¿Cómo considera que ha sido la preparación del Personal de Salud que le ha atendido durante su estancia en el Centro?

- a. Excelente
- b. Muy Buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Deficiente

2. Considera que el Personal de Salud tenía conocimientos sobre el material técnico (aparatos) del que disponía para cuidarle.

- a. Suficientes
- b. Insuficientes
- c. Nulos

3. El Personal de Salud, ¿revisaba y controlaba con frecuencia los aparatos que usted tenía colocados?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

4. Cuando usted u otro paciente tuvo algún problema (dolor, náuseas, sangrado), ¿El Personal de Salud lo resolvió con prontitud?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

5. Durante su estancia en el Centro de Salud, ¿Sintió que el Personal de Salud se interesaba por resolver y solucionar sus problemas?

- a. Siempre
- b. A veces

- c. Rara vez
- d. Nunca

6. Cuando usted ha tenido dudas sobre su enfermedad, ¿El Personal de Salud se las ha resuelto?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

7. ¿Comprendió la información que le proporcionaba el Personal de Salud?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

<p>Preguntas acerca de la comunicación (Trato-Servicio, Empatía, Seguridad, Información, Competencia y Cortesía)</p>

1. El Personal de Salud, ¿Le llamaba por su nombre?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

2. ¿Conocía el nombre del personal que le atendía?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

3. El Personal de Salud, ¿Se le presentó a usted por su nombre?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez

d. Nunca

4. Cuando el Personal de Salud le iba a realizar algún tipo de cuidado (curas, sondajes, Rx...), ¿Le informaban?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

5. ¿Recibía información del Personal de Salud sobre la evolución de su enfermedad?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

6. ¿Qué opina sobre el trato personal que recibió por parte de los profesionales de la salud que lo atendió?

- a. Excelente
- b. Muy Buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Deficiente

7. ¿Hablaba con usted el Personal de Salud sobre otros temas que no fuesen su enfermedad?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

8. ¿Cree que su familia ha sido debidamente atendida por el Personal de Salud?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

9. El Personal de Salud, ¿Le ha transmitido seguridad?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

10. El Personal de Salud, ¿Le inspiraba confianza?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

<p>Preguntas acerca de las comodidades (Disponibilidad, Confortabilidad, Limpieza, Empatía Tangibilidad)</p>

1. El Personal de Salud, ¿Ha preservado su intimidad durante su aseo personal o, cuando le atendían (curas, sondaje etc)?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

2. El Personal de Salud, ¿se preocupaba por su confort (frío, calor, luz...)?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

3. El Personal de Salud, ¿Le ha ayudado a que su estancia fuera más llevadera en ausencia de sus familiares?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

4. ¿Cómo considera que fueron atendidas sus necesidades de higiene (aseo personal)?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

5. El Personal de Salud, ¿Se ha preocupado por facilitar su descanso?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

6. ¿Qué siente cada que viene al centro de salud?

- a. Miedo,
- b. Tranquilidad,
- c. Seguridad,
- d. Incertidumbre.
- e. Nada

Preguntas con respuesta abierta
--

1. ¿Cómo valoraría la atención sanitaria recibida por parte del Personal de Salud?

- a. Excelente
- b. Muy Buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Deficiente

2. ¿Cómo valoraría el trato personal recibido por el Personal de Salud?

- a. Excelente
- b. Muy Buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Deficiente

3. ¿Recomendaría este Centro de Salud a sus familiares y amigos?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

4. ¿Qué aspectos mejoraría de la atención recibida?

Muchas gracias por su colaboración. Su opinión es importante y necesaria para mejorar nuestra asistencia.

ENCUESTA A ESTUDIANTES DE LAS UNIVERSIDADES MANABITAS QUE REALIZAN LOS PROCESOS DE PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES O INTERNADOS ROTATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD, ATENDIENDO A PACIENTES

Estimado estudiante. Solicitamos su colaboración respondiendo un cuestionario que hemos elaborado para determinar la calidad asistencial que le brinda a los pacientes diabéticos en los centros de salud.

Solicitamos su opinión en cada una de las siguientes preguntas. Le agradecemos cualquier tipo de sugerencia que pueda hacer al final, bien de tipo genérico o anotando a que pregunta se refiere. Muchas gracias por su colaboración.

Características sociodemográficas
--

1. Proceso académico que cursa:

- a. Práctica Pre-Profesional
- b. Internado rotativo

2. A qué universidad Pertenece:

- a. UTM
- b. UNESUM
- c. ULEAM
- d. UPSG

3. Qué carrera estudia:

- a. Medicina
- b. Enfermería
- c. Odontología

4. Nivel de estudios:

- a. Primero, Segundo o Tercer semestre,
- b. Cuarto, Quinto o Sexto semestre,
- c. Séptimo a Décimo Semestre,
- d. Está haciendo el internado rotativo

5. Edad:

- a. Menos de 20 años

- b. 20 a 22 años
- c. 23 a 25 años
- d. Más de 25 años

6. Sexo:

- a. Masculino
- b. Femenino
- c. Otros

7. Estancia en horas en el Centro de Salud:

- a. Menos de seis horas
- b. Entre seis y ocho horas
- c. Ocho horas
- d. Más de ocho horas

Preguntas acerca de la profesionalidad (Atención técnica, Disponibilidad, Credibilidad, Seguridad, Fiabilidad y Competencia)

1. ¿Cómo considera que ha sido la preparación que le han dado sus docentes en la universidad para el trabajo que está realizando en el Centro de Salud?

- a. Excelente
- b. Muy Buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Deficiente

2. Lo prepararon a usted previamente sobre el manejo del material técnico (aparatos) que disponen los centros de salud.

- a. Mucho
- b. Poco
- c. Nada

3. El Personal de salud del centro o sus tutores, ¿les controlan con frecuencia si están haciendo el correcto uso de los aparatos que usted tenía colocados?

- a. Siempre
- b. A veces

c. Rara vez

d. Nunca

4. Cuando usted u otro compañero interno o practicante tuvo algún problema, ¿Estuvo siempre ahí su tutor académico o el responsable del área de salud del centro que resolvió el problema con prontitud?

a. Siempre

b. A veces

c. Rara vez

d. Nunca

5. Durante su estancia en el Centro de Salud, ¿Sintió que el Tutor Académico o el Responsable del área de Salud se interesa por hacer que usted aprenda más cosas?

a. Siempre

b. A veces

c. Rara vez

d. Nunca

6. Cuando usted ha tenido dudas sobre su trabajo, ¿El Tutor Académico o el Responsable del área de Salud se las ha resuelto?

a. Siempre

b. A veces

c. Rara vez

d. Nunca

7. ¿Comprendió la información que le proporcionaba el Tutor o el Responsable del area de Salud?

a. Siempre

b. A veces

c. Rara vez

d. Nunca

<p>Preguntas acerca de la comunicación (Trato-Servicio, Empatía, Seguridad, Información, Competencia y Cortesía)</p>

1. ¿Llama por su nombre a sus pacientes?

a. Siempre

- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

2. ¿Conoce el nombre de todos sus pacientes?

- a. Todos
- b. Algunos
- c. Ninguno

3. ¿Cómo se presenta usted ante sus pacientes?

- a. Soy el Licenciado, Doctor u Odontólogo tal
- b. Soy..... y dice su nombre directamente
- c. No se presenta y va a hacer directo su trabajo

4. ¿Le informa usted al paciente todos los procesos que le va a realizar?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

5. ¿Recibe recomendaciones o felicitaciones de parte del Tutor Académico o Responsable del área de salud sobre algún proceso que usted realizó?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

6. ¿Qué opina sobre el trato que le dan a los pacientes diabéticos el personal del Centro de Salud?

- a. Excelente
- b. Muy Buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Deficiente

7. ¿Habla usted con el resto del Personal de Salud sobre las enfermedades de los pacientes?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

8. ¿Desea que su familia sea atendida por el Personal éste Centro de Salud?

- a. Mucho
- b. Poco
- c. Nada

9. El Tutor Académico o Responsable del área de Salud, ¿Le ha transmitido seguridad?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

10. El Tutor Académico o Responsable del área de Salud, ¿Le inspira confianza?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

<p>Preguntas acerca de las comodidades (Disponibilidad, Confortabilidad, Limpieza, Empatía Tangibilidad)</p>

1. El Personal del Centro de Salud, ¿Ha preservado su integridad durante su trabajo?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

2. En el Centro de Salud, ¿Se preocupan por su confort (frío, calor, luz...)?

- a. Siempre
- b. A veces

- c. Rara vez
- d. Nunca

3. El Tutor Académico y el Personal de Salud, ¿Le ha ayudado a que su estancia en el Centro de Salud fuera más llevadera?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

4. ¿En el Centro de Salud son atendidas sus necesidades personales y profesionales?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

5. Su Tutor y Personal de Salud, ¿Se ha preocupado por facilitar su descanso?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

6. ¿Qué sintió el primer día de trabajo en el Centro de Salud?:

- a. Miedo,
- b. Tranquilidad,
- c. Seguridad,
- d. Incertidumbre.
- e. Nada

Preguntas con respuesta abierta
--

1. ¿Cómo valoraría la atención recibida por parte del Practicante o Interno?

- a. Excelente
- b. Muy Buena
- c. Buena

- d. Regular
- e. Deficiente

2. ¿Cómo valoraría el trato personal recibido por el Practicante o Interno?

- a. Excelente
- b. Muy Buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Deficiente

3. ¿Recomendaría este Centro de Salud a sus familiares y amigos?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Rara vez
- d. Nunca

4. ¿Qué aspectos mejoraría de la atención que reciben los pacientes diabéticos?

Muchas gracias por su colaboración. Su opinión es importante y necesaria para mejorar nuestra asistencia.



ANEXO 3

REGISTRO DE OBSERVACIÓN