



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**

**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO**

**FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**MAESTRÍA EN POLÍTICAS, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN  
FAMILIAR**

**TESIS DE GRADO**

**“FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN LOS CUIDADOS DEL O LA  
PACIENTE DE LAS CLINICAS DE HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE  
DIABÉTICO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL , PROPUESTA DE  
INTERVENCIÓN ”**

**ELABORADO POR**

**EDICTA CASTILLO HERRERA**

**2015**

**TESIS ASESORADA POR**

**MAGISTRA MALVINA DÍAZ DE CEBALLOS**

*Obsequio*

## **MIEMBROS DEL JURADO**

## **DEDICATORIA**

A mis hijos Gian Fernando y Fabián Andrés, con la finalidad que mi trabajo pueda ser motivo de estímulo e inspiración, de que todos los sueños se pueden lograr

A mí madre Eufrasia Herrera de Castillo, mi padre Benedicto Castillo Cárdenas, mis hermanas Guillermina y Rebeca Castillo Herrera mis dos sobrinos María De Los Ángeles y Diego José, quienes siempre han estado conmigo

A todos/as los que me motivaron cada día para culminar éste proyecto

A todos/as aquellos que la pueden consultar y que con ello puedan contribuir a ampliar sus conocimientos

## **AGRADECIMIENTO**

**"Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa"**

**Malhalma Gandhi**

**Quiero agradecer profundamente al Dios de la vida, aquel que permite que los sueños se hagan realidad**

**También dos personas queridas que me apoyaron incondicionalmente**

**Magistra Rosa Marcela Hamilton**

**Magistra Magalis Edith Cortés De Sedas de Zegarra**

**A la Profesora Asesora Malvina Díaz de Ceballos**

**Y a mis dos amigas de siempre Elena Blanco y en memoria a Mitzila Elena Carrasquilla Castro**

# **INDICE GENERAL**

# INDICE GENERAL

	Pág
<b>Índice de los Cuadros</b>	<b>x</b>
<b>Índice de Gráficas</b>	<b>xi</b>
<b>Resumen</b>	<b>xiv</b>
<b>Summary</b>	<b>xvii</b>
<b>Introducción</b>	<b>xix</b>
<b>Capítulo Primero</b>	
<b>1 Generalidades de la Seguridad Social Panameña en la atención de herdas desde la perspectiva de Trabajo Social</b>	<b>2</b>
1 1 Antecedentes de la Seguridad Social	2
1 2 Misión y Visión	4
1 3 Trabajo Social en el Sector Salud	5
1 4 Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social	15
1 5 Policlínica Dr. Manuel Ferrer Valdés	18
1 6 Las Clínicas de Herdas	19
1 7 Intervención del Trabajo Social en las Clínicas de Herdas, Ulceras Pie Diabético	23
1 8 La Familia como Sistema de Apoyo Social	27
1 8 1 Concepto	27
1 8 2 Tipos de Familia	30
1 8 3 Ciclo Vital de la Familia	33
1 9 La Familia ante el Proceso Salud Enfermedad	37
1 9 1 Implicaciones Producida por la Enfermedad Crónica en la Vida Personal y Familiar	39
1 10 Las Crisis Familiares	51
<b>Capítulo Segundo:</b>	
<b>2 Diseño Metodológico</b>	<b>57</b>
2 1 Tema de Investigación	57
2 2 Planteamiento del Problema	57
2 3 Justificación	60
2 4 Preguntas de Investigación	62
2 5 Objetivos	63
2 5 1 Generales	64
2 5 2 Específicos	64
2 6 Cobertura de la Investigación	69
2 7 Tipo de Estudio	69
2 8 Población de Estudio	69
2 9 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	69

# INDICE GENERAL

	Pág
<b>Capítulo Tercero</b>	
<b>3 Características Demográficas</b>	<b>72</b>
3 1 Edad y Sexo	72
3 2 Lugar de Residencia	75
3 3 Escolaridad	77
3 4 Estado Civil	80
3 5 Condición de Seguridad Social del Paciente	82
3 5 1 Tipo de Afiliación	82
3 5 2 Ocupación	84
3 5 3 Estabilidad Laboral	85
3 6 Condiciones Socio Económicas de los/as Pacientes	86
3 6 1 Ingreso Familiar	86
3 6 2 Condiciones de la Vivienda	88
3 7 Condiciones de la Salud de los Pacientes Encuestados/as	91
3 7 1 Tipo de Enfermedad	91
3 7 2 Sentimientos Expresados por la Enfermedad	94
3 7 3 Prevalencia con la Herda	96
3 8 Aspectos Familiares de los/as Pacientes	98
3 8 1 Convivientes	98
3 8 2 Cambios en el Comportamiento de la Familia	100
3 8 3 Familia que Brinda Cuidados	102
3 8 4 Actitud Familiar	103
3 8 5 Solución de Conflictos	104
3 8 6 Recomendaciones para Mejorar la Relaciones Familiares	107
3 9 Apoyo Familiar	109
<b>Recomendaciones</b>	<b>110</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>111</b>
<b>Capítulo Cuarto</b>	
<b>4 Propuesta de Intervención</b>	<b>114</b>
4 1 Justificación	115
4 2 Descripción del Proyecto	117
4 3 Objetivo General	118
4 3 1 Objetivo General	118
4 3 2 Objetivo Especificos	118
4 4 Población Beneficiaria del Proyecto	119
4 5 Tiempo del Proyecto	119
4 6 Metodología	120
4 7 Recursos	122
<b>5 Cronograma</b>	<b>123</b>
<b>6 Plan de Trabajo</b>	<b>126</b>
<b>7 Programación de Talleres</b>	<b>130</b>

## INDICE GENERAL

	Pág
8 Presupuesto	141
9 Evaluación	142
<b>Bibliografía</b>	<b>147</b>
<b>Infografía</b>	<b>150</b>
<b>Anexos</b>	<b>151</b>

## INDICE DE CUADROS

### Cuadro N°1

Lugar de residencia de pacientes encuestados/as de la clinica de heridas, ulceras y pie diabético Policlínica Manuel Ferrer Valdés 76

### Cuadro N°2

Ocupación de los/as pacientes que acudieron al servicio de curaciones, heridas, ulceras y pie diabético de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés 84

### Cuadro N°3

Condición de la vivienda del paciente encuestado/a en la clínica de curaciones, heridas, ulceras y pie diabético de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés, por tipo de vivienda, segun material de construcción 90

### Cuadro N°4

Prevalencia con la herida o úlcera del o la paciente encuestado/a en la clinica de curaciones de heridas, úlceras y pie diabético de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés ,97

## INDICE DE GRÁFICAS

### Gráfica N°1

Edad y sexo de pacientes de la clínica de heridas, úlceras y pie diabético encuestado en la Policlínica Manuel Ferrer Valdés 74

### Gráfica N°2

Escolandad del paciente encuestado en la clínica de curaciones, heridas, úlceras y pie diabético de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés, según nivel 79

### Gráfica N°3

Estado civil del paciente encuestado/a en la clínica de curaciones, heridas, úlceras y pie diabético de la Policlínica Manuel Ferrer Valdés 81

### Gráfica N°4

Tipo de afiliación de los/as pacientes encuestados/as en la clínica de curaciones, heridas, úlceras y pie diabético de la Policlínica Manuel Ferrer Valdés 83

### Gráfica N°5

Estabilidad laboral de los/as pacientes que acudieron al servicio de curaciones, heridas, úlceras y pie diabético de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés 85

### Gráfica N°6

Ingreso familiar de los/as pacientes encuestados/as en la clínica de curaciones, heridas, úlceras y pie diabético de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés 87

### Gráfica N°7

Enfermedad que padece el paciente encuestado/a atendido en la clínica de curaciones, heridas, úlceras y pie diabético de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés, según tipo de enfermedad 93

### Gráfica N°8

Sentimientos que le produce conocer el diagnóstico al paciente encuestado/a en la clínica de curaciones, heridas, úlceras y pie diabético de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés 95

### **Gráfica N°9**

**Familiares convivientes con pacientes encuestados/as en la clínica de curaciones, heridas, úlceras y pie diabético de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés** 99

### **Gráfica N°10**

**Cambios observados en el comportamiento de la familia luego de conocer el diagnóstico del paciente encuestado/a atendido en la clínica de curaciones, heridas, úlceras y pie diabético de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés** 101

### **Gráfica N° 11**

**Familiar que brinda cuidados y apoyo al paciente encuestado/a en la clínica de curaciones, heridas, úlceras y pie diabético de la Policlínica Dr, Manuel Ferrer Valdés** 102

### **Gráfica N° 12**

**Actitud de los familiares frente a la condición del paciente encuestados/as en la clínica de curaciones, heridas, úlceras y pie diabético de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés** 103

### **Gráfica N°13**

**Modos de resolución de conflictos en las familias de los/as pacientes encuestados/as en la clínica de curaciones, heridas, úlceras y pie diabético de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés** 106

### **Gráfica N° 14**

**Recomendación para mejorar las relaciones familiares, según percepción de los /as pacientes encuestados/as en la clínica de heridas, úlceras y pie diabético de la policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés** 108

### **Gráfica N° 15**

**Percepción del o la paciente encuestado en la clínica de curaciones, heridas, úlceras y pie diabético Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés de recibir apoyo familiar** 109

## **RESUMEN**

## **RESUMEN**

**Históricamente, la familia es el grupo primario por excelencia para el sostenimiento de toda la humanidad y una de sus características importantes es el acompañamiento que se dan, mutuamente, cuando alguno de sus miembros tiene algún problema o presente una situación relacionado con la salud**

**A lo largo de los años, esta situación ha estado presentando algunas anomalías que nos llevan a señalar que la familia está sufriendo cambios en el acompañamiento al tener en casa un enfermo y la misma estará sujeta a las necesidades que exterioricen en el momento y será de vital importancia la estructura, dinámica, funcionamiento, el manejo de los roles y las crisis para hacerle frente a enfermedades sobre todo aquellas de larga duración o crónicas**

**Por ello los y las Trabajadores/as Sociales que se encuentran ejerciendo en el área de salud y que en su cotidianidad se encuentran con situaciones que alteran la dinámica de las familias, debido a enfermedades de larga duración o crónicas y que la recuperación**

conlleva un período a largo plazo, necesitarán herramientas que contribuyan a salvaguardar el sistema familiar y que garantice el funcionamiento familiar para que el individuo pueda reincorporarse a la sociedad de una manera sana tanto físico como emocionalmente

La propuesta de intervención profesional que ofertamos a través de la siguiente investigación está dirigida a los/as profesionales de Trabajo Social que trabajen con pacientes con heridas crónicas o de larga duración y como se afecta la dinámica de las familias, sobre todo, en tiempos tan conflictivos, cambiantes en los cuales los niveles de bienestar no alcanzan los mejores estándares de calidad afectando así el desarrollo óptimo de las familias y sus integrantes

## **SUMMARY**

## ABSTRACT

Historically the family is the primary group par excellence for the support of all humanity and one of its important features is the support that they give each other when one of their members have a problem or present a situation related to health

Over the years this has been presenting some anomalies we highlight the fact that the family are making changes in the accompaniment to take home a sick and it will be subject to the needs that arise at the moment and will be vital to the structure, dynamics, performance, management roles and crises to deal with diseases especially those of long-term or chronic

Therefore the and Workers / Social as they are practicing in the area of health and in their daily encounter situations that alter the dynamics of families, due to long-term illness or chronic and that recovery involves a period long term, they will need tools to help safeguard the family system and family functioning to ensure that the individual can return to society healthier both physically and emotionally so

The proposed professional intervention that we offer through the following research is aimed at / professionals as Social Work working with patients with chronic wounds or long lasting as the dynamics of families especially in times so troubled is affected, changing in which welfare levels do not reach the highest standards of quality thus affecting the optimal development of families and their members

## **INTRODUCCIÓN**

**El presente estudio “Fortalecimiento Familiar en los Cuidado de Pacientes con Heridas Crónicas de Las Clínicas de Curaciones, Heridas, Úlceras y Pie Diabético de La Caja de Seguro Social Propuesta de Intervención”, realizado como trabajo de graduación de la Maestría en Política, Promoción e Intervención Familiar de la Facultad de Administración Pública de la Universidad de Panamá, el cual ofrecemos con la finalidad de enriquecer los conocimientos en relación a la problemática social, salud y familiar de los/as pacientes con heridas crónicas y la intervención del Trabajador Social**

**Las heridas crónicas, constituyen un importante problema de salud, en virtud de su impacto epidemiológico, económico y social, representan para los profesionales de la salud un desafío, su evolución depende, en gran medida, del estilo de vida de las personas que las padecen**

**La demanda de los problemas sociales van acrecentándose cada día más, como también los problemas relacionados con la salud física, emocional y social por lo que se requiere de la participación de Trabajo Social en el sector salud**

**Las heridas crónicas son la sexta causa de ausentismo laboral, debido a las diferentes síntomas que producen, ante ello la Caja de Seguro Social ha desarrollado a lo largo de los últimos catorce años, un servicio especializado para**

atender estas lesiones, llamado Clínicas de Curaciones, Heridas, Ulceras y Pie Diabético, las cuales se encuentran distribuidas a Nivel Nacional, integradas todas con un Equipo Multidisciplinario, donde es de gran importancia la intervención del la Profesional de Trabajo Social

La mayoría de los problemas sociales que presentan los/as pacientes referidos a Trabajo Social están relacionados con la poca colaboración de la familia, y un alto grado de desconocimiento de la enfermedad

Con el presente estudio pretendemos, analizar las características individuales y familiares de los/as pacientes, además diseñar una propuesta que permita, el fortalecimiento y colaboración efectiva de la familia en la recuperación de dichos pacientes

Para ello desarrollaremos cinco capítulos, los cuales cuentan con la revisión de una amplia bibliografía, entrevista, además de la experiencia de la práctica profesional

Los temas tratados fueron desarrollados de la siguiente manera

El primer capítulo, **Generalidades de la Seguridad Social Panameña en la Atención de Heridas desde la Perspectiva de Trabajo Social**, en el cual encontraremos lo relacionado a los antecedentes de la seguridad social, principios que la regulan, su misión y visión y problemas que lleva acabo la institución Caja

de Seguro Social, además, de la inserción de Trabajo Social en el ámbito del sector salud

El segundo capítulo **La Familia como Sistema Social de Apoyo Social**, encontraremos una gama de definiciones sobre el concepto familia desde la visión de las ciencias sociales, los tipos de familia, el ciclo vital de la familia y la familia ante el proceso de salud- enfermedad al igual que las crisis familiares, elementos éstos que nos apropiamos de conocimientos e información para la intervención oportuna y eficaz, frente a la problemática familiar, que presentan los pacientes que acuden a las clínicas de heridas

El tercer capítulo denominado **Diseño Metodológico de la Investigación**, presenta los aspectos de la investigación científica en general, donde presentamos o exponemos el problema social que nos motivó a realizar dicho estudio, la justificación, los objetivos, hipótesis de trabajo, tipo de diseño y la metodología con la información suministrada

El cuarto capítulo titulado **Análisis de los Resultados de la Investigación de Campo**, muestra la recopilación y resultados de datos de la investigación, los cuales son presentados en cuadros y gráficas estadísticas

El último capítulo contiene la **Propuesta de Intervención**, como una alternativa viable de transformación de la intervención profesional hacia los/as pacientes y su familia en la absorción y práctica de conocimientos que contribuyan a hacerle frente a la problemática de salud y social en la que se encuentran

El estudio concluye con los aportes de conclusiones, recomendaciones, adicionamos la entrega de una propuesta de intervención para el problema planteado

Queremos aprovechar este espacio para agradecer a las autoridades de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés por la oportunidad de desarrollar el trabajo investigativo que revelará las situaciones de salud, social y familiar que presentan los/as pacientes que acuden a la Clínica de Curaciones, Heridas, Ulceras y Pie Diabéticos, y la intervención del Equipo Multidisciplinario que atiende esta población, además de los recurso financieros que invierte la Institución Caja de Seguro Social en la población que presenta heridas crónicas

# **CAPÍTULO PRIMERO**

## **MARCO TEORICO**

### **GENERALIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL PANAMEÑA EN LA ATENCIÓN DE HERIDAS DESDE LA PERSPECTIVA DE TRABAJO SOCIAL**

# **1. GENERALIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL PANAMEÑA EN LA ATENCIÓN DE HERIDAS DESDE LA PERSPECTIVA DE TRABAJO SOCIAL**

## **1. 1 Antecedentes de la Seguridad Social**

La Caja de Seguro Social de Panamá fue creada en 1941 por medio de la Ley 23 del 21 de Marzo, como una de las instituciones más nobles, humana, justa y más acreditada dentro del derecho social, gracias a la gestión visionaria del Dr Arnulfo Arias Madrid

Desde sus inicios hasta la fecha la Caja de Seguro Social ha mantenido una política de atención de la salud a todos/as las personas adscritas a la seguridad social, en el transcurso de los años ha ido ampliando, no solo los servicios sino los beneficios. Las transformaciones han sido siempre en beneficio de la población asegurada y en especial la trabajadora.

En 1941 la Caja del Seguro Social, se inicia para cubrir con las cuotas que aportaba la población trabajadora, empleados públicos a nivel nacional y privados de las provincias de Panamá y Colón en concepto de maternidad, enfermedad, vejez, invalidez, sobreviviente y riesgo por cesantía, se hacía la observación que cubriría en la medida de la posibilidad de la institución.

Como señala la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social por la ley N° 51, Gaceta Oficial N° 25 463 de 28 de diciembre de 2005, fue modificada con el propósito de cubrir geográficamente la población nacional y descentralizar los

servicios para satisfacción del usuario/a, también como para la mejor distribución de los recursos

La institución tiene actualmente la siguiente red de infraestructuras que brindan Servicios de Salud y Presentaciones Económicas

### **Infraestructuras de la Caja de Seguro Social a Nivel Nacional**

<b>Policlínicas</b>	<b>26</b>
<b>Hospitales</b>	<b>19</b>
<b>Unidades Locales de Atención Primaria de Salud (ULAPS)</b>	<b>15</b>
<b>Centros de Atención, Prevención de Salud ( CAPPS)</b>	<b>15</b>
<b>Unidad de Hemodiálisis</b>	<b>16</b>
<b>Agencias Administrativas</b>	<b>30</b>

**Fuente. Manual de Normas y Procedimientos de la Caja de Seguro Social, 2012**

Asimismo, ha logrado establecer una tradición de servicio caracterizada por la búsqueda constante de la justicia, enmarcada en los principios fundamentales de universalidad, integridad, solidaridad, y participación, principios estos que han caracterizado los regímenes de seguridad más desarrollados de la época actual

**1 Solidaridad** Es la garantía de protección a los asegurados más vulnerables y sus dependientes, con el aporte de los contribuyentes a la Caja de Seguro Social para financiar las contingencias previstas en esta Ley

**2. Universalidad** Se refiere al deber de promover y facilitar la incorporación de todos los trabajadores de la Republica de Panamá a la Caja de

Seguro Social para protegerlos sin discriminación por razones de salud, sexo, condición social, política y económica, con el fin de ampliar su cobertura

**3 Integridad** Es el deber de otorgar cobertura necesaria a los asegurados y sus dependientes ante todos los estados de necesidad que crean las contingencias económicas y de salud cubiertas en esta Ley para garantizarles el ejercicio adecuado de sus facultades y capacidades productivas La protección del dependiente debe abarcar más allá de la muerte del asegurado

**4. Participación** Los trabajadores, los empleadores, los pensionados y el gobierno, tienen el deber y el derecho a participar, de acuerdo con los mecanismos establecidos en la presente Ley, en los diversos procesos de planeación, ejecución, control y evaluación de las políticas que orientan los servicios y beneficios que brinda la entidad, fortaleciendo el rol protagónico de la sociedad

## **1.2. VISIÓN Y MISIÓN**

**Visión** Ser el modelo de excelencia en seguridad social

**Misión:** Brindar servicios de salud en forma integral y prestaciones económicas de manera ágil, eficiente, humana y oportuna con relación directa entre colaboradores y asegurados/as

Ambos conceptos permiten a esta magna institución establecer los lineamientos de su funcionabilidad para atender a la población que a ella acude de manera integral sin perder el sentido de la seguridad social

### **1.3 Trabajo Social en el Sector Salud**

Los antecedentes de la profesión de Trabajo Social se encuentran en el asistencialismo a las personas más necesitadas. A través de los años ha evolucionado el objetivo de intervención haciendo uso de una metodología propia y hoy por hoy su campo de acción es ampliado en muchos sectores y áreas donde existen necesidades sentidas no solo de tipo material (económica), sino también donde hayan afecciones que interfieran en el "bien estar", como es la salud desde el punto de vista integral.

"La participación del trabajo social en el campo de la salud es amplia y difundida en muchos países de América Latina. De ahí que se cuenta entonces con una gama de experiencias importantes que aportan conocimientos y estrategias de métodos de intervención en salud" Diego, Alberto José (2002)

Parafraseando al mismo autor, Diego Alberto José, refiere que Trabajo Social concibe la salud y la enfermedad como hechos sociales colectivos que superan la concepción biológica y trascienden la intervención más allá de las ciencias médicas, involucrando a las ciencias sociales en procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

En este marco se considera el área de salud como uno de los campos tradicionales de ejercicio para profesionales de Trabajo Social, hoy día está variando el escenario de intervención profesional, pero llevando la misma mística de trabajo.

**Trabajo Social en Salud es definido por Amaya (2004)**

*“ una actividad profesional de tipo clínico que implica de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento, y de otro, el tratamiento (individual, familiar y/o grupal) de la problemática psicosocial que incide en el proceso de salud-enfermedad, dentro del contexto general de tratamiento y en orden al logro de objetivos de salud y rehabilitación psicosocial Conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiera, al equipo de salud, así como al propio enfermo y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de objetivos de salud”*

**Los problemas sociales que hoy en día van acrecentándose debido la inequidad en lo que respecta a la distribución de los recursos y todo lo que genera el modernismo y la globalización favorecen el aumento de trastornos en la salud física, emocional y social lo cual demanda mayormente la participación de Trabajadores Sociales en el sector salud**

**En 1950 se crea la primera oficina de Trabajo Social en la Institución Caja de Seguro Social Para 1951 se crean dos oficinas más de Trabajo Social, una en el Hospital Psiquiátrico Nacional, hoy llamado Instituto Nacional de Salud Mental y otro en el Dispensario Nacional Antituberculoso, actualmente desaparecido**

**Es importante señalar que debido al aumento de pacientes con Tuberculosis se da un incremento de nombramientos de Trabajadoras Sociales**

para atender esta problemática, reconociendo así que el binomio salud - enfermedad está vinculado a las situaciones sociales de los miembros de una comunidad

Esta nueva mirada establece la importancia de la participación del profesional de Trabajo Social en los Equipos de Salud quien con su intervención aborda los aspectos sociales preventivos de las personas con enfermedades

Para dar respuesta a los problemas que presenta la población asegurada dentro del continuo social (familia, grupo, comunidad), la Caja de Seguro Social se ha hecho partícipe de los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud y en la actualidad por los objetivos de desarrollo del milenio referentes a mejorar el acceso a los servicios y la vigilancia de los determinantes de la salud con equidad, eficacia, eficiencia y calidad garantiza una cobertura de Trabajo Social en todas las instituciones (Hospitales, Policlinicas y otras) para el año 2015

Inmerso el o la profesional de Trabajo Social en la institución, en el ejercicio de sus funciones, interviene, no solo a nivel del individuo y su familia, sino que abarca otros sectores como son el escolar, el laboral y la propia comunidad La mística de trabajo siempre es generar cambios tanto a nivel personal, familiar, grupal incluso comunitario que favorezcan la salud y el bienestar de todos con la participación de otros sectores

En este sentido el Manual de Organización, Funcionamiento y Procedimientos del Departamento de Trabajo Social del Ministerio de Salud, en Revisión del año 2012, señala lo siguiente

*“Los/as trabajadores y trabajadoras sociales se integran al sistema de salud pública, en particular al Ministerio de Salud, para intervenir sobre la dimensión social del proceso salud-enfermedad, teniendo objetivos socio epidemiológicos y socio clínicos bien definidos, lo cual se logra mediante la valoración de los factores de riesgo social, necesidades, problemas y patologías sociales de menor y mayor complejidad, estableciendo estrategias y planes de intervención social, ya sea para fortalecer los factores sociales protectores de la salud, así como restaurar y rehabilitar la salud social afectada*

*La inclusión de la disciplina de trabajo social en los equipos de salud en todos los niveles de complejidad del sistema, ha permitido darle viabilidad a la atención de la salud social, para completar la integralidad de la persona humana, de cara a superar los obstáculos que impiden avanzar en el desarrollo humano y en la mejora de la calidad de vida de la población más vulnerable del país, así como aportar al desarrollo institucional”*

En el campo de Seguridad Social él o la profesional de Trabajo Social realizan funciones, de acuerdo Acosta, Bohórquez y otros (2012) en las siguientes áreas

- **Promoción de la salud**
- **Intervención psicosocial**
- **Administración de admisiones y servicios al usuario**
- **Procesos de rehabilitación psicosocial**
- **Calidad humana del servicio**
- **Investigación socio-demográfica**
- **Investigación en salud**
- **Promoción y prevención en salud ocupacional**
- **Administración de programas de riesgos laborales**
- **Orientación familiar**
- **Dirección de instituciones de seguridad social pensiones, salud, riesgos profesionales**

**Los y las Trabajadores(as) Sociales que se desempeñan en el campo de la salud deben poseer ciertas competencias que les permitirá cumplir con su misión dentro de la institución donde preste servicios En el esquema siguiente presentamos las competencias según Acosta, Bohórquez y otros en Trabajo Social en el área de salud Perfiles y competencias profesionales básicas en el área de salud (2012)**

## COMPETENCIAS DE TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD

<b>Procesos /dominios</b>	<b>Intervención individual y familiar</b>	<b>Intervención grupal Intervención comunitaria</b>
<b>Diagnóstico</b>	<p>Identificar factores de riesgo social que afecten la salud de la persona y su contexto familiar</p> <p>-Mediante el enfoque Sistémico se identifican estados o condiciones sociales que contribuyen a la aparición y/o mantenimiento de alteraciones, crisis o desadaptaciones en la salud integral personal o familiar y aporta estos elementos al equipo interdisciplinario para el análisis y definición de intervenciones</p>	<p>Identificar la condición de vulnerabilidad de grupos o comunidades que afecten su salud integral</p> <p>-Identifica mediante diversos enfoques, metodologías y técnicas, la condición social de vulnerabilidad de grupos y/o comunidades y su efecto y consecuencias en la salud integral y aporta estos elementos al equipo interdisciplinario para el análisis y definición de intervenciones</p>
<b>Promoción y prevención</b>	<p><b>Promoción</b></p> <p>Promover en las personas y sus familias estilos de vida saludables</p> <p>Orientar a las personas y sus familias sobre las rutas de atención del sistema de salud</p> <p>Brindar información sobre la enfermedad, y pautas a seguir para hacer frente al manejo externo de la problemática, así como prevención</p>	<p><b>Promoción</b></p> <p>Orientar a grupos sociales y comunidades hacia acciones de participación</p> <p>Impulsa y orienta acciones de participación social y comunitaria para el fomento de la salud, coordinando y concertando acciones intersectoriales e interinstitucionales e identificando factores sociales de riesgo, en los</p>

	<p>de factores de riesgo en familiares de usuarios con problemática de salud mental específicamente</p> <p><b>Prevención</b></p> <p>Identificar factores de riesgo sociales y familiares en el proceso de desarrollo de la enfermedad del individuo</p> <p>Promover en los pacientes adecuada adherencia al tratamiento con el fin de disminuir las recaídas y secuelas de la enfermedad</p>	<p>diferentes grupos</p> <p>Desarrolla procesos socio – preventivos de acuerdo con las diferentes etapas del ciclo vital en el medio familiar, ocupacional y comunitario Ej promoción de grupos familiares sanos</p> <p><b>Prevención</b></p> <p>Identificar factores de riesgo sociales presentes en las interacciones de individuos, grupos y comunidades, en su entorno familiar, laboral y social para disminuir o evitar la enfermedad y/o discapacidad</p>
<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Movilizar recursos internos y externos del paciente (familia, ámbito laboral, institución psiquiátrica, comunidad de residencia, redes institucionales) que aporten en el mejoramiento de la condición de enfermedad del paciente</p>	<p>Realizar intervención a través de grupos de apoyo</p> <p>Realizar intervenciones comunitarias educativas enfatizando en la modificación de estructuras de comportamiento incompatibles con una visión integral de salud y de bienestar, mediante la coordinación intra y extra-institucional e intersectorial</p>

<p><b>Seguimiento y evaluación</b></p>	<p>Establecer metas en intervenciones individuales y colectivas, revisar objetivos formulados a corto y mediano plazo y valorar el cumplimiento de objetivos generales</p> <p>Reorientar intervenciones cuando se identifican condiciones adversas y re-direccionar objetivos</p> <p>Involucrar a individuos y colectivos en seguimientos y evaluaciones y en el análisis de aciertos, dificultades y re-direccionamiento de intervenciones</p>	
<p><b>Rehabilitación</b></p>	<p>Coordinar con entidades contratantes que propendan al acceso a la información a la red de servicios de las instituciones favoreciendo la calidad en la prestación de los servicios de salud</p>	<p>Participar en procesos de educación familiar y comunitaria para validar la diferencia como atributo reconocible, más no como hecho o situación que genere desigualdad o discriminación</p>
<p><b>Investigación</b></p>	<p>Plantear temas de sondeo, exploración e investigación referentes a aspectos sociales económicos y culturales asociados a condiciones específicas de salud</p> <p>Participar en el levantamiento y sistematización de la información</p> <p>Aportar y socializar hallazgos al equipo interdisciplinario, con quienes define intervenciones integrales</p> <p>Realizar aplicativos a corto y mediano plazo a fin de identificar cambios a partir de las intervenciones establecidas</p>	

<p><b>Docencia</b></p>	<p>Viabilizar procesos docente-asistenciales tendientes a lograr el acercamiento de estudiantes en práctica, identifiquen procesos de intervención de los trabajadores sociales vinculados a salud</p> <p>Realizar acompañamiento a estudiantes en práctica</p> <p>Proponer a las facultades, departamentos o carreras de Trabajo Social, el desarrollo de énfasis en diversos aspectos de acuerdo a la dinámica del quehacer profesional en el sector salud</p>
<p><b>Gestión y administración</b></p>	<p>Planear, programar, ejecutar y evaluar procesos e intervenciones sociales y organizar su quehacer profesional en tiempos y movimientos planificados</p> <p>Gestionar y coordinar intra y extra institucionalmente recursos de diverso orden a fin de responder a los objetivos de trabajo</p>

Fuente Acosta, Bohórquez y otros en Trabajo Social en el área de salud Perfiles y competencias profesionales básicas en el área de salud (2012)

Los problemas sociales que cada día van en aumento relacionados directamente con el análisis de atención de la salud de la población y los factores que interfieren en el logro de ese bienestar hace indispensable la intervención de trabajo social siempre con una mirada que responda a los objetivos y metodología propios de la disciplina, tal como lo señalan Díaz de Ceballos, Malvina y Miller Ramírez, Gladys (2007)

*“Por tanto el enfoque de Trabajo Social, debe ser hacia la transformación de estructuras como medio para lograr la elevación del nivel de vida, basados en la libre determinación del ser humano y el respeto de la dignidad, de ahí la importancia que el Trabajo Social de Salud, adecue su práctica profesional a este nuevo enfoque, determinando objetivos que nos permitan definir nuestra política de Trabajo Social dentro de los programas generales que implementa la Caja de Seguro Social a tono con la realidad de salud de nuestro país”*

## **1.4 SERVICIOS DE SALUD QUE OFRECE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL**

La Caja de Seguro Social de Panamá es el modelo por medio del cual se gestiona el servicio de Seguridad Social en el país. Su objetivo es el de asegurar todos los servicios para el mantenimiento de una salud integral e implementar programas de seguridad económica a todos los asegurados y beneficiarios panameños.

Además de la cobertura habitual de cualquier servicio médico del mundo como puede ser la atención de emergencias médicas y tratamientos de enfermedades duraderas o crónicas así como diversas cirugías, la Caja de Seguro Social de Panamá ofrece cobertura a otra serie de riesgos desarrollando diferentes tipos de programas que responden a la misión y visión relacionados con las prestaciones económicas y la atención médica.

A continuación se presenta los diversos programas de acuerdo a lo que estipula la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social (Ley 51 de 2005)

### **Programa de Riesgos Profesionales**

Se conoce Riesgo Profesional como toda lesión corporal y perturbación funcional que sufre un trabajador.

Para efectos del Seguro de Riesgos Profesionales, se considerará enfermedad profesional todo estado patológico que se manifieste de manera súbita o por evolución lenta a consecuencia del proceso de trabajo, o debido a las condiciones específicas en que este se ejecute. Es por ello que la Caja de Seguro

Social otorga al beneficiario o trabajador un subsidio que consta de los dos primeros meses se paga el 100% del salario y después el 60%

En este programa se brindan también atención médica y prestaciones económicas al trabajador beneficiario de la Caja de Seguro Social

### **Programa de Enfermedad Profesional**

Una enfermedad Profesional es aquella causada de manera directa, por el ejercicio del trabajo que realiza una persona y que le produzca incapacidad o muerte. Para ser considerada como Enfermedad Profesional, debe existir un vínculo o relación entre la enfermedad y la presencia de condiciones de riesgo o agentes de exposición en el puesto de trabajo.

En este programa además de la atención se ofrece un subsidio diario igual al 70% del salario promedio en los últimos dos meses antes del inicio de la incapacidad. De igual modo se le brinda atención médica, uso a farmacias, radiología y atención hospitalaria al asegurado o beneficiario de la Caja de Seguro Social.

### **Programa de Subsidio por maternidad**

El subsidio por maternidad es una cantidad dineraria que se otorga a las madres que dan a luz, durante el periodo de descanso pre y post natal, con el objeto de resarcir el lucro cesante como consecuencia del alumbramiento y de las necesidades de cuidado que requiere el recién nacido. Es importante mencionar

que esta prestación económica es de carácter transitorio y se ofrece una licencia por maternidad a la trabajadora asegurada

El mismo consta de un subsidio total al 100% a su salario La asegurada obtendrá atención pre-natal y obstétrica durante el embarazo, para el parto, y después del parto

### **Riesgo de invalidez, vejez y muerte**

Parafraseando a la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, la cual considera Riesgo de Invalidez o inválido al asegurado/a que a causa de enfermedad o alteración física o mental, quede incapacitado/a para procurarse, por medio de un trabajo proporcionado a sus fuerzas, capacidad y formación profesional una remuneración económica, en comparación con un semejante en igualdad de condiciones

En relación a Vejez, se refiere al periodo en que el asegurado/a deja la ocupación que desempeñaba y percibe dentro de los límites los sueldos o salarios que correspondan

En cuanto al Riesgo de Muerte, está se da con el deceso del asegurado/a

## **1.5 Policlínica Dr. Manuel Ferrer Valdés**

La policlínica Pediátrica fue inaugurada el 28 de enero de 1963, según consta en las Memorias de Caja de Seguro Social. La misma inicia sus funciones en el Edificio Renta 9 Y Calle 25 del Corregimiento de Calidonia provincia de Panamá. El 4 de octubre de 1984 fue trasladada a calle 26 y Avenida Cuba. Debido a la demanda de atención a los asegurados, diez años más tarde se hizo necesaria la construcción de una nueva estructura para brindar mayor cobertura tanto a los/as niños/as como adultos. La nueva instalación se inauguró el 21 de diciembre de 1994, distinguiéndose con el nombre de Dr. Manuel Ferrer Valdés, primer médico contratado por la Caja de Seguro Social.

Se ofertan servicios médicos de Medicina General, Fisioterapia, Psiquiatría, Fonoaudiología, Optometría, Psicología, Laboratorio, Radiología Médica, Farmacia, odontología, Nutrición y Trabajo Social. Además contamos con 12 especialidades médicas: Dermatología, Ginecología, Urología, Otorrinolaringología, Pediatría, Neumología Pediátrica, Psiquiatría, Oftalmología, Ortopedia, Medicina ocupacional.

Se trabaja en diferentes programas como Materno- Infantil que incluye (Maternal, Infantil, Escolar y Adolescencia), Salud de Adulto, Epidemiología, Tercera Edad, Salud de Adulto, Salud Mental, Docencia, Programa de Visita Domiciliaria (SADI). Cabe señalar que el modelo de trabajo es en equipo interdisciplinario, multidisciplinario y transdisciplinario, en donde él o la profesional de Trabajo Social tienen una participación pro-activa.

Hoy gracias al proceso de modernización y descentralización que impulsa la Administración de la Caja de Seguro Social, se brinda atención de lunes a viernes en horario de 7 00 a m hasta las 7 00 pm en las consultas externas Esta instalación cuenta con el servicio de Cuarto de Urgencia Pediátrico y de Adulto con extensión en horario de 12 horas y los fines de semanas, feriados y nacionales se atienden desde las 7 00 a m a 1 00 p m Junto con los servicios de apoyo de Laboratorio, Radiología y Farmacia

A partir de Agosto del año 2013 se han incorporado en la Policlínica 63 consultorios para especialidades que se suman al servicio de la población derecho-habiente

## **1.6 Las Clínicas de Heridas**

### **1.6.1 Concepto de Clínicas de Heridas**

La Doctora Guerra, Cecilia, (2001) define Clínica de Heridas como

*“un centro con una metodología efectiva para el tratamiento de las heridas crónicas y agudas en el primero, segundo y tercer nivel de atención Ofrece un servicio expedito, eficaz, sin rechazo de paciente y a costos razonables El rol del Equipo Multidisciplinario dentro de las Clínicas de Heridas, es la recuperación del paciente, mejorando su calidad de vida, en un ambiente de seguridad y confianza para su reincorporación más rápida al área social, familiar y laboral, con resultados eficientes, medibles mejorables continuamente”*

Las Clínicas de Heridas se convierten en una solución para apoyar tanto al paciente o persona con heridas, ya sea a nivel ambulatorio u hospitalizado y a su familiar en el tratamiento de una lesión traumática Es el espacio donde se ofrece

una atención especializada por personal idóneo, que incluye la orientación y educación, como estrategia para abordar el impacto psicosocial y emocional producido por la aparición de una herida

Las Clínicas de Curaciones, Heridas, Úlceras y Pie Diabético adopta las siguientes siglas **CCHUPD**.

En el 2001 se inicia el Proyecto de Atención de Heridas en la Policlínica Dr Carlos N Brin ubicada en el corregimiento de San Francisco, distrito de Panamá Este proyecto estaba conformado por un médico, una enfermera y una asistente clínica solamente

Las curaciones de heridas eran realizadas por el médico y la enfermera en el cuarto de inyectable Para ese entonces sólo se contaba con bota de unna, hidrocoloides y alginatos Poco a poco fue aumentando el numero de pacientes que solicitaban la atención, no solo del área correspondiente, sino que acudían de otros sectores del país, pues esta era la unica Policlínica que brindaba este servicio

Existía un sin numero de limitaciones tanto de recurso humano como fisico (estructura) y material, pero se continuaba ofreciendo el servicio para dar respuesta a una necesidad de la población Así mismo las autoridades se interesan en ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención

Se logra habilitar un área para la atención de los pacientes con heridas con mayor espacio y comodidades, además se promueve y se inicia un Programa de Pasantías dando la oportunidad a diversos profesionales de ganar experiencias en

este campo de intervención de la medicina y ya para el año 2002 se crean nuevas Clínicas de Curaciones, Heridas Úlceras y Pie Diabético en otras Políclínicas del área Metropolitana

A través de las CCHUPD, se le brinda al paciente tanto el cuidado de sus heridas como también la suplementación Nutricional Oral para lograr una mejor y más rápida cicatrización

Es importante señalar que la Caja de Seguro Social invierte dentro de su presupuesto una suma considerable para que las CCHUPD, logre los resultados esperados, tanto en Insumos, Capacitación-Formación como también en la Suplementación Nutricional

Para el 2006 ya brindaban servicios seis Clínicas de Heridas conformadas por un coordinador y un equipo multidisciplinario (Médico, Enfermera, Trabajadora Social, Nutricionista y Fisioterapeuta) previamente capacitados en la Políclínica Dr Carlos N Brin

Como estrategia para brindar un mejor servicio y lograr los objetivos de se implementa un Programa de Docencias con la intención mantener a los equipos de salud capacitado y actualizado Las docencias se ofrecen mensualmente, el último viernes de cada mes, con la participación como docentes de Médicos Especialistas como vasculares, endocrinos, hematólogos, dermatólogo y otras disciplinas como Trabajo Social, Nutrición, Enfermería, Fisioterapia y otras todos relacionados al tratamiento de las heridas

Posteriormente se fueron inaugurando otras clínicas, no solo en el área metropolitana, sino que se extendieron en el área del interior de la república como en Herrera, Coclé y Chiriquí con sus respectivos equipos multidisciplinarios, con

**un vasto conocimiento y experiencias en el tratamiento en heridas y los diferentes apósitos de avanzada y terapia tópica de presión negativa**

**Cabe señalar que internacionalmente se escoge a Panamá y a Costa Rica como sede para dar entrenamiento al personal de salud de diferentes países en el uso de apósitos y terapia de presión tópica negativa, en lo que respecta al tratamiento de heridas. Posteriormente, debido a la calidad y excelencia en las docencias brindadas, solo queda Panamá como sede para el entrenamiento. En abril del 2009 se inauguran oficialmente los cursos de capacitación a nivel internacional en la CSS, en la Policlínica Dr. Carlos N. Brin y el Complejo Hospitalario, con la asistencia y participación de países como Costa Rica, Perú, Argentina, México, República Dominicana, Guatemala, Nicaragua, Chile, Venezuela y Estados Unidos.**

**En el año 2013 se inició un proceso de revisión y actualización de los Protocolos para el Manejo de Heridas, además el mejoramiento de las áreas físicas de las CCHUPD que existen actualmente a nivel Nacional. Hasta el momento han sido creadas 28 CCHUPD distribuidas, en todo el país además con sus tres modalidades de atención como son:**

- 1 Las de Policlínicas con pacientes ambulatorios**
- 2 Las Clínicas dentro de los Hospitales para pacientes ambulatorios u hospitalizados**
- 3 La de Hospitales solo para pacientes hospitalizados de manera prolongada o de larga estancia**

**A través los años el comportamiento estadístico en la atención en las clínicas de heridas de la Caja de Seguro Social a nivel nacional ha sido el mismo,**

lo cual ha permitido tomar acciones específicas en relación a el presupuesto para compra de insumos y de hecho una planeación más cónsona con la demanda. En el siguiente cuadro se presentan los datos estadísticos que confirman lo mencionado.

### **Tipo de Heridas por porcentaje más comunes recibidas en las CCHUPD a Nivel Nacional.**

<i>Tipo de Heridas</i>	<i>Cantidad (%)</i>
<i>Úlceras Venosas</i>	<i>45</i>
<i>Pie Diabético</i>	<i>40</i>
<i>Dehiscencia de Heridas</i>	<i>5</i>
<i>Otras (úlceras falcémicas, úlceras por artritis reumatoidea, traumáticas, quistes pilonidales)</i>	<i>10</i>

Fuente: Clínicas de CHUPD de la Caja de Seguro Social, 2014

## **1.7 Intervención de Trabajo Social en las CCHUPD**

### **Antecedentes**

El profesional de Trabajo Social inicia su participación en CCHUPD en el año 2000, cuando se le solicita al Departamento de Trabajo Social en la elaboración del Proyecto de Protocolo de Atención. Se le brindó la oportunidad de participar en esta iniciativa a dos Trabajadoras Sociales de Policlínicas del área Metropolitana, una de la Policlínica Dr. Carlos N. Brin en San Francisco y la otra de la Policlínica Dr. Manuel Ferrer Valdés de Calidonia. Oportunidad que permitió y abrió campo de intervención al profesional de Trabajo Social de ser parte de los Equipos Multidisciplinarios en esta área.

El Manual de Normas aprobado con los protocolos de atención señala las funciones de Trabajo Social. Específicamente la norma establece que cada paciente que ingrese a las CCHUPD, debe ser evaluado por un(a) Trabajador(a) Social, cobrando así importancia y demanda de la disciplina como parte del Equipo Multidisciplinario. Consecuentemente todas las clínicas establecidas CCHUPD en el área Metropolitana tienen la asignación de un(a) Trabajador(a) Social que interviene abordando los aspectos sociales en los pacientes y familiares con heridas, además señala la participación en todas las actividades que se programen como son las docencias mensuales dirigidas al Equipo, presentación y discusión de casos y otras actividades comunitarias.

Debido a estudios que señalaban que los aportes nutricionales, específicamente de proteínas, contribuían más rápidamente a la curación de las heridas, en el año 2011 surge otro gran Proyecto en CCHUP, la creación de Las Guías Clínicas de Manejo Nutricional de Las Heridas No Cicatrizantes.

En la elaboración de este documento fueron considerados los aportes que hicieron el grupo de Trabajadores(as) Sociales que laboraban o habían tenido experiencias CCHUPD.

### **Funciones de Trabajo Social en Las CCHUPD**

Dentro de los lineamientos establecidos en el Manual de procedimientos de las CCHUPD, en la atención directa con el paciente las funciones del o la trabajadora social están dirigidas a atender a los pacientes adscritos al programa a quienes se les realiza la evaluación social en el que establece el diagnóstico y plan de acción de acuerdo a la METODOLOGÍA de la profesión. Cada paciente debe tener su informe social, el cual debe ser compartido al Equipo

**Interdisciplinario para el seguimiento médico-social y el planteamiento de acciones en conjunto procurando así disminuir los obstáculos que interfieran en el proceso de recuperación o curación de las heridas**

**La entrevista social al paciente, a la familia y colaterales, la visita domiciliar a la vivienda y /o al lugar de trabajo son acciones técnicas que realiza el o la profesional de Trabajo Social esto permite tener un mejor conocimiento de la situación social, por ende realizar una mejor intervención socio-familiar**

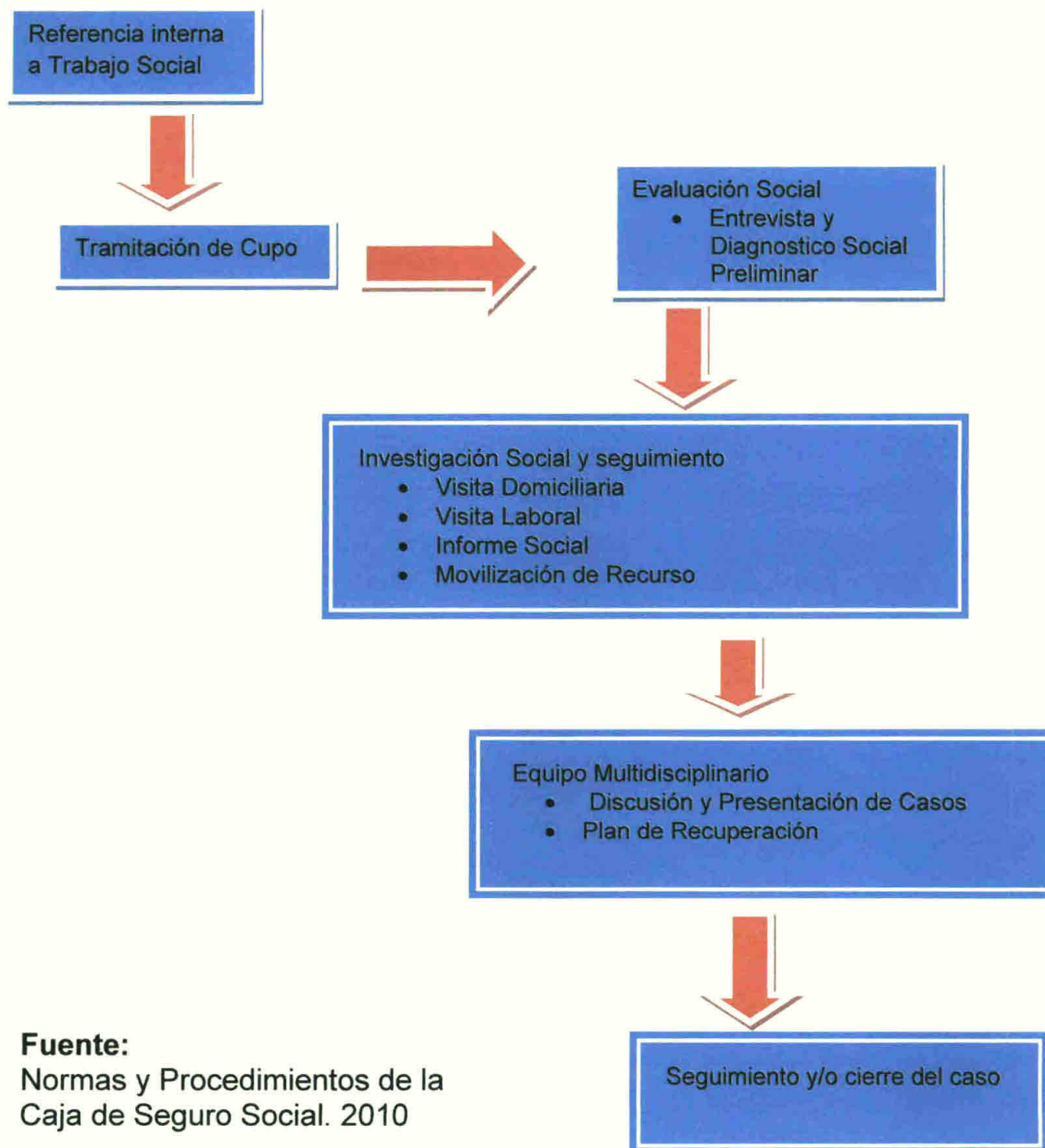
**Una de las actividades que con mayor frecuencia realiza el o la Trabajador(a) Social durante su intervención es la movilización de recursos intra y extra institucional como son la consecución de algún aditamento, de muletas, andaderas o sillas de ruedas, u otra equipo o insumo que requiera el paciente o la familia**

**Además de la atención directa al paciente, ejecuta otras acciones, en el plano docente y administrativo**

**Aunque cada Unidad Ejecutora tiene sus particularidades en cuanto a recurso, tipo de población atendida, características de la estructura, generalidades del equipo interdisciplinario y otras, la esencia y mística de trabajo es la misma, coadyuvar a que cada paciente referido/a a Trabajo Social pueda recuperarse dentro de su condición con el apoyo de sus redes familiares y sociales en el menor tiempo posible y reincorporarse lo más rápido a su área laboral y familiar**

**A continuación presentamos el Flujograma de atención de Trabajo Social en las CCUHPD**

Caja De Seguro Social  
Departamento De Trabajo Social  
Clínica De Heridas, Curaciones, Úlceras Y Pie Diabético  
Flujograma De Atención



**Fuente:**  
Normas y Procedimientos de la  
Caja de Seguro Social. 2010

## **1.8. LA FAMILIA COMO SISTEMA DE APOYO SOCIAL**

Abordar este punto es importante ya que de ello dependerá el curso del trabajo, sobre todo para entender a las familia de los/as pacientes que acuden a las clínicas de heridas, y de alguna manera adentramos en el concepto

Es una realidad que la familia históricamente ha evolucionado y sufrido cambios en su estructura y probablemente hasta en el funcionamiento, sin embargo su finalidad permanece inalterable

### **1.8.1 Concepto**

Existen diversos enunciados del término familia, las cuales podemos utilizar, según el marco de referencia en el que nos desarrollamos, algunas pueden ser de fácil comprensión, más otras no Expondremos algunas de ellas

La Doctora Campos, Nivia (2000), en su libro **Desarrollo Humano y Promoción de la Familia**, nos comparte su definición de familia expresando que *“la familia además de reproductora y transmisora de la cultura, también puede ser el lugar donde las personas buscan bienestar”*

En tanto Carlos Eroles (1998), en su libro **Familia y Trabajo Social** define que *“la familia es el núcleo fundamental de la sociedad En ella el ser humano nace, crece y se desarrolla ”*

En ambas definiciones encontramos que es en la familia donde se desarrollan las personas y obtienen lo que necesitan para sobrevivir

Parafraseando a Eroles (1998), en **Derecho**, la familia es un grupo de personas con vínculos jurídicos, interdependientes y recíprocos, emergentes de la relación sexual y la procreación y para **la psicología**, la familia es la célula básica de desarrollo y experiencia

Buscando una conceptualización interdisciplinaria del término familia, Eroles, Carlos (1998) señala que

*“La familia debe ser entendida como una unidad básica bio-psico-social con leyes y dinámica propias, que le permitan mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones y variaciones sin perder la identidad como grupo primario de organización social, a través de la unidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que lo rodea”*

Un elemento importante de resaltar en este señalamiento de Eroles con respecto a la familia es acerca de “soportar las tensiones y variaciones, lo que indica que este grupo primario no es estático, pasará por situaciones diversas en cada etapa de su ciclo vital

Para el desarrollo investigativo de este trabajo nos apoyaremos en la definición que nos aporta Ángela M Quintero, sobre familia porque es el que más se aproxima a lo cotidiano

*“Grupo basado en el parentesco, la filiación y la alianza, sus miembros están ligados por sangre o por afinidad lo cual crea una serie de relaciones, obligaciones y emociones. Es el espacio para la socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de necesidades sexuales, sociales, emocionales y económicas, y el primer agente trasmisor de normas, valores, símbolos, ideología e identidad, donde se focalizan las acciones de las demás instituciones. Como social, está conformada por tres subsistemas básicos fraterno, conyugal, parento filial” Quintero (2007)*

En este sentido Quintero hace énfasis en la satisfacción de las necesidades de los miembros del sistema familiar que sin lugar a duda, de esto depende mucho la preservación de la salud desde el punto de vista integral, y cuando esta es afectada por alguna circunstancia interna o externa es en la familia donde se cimentan valores como la solidaridad y el apoyo basados en un fundamento que nace del afecto producido por la constante interrelaciones de parentesco

Por tanto la familia es un sistema interrelacionado que lo que le suceda a unos de sus miembros le afecta al otro, ya que tal como acota de Tejada Hildaaura (2013), citando a Ángela María Quintero, señalando *“ la teoría general de los sistemas, es válida e importante en la comprensión y abordaje de la familia No puede de ninguna forma estar ajena a este proceso sistémico Se constituye en un nuevo paradigma del conocimiento, brindando amplias explicaciones para las ciencias sociales y humanas”*

La familia o sistema familiar regula, alimenta y socializa a sus miembros, de tal manera que si se logra reparar o modificar su funcionamiento, se logrará una mayor eficacia y el cambio logrado se mantendrá, dada la propiedad autorreguladora que tiene la familia

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia es considerada como un sistema dinámico viviente que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas

Si se toma a la **“teoría general de sistemas”**, bajo la concepción de Von Bertalanffy, que *caracteriza*

*“al sistema por un estado estable, dinámico, que permite un cambio constante de componentes mediante asimilación y desasimilación La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, a medida en la que cumpla con sus funciones básicas”*

Consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados , por ello es preciso observar tres aspectos fundamentales su estructura, su sistema relacional y su momento evolutivo

### **1.8.2 Tipos de Familia**

En el contexto social actual, la familia no ha dejado de tener importancia y significación como el elemento fundamental de la sociedad Contrariamente a lo que predijeron algunos científicos sociales, la familia goza de una sorprendente vitalidad, pese a las distintas agresiones que sufre todos los días

Como elemento fortalecedor la familia no se extingue, mas por el contrario permanece, solo se transforma y varía de acuerdo de una cultura a otra En general encontramos en nuestras sociedades diferentes tipos de familia sin que se vulnere su razón de ser

Tomaremos en consideración para este punto la clasificación de Tipos de Familia que presenta Eroles, Carlos (1998)

- 1 Familia nuclear es aquella conformada por el padre, la madre y los hijo/as
- 2 Familia consensual o de hecho aquella que parte de la formalización jurídica matrimonial
- 3 Familia ampliada o extensa es aquella donde conviven tres generaciones y/o la presencia de otros familiares conviviendo
- 4 Familia ampliada modificada esta categoría aplica para el comportamiento clánico
- 5 Familia con vínculo jurídico y/o religioso aplica para los que se agrupan por razones formalmente y por convicciones a la vida religiosa
- 6 Grupos familiares de crianza bajo esta denominación incluimos situaciones particulares como la adopción, el prohijamiento (práctica solidana consistente en proteger los huérfanos o abandonados dentro de la misma familia), los nietos/as a cargo de abuelos/as
- 7 Familiarización de amigos/as se reconoce como una relación muy estrecha a los que son entrañablemente amigos/as
- 8 Uniones libres carentes de estabilidad y formalidad aunque esta categoría no goza de mayor aceptación debido a la poca capacidad de compromiso existente

Incluiremos también la clasificación que nos aporta Quintero (1997), sobre conceptos de familia que crean un poco de controversia, pero que a la vez están presentes en el desarrollo de las familias de cualquier país, con la finalidad de reforzar el trabajo investigativo

- 1 Familia monoparental conformada por el o los hijos y el padreo la madre**
- 2 Familia reconstruida o ensamblada con o sin convivencia de hijo/as de las distintas uniones, esta familia la conforman la pareja que ha tenido (uno o ambos) experiencias matrimoniales anteriores**
- 3 Familia separada llamamos así a los padres o madres separados/as que siguen siendo familia en la perspectiva del o de los/las hijos/as**
- 4 Familias homosexuales con la reserva que implica un concepto tan debatible, ya se registra como una tendencia universal la emergencia y reconocimiento de esta organización familiar, que supone una relación estable entre dos personas del mismo sexo**

**A nuestro criterio ambas clasificaciones abarcan todas las modalidades existentes en los sistemas familiares provocados por las adaptaciones a la modernización, a las migraciones, proyectos de vida y otros fenómenos socio culturales**

**Lo anterior nos exige aceptar y reconocer que no podemos mirar y evaluar a todas las familia con una misma norma o patrón, pues existen tantos tipos de familias como estilos de convivencia se encuentren y eso implica para nosotros tener una mirada más amplia y sobre todo una actitud no juzgadora de ninguna de las opciones que nos presenten nuestros usuarios, pues echando un vistazo a las tipologías de familia que muy seriamente nos mostró Virginia Gutiérrez de Pineda (1994) y que han completado otros estudiosos de la familia, además de nuestra experiencia cotidiana, podríamos decir que existen muchas más de las que tradicionalmente conocemos**

### **1.8.3 Ciclo Vital de la Familia**

En el curso de su desarrollo, la familia pasa por varias etapas de transición predecibles, en las cuales existen diferentes expectativas y necesidades y como dice Quintero (1997) *“la familia es el único sistema que permite un desarrollo integral del individuo, las experiencias iniciales que se asimilan durante los primeros años de vida son determinantes en su evolución”*

A la luz de la Teoría de los Sistemas Generales y del Psicoanálisis, se propone un modelo de desarrollo familiar que permita entender a la familia como un sistema en transición, tanto con otros sistemas sociales como con el impacto interaccional de individuos en diferentes etapas del ciclo vital y su efecto recíproco unos en otros en el tiempo

Por otro lado De Tejada, Hilda (2013), nos señala, *“que la familia experimenta su propia secuencia de desarrollo. Esta secuencia de cambios se da a través de etapas que forman ciclos, y las cuales requieren y demandan una serie de esfuerzos para los logros y tareas que deben ser alcanzados en cada etapa, y lo cual facilitará la satisfacción y éxito que se alcance en la etapa siguiente. Si no se logran superar las tareas de las etapas anteriores, los problemas que no fueron resueltos pueden reaparecer una y otra vez a lo largo del ciclo vital familiar”*

El ciclo vital familiar está inmerso en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, por lo que no podemos decir que haya formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas, ya que no es rígido ni lineal y que dependiendo de las características de la familia pueden verse alteradas dichas fases

A continuación describimos la clasificación cada una de las etapas del ciclo vital de la familia, que nos presenta la mencionada autora con el propósito de reforzar el aprendizaje, como también de ampliar el conocimiento el cual nos permite mejor visión a la hora de intervenir con la familias

### **1. Formación de la pareja**

El hecho relevante de esta fase lo constituye el matrimonio o la convivencia estable de la pareja, que será el inicio de una nueva familia. Este nuevo sistema (pareja) va desarrollando un vínculo en el cual establecerán sus propias normas y dinámica. Esta diada llega a definir la relación y la estructura del nuevo sistema familiar. Las principales crisis o retos que tienen que enfrentar están relacionados a la historia individual de cada uno, sus necesidades y expectativas para poder consolidar la convivencia y establecimiento de metas comunes.

Cabe destacar que en nuestro país se da la prevalencia del aumento de las uniones de hecho como alternativa o como patrón de establecimiento de relación formal de pareja.

En esta etapa existen pocas probabilidades de que algún miembro de la pareja esté expuesto a padecer una herida. Sin embargo pueden sucederse accidentes en el área laboral, en ámbito doméstico, u otra circunstancia que pueden generar la aparición de una herida que amerite atención.

### **2. Nacimiento y crianza**

Esta etapa comienza con el nacimiento del primer hijo/a, y ya no será diada sino triada.

El nacimiento de un hijo/a crea muchos cambios tanto en la relación de pareja como en toda la familia. Aparecen nuevos roles y funciones: madre, padre (función materna y función paterna); y con ellos los de la familia extensa.

Las funciones de los padres/madres se diferencian para poder brindarle al niño/a la atención y cuidados que necesita.

A pesar de los cuidados que puedan tener los progenitores y/o familiares, suelen suceder accidente domésticos en los niños tales como quemaduras, cortaduras con herramientas punzo cortantes u otros objetos, que ameritan el tratamiento en las Clínicas de Heridas. También pueden aparecer heridas por picaduras de insectos.

La incorporación de un hijo/a en la familia provoca a su vez accidentes caseros con pequeñas cortadas e incluso quemaduras, picadas de insectos que provocan lesiones o heridas que en muchas ocasiones ameritan ser manejadas en las clínicas de curaciones.

### **3. Hijos/as en edad escolar**

Esta etapa comienza con el ingreso del hijo/a mayor al colegio. El hijo/a se separa parcialmente de la familia para empezar a socializar y desarrollarse en el ámbito escolar.

En cierta medida es la puesta a prueba de todo lo que la familia inculcó en los primeros años al niño/a. La red social del niño/a se amplía y se comenzará a relacionar con otros adultos significativos (maestros/as).

A esta edad las heridas están asociadas a accidentes tanto como caseros, cortadas, quemaduras, además de caídas de bicicletas, patinetas o lesiones de golpes recibidos en la escuela por diferentes razones u otros

#### **4. Adolescencia**

De Tejada, Hildaaura, (2013), cita al Terapeuta Familiar Laura Estrada quien señala *“que esta etapa del ciclo pone en juego la estabilidad del sistema familiar”* Es decir es una etapa donde todos los miembros del sistema cambian su orientación hacia relaciones extrafamiliares y las fronteras pueden volverse menos permeables que en etapas anteriores

Las heridas atendidas en las CCUPH están asociadas a quemaduras, heridas con arma blanca y de fuego, heridas infectadas, lesiones de absceso, accidentes automovilísticos

#### **5. Salida de los hijos/as del hogar**

Esta nueva etapa está marcada por la capacidad de la familia de origen para desprenderse de sus hijos/as y de incorporar a nuevos individuos como el cónyuge y la familia política. Los hijos/as entraran en una nueva etapa donde deberán formar su propia familia, con las características que vimos al inicio del capítulo, para poder continuar el ciclo vital

Las heridas que se registran a esta edad son muy complejas, pues son resultados de peleas, que producen cortadas con arma blanca y de fuego, accidentes laborales, de automovilismo, de caídas, de heridas infectadas, abscesos, tumores

## **6. Edad Madura**

La pareja se enfrentará a nuevos desafíos. Por un lado el reencuentro entre ellos, dado por la salida de los hijos del hogar y por el cese laboral. De las características de este encuentro dependerá que la pareja continúe unida o no. Por otro lado deberán afrontar cambios no solo en lo individual sino también a nivel familiar.

A esta edad suelen darse heridas traumáticas por caídas, úlceras debido a enfermedades crónicas como son la diabetes mellitus o problemas vasculares, heridas infectadas.

## **7 Ancianidad**

Cada uno de los integrantes sufrirá cambios a nivel corporal (mayor fragilidad, enfermedades crónicas y/o emocionales, pensamientos con respecto a la muerte, pérdida de seres queridos). Todo esto requiere de un tiempo de procesamiento.

Los/as adultos mayores presentan estados vulnerables de salud por el deterioro físico y psíquico del envejecimiento, llevándolos a sufrir son más heridas. Comprometen en gran medida la condición en general. Las heridas son el resultado de quemaduras, abscesos, úlceras vasculares y por diabetes mellitus, en los casos de encamamiento y úlceras por presión.

## **1.9 La Familia ante el Proceso Salud-Enfermedad**

La familia es un sistema que ha perdurado a través de los siglos. Es generadora tanto de salud como de enfermedad, porque es en ella donde se encuentran los factores de protección y también de riesgos.

Los factores protectores son aquellos asociados a la reducción de una conducta o situación de riesgo a los cuales cada individuo se ve expuesto en las diferentes etapas de su ciclo vital. Los factores de riesgo son aquellas características o variables que elevan la probabilidad de que una persona desarrolle una patología o sufra un accidente que vulnere la salud. Según lo señala Amaya Ituarte (2004) En la medida que se fortalezcan los factores protectores, será posible disminuir los efectos negativos de posibles enfermedades o situaciones padecidas en algún miembro de la familia.

Es de suma importancia que en la familia se establezca un ambiente de solidaridad y armonía, donde todos sus miembros puedan expresarse, se apoyen mutuamente y favorezcan la satisfacción de todas sus necesidades físicas, emocionales y espirituales. Desafortunadamente encontramos familias que cuando experimentan situaciones críticas, la salud de alguno o de todos sus miembros es alterada.

Hay que recalcar que es en el mismo sistema familiar donde se debe encontrar apoyo y ayuda para superar y tolerar las consecuencias generadas por la aparición de alguna enfermedad, especialmente cuando se trata de enfermedades crónicas que requieren de cuidados especiales que desgastan física, emocional y socialmente.

Señala Miguel A. Fernández Ortega, (2010), que

*"la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en algunos miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno*

*de sus miembros la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permita seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares, que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente y pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad de sistema familiar ”*

La comunicación establece como deben ser expresados, recibidos e interpretados los sentimientos y emociones de los miembros de la familia. Todo comportamiento de un miembro tiene un mensaje para los demás miembros. En el grupo familiar, el comportamiento de cada sujeto está conectado de un modo dinámico con el de los otros miembros de la familia y al equilibrio del conjunto.

La clave para tener relaciones básicamente favorecedoras del crecimiento tanto individual como del grupo familiar, la salud y el bienestar es la comunicación. Por ejemplo, los pacientes con heridas crónicas necesitan una buena comunicación familiar para sobrellevar su tratamiento con efectividad de modo que sientan la confianza de expresar libremente sus sentimientos, opiniones, miedos e intereses y reciban el apoyo emocional necesario para sobrellevar la dolencia física con sus secuelas.

### **1.9.1 Implicaciones producidas por la enfermedad crónica en la vida personal y familiar.**

Todos los seres humanos tienen necesidades básicas que se tratan de satisfacer a lo largo de la vida. Estas necesidades abarcan los distintos aspectos del hombre y la mujer, tales como físicas, psicológicas, sociales, ecológicas y

**espirituales El estilo de vida que tenga cada hombre y cada mujer es importante en la conservación de la salud**

**Estilo de vida, hábito de vida o forma de vida hace referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianos que realizan las personas, algunos de los cuales pueden ser no saludables**

**Los estilos de vida están determinados por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar la calidad de vida**

**De igual modo, el estilo de vida es la base de la calidad de vida, concepto que la Organización Mundial de la Salud –OMS- define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes"**

**La calidad de vida está relacionada con los siguientes aspectos**

- **Satisfacción en las actividades diarias**
- **Satisfacción de las necesidades**
- **Logro de metas de vida**
- **Autoimagen y la actitud hacia la vida**
- **Participación de factores personales y socio ambientales**

**Entre los estilos de vida que afectan la salud y con ello la calidad de vida de las personas, se encuentran los siguientes**

- **Consumo de sustancias tóxicas tabaco, alcohol y otras drogas**

- **Sedentarismo, falta de ejercicio**
- **Insomnio**
- **Estrés**
- **Dieta desbalanceada**
- **Falta de higiene personal**
- **Errada manipulación de los alimentos**
- **No realizar actividades de ocio o aficiones**
- **Falta de relaciones interpersonales**
- **Contaminación ambiental**

**Algunos estilos de vida saludables que debemos tener en cuenta para alcanzar la calidad de vida que deseamos son**

- **Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción**
- **Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad**
- **Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender**
- **Brindar afecto y mantener la integración social y familiar**
- **Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación**
- **El autocuidado**
- **Tener acceso a seguridad social en salud**
- **Controlar factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés y algunas patologías como hipertensión y diabetes**
- **Realizar actividades en tiempo libre y disfrutar del ocio**

**La estrategia para desarrollar estilos de vida saludables radica esencialmente, en el compromiso individual y social que se tenga, sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona**

**Es oportuno hacer la relación entre estos dos grandes componentes Estilos de vida Saludable con Calidad de vida ya que uno depende del otro o bien se relacionan, sobre todo cuando vemos las complejidades que emanan de estas dos grandes concepciones**

**La calidad de vida relacionada con salud se entiende como "el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud" y constituye una percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo**

**Hoy en día, las enfermedades crónicas son un problema importante de salud pública en todo el mundo. En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que el 61% de todas las muertes (35 millones) y el 49% de la carga mundial de morbilidad eran atribuibles a enfermedades crónicas. Se estima que en 2030 la proporción del total mundial de defunciones debidas a enfermedades crónicas llegará al 70% y la carga mundial de morbilidad al 56%. Se prevé que el mayor incremento se producirá en las regiones de África y del Mediterráneo Oriental**

Por tanto podemos inferir, después de lo que la Organización Mundial de la Salud nos aporta que la aparición de enfermedades crónicas, a su vez enfermedades crónicas degenerativas como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus o enfermedades Vasculares de alta incidencia en Ulceras Vasculares, entre otras, va a depender del estilo de vida que ha llevado a lo largo de su vida, a su vez va a ser un indicador importante que determinará como último la expectativa de vida

La familia tiene un papel importante para la satisfacción de estas necesidades y es clave en el proceso de salud – enfermedad, así lo manifiesta Zaldivar, Pérez (2013), en Incidencias de los Factores Psicosociales en el Proceso Salud Enfermedad

El proceso de salud – enfermedad se describe en cuatro momentos

- **Mantenimiento de la salud.** tiene que ver con el crecimiento y desarrollo de los miembros de la familia, la satisfacción de las necesidades afectivas, económicas, educativas, de protección y minimización de fuentes de estrés
- **Producción y desencadenamiento de la enfermedad** puede derivarse de las tensiones producidas por el mal o insano funcionamiento del sistema familiar o situaciones abruptas externas
- **Curación.** se precisa la observación y el seguimiento de un conjunto de regulaciones y de indicaciones médicas sociales que pueden ser molestas y generalmente requieren de sacrificio

- **Rehabilitación** cuando la enfermedad deja secuelas Momento difícil de enfrentar La adaptación a la discapacidad por lo general coloca a la persona ante una crisis existencial y de auto valoración Es un periodo de ajuste permanentemente en el cual es necesario el hogar y los familiares, quienes son los primeros en hacer cambios importantes La familia satisface la dependencia que genera la discapacidad y la funcionalidad

El grupo familiar constituye el primer nivel de atención de salud, ya que en su seno el individuo recibe los primeros cuidados y consejos y el primer dictamen de la enfermedad

Los procesos de auto control, auto regulación voluntaria, toma de decisiones y creencias de la salud que posibilitan la adherencia al tratamiento están mediatizados por la familia Cuando una persona se enferma pueden incrementarse sus necesidades La familia puede colaborar eficazmente en el cuidado del enfermo

El apoyo al enfermo puede ser emocional o afectivo, generalmente lo proporciona la familia y los amigos más cercanos El equipo de cuidados paliativos debe asumir el apoyo social que cubre las necesidades de información y consejo del enfermo y su familia

La familia debe tener en cuenta la conveniencia de mantener su entorno social y la importancia que tiene el mismo en el enfermo y sus cuidados Nos

apoyaremos en lo que señala Fuentes, Marí Carmen, (2001), en relación a lo que sufre la familia cuando se tiene un enfermo/a crónico/a en casa

*“La experiencia de la enfermedad crónica afecta profundamente a la familia y a su vez según la actuación de ésta, puede mejorar o empeorar el curso de la enfermedad crónica del paciente afectado*

*Es decir, cuando en una familia un miembro tiene una enfermedad crónica (hipertensión, diabetes, úlceras venosas), es la familia y en especial un miembro de ella, generalmente asume como cuidador/ra principal”*

El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros. La reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos. La mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige, son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer sus lazos.

En otras situaciones con pacientes crónicos la familia en cambio se distancia a causa de la presión de la enfermedad, hasta el punto de desintegrarse por la vía del divorcio, la institucionalización o la muerte.

La enfermedad afecta el funcionamiento físico y mental y el equilibrio que tiene significado tanto para el enfermo como para quienes lo rodean. Al acompañar a una persona padeciendo de una enfermedad crónica, siempre debe tenerse en cuenta que la unidad básica a tratar es la familia.

Ante esto, es importante destacar que en el marco de la enfermedad no se puede deslindar al enfermo/a del sistema familiar, muy por el contrario hay que situarlo dentro de este contexto, para poder mantener y preservar el sentido de unidad familiar. En tanto es necesario conocer qué altera la armonía de la familia, en este caso qué enfermedades y qué miembro la sufre y cómo ello repercute en todo el conjunto familiar. Por ello es indispensable que el abordaje familiar sea visto desde una visión sistémica y multidisciplinaria.

De tal manera el proceso de salud enfermedad no puede ser comprendido como simples estados opuestos, sino como una expresión del todo el proceso vital con grados diversos de equilibrio entre el organismo y su ambiente para una comprensión ideal de los aspectos saludables y patológicos tanto del paciente como de su familia, ya que de la interacción entre ambos es posible entender las relaciones dinámicas del sistema familiar con su entorno.

En una situación límite como la enfermedad crónica, los conflictos familiares afloran y pueden influir negativamente sobre la persona afectada.

Es función del equipo multidisciplinario de salud encargado de curaciones evitar en lo posible las situaciones de tensión en el seno de la familia y ayudar a su resolución en el caso de que dicha situación exista. Ello será a través de la educación continua a los pacientes y sus familiares favoreciendo la recuperación y rehabilitación.

La familia puede colaborar eficaz y activamente en el cuidado del enfermo si se la instruye de una forma adecuada en el control de los síntomas, los cambios

y la higiene personal Necesita de una información veraz y continuada, un apoyo constante, la seguridad de una asistencia completa durante todo el proceso, descargar tensiones generales y la disponibilidad permanente del equipo de cuidados

La enfermedad crónica altera la unidad social, los familiares y los amigos, y afloran los conflictos internos preexistentes La información inadecuada, los mitos, la presencia más o menos explícita de la muerte y la idea de un sufrimiento inevitable crean una intensa atmósfera de angustia

Enfrenta a la totalidad de la misma con una amenazante crisis en la que todos sus miembros reaccionan en sus formas características Sus respuestas son variables y pueden ser más o menos compatibles unas con otras y con las necesidades del momento Algunos de los miembros pueden estar aun más angustiados que el propio paciente Sin embargo es un tiempo de reunión y movilización de recursos, hay mucha voluntad para ofrecer ayuda y apoyo activo, incluso de miembros lejanos y amigos de la familia

La familia debe equilibrar las necesidades del paciente con las de otros miembros de la misma, además de reasumir las tareas normales del desarrollo para cada uno de ellos, pueden surgir dificultades y conflictos entre sus miembros, diferencias sobre los objetivos y el proceso mismo de la enfermedad y su tratamiento, mientras un cuidador primario puede permanecer manifiestamente protector, otro permite, exige y estimula una mayor libertad del paciente Con el paso del tiempo y con la cronificación y avance de la enfermedad y de los

**conflictos intra familiares, un numero mayor de familiares puede sufrir y manifestar su disgusto, celos y necesidades, llevando a un incremento paradójico de los síntomas de estrés**

**De esta forma, durante la fase de consolidación de las estrategias utilizadas para afrontar la enfermedad, la familia puede encontrarse a sí misma más aislada, con una grave interrupción en la comunicación entre sus miembros, precisamente en el momento en que más apoyo se necesita, sentimientos de vergüenza, rabia, temor y depresión pueden contribuir a su aislamiento**

**No siempre el estrés psicológico es el unico problema a manejar en la familia dentro del proceso de ir muriéndose, en ocasiones hay que tener en cuenta necesidades económicas y sociales no satisfechas, para las cuales se requiere la intervención de un profesional o varios coordinadamente**

**Los métodos que utilice la familia para cuidar al enfermo dependerán de su historia, organización y estructura Cuando la familia se involucra en el cuidado del enfermo no sufrirá tanto desgaste físico y emocional**

**Es de anotar que la visión del paciente enfermo es diferente a lo que ven sus familiares y cuidadores Las personas con enfermedades crónicas plantean necesidades sencillas como saber si cuentan con un familiar, amigo/a, o persona disponible para atenderlo, acompañarlo o ayudarlo, incluso animarlo/a en su proceso de salud- enfermedad, ya que es preciso sentir el contacto físico o la presencia de otra persona que nos hable o que muchas veces solo nos escuche**

Las implicaciones sociales y emocionales que se pueden encontrar en los/as pacientes con enfermedades crónicas, como también en su sistema familiar, son muchas, ya que cuando aparece dicha enfermedad crónica, desorganiza, desequilibra todo el sistema de vida del paciente y la familia, ya que quebranta la organización laboral, económica y se ven obligados a replantearse los roles, que se van a dar dependiendo con los recursos internos que tenga la familia. Dependiendo de cómo se den estos roles, tanto las funciones como la dinámica familiar, determinará el grado de autonomía e identidad del grupo familiar.

La óptima comprensión de los hechos por parte del paciente y sus familiares permiten aportes significativos para mejoramiento de la dinámica de la familia.

A continuación presentamos algunas valoraciones que debemos tener en cuenta al evaluar familias que nos aporta Fuentes, (2001), con la finalidad de lograr su comprensión y análisis.

- 1 **Desorganización** la enfermedad quebranta los recursos adaptativos para afrontar situaciones difíciles que antes habían sido exitosas.
- 2 **Ansiedad.** aparecen conductas de irritabilidad e intolerancia entre unos y otros.
- 3 **Labilidad Emocional:** reacción oscilante y superficial cuando la capacidad de contener, frenar y organizar las respuestas afectivas se muestra insuficiente.

- 4 **Tendencia a la introversión** la enfermedad es una poderosa fuerza que ejerce un efecto de muralla en la familia, la cual para defenderse del desorden implanta nuevas normas. Todos estos factores, sumados a una grave y larga enfermedad lo cambian
- 5 **Preocupación:** insistente por las consecuencias futuras (soledad-economía familiar- educación de los hijos) Sentimientos de culpa por todo lo que debió hacer y no hizo. Emociones y reacciones contradictorias derivadas del agotamiento físico y emocional. Colapso de la red de comunicación intra familiar. También aparece el aislamiento social y la redistribución de roles y confusión personal

Sumado a estos factores, el estrés psicológico cambia la dinámica familiar, dentro de la cual se desarrollan nuevos patrones de afrontamiento y convivencia, debido a las constantes visitas a la policlínica y los repetidos acompañamientos a las consultas por el tratamiento indicado

Todas estas actividades deben combinarse con las de la vida diaria, las que también cambian: alimentación irregular, disminución e incluso desaparición de momentos de descanso, periodos de ocio y placer que son utilizados para recuperar tareas domésticas, vigilancia y crianza de los hijos/as (tareas de por sí agitantes y absorbentes)

También se suma a esta situación la falta de continuidad de los cuidados, una mala relación con el equipo multidisciplinario, que muchas veces coloca al paciente y su familia en una indefensión social (carencia de recursos y

aislamiento), información contradictoria, accidentes, conspiración de silencio, mal control de síntomas, ruina económica, enfermedades oportunistas, morbilidad de los cuidadores, muerte de algún miembro de la familia, abusos por personas inescrupulosas que prometen curaciones milagrosas en los cuales el paciente y la familia cree

## **1.10 Las Crisis Familiares**

Quintero (1997), nos señala que en un sistema familiar *“las crisis implican la posibilidad de cambiar, de adaptarse a situaciones propias de cada sistema o de relaciones externas con otros sistemas”*

De igual manera señala que se entiende por crisis *“una fase peligrosa de la cual puede resultar algo beneficioso o algo perjudicial para la persona que la experimenta”* Por tanto, la crisis es una época de transición o cambio, propio de una situación de conflicto e inestabilidad. La crisis marca una discontinuidad profunda

Todas las familias durante las diferentes etapas del ciclo vital y a lo largo de la vida experimentan distintos tipos de crisis, cada una con características propias que han permitido que autores como Casas, Gerardo (2008) nos presente la siguiente clasificación

**Crisis evolutivas:** a aquellos cambios esperables por los cuales atraviesan la mayoría de las personas. Dichos cambios requieren un tiempo de adaptación para enfrentar nuevos desafíos, que forman parte del desarrollo de la vida normal

**Crisis inesperadas:** son aquellas que acontecen bruscamente, que no están en la línea evolutiva habitual (muerte temprana de uno de los progenitores, pérdida del empleo, exilio forzoso)

Tanto las crisis evolutivas como las crisis inesperadas pueden ser atravesadas por las personas/familias de distintas maneras dependiendo de los recursos que tengan y de las experiencias previas (adaptación a crisis anteriores) Teniendo en cuenta esto, habrá familias que puedan pasar por estos periodos de cambios con mayor facilidad y capacidad de adaptación y otras no tanto

**Crisis de desarrollo:** tienen un carácter universal, es decir no tienen nada de ser únicas Son esperables y no se puede hacer nada para evitarlas Ejemplos el matrimonio, el nacimiento de un hijo, el comienzo de la edad escolar, la emancipación de un hijo, el retiro laboral Es importante que la familia ejecute mecanismos de ajustes y de adaptación ante el tránsito de una etapa y otra del ciclo vital de tal manera que permita la continuidad funcional

**Crisis estructurales** están relacionadas con las tensiones internas de la familia, más que nada de aquellas tendientes a la disfuncionalidad Aparecen periódicamente de manera abrupta e intensa El abordaje terapéutico resulta difícil ya que la familia desarrolla la crisis como un mecanismo de defensa para que el cambio no se produzca

Por ejemplo, cuando hay un miembro con problemas de alcoholismo, o de intento de suicidio, o violencia u otro, aparece la crisis tendiente a la que la estructura disfuncional de la familia no cambie De ahí que estas crisis pueden ir apareciendo durante décadas con el consiguiente desgaste y sufrimiento familiar, pero con el objetivo de que por ejemplo el matrimonio no aborde sus conflictos

porque tal vez eso conduciría a la separación, o que un hijo se mantenga co-dependiente y no logre independizarse

### **Crisis de desvalimiento**

Cuando en una familia hay un miembro que es funcionalmente dependiente (discapacidad física o psíquica) y que consigue que toda la familia esté atrapada dispensándole cuidados y atenciones, entonces se puede hablar de crisis de desvalimiento. La gravedad de este tipo de crisis depende de diversos factores

Por ejemplo, será más grave si la ayuda que necesita el miembro dependiente son cuidados muy especializados, si la ayuda es muy difícil de reemplazar o si la situación de incapacidad se ha producido recientemente y la familia todavía se encuentra en la fase de la aceptación. Las crisis que sobrevienen en las familias a causa de un miembro senil suelen ser muy traumáticas

Esta última tipología de crisis acontece en las familias de pacientes con heridas crónicas al desbalancearse su normal funcionamiento para atender o ignorar las necesidades de ese ser humano. Adicionalmente estas familias pueden estar atravesando otros tipos de crisis de adaptación al ciclo vital en el que se encuentren

En las crisis se activan una serie de mecanismos de defensa para protegernos de los sentimientos incómodos y a veces insoportables

Los sentimientos más frecuentes son la rabia, la angustia, el miedo y la culpa, y a menudo están condicionados por creencias irracionales

Dependiendo de cómo se viva la situación de crisis, se activarán más unos sentimientos que otros. Los fenómenos emocionales más frecuentes que se dan en las crisis son:

- **Depresión** es uno de los fenómenos más frecuentes en la etapa desorganizada de la crisis. Reacciones emotivas de tristeza y melancolía, no estando motivado para salir del problema. El cliente casi siempre expresa su sentimiento, pero manifiesta su impotencia y desánimo para salir de esta situación. Se encuentran apático e indiferente.
- **Miedo** es el temor ante lo que puede deparar el futuro, no estando la mayoría de las veces ese temor fundado en un motivo real, sino imaginario. Supone imaginar que una cadena de desgracias le va a suceder a partir de ese momento, produciéndoles vivencias tales como preocupación, inseguridad, terror, asociados a la sensación de miedo. Incluso va acompañada de síntomas físicos: respiración agitada o temblores. A veces no se es capaz de manifestar verbalmente su miedo.
- **Ira** es muy frecuente como reacción a las frustraciones y situaciones traumáticas en la vida de las personas. Se manifiesta de forma muy clara. Suelen hablar con voz muy alta. Utilizan insultos, se defienden sin haber sido acusados y prácticamente no escuchan al trabajador social. Éste debe ayudarlos a situarse en planos de menos agitación emocional, aunque debe permitirles que puedan desahogarse.
- **Ansiedad** es el estado de ánimo más frecuente. La persona se siente invadida por sentimientos difusos que le impiden expresar con claridad sus problemas y la incapacidad para tomar decisiones. Es un estado de

**angustia permanente, con síntomas tales como hiperemotividad, trastornos del sueño y decaimientos**

**En la experiencia profesional de atención a pacientes con heridas crónicas y su familia hemos observado la incidencia de estos sentimientos que afloran de manera espontánea ocasionando rechazo, aislamiento, abandono al tratamiento requiriendo la intervención del Trabajo Social hacia lograr de un mejor apoyo o manejo familiar de la situación**

**CAPÍTULO SEGUNDO**  
**DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

# **DISEÑO METODOLÓGICO**

## **2.1 Tema de Investigación**

**“ Fortalecimiento Familiar en los Cuidados del o la Paciente con Heridas Crónicas de las Clínicas de Heridas, Ulceras y Pie Diabético de la Caja de Seguro Social Propuesta de Intervención”**

## **2.2 Planteamiento del Problema**

Son múltiples los factores que inciden en la recuperación del o la paciente que presenta heridas crónicas y que requieren de un tratamiento especial para su recuperación y que a su vez acuden a las distintas clínicas de heridas de la Caja de Seguro Social

De los casos referidos al Departamento de Trabajo Social por las Clínicas de Heridas más del 60% adolecen del acompañamiento efectivo de sus familiares, lo que en gran medida afecta el sano desenvolvimiento, tratamiento y recuperación de los/las pacientes, debido a la falta de apoyo familiar, como un diagnóstico social importante a considerar

Esta situación ha conllevado a la intervención directa del profesional de trabajo social en esta problemática señalada por el equipo, y ello ha permitido detectar necesidades como problemas de comunicación en la familia, desconocimiento de la enfermedad, bajo nivel educativo, secuelas de violencia doméstica y una marcada disfunción familiar, por ende una falta de compromiso familiar

La focalización del problema se centra en la “poca colaboración de la familia en los cuidados del o la paciente con heridas crónicas que asisten a las Clínicas de Heridas” Consideramos que las principales causas que inciden en la problemática planteada son **la Disfunción Familiar**, que viene de arrastre al no tener el manejo oportuno en los inicios de la formación de la pareja y el desconocimiento en las etapas del ciclo vital de la familia

Las tareas no resueltas reaparecen y pueden ser críticas en la siguiente etapa, lo que ocasiona problemas de comunicación e incidencia en la violencia doméstica, cuyos efectos llevan a un aumento de los conflictos en las relaciones interpersonales del o la paciente y su familia, con baja colaboración del familiar en los cuidados del o la paciente con heridas crónicas

Otra causa, de referencia al Departamento de Trabajo Social es el **“Alto Grado de Desconocimiento de la Enfermedad”** el cual se da producto de un bajo nivel educativo tanto de los /las pacientes como de su grupo familiar, que se refleja en un manejo inadecuado en las curaciones del o la paciente, en la disminución de los controles de salud, y el aumento del período de recuperación

En consecuencia no se puede abordar esta problemática sin hacer referencia al complejo tema de salud, relacionado a la expectativa de vida versus la calidad de vida, consideraremos la definición que aporta, la Organización Mundial de la Salud –OMS, sobre Calidad de vida “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”

Esta definición se hace evidente en la cotidianidad de los/as pacientes que se reciben en la clínicas de heridas, ya que asumen de manera personal el mejor estilo de vida que más les parece, tomando en consideración patrones aprendidos, dificultando así la inserción de nuevos conocimientos de cambios que mejoren su salud

Segun el Informe Estadístico Mundial de Salud (2014), los países de bajos ingresos han hecho importantes progresos, con un incremento de 9 años en la expectativa de vida, siguiendo esa línea las panameñas tienen una esperanza de 78 años, la cual es la tercera mejor en América Latina. Por su parte los panameños tienen una esperanza de vida de 74 años, la segunda más alta de América Latina

Por ello las heridas principalmente crónicas, se consideran un problema de salud, social y económico, además de un factor que detenera la calidad de vida de los pacientes y su entorno socio familiar, por el sufrimiento, la pérdida de autonomía y el desgaste personal que conllevan y representan para los profesionales de la salud un desafío, por su etiología y por su curso, además del alto costo sanitario en recursos humanos, especializados y técnicos, como también en insumos e infraestructuras, para atender esta problemática, según la Doctora Guerra, Cecilia en entrevista realizada (15 de noviembre de 2013) Cierra la entrevista diciendo que conocer la percepción que tiene el paciente de su salud o del impacto de las intervenciones sanitarias sobre su salud, puede permitir a los profesionales valorar mejor el estado global de sus pacientes y mejorar, además, el rol profesional multidisciplinario

En consecuencia con esta realidad las Clínicas de Heridas atienden un promedio de 1000, pacientes por mes en un horario de lunes a viernes de 7 00 am a 12 md. Las clínicas de heridas tienen como objetivo insertarse en todo el país y así cubrir a la población derecho habiente que requiere de ella, ofertando siempre una atención de calidad consona con los requerimientos exigidos para la

atención en salud, y contando siempre con un equipo interdisciplinario para atender de forma integral tanto al paciente como a su familia

Por ello se requiere una acción encaminada a lograr una colaboración efectiva de la familia en los cuidados del o la paciente con heridas crónicas que asisten a las Clínicas de Heridas de la Caja de Seguro Social, con la cual se pretende un funcionamiento familiar adecuado, comunicación efectiva y buenas relaciones familiares, con fines específicos para alcanzar buenas relaciones interpersonales del paciente y su familia, buena participación del familiar en los cuidados del o la paciente, un alto grado de conocimiento de la enfermedad, que conlleva al aumento educativo del paciente y su familia, que permita un adecuado manejo en las curaciones, los controles de salud y por ende en la recuperación del paciente, que deje ver una mejor calidad de vida tanto del paciente como de la familia

### **2.3 Justificación**

Las heridas no cicatrizantes se reconocen cuando una lesión lleva una duración de tres a seis meses sin sanar y que no cicatriza a la velocidad esperada ni con el tratamiento convencional, o que recurre una vez cicatrizada

Las heridas no cicatrizantes son la sexta causa de ausentismo laboral debido a que cerca del 40% de quienes las padecen no pueden trabajar por las molestias

Ante esta situación el manejo de pacientes con heridas no cicatrizantes, sean estas infecciones profundas, úlceras por presión, sacras, venosas o

arteriales e incluso las dehiscencias quirúrgicas, llegan a ser frustrante y costosos tanto para el que las padece como para la institución de salud que realiza las curaciones, debido a lo prolongado de su recuperación como también al incremento en las expectativas de vida

Con el paso de los años, los avances científicos, tecnológicos y humanos en las capacitaciones constantes en enfermedades crónicas han permitido que las personas aumenten su esperanza de vida

Hoy las personas viven más tiempo con enfermedades más complejas lo que ha hecho que se multiplique el uso y los costos de los tratamientos medicamentosos, quirúrgicos e incluso de apósitos que requieren los que padecen de heridas no cicatrizantes y sus complicaciones y si por otro lado le sumamos a estos tratamientos la intervención interdisciplinaria que coadyuvan en la recuperación del o la paciente los costos definitivamente se incrementan los costos de los mismos

En las reuniones mensuales que realiza el equipo interdisciplinario de las distintas clínicas de curaciones, heridas y úlceras es notorio que más del 60% de los casos tratados adolecen del acompañamiento efectivo de sus familiares, lo que en gran medida afecta el sano desenvolvimiento, tratamiento y recuperación de los/las pacientes, debido a la falta de apoyo familiar, como un diagnóstico social importante a considerar

La focalización del problema se centra en la **“poca colaboración de la familia en los cuidados de los (as) pacientes con heridas no cicatrizantes que asisten a las clínicas de heridas”** Consideramos que las principales causas

que inciden en la problemática planteada son la **Disfunción Familiar** y otra causa es el **“Alto Grado de Desconocimiento de la Enfermedad.”**

La propuesta que ofertamos a las clínicas de heridas de la Caja de Seguro Social puede contribuir a un acercamiento directo con el o la paciente y su familia en la búsqueda de respuestas a los cambios que se esperan en la resolución de conflictos que trascienden al momento de padecer de heridas crónicas versus su recuperación e inserción en la vida familiar, laboral y social. Además queremos contribuir a formar un equipo interdisciplinario sensitivo, humano, y capaz de entender que la problemática de la salud está altamente relacionada con el desenvolvimiento óptimo de la familia y que de ello depende muchas veces la recuperación del o la paciente. Con ello también deseamos la participación activa y comprometida del profesional de trabajo social en cuanto al uso de las técnicas, metodologías, ética y la misma del profesional para el logro de tal propuesta.

## **2.4 Preguntas de Investigación**

Dadas estas preocupaciones nos formularemos las siguientes preguntas de investigación

¿Cuáles son las características socioeconómicas y afectivas de los/as pacientes atendidos en las Clínicas de Curaciones, Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Caja de Seguro Social?

¿Cómo es la dinámica familiar de los/as pacientes atendidos en las Clínicas de Curaciones, Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Caja de Seguro Social?

¿Cuáles son los efectos personales y familiares del padecimiento de las heridas crónicas de los/as pacientes atendidos en las Clínicas de Curaciones, Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Caja de Seguro Social?

¿Cómo debe ser la intervención familiar de Trabajo Social, en la atención de pacientes con heridas crónicas atendidos en las Clínicas de Curaciones, Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Caja de Seguro Social?

## **2.5 OBJETIVOS**

### **2.5.1 Objetivo General**

- Analizar las características socioeconómicas, afectivas individuales y familiares de los pacientes atendidos en las Clínicas de Curaciones Heridas Úlceras y Pie Diabético De La Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés de la Caja de Seguro Social en el año 2013
- Diseñar una propuesta que permita el fortalecimiento y colaboración efectiva en la familia de los (las) pacientes con heridas no cicatrizantes que acuden a las clínicas de curaciones, heridas y úlceras y pie diabético de La Caja de Seguro Social en el año 2013

## 2.5.2 Objetivos Específicos

- Identificar necesidades socioeconómicas de los/las pacientes con heridas no cicatrizantes que acuden a las clínicas de curaciones, heridas y úlceras de la Caja de Seguro Social.
- Exponer los tipos de relaciones que se dan en las familias de los/las pacientes con heridas crónicas que acuden a las clínicas de curaciones, heridas, úlceras y pie diabético de La Caja de Seguro Social.
- Desarrollar una propuesta de intervención para el /la paciente con heridas no cicatrizantes, su familia y el equipo interdisciplinario que contribuyan a hacerle frente a esta problemática.

## 2.6 COBERTURA DE LA INVESTIGACIÓN

Variable	Indicadores	Definición conceptual	Ítems
<b>Características generales de la población en estudio</b>	<b>Edad</b>	<b>Cantidad de años vividos desde el nacimiento de una persona hasta el momento.</b>	<b>Menor de 20 años De 21 a 30 años De 31 a 40 De 41 a 50 De 51 a 60 De 61 a 70 De 71 a 80 De 81 a 90 De 91 y más</b>
	<b>Sexo</b>	<b>Características biológicas que lo distinguen</b>	<b>Hombre Mujer</b>
	<b>Lugar de residencia</b>	<b>Ubicación geográfica donde la persona,</b>	<b>Corregimiento</b>

<b>Condición de Seguridad Social</b>	<b>Escolaridad</b>	<p>además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares, sociales y económicas”.</p> <p><b>Nivel de instrucción escolar formal alcanzado</b></p>	<p><b>Analfabeta</b>  <b>Pre-media incompleta</b>  <b>Pre-media completa</b>  <b>Media incompleta</b>  <b>Media completa</b>  <b>Vocacional incompleta</b>  <b>Vocacional completa</b>  <b>Universidad incompleta</b>  <b>Universidad completa</b></p>
	<b>Estado civil</b>	<p><b>Situación personal en relación con otra con quien se crean lazos jurídicos</b></p>	<p><b>Soltero/a</b>  <b>Unido/a</b>  <b>Casado/a</b></p>
	<b>Estatus ante la Caja de Seguro Social</b>	<p><b>Tipo de afiliación ante la Caja de Seguro Social</b></p>	<p><b>Asegurado/a directa</b>  <b>Beneficiario/a</b>  <b>Pensionado/a por invalidez</b>  <b>Pensionado/a por riesgo Prof</b>  <b>Pensionado/a por vejez anticipada</b>  <b>Pensionado/a vejez Sobreviviente</b></p>
	<b>Ocupación</b>	<p><b>Oficio o profesión que desempeña una persona</b></p>	





	<b>Familiar que brinda cuidado</b>	<b>Persona que le ofrece atención según tipo de relación</b>	<b>Cónyuge Hijos /as Padre /madre Hermanos /as No tiene familiar</b>
	<b>Actitud frente a la condición salud</b>	<b>Manera en que los familiares actúan</b>	<b>Indiferencia Preocupación Tranquilidad Positivismo Otro</b>
	<b>Como se resuelven los Problemas</b>	<b>Modo de resolución de los conflictos y diferencias individuales</b>	<b>Conversando (diálogo) Discutiendo Buscando ayuda</b>
	<b>Cambios en la familia</b>	<b>Después de conocer el diagnóstico</b>	<b>Si No</b>
	<b>Apoyo familiar</b>	<b>Compromiso que tiene la familia como cuidadores</b>	<b>Si No</b>

## **2.7. Tipo de Estudio**

Realizaremos un estudio exploratorio descriptivo para abordar ampliamente el objeto de análisis

Exploratorio por tratarse de un tema poco analizado desde la perspectiva de los pacientes y sus familiares

Descriptivo porque pretendemos describir las principales características socioeconómicas y afectivas de la población estudiada, las actitudes de la familia ante el diagnóstico, el porqué de su acompañamiento y los cambios que se han dado en la dinámica familiar

## **2.8. Población de Estudio**

La población estudiada corresponde al universo o la totalidad de 27 pacientes adultos de ambos sexos entre 40 y 99 años de edad atendidos en la Clínica de Heridas, Ulceras y Pie Diabético de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés durante el periodo del 01 de agosto al 15 de septiembre del 2013 referidos/as a Trabajo Social para la atención integral de su situación

## **2.9. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos**

Para este estudio participaron 27 pacientes de los cuales 14 eran hombres y 13 mujeres

Para cumplir con el objetivo del estudio, consistente en el análisis de las características socioeconómicas del paciente, manejo de su condición de salud, la dinámica familiar y el impacto en su recuperación se utilizará un cuestionario que

**será administrado a través de entrevistas personales, e individuales a los/las pacientes y a sus familiares incluidos en el estudio**

**El cuestionario incluirá preguntas cerradas dicotómicas y de varias opciones de respuestas, así como de preguntas abiertas. Para ello el cuestionario será de fácil llenado, sencillo y claro, para él o la entrevistado/a**

**Para la aplicación del cuestionario el profesional de trabajo social hará uso de los recursos que permite la profesión en aras de la confidencialidad y el respeto propio de cada persona como la mística misma de la profesión, ya que serán vertidos emociones y sentimientos**

**CAPÍTULO TERCERO**

**ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA**

**INVESTIGACIÓN DE CAMPO**

### **3. Características Demográficas**

#### **3.1 Edad y Sexo**

En este apartado nos referimos a la edad y sexo de las personas sujeto de este estudio. La edad es la cantidad de años vividos desde el nacimiento de una persona hasta el momento y sexo las características biológicas que determinan al individuo como hombre y mujer. Definición Tomada de la Real Academia de la Lengua.

De los pacientes que fueron referidos en el periodo señalado fueron 27 de los cuales 14 eran hombres y 13 mujeres.

Observamos que la mayor incidencia de la población encuestada se encuentra entre los 51 a 70 años de edad en ambos sexos, es decir el 66.3%, seguidamente en menor porcentaje la de 30 a 50 años de edad o sea 22%.

Sin lugar a dudas en ambos grupos de edades las personas en condiciones saludables se encuentran en una etapa productiva de la vida tanto a nivel laboral como familiar, pero en este caso las condiciones cambian debido a la afección, tanto por los gastos económicos que implica como por la alteración que se produce en la dinámica familiar. Por último los adultos mayores de 71 a 90 años de edad que representan el 15 %.

Es importante mencionar que, generalmente, después de los 50 años de edad aparecen en las personas los primeros síntomas de enfermedades crónicas y consecuentemente el deterioro de la salud producto de estilos de vida no saludables desde la niñez, antecedentes hereditarios, hechos violentos, estrés.

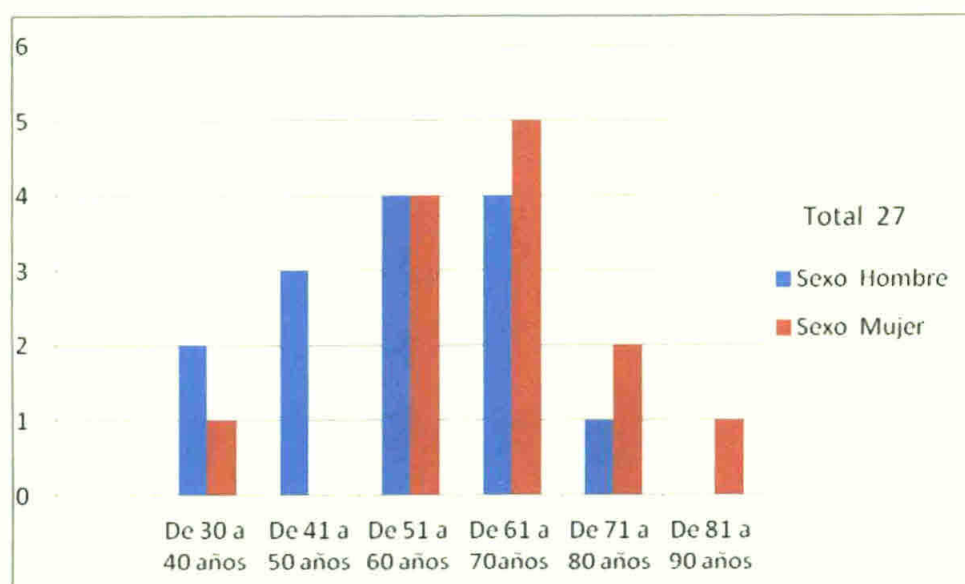
familiar o laboral y otras condiciones cotidianas, además al inadecuado control de la salud que desde edades más tempranas se deben tener en consideración

Los estilos de vida están determinados por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar la calidad de vida. De igual modo, el estilo de vida es la base de la calidad de vida, concepto que la Organización Mundial de la Salud –OMS en el año 2009 define como *"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes"*

Entre los estilos de vida que afectan la salud y con ello la calidad de vida de las personas, se encuentran los siguientes

- Consumo de sustancias tóxicas tabaco, alcohol y otras drogas
- Sedentarismo, falta de ejercicio
- Insomnio
- Estrés
- Dieta desbalanceada
- Falta de higiene personal
- Errada manipulación de los alimentos
- No realizar actividades de ocio o aficiones
- Falta de relaciones interpersonales
- Contaminación ambiental

**Gráfica N° 1. EDAD Y SEXO DE PACIENTES ENCUESTADOS DE LA CLÍNICA DE HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLÍNICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS. AÑO 2013**



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S., 2013

### **3.2 Lugar de Residencia**

El lugar de residencia segun La Contraloria "es la ubicación geográfica donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares, sociales y económicas" Conceptos y definiciones de población y vivienda, Censos de Población y Vivienda, 2010,

El área de procedencia segun el cuadro, es muy diversificada, casi todos los sectores, corregimientos o barrios presentan igual proporción, sin embargo, es oportuno mencionar que el cuadro recoge corregimientos como Calidonia, Curundu, Santa Cruz y Viejo Veranillo (que son áreas de responsabilidad de la Policlínica) donde se concentra el mayor porcentaje con un 36% de la población estudiada, lo que indica que el programa está respondiendo a las necesidades de la población correspondiente, pero que además ofrece cobertura de atención a otros sectores, confirmando así que la Caja de Seguro Social no tiene estrictamente sectorizada la atención de la salud

**Cuadro N° 1: LUGAR DE RESIDENCIA DE PACIENTES ENCUESTADOS EN LA CLÍNICA DE HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLÍNICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS. AÑO 2013**

Lugar de Residencia	Total	%
Total	27	100
Alcalde Díaz	2	7
Arraiján	3	11
Calidonia	4	14
Chorrillo	1	4
Curundú	3	11
Juan Díaz	1	4
Las Cumbres	1	4
San Felipe	1	4
Santa Ana	3	11
San Miguelito	2	7
Santa Cruz	1	4
Tocúmen	1	4
Vacamonte	1	4
Veracruz	1	4
Viejo Veranillo	2	7

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

### **3 3 Escolaridad**

Nos referimos al nivel de instrucción escolar formal alcanzado por los participantes en este estudio. La educación formal incluye dentro del pensum académico, en todos los niveles, aspectos relacionados a la prevención de enfermedades y conservación de la salud, es decir que toda persona que haya asistido a algún nivel de estudio ha recibido orientación sobre los cuidados de la salud en general.

Como profesionales de la salud reconocemos la importancia de la orientación y la educación como estrategia principal para disminuir la aparición de enfermedades o las consecuencias de estas, sin embargo nos enfrentamos a una sociedad bombardeada por un modernismo que lleva a la práctica de estilos de vida que atentan contra la salud en todas sus dimensiones.

De acuerdo a las respuestas obtenidas podemos observar en la gráfica N° 2 que solo un 8%, que equivalen a dos, respondieron no tener ningún grado de instrucción escolar, el resto, o sea el 92% ha alcanzado ciertos niveles de estudio. En promedio incompleta y completa más del 70% y el resto (22%) nivel universitario incompleto y completo.

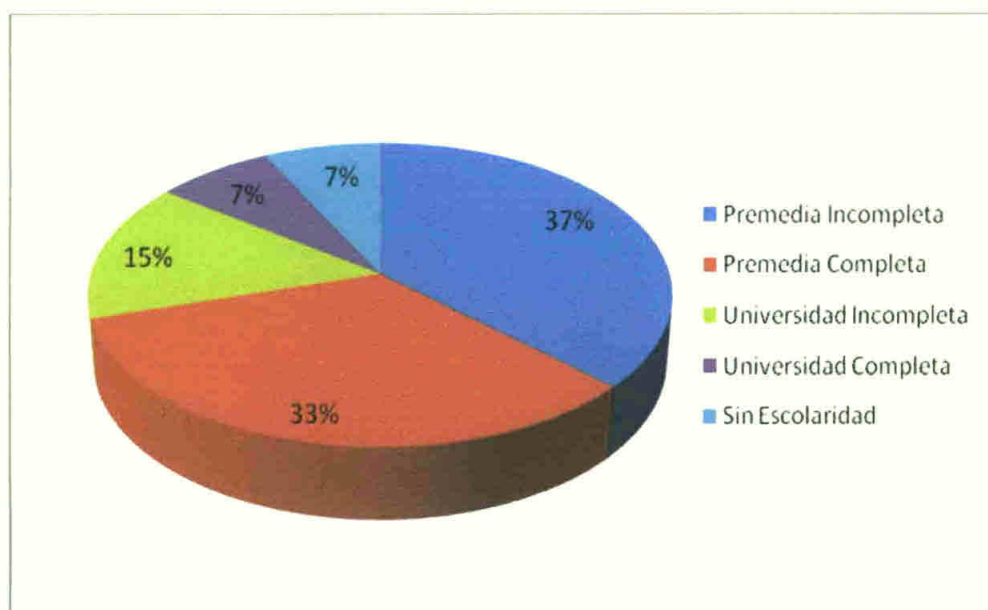
Estos datos nos permiten señalar que el poco nivel de instrucción escolar no es un indicador relevante en el padecimiento de enfermedades crónicas. Pero si podemos reconocer por la experiencia en el campo que cuando se tiene mayor nivel de escolaridad, hay mayor comprensión de los diagnósticos médicos y de los tratamientos requeridos, como también, en la mayoría de los casos mayor

colaboración tanto del o la paciente y de sus familiares en el proceso de recuperación o rehabilitación

Consideramos importante acotar que la orientación y la educación son herramientas muy poderosas para provocar cambios en el comportamiento de las personas para la prevención de enfermedades, preservación y la rehabilitación de la salud

Para Ilona Kickbusch (año 2000) *“La salud es básicamente una estructura social se crea a través de la interrelación entre la gente y sus entornos en el proceso de la vida diaria donde la gente vive, ama, aprende, trabaja y juega”* Ante esto la educación informal y no formal también juegan un papel de vital importancia en las acciones realizadas por los Equipos de Salud para la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de enfermedades crónicas

**Gráfica N° 2. ESCOLARIDAD DEL PACIENTE ENCUESTADOS EN LA CLINICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO DE LA POLICLINICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS, SEGÚN NIVEL: AÑO 2013**



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

### **3 4 Estado Civil**

**El Estado Civil se refiere a la situación de una persona determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes, según el registro civil en función de si tiene o no pareja conyugal y su situación legal respecto a esta Código de la Familia 2013**

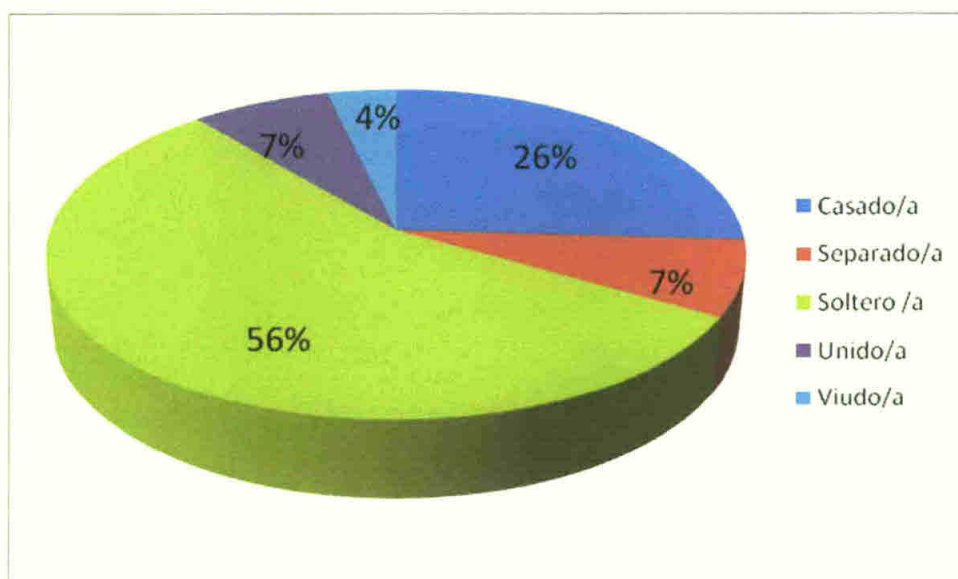
**En la gráfica N° 3 podemos observar que el mayor porcentaje de la población encuestada mantienen una condición civil de solteros/as, siendo esto el 56%, que corresponde a 17 pacientes encuestados Si relacionamos esta información con el cuadro N° 1 correspondiente a la edad, podemos señalar que a pesar de que las personas objeto de este estudio sobrepasan los 30 años de edad no reportan tener establecida una relación conyugal, pero continúan viviendo con su familia de origen, es decir no han abandonado el hogar conformado por su padre y madre**

**Aunque en el estudio presentamos los diferentes tipos de familia, cabe resaltar que cuando existe un padecimiento por enfermedad crónica, el o la cónyuge juega un papel importante en el proceso de curación o rehabilitación como lo señalamos en el capítulo segundo**

**Solamente el 26% de las personas encuestadas reportaron estar casados/as y otro 7% están en unión libre Es decir que el 33% mantiene una relación matrimonial**

Reconocemos en el desarrollo de nuestra investigación la importancia de la familia en el manejo de las distintas situaciones que afectan a la población en estudio, más aún si poseen una enfermedad crónica. Sobre todo cuando la familia es el enlace más importante e incluso determinante en el desenvolvimiento óptimo de los pacientes.

**Gráfica N° 3. ESTADO CIVIL DEL PACIENTE ENCUESTADO EN LA CLINICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLINICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS, AÑO. 2013**



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

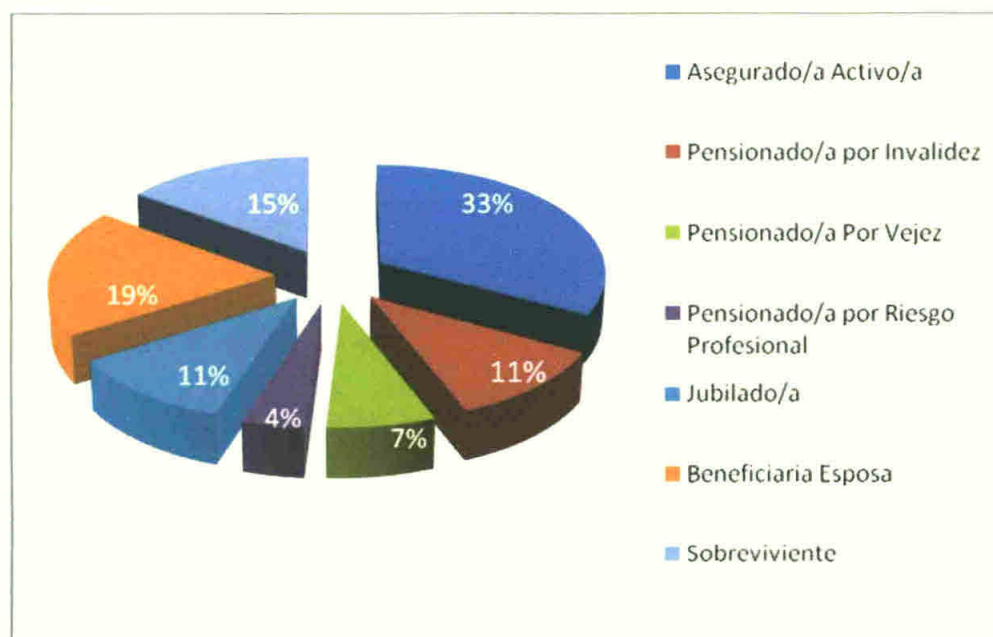
## **3.5 Condición de Seguridad Social del Paciente**

### **3.5 1 Tipo de Afiliación**

El tipo de afiliación se refiere al acto administrativo mediante el cual se reconoce la condición de incluido/a la persona física al Sistema de Seguridad Social, puede ser asegurado/a directo o cotizante, pensionado/a por los diferentes programas (vejez, riesgo profesional o enfermedad) o beneficiario/a de acuerdo a la condición (hijo/a, esposo/a, madre) Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social 2005

Basados en el tipo de afiliación que mantienen con la Caja de Seguro Social, el 33% de los encuestados son asegurados directos o activos/as, igual porcentaje son la sumatoria de los pensionados por riesgo profesional, por vejez, por enfermedad y los jubilados. Es decir que se trata de una población que es o fue cotizante ante la Seguridad Social. El resto, un 34% son beneficiarios, siendo la esposa la de mayor porcentaje.

**Gráfica N° 4. TIPO DE AFILIACIÓN DE LOS/AS PACIENTES ENCUESTADOS EN LA CLINICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLINICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS, SEGÚN TIPO DE AFILIACIÓN: AÑO 2013**



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

### 3.5.2 Ocupación

La ocupación es el oficio o profesión que desempeña o ha desempeñado una persona, independientemente del sector en que pueda estar o haya estado empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Está relacionada a la combinación de trabajo, tareas y funciones que se desempeñen. Código de Trabajo. 2013.

En el cuadro siguiente podemos observar que las ocupaciones son variadas y responden en su mayoría a una mínima o poca preparación académica, como efecto se refleja en la gráfica N° 2 que señala que un 70% no tiene nivel universitario. De esos el 37% no terminaron estudios secundarios.

**Cuadro N° 2. OCUPACIÓN DE LOS/AS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLINICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS. AÑO 2013**

Ocupación	N°	%
Agente de Seguridad	2	7
Ama de Casa	4	15
Asistente Administrativo	1	4
Ayudante General	3	11
Capataz	1	4
Farmacéutico	1	4
Mecánico	1	4
Pensionado	9	33
Policía	2	7
Recamarera	1	4
Técnica en Informática	1	4
Trabajador Manual	1	4

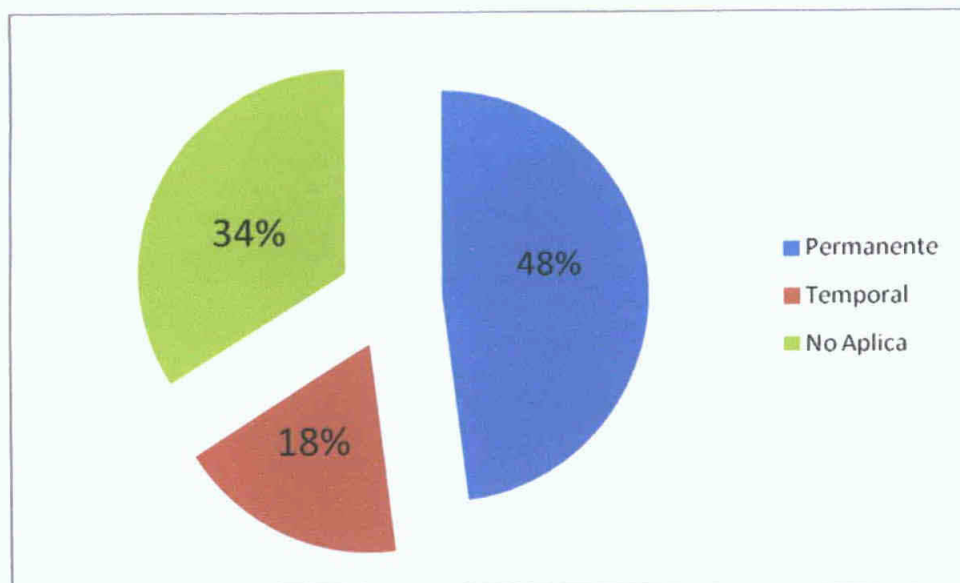
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

### 3.5.3 Estabilidad Laboral

La Estabilidad Laboral, es el derecho que tiene todo/a trabajador/a a conservar su puesto de trabajo durante toda la vida laboral hasta adquirir su derecho a pensionarse o a jubilarse. Código de Trabajo. 2013

Del 66% de la población encuestada que son asegurados/as directos, que corresponden a 18 pacientes, de acuerdo a la gráfica siguiente 13 pacientes, o sea el 48% respondieron que al momento de la investigación tienen trabajo permanente y 5, que representan el 18%, laboran de forma temporal. El resto no aplican en ninguna de las categorías ya que se trata de los participantes en el estudio que entran en la categoría de beneficiarios/as (esposas o sobrevivientes).

**Gráfica N° 5. ESTABILIDAD LABORAL DE LOS/AS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLÍNICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS. AÑO 2013.**



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

### **3 6 Condiciones Socio Económicas de los/as Pacientes**

#### **3.6.1 Ingreso Familiar**

Esta variable corresponde a la suma de todos los sueldos, salarios, ganancias, pagos de interés, alquiler, transferencias y formas de ingresos de una familia en un periodo determinado

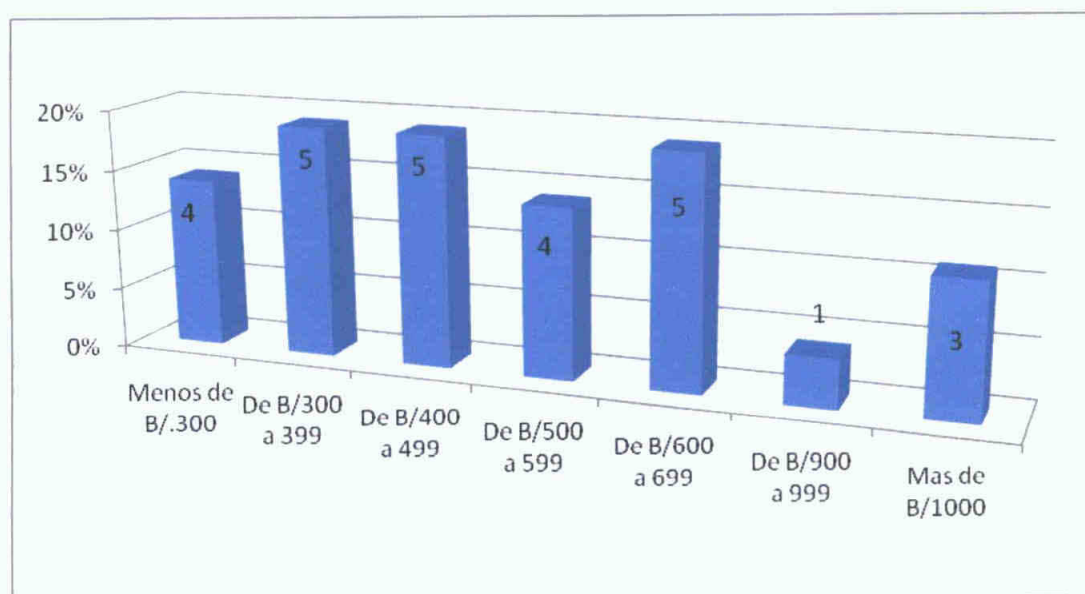
En la gráfica posterior podemos observar con respecto al ingreso familiar, que las personas encuestadas señalaron tener algún ingreso. El 56% indicó que el ingreso es menor a los B/ 600 00, pero del total el 14% (que corresponden a 4 pacientes) tiene un ingreso menor de B/ 300 00

Para efectos de la economía familiar y según el último informe del Ministerio de Economía y Finanzas, la Canasta Básica Familiar registra para mayo del 2014 un costo mensual de B/341 21, según reportaje de Marlene Testa, La Estrella de Panamá,(21 de mayo de 2014), mientras que el salario mínimo oscila entre B/ 475 00 y B/ 625 00 dólares. Incluso el mismo informe revela que la comida es 29% más cara que hace cinco años

Lo cual nos lleva a plantear que el ingreso familiar de nuestros pacientes en su mayoría solo puede probablemente, satisfacer parte de sus necesidades básicas o no satisfacer de manera adecuada y saludable ninguna. Pues, además de la alimentación se debe tener los recursos para la satisfacción de otras necesidades de igual importancia y que además son generadoras de salud (desde el punto de vista integral) como son vivienda, servicios públicos, atención médica y otros

En nuestra praxis profesional atendiendo personas con enfermedades crónicas hemos observado la afección de la economía familiar, incluyendo a aquellos grupos familiares que mantienen un presupuesto mayor de los B/.1,000.00, por lo costoso del tratamiento médico, las adecuaciones que en la mayoría de las ocasiones hay que hacer (remodelación de la vivienda, pago a cuidadores, transporte para acudir a la unidad de atención médica, insumos, etc.).

**Gráfica N° 6 INGRESO FAMILIAR DE LOS/AS PACIENTES ENCUESTADOS EN LA CLÍNICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLÍNICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS. AÑO 2013.**



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

### **3.6 2 Condiciones de la Vivienda**

**“La vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas. Este tipo de edificación ofrece refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas” Censos Nacionales de Población y Vivienda 2010**

**Además la Organización Mundial de la Salud, considera que las condiciones de la vivienda han sido reconocidas como uno de los principales determinantes de la salud de las personas. Las condiciones de la vivienda pueden promover o limitar la salud física, mental y social de sus residentes. No se trata solamente de techo y piso, las personas requieren de un espacio, ventilación e iluminación adecuada y suficiente considerando los requerimientos de los miembros de cada familia. De igual manera son importantes los materiales de construcción para el bienestar y la salud**

**El cuadro siguiente hace referencia a la variable condición de la vivienda, en cuanto a la tenencia y el material de construcción. Si relacionamos esta información con la gráfica N° 6 sobre el ingreso familiar, podemos inferir que la familia del paciente encuestado a pesar de los bajos ingresos han tenido la posibilidad de adquirir viviendas hipotecadas (un 33%), dado las facilidades que ofrece el sector bancario, sin embargo se tiene claro las limitaciones y consecuencias de este tipo de transacción**

**Seguido del 26% de pacientes encuestados residentes en viviendas propias, es decir aquellas que han finalizado de pagar que son resultados de herencias familiares y en donde la familia debe preocuparse por el gasto de su mantenimiento y la satisfacción de necesidades básicas personales. Podemos agregar a este tipo de propiedad habitacional el 15% de la población que fueron beneficiados por viviendas cedidas por algún pariente.**

**Mientras el 26 % se encuentran con tenencia inestable por arrendamientos o convivencias con familiares, amistades o compañeros temporales lo cual a pesar de ofertarles seguridad en relación a sus condiciones no cuentan con la seguridad de pertenencia lo que a la larga pudiera afectar la salud al verse obligados a buscar otras condiciones según sus ingresos, lo cual pudiera desmejorar su salud.**

**Cuadro N° 3. CONDICIÓN DE LA VIVIENDA DE LOS PACIENTES  
ENCUESTADOS EN LA CLÍNICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y  
PIE DIABÉTICO. POLICLINICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS, POR TIPO  
DE VIVIENDA, SEGÚN MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN. AÑO 2013**

Tenencia	Total		Material de Construcción					
	N°	%	Cemento		Madera		Zinc	
			Número	%	Número	%	Número	%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>92</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>Alquilada</b>	2	7	7	26	1	4	1	4
<b>Cedida</b>	4	15	9	33	0	0	0	0
<b>Hipotecada</b>	9	33	0	0	0	0	0	0
<b>Propia</b>	7	26	4	15	0	0	0	0
<b>Otra</b>	5	19	5	18	0	0	0	0

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013.

### **3.7 Condiciones de Salud de los/as Pacientes Encuestados/as**

#### **3.7 1 Tipo de Enfermedad**

Podemos decir que enfermedad es una alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debido a una causa interna o externa

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y según lo señala la OMS, son un problema importante de salud pública en todo el mundo

La combinación de cuatro factores de un estilo de vida saludable – mantener un peso saludable, hacer ejercicio regularmente, seguir una dieta saludable y no fumar – parece estar asociada a una reducción de hasta un 80% en el riesgo de desarrollar las enfermedades crónicas más comunes y mortíferas. Esta circunstancia refuerza las recomendaciones actuales en materia de salud pública de que se sigan hábitos de estilo de vida saludables y, como estos hábitos a menudo se adquieren durante las etapas formativas de la vida, es especialmente importante comenzar pronto a impartir lecciones sobre una vida sana

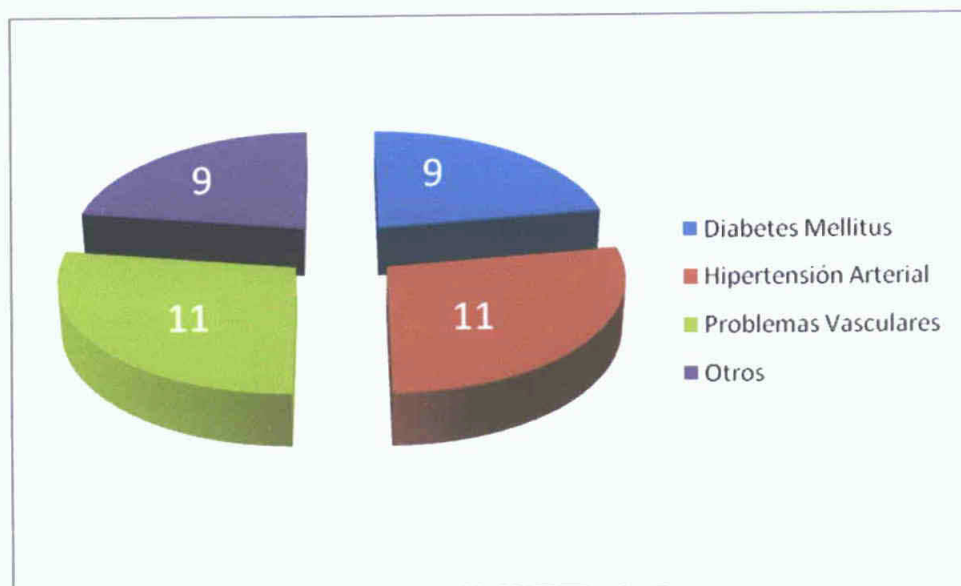
En la gráfica observamos la incidencia de una o dos enfermedades por paciente, situación que agrava su estado de salud por las complicaciones y secuelas de las co-morbilidades, ejemplo Hipertensión más Diabetes, o Hipertensión con problemas Vasculares, así tenemos que de los 27 encuestados 11 de los pacientes presentan hipertensión arterial, igual cantidad de pacientes tienen problemas vasculares, seguidamente 9 sufren de diabetes mellitus y otras enfermedades

La hipertensión arterial es una enfermedad que afecta principalmente a los adultos después de los 40 años de edad hasta la vejez, acelerando enfermedades cardiovasculares, como se observó en la gráfica N° 1 sobre la existencia de mayor afectación de heridas como efectos de complicaciones de enfermedades crónicas en la etapa adulta de la vida

Vivir con una enfermedad crónica plantea nuevos retos a una persona. Aprender a afrontar esos retos es un proceso largo también. Pero entender lo que te ocurre y participar activamente en el cuidado de tu salud te ayudarán a afrontar esos retos.

Tener una enfermedad a largo plazo, o crónica, puede afectar la vida de muchas maneras. Puede sentirse frecuentemente cansado y con dolor. La enfermedad puede alterar su apariencia o sus habilidades físicas, así como su independencia. Es posible que no pueda trabajar, lo que puede ocasionarle problemas financieros.

**Gráfica N° 7. ENFERMEDAD QUE PADECE EL PACIENTE ENCUESTADO DE LA CLINICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLINICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS. AÑO 2013**



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

### **3.7 2 Sentimientos Expresados por la Enfermedad**

Al referirnos a los sentimientos expresados por la población encuestada describimos la manera como se perciben respecto a la enfermedad

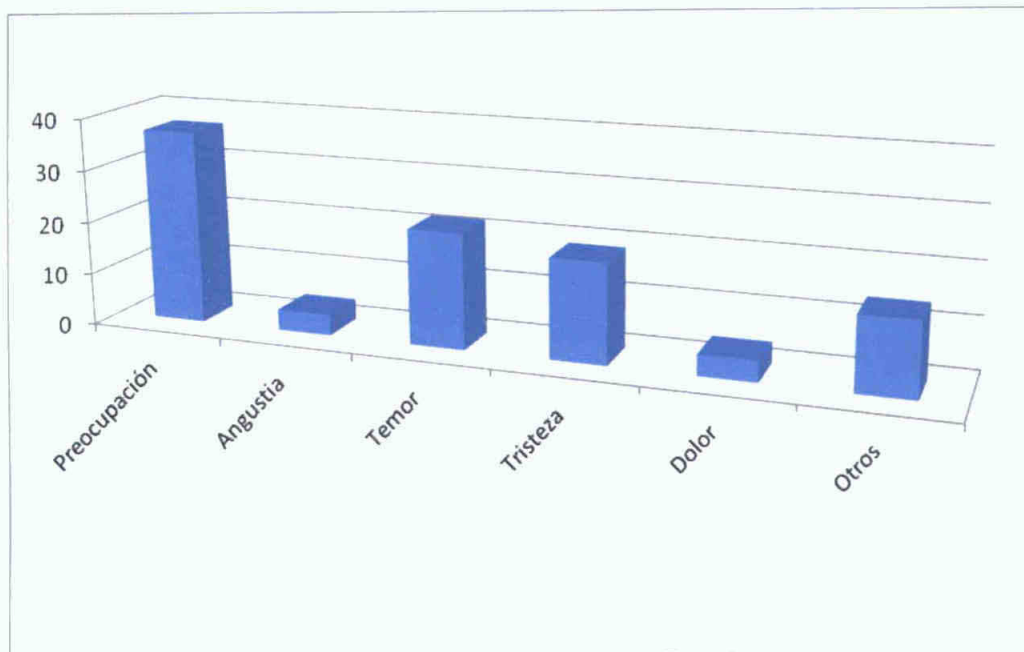
El o la paciente desconocen cómo será el desarrollo de su enfermedad a corto, mediano y largo plazo. Al conocer el diagnóstico el 37% de los/as encuestados/as sintieron preocupación, el 22% temor, el 19% tristeza, en tanto angustia y dolor el 8% cada uno. Así el 14% de los/as encuestado/as manifestaron otros sentimientos como confusión, culpa y soledad.

En la experiencia profesional con esta población hemos observado la expresión gestual de sentimientos que coinciden con los sentimientos expresados propios de la nueva condición médica a la cual deben enfrentarse y que influye en la continuidad de su tratamiento. Sentimientos que van muy ligados a la economía familiar debido a las incapacidades laborales y hasta la posible pérdida de trabajo, miedo al rechazo por alguno de los familiares y alteraciones en la vida social. Como también a las consecuencias médicas frente a las amputaciones y el desmejoramiento de la salud en general.

Cabe señalar que no hemos observado en el ejercicio profesional ni en el desarrollo de la investigación que existan diferencias marcadas de sentimientos entre ambos sexos ante la enfermedad que padecen.

Reiteramos que la educación y orientación se hace necesario para bajar los niveles de ansiedad.

**Gráfica N° 8. SENTIMIENTOS QUE LE PRODUCE CONOCER EL DIAGNÓSTICO AL PACIENTE ENCUESTADO DE LA CLINICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. AÑO 2013**



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

### **3.7.3 Prevalencia con la Herida**

La herida es una lesión que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo producida por traumas, secuelas de cirugías, enfermedades crónicas u otras circunstancias

El 52% presentan una herida de entre 5 y 15 años de evolución, el 19% de 1 a 5 años y el 11 % de más de 20 años, de 15 a 20 años el 7% igual que de 1 a 6 meses

Por tanto vivir con una enfermedad de larga duración, también denominada crónica, plantea retos a cualquier persona que la padezca, Aprender a afrontar esos retos es un proceso largo, no es algo que se consigue de la noche a la mañana Padecer una enfermedad crónica, no solo afecta físicamente, sino también emocional, social, económicamente e incluso espiritualmente La forma en que a una persona le afecta una enfermedad crónica depende de la enfermedad particular que tiene y cómo repercute sobre su cuerpo, la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamiento que requiere

Lo particular de estas lesiones atendidas en las Clínicas de Curaciones además de su largo periodo de evaluación y su olor fétido productos de las infecciones y complicaciones que generan lo que afecta más el desenvolvimiento de las mismas, complicando así mucho más la participación social de quien las padece

Sobre la incidencia de las heridas por sexo, nótese que son similares en todos los periodos señalados a medida que se incrementan los años de padecerla de (5 a 20 años) Posiblemente por las implicaciones del género, en la salud donde hombres y

mujeres descuidan el control de salud por el cumplimiento de los roles asignados de proveedor económico, ser buenas madres y esposas privilegiando la atención de la familia antes que la propia persona.

**Cuadro N° 4. PREVALENCIA CON LA HERIDA O ÚLCERA DEL PACIENTE ENCUESTADO EN LA CLÍNICA DE CURACIONES DE HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLÍNICA “DR. MANUEL FERRER VALDÉS. AÑO 2013**

Prevalencia	Total		SEXO	
	N°	%	Hombre	Mujer
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>13</b>
<b>1 a 6 meses</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>7 a 12 meses</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>1 a 5 años</b>	<b>5</b>	<b>19</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
<b>5 a 10 años</b>	<b>7</b>	<b>26</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>10 a 15 años</b>	<b>7</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>15 a 20 años</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Más de 20 años</b>	<b>3</b>	<b>11</b>		<b>3</b>

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S., 2013

### **3 8 Aspectos Familiares de los/as Pacientes**

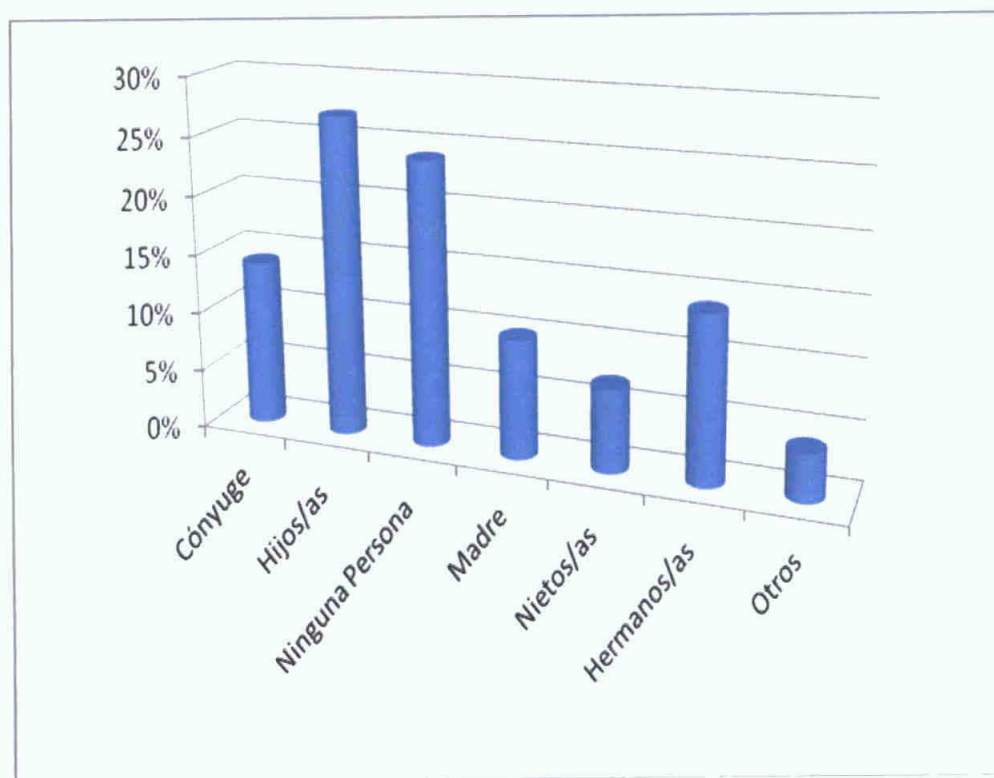
#### **3 8 1 Convivientes:**

Los convivientes, para esta investigación, son cada una de las personas con quien el paciente comúnmente vive, mantiene nexo familiar y participa de las actividades cotidianas

De las 29 respuestas obtenidas podemos observar que el porcentaje mayor de respuestas (27%) se encuentra en la convivencia con hijos. Situación de esperarse ya que la población en estudio fue adulta y adulta mayor. En segundo lugar las respuestas apuntan a no vivir con ninguna persona (24%), sin embargo no se confirmó que a pesar de estar en esa condición no reciban apoyo de familiares u otras personas. Lo que nos lleva a pensar en la mayor dificultad para cumplir con el tratamiento indicado, que además de ingerir fármacos, se debe cumplir con la asistencia al programa periódicamente y las indicaciones en casa, que en la mayoría de las veces el mismo paciente no puede ejercerlas solo/a

El 14% señaló convivir con su cónyuge. Es significativo que once, o sea que el 35% respondió que convive con madre, hermanos y nietos, esta información indica que el tipo de familia es extensa, en la cual se dan más de dos generaciones

**Gráfica 9. FAMILIARES CONVIVIENTES CON PACIENTES ENCUESTADOS/AS EN LA CLÍNICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLÍNICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS: AÑO 2013**



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

### **3 8 2 Cambios en el Comportamiento de la Familia**

Nos referimos al comportamiento como la manera de los familiares o convivientes han procedido conductualmente al conocer o enterarse de la condición médica del paciente desde la percepción de los encuestados

El 59% de los/as pacientes encuestados/as indicaron que no han percibido cambios en el comportamiento de sus familiares en el momento de conocer el diagnóstico, por otro lado el 41% señalan que sí

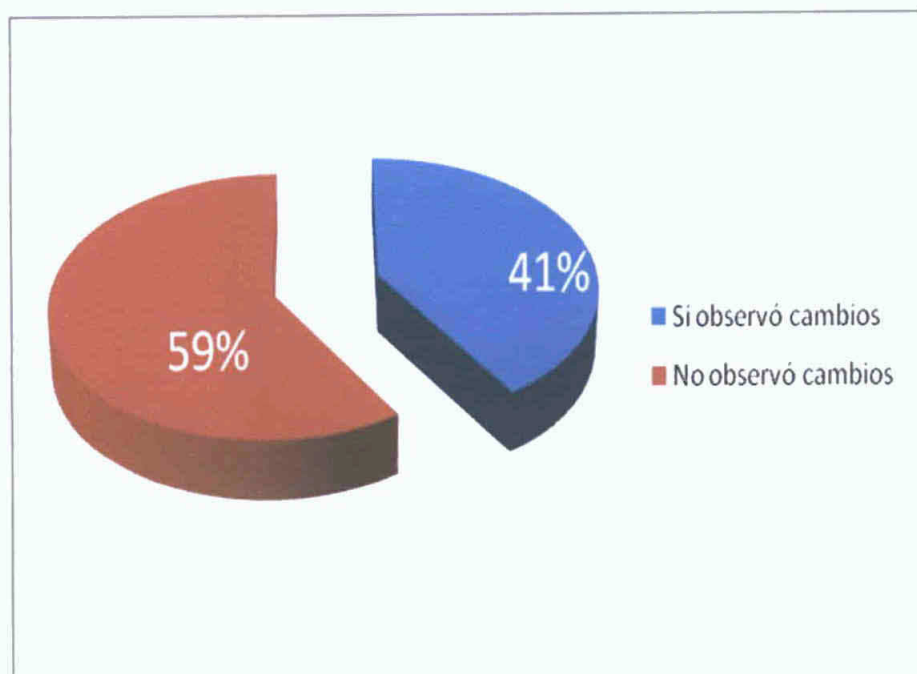
De acuerdo a la Teoría de Sistemas, cualquier situación que afecte a algun miembro de la familia, ésta tiene repercusiones o afectaciones en todo el sistema Sin embargo la percepción de los encuestados (59%) es que no se dieron cambios en su sistema familiar al conocer de su diagnóstico médico

Estas respuestas pueden ser muy subjetivas dado que se contraponen a lo observado, en la experiencia profesional donde el desconocimiento de las causas y consecuencias de las enfermedades, por un lado generan incertidumbre y por el otro poca colaboración en el proceso de curación o actitudes de sobre protección o abandono

En la experiencia profesional en el sector salud, hemos constatado como la familia con existencia de uno o varios miembros con alguna enfermedad se reorganizan en su funcionamiento, alterándose roles y la dinámica en sí, el proceso evolutivo del ciclo tanto familiar como individual trasciende por los ajustes obligatorios y que emocionalmente surgen como mecanismo de defensa para dar continuidad al sistema

La intervención profesional en la mayoría de los casos generalmente se basa en el apoyo emocional que implica escuchar y orientar, permitiendo la expresión de sentimientos y aclarando dudas.

**GRÁFICA N° 10. CAMBIOS OBSERVADOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LA FAMILIA LUEGO DE CONOCER EL DIAGNÒSTICO DEL PACIENTE ENCUESTADO EN LA CLINICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLINICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS: AÑO 2013**



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

### 3.3 Familiar que Brinda Cuidados

Los cuidados son la forma de ayudar los familiares al paciente durante la enfermedad y en todo el proceso de tratamiento, estos cuidados incluyen los aspectos terapéuticos, emocionales y socio económicos.

El 26% de los/as encuestados/as reciben el apoyo de un hijo/a, en tanto el 44% lo reciben de la esposa/so al igual que de un compañero/a y/o cuidador/ra. Por otro lado el 15% lo recibe de algún hermano/a, el 11% del padre o madre y el 4% no cuentan con un familiar de apoyo.

**Gráfica N° 11. FAMILIAR QUE BRINDA CUIDADOS Y APOYO AL PACIENTE ENCUESTADO EN LA CLINICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLINICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS: AÑO 2013**



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

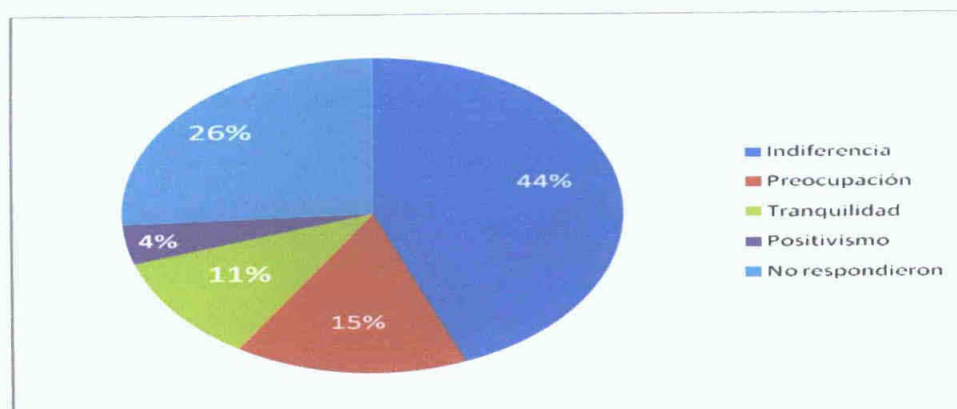
### 3.8.4 Actitud Familiar

La actitud se refiere a la manera que los familiares actúan con respecto a la persona con la enfermedad crónica, está muy relacionada con la aceptación o no de la enfermedad desde la percepción del encuestado.

El 44% indica que perciben a sus familiares indiferentes ante su condición médica, el 15% muestra preocupación. En tanto un 11% tranquilos y sólo un 4% una actitud positiva.

Llama la atención que el 26% no emitieron opinión alguna, es decir no respondieron. Esta contestación puede darse por diferentes connotaciones, una sea tal vez la culpa que siente el mismo paciente ante la enfermedad que padece, es decir el tener que aceptar que su actual estado es responsabilidad de él, por no atender a consejos e indicaciones médicas y familiares.

**GRÁFICA N° 12. ACTITUD DE LOS FAMILIARES FRENTE A LA CONDICIÓN DEL PACIENTE ENCUESTADO EN LA CLÍNICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLINICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS: AÑO 2013**



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

### **3 8.5 Solución de Conflictos**

En toda interrelación, especialmente en las de índole familiar surgen situaciones producidas por las diferencias e individualidad que se pueden definir como conflictos. En cada grupo familiar se adoptan modos de resolución. En este punto los encuestados expresan el modo como solucionan en su sistema familiar los conflictos que surjan.

El 44% de los/as encuestados/as indicaron que resuelven sus conflictos conversando, no así el 37% que lo resuelven en un plano de mayor confrontación por medio de discusiones constantes, el 15% señalan que hay indiferencia a la hora de resolver los problemas, por otro lado el 4% comentaron que sus problemas lo resuelven orando. En este modo podemos inferir que practican alguna religión, ya que en el diario quehacer profesional nos comentan algunos pacientes y familiares su creencia en Dios.

Tener una saludable comunicación en el hogar, posibilita un mejor ambiente en el cual los distintos miembros pueden compartir y relacionarse de manera respetuosa y solidaria. Además, permite que exista una mayor comprensión de las diversas necesidades y personalidades de los/as integrantes de la familia, por lo que cada persona es apreciada y aceptada por ser quien es.

La brecha generacional, la rebeldía propia del adolescente, familias disfuncionales, los patrones de crianza, los prejuicios aunado al modernismo con el incremento de tecnología influyen en déficit de la comunicación entre los

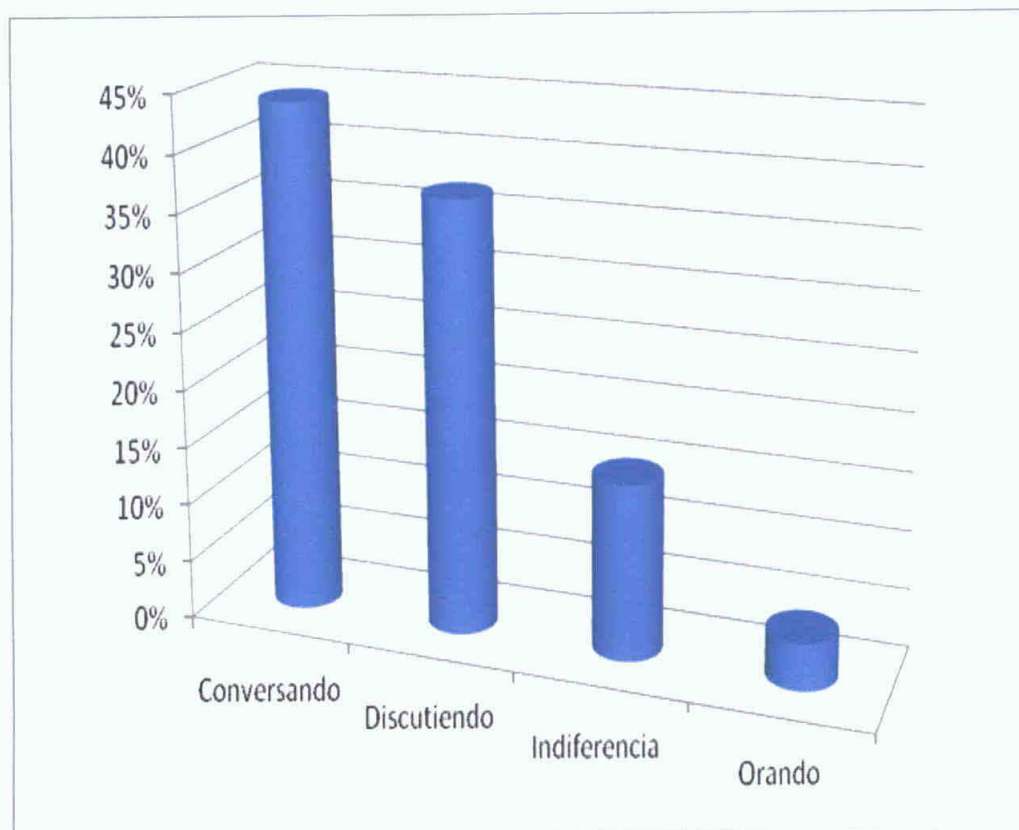
miembros de la familia produciendo distanciamientos físicos y emocionales y más aun cuando en la familia existe algún miembro padeciendo una enfermedad,

Los conflictos generados en estas familias, de acuerdo a las diferentes intervenciones realizadas anteriormente, son generados por diversas causas como comunicación familiar inadecuada, desconocimiento de las secuelas de las diferentes enfermedades, falta de apoyo familiar, bajos ingresos económicos, problemas de infidelidad, malos tratos, alteración de roles, entre otros

También es oportuno señalar en relación a las etapas que vive la familia que los encuestados se encontraban envueltos en varias etapas como Hijos/as en edad escolar, Adolescentes e incluso Ancianidad ya que algunos regresaron al seno materno donde se encuentran su padre o madre ancianos

Por otro lado dentro de las crisis familiares los/as encuestados/as se encuentran más en las Crisis de Desvalimiento, propia de familias con miembros que padecen de enfermedades crónicas y o que requieren cuidados especiales

**GRÁFICA N° 13. MODOS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN LAS FAMILIAS DE LOS/AS PACIENTES ENCUESTADOS EN LA CLINICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLINICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS: AÑO 2013**



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

### **3 8.6 Recomendaciones para Mejorar las Relaciones Familiares**

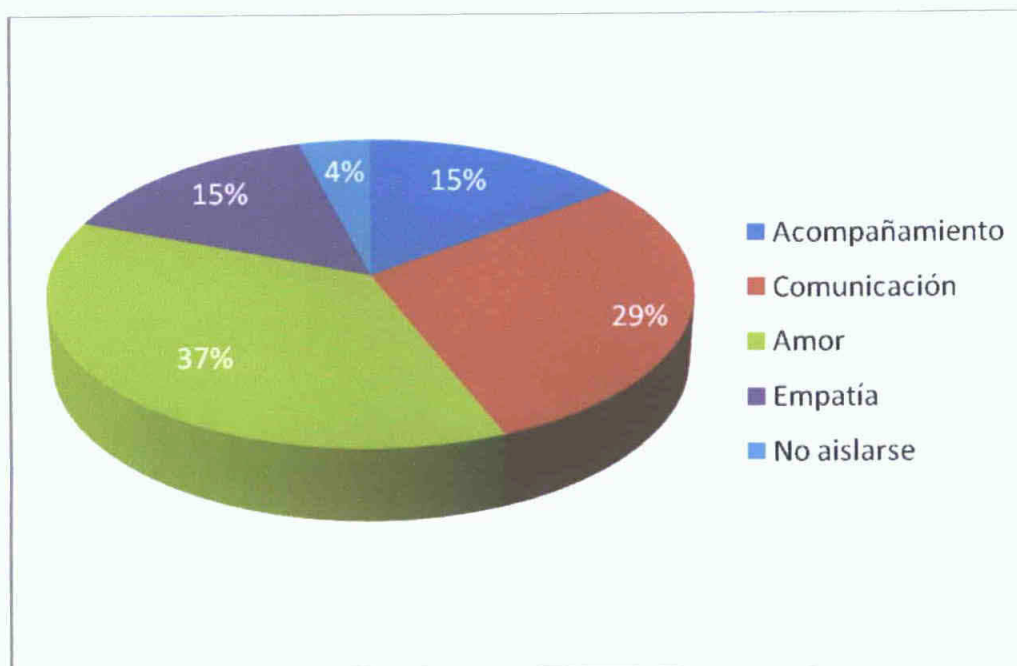
Las relaciones familiares se describen a través de la interacción entre los miembros familiares, independientemente del tipo de vínculo. Los encuestados señalaron sus recomendaciones para que estas relaciones puedan mejorar.

El 37% indica que el amor es la mayor recomendación que haría para mejorar las relaciones familiares. Es muy cierto que en las familias donde se aprecia libertad de expresión de sentimientos, confianza, los miembros suelen escuchar y tiene voz permite un mejor desarrollo humano y por ende las situaciones críticas por factores internos o externos no afectan las relaciones familiares negativamente.

El 29.6% de los/as encuestados/as considera la buena comunicación como el pilar del adecuado funcionamiento familiar. Se registra un 28% de respuesta dirigidas a un apoyo familiar cercano que consistía en ubicarse en la situación del o la paciente (empatía, acompañarlo) a sus citas médicas y todo el proceso que requiera.

Por otro lado el 37% recomendó no aislarse, esto significa el reconocimiento que hacen en relación a la importancia de intercambiar experiencias dentro y fuera del núcleo familiar porque les ayuda a enfrentar los diversos sentimientos y situaciones que aparecen producto de la enfermedad.

**GRÁFICA N° 14. RECOMENDACIÓN PARA MEJORAR LAS RELACIONES FAMILIARES, SEGÚN PERCEPCIÓN DE LOS /AS PACIENTES ENCUESTADOS/AS ATENDIDO/A EN LA CLINICA DE HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO DE LA POLICLINICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS. AÑO 2013.**



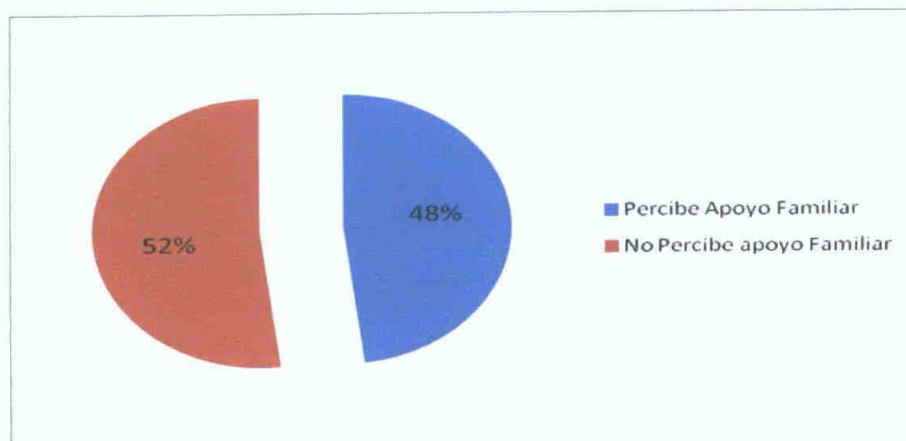
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

### 3.9. Apoyo Familiar:

El apoyo familiar se refiere al compromiso que tienen los familiares como cuidadores de la persona con enfermedad crónica para atenderlos sin remuneración y sin horario, incluye acompañarlos a los controles médicos, vigilar la ingesta de fármacos y otras tareas.

El 48% manifestaron que si tienen apoyo familiar, y el 52% que indicó no contar con ello. Coincide esta percepción con respuestas señaladas en gráficas anteriores cuando los encuestados responden que sus familiares en un 44% fueron indiferentes y un 59% manifestó que no observó cambios en su familia al conocer del diagnóstico médico o de su enfermedad crónica. Impactan estas percepciones de los encuestados, aún cuando ello/as mismos consideran que el amor, la comunicación y la empatía pueden mejorar las relaciones familiares.

**Gráfica N° 15 PERCEPCIÓN DEL O LA PACIENTE ENCUESTADO EN LA CLINICA DE CURACIONES, HERIDAS, ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO. POLICLINICA DR. MANUEL FERRER VALDÉS DE RECIBIR APOYO FAMILIAR. AÑO 2013**



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes atendidos en la Clínica de Curación de Heridas, Úlceras y Pie Diabético de la Policlínica "Dr. Manuel Ferrer Valdés", C.S.S. 2013

## **RECOMENDACIONES**

**El profesional de Trabajo Social debe en su práctica profesional incluir al paciente y su familia desde el inicio del proceso de la recuperación**

**El equipo de salud debe brindar al paciente y la familia conocimientos básicos de estilos de vida saludable más constantes que garanticen el aprendizaje y su aplicación para ver mejores resultados**

**Reforzar en los pacientes y la familia las corresponsabilidades en el tratamiento médico y la importancia de la adhesión al mismo**

**Implementar en todas las unidades ejecutoras que cuenten con el Servicio de Clínicas de Heridas la Propuesta "Caminemos Juntos", con la finalidad de trabajar con el paciente, la familia y el equipo multidisciplinario**

## **CONCLUSIONES**

**Las heridas crónicas es una enfermedad que compromete al paciente y su familia y marca una delicada condición en quienes la padecen al extremo que dependiendo de sus cuidados pueden llegar a comprometer su vida**

**Los factores que inciden en la recuperación de una persona con heridas crónicas o úlceras, están asociados a problemas familiares, tales como la falta de acompañamiento, comunicación efectiva, como también la falta de preocupación de la familia para aquellos que padecen esta enfermedad, por lo cual el 60% son referidos/as a Trabajo Social, evidenciando así la falta de compromiso y colaboración familiar**

**El padecimiento de una enfermedad crónica, en éste caso úlceras, la padecen el 59% de la población encuestada con 5 a 15 años de evolución, quienes en el proceso de sanación claudican, al igual que la familia, ya que elevan las expectativas y esperanzas en la curación**

**Al considerar la educación como un garante de aprendizaje para la salud, podemos concluir diciendo que el 92% de los encuestados han recibido conocimientos básicos de cómo cuidar la salud en forma general**

**Los pacientes encuestados/as son los unicos proveedores económicos de su hogar**

**El 33% de la población encuestados/as realiza actividad económica, por ello es preciso refrendar que las heridas crónicas representan la sexta causa de ausentismo laboral**

**La mayor incidencia en relación a la edad de los pacientes encuestado/as, se encuentra en adultos de más de 50 años y con mayor incidencia en las mujeres. Es preciso señalar que los conocimientos sobre estilos de vida saludables, previos adquiridos que garantizan una mejor calidad de vida**

**El profesional de Trabajo Social que trabaja con esta población debe realizar mayor acercamiento con la familia que garantice una mejor colaboración que influya en la recuperación efectiva del paciente**

**El equipo multidisciplinario aporta al paciente como a la familia conocimientos sobre estilos de vida saludable como conocimiento para mejorar la salud**

**De los tipos de familia revisada en la literatura en relación al análisis podemos inferir que eran familias nucleares, es decir aun el 56% de los encuestados mantenían vínculo con su familia de origen**

**De las crisis familiares analizadas los/as encuestado/as se encontraban en las crisis de desvalimiento propio de familias con miembros con enfermedades crónicas o necesitados de cuidados especiales**

## **CAPÍTULO CUARTO**

### **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON PACIENTES DE LAS CLINICAS DE HERIDAS Y LOS FAMILIARES**

## **4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

**Nombre del Proyecto: “Caminemos Juntos”**

### **Resumen**

Este proyecto es una alternativa, para el funcionamiento familiar adecuado y que beneficie a aquellos pacientes, que presentan heridas que requieren de su limpieza y tratamiento apropiado a fin de recuperar su deteriorada condición de salud

Con el proyecto se beneficiaran muchos pacientes que reciben atención y se obtendrá un mejor conocimiento de la enfermedad, ya que conocerán lo que implica tener una lesión y lo factible que puede ser superarlo cumpliendo con el tratamiento y las recomendaciones del equipo de salud así como con el apoyo de la familia

El costo de este proyecto, se reduce significativamente, dado que la institución cuenta con los recursos humanos especializados, así como con la infraestructura para el desarrollo del mismo

Los resultados del estudio realizado, permitieron establecer la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas, que presentan los/as pacientes atendidos/as en la Clínica de Curaciones, Heridas, Úlceras y Pie Diabético y sirvieron de base para el diseño de la propuesta de intervención que desarrollaremos a continuación

## **4.1 Justificación**

En estos momentos asisten a la clínica de heridas y úlceras un total de sesenta pacientes, sesenta y cinco son hombres, de los cuales quince son adultos jóvenes y el resto adultos mayores. Las treinta y cinco mujeres, están representadas así: veinte son adultas jóvenes y el resto adultas mayores.

Todo paciente hombre o mujer que ingrese a la clínica de heridas y úlceras debe ser referido(a) al departamento de Trabajo Social, según la norma. Esto no sucedía a cabalidad, sino que el equipo médico y enfermería, referían a Trabajo Social cuando percibían que el/la paciente tenía una situación social.

Se trabajó con el equipo en la reconsideración de ceñirse a la norma, ante ello, las consultas al departamento son muy constantes, es decir que ahora recibimos alrededor de siete pacientes nuevos (as) por semana.

De los casos que son referidos al departamento de Trabajo Social, y de acuerdo a los resultados del estudio, previo a esta propuesta, podemos decir que el 55% adolecen de una participación efectiva de los familiares, lo que en gran medida afecta el sano desenvolvimiento, tratamiento y recuperación de los/las pacientes, por la falta de un verdadero compromiso familiar.

Dentro de la atención que se ofrece en esta clínica, se han detectado muchas necesidades en los pacientes pero señalaremos, las de mayor afectación, como lo es el problema de comunicación en la familia, desconocimiento de la enfermedad, discusiones familiares y bajo nivel educativo.

A partir de lo anteriormente expuesto se considera valioso elaborar un proyecto de intervención de Trabajo Social que permita el acercamiento a una respuesta a esos problemas, es decir, a partir de esas situaciones problema consideramos viable la formulación de un proyecto de intervención que nos permita llegar a la situación deseada

A su vez, se hace necesario insertar el equipo interdisciplinario, para que puedan conocer el impacto de las situaciones socio familiar y cómo ello, influye en la recuperación del o la paciente, y con ello también lograr un personal humano más sensible a la hora de brindar su atención en este servicio

Para el desarrollo del proyecto, es básico trabajar con pacientes que tengan como mínimo un familiar de apoyo y una situación familiar que contribuya al logro de su recuperación y que le permita una mejor calidad de vida

La población beneficiada directamente, con la implementación de este proyecto será el/la paciente y su familiar

## **4.2 Descripción del Proyecto**

El proyecto tiene como propósito intervenir en las situaciones-problema que presentan los pacientes que acuden a la Clínica de heridas, a partir del fortalecimiento de habilidades y destrezas que les permita superar esas situaciones de vulnerabilidad como son problemas de baja autoestima, de comunicación y de relaciones interpersonales conflictivas

El proyecto estará dirigido a los familiares esposo(a), padres, madres o hermanas(os) de los/las diferentes pacientes que se encuentran asistiendo al programa de la clínica de heridas y úlceras de la Policlínica Dr Manuel Ferrer Valdés de Calidonia El estatus antes la caja de seguro social de estos pacientes son asegurados (as), pensionados (as) y beneficiarios (as), estos (as) pacientes en su mayoría residen en diferentes sectores de la urbe capitalina, al igual que sus familiares

Este proyecto cubre pacientes en cualquier edad, ya que como son heridas y úlceras es propio que estas se presenten en algún momento de la vida

En cuanto a la escolaridad podemos encontrar tanto de primera, secundaria, universidad como también sin escolaridad

El proyecto surge de las necesidades que tienen los/las pacientes del apoyo familiar, el cual no es consecutivo en guía de recuperación y tratamiento indicado, como tampoco al seguimiento oportuno en la alimentación y citas periódicas de curaciones

También se hace necesario que los/las familiares puedan aportar las herramientas necesarias en la construcción de las relaciones afectivas, las cuales en gran medida interfieren en la recuperación

## **4.3 Objetivos**

### **4.3.1 Objetivo General**

Mejorar la calidad de vida de los/as pacientes con heridas no cicatrizantes que acuden a las clínicas de curaciones, úlceras y pie diabético de la Caja de Seguro Social y sus familiares a través de la dotación de conocimientos teóricos, destrezas prácticas y habilidades sociales que le permitan la recuperación y rehabilitación

### **4.3.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Incorporar a los/as familiares de los/as pacientes que acuden a las clínicas de curaciones, úlceras y pie diabético de la Caja de Seguro Social en la atención médica de su familiar para que conozcan de la enfermedad y sus manifestaciones
- ✓ Prevenir los conflictos familiares relacionados con el rol de cuidadores
- ✓ Desarrollar destrezas para manejar sus sentimientos y conflictos que permitan una adecuada convivencia familiar
- ✓ Contribuir a través de la intervención profesional y la capacitación, en el mejoramiento de las relaciones familiares.

- ✓ Romper con los mitos que interfieren en el debido cumplimiento del tratamiento
- ✓ Disminuir con la asimetría de la información
- ✓ Reducir el riesgo de claudicación en los cuidados

#### **4.5 Población Beneficiaria del Proyecto**

El proyecto va dirigido a los pacientes con heridas no cicatrizantes que se atienden en las clínicas de heridas y úlceras de la caja de seguro social y sus familiares cuya población a beneficiarse será de 100 mensualmente, y estos serán los beneficiarios directos

Los beneficiarios indirectos serán en primera instancia los funcionarios y funcionarias que laboran en la Clínica de heridas, el Departamento de Trabajo Social y en la Institución en general

#### **4.6 Tiempo del Proyecto**

El mismo tendrá una duración de un año, con dos capacitaciones cada cuatro meses, en una jornada de dos horas. El proyecto se repetirá en otras instalaciones posterior a la evaluación final

## **4.7 Metodología**

La práctica profesional de Trabajo Social apunta al enfrentamiento de necesidades y problemas sociales, la educación social y a la organización popular como estrategias de afrontamiento. Estas prácticas se atraviesan como parte de un mismo proceso, en cada intervención que se realiza (Kissnerman, 1998)

La orientación crítica a las personas, grupos o comunidades, facilitándoles momentos de reflexión sobre su situación y capacitándolas para intervenir en su realidad, mejorándola, transformándola y buscando alternativas de solución, es lo que el (la) Trabajador (a) Social pretende a través de su intervención

En base a lo anterior el proyecto, utilizará metodología activa como talleres, que lleven a la reflexión y cambio de actitud tanto al paciente como a sus familiares

Este proyecto está basado en el Modelo Socioeducativo-Promocional cuyo fin es estimular, reorientar y fortalecer esfuerzos colectivos, tendientes a enfrentar problemas y situaciones comunes con el fin de mejorar la calidad de vida y promover un desarrollo con equidad (Molina y Romero, 2001)

Se eligió la modalidad de talleres porque a través de ésta se puede trabajar con la población de forma vivencial, es decir, el aprendizaje se logra a partir de la experiencia (aprender- haciendo), así como también permite el abordaje de una temática específica lo cual brinda al (la) facilitador (a) la posibilidad de una sencilla aplicación de las técnicas

Para el logro de la participación, se desarrollarán procesos de interacción que realcen el nivel de conciencia sobre el apoyo familiar y sus implicaciones, promuevan el desarrollo de habilidades para resolver problemas sin violencia, favorezcan una comunicación positiva y estimulen el fortalecimiento de las relaciones familiares

El tiempo señalado para cada actividad es aproximado, por lo que estará sujeto a cambios de acuerdo a las particularidades del grupo. Cada sesión será concluida con una actividad de cierre, donde se llevará a cabo un repaso de los contenidos desarrollados. Al finalizar cada taller se realizará una evaluación por parte de los participantes y el (la) facilitador (a), los cuales tendrán la posibilidad de expresar sus criterios respecto al taller.

Las siguientes estrategias pueden ser válidas para el fomento de la participación

- Comisiones de participación
- Reuniones grupales de valoración
- Buzón de sugerencias
- Participación de familias y usuarios en el desarrollo de programas de intervención
- Grupos de trabajo o reflexión

## 4.9 Recursos

<b>MAPA DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS</b>				
¿Qué necesitamos para desarrollar las actividades?	N°	¿Qué es lo que ya tenemos?	¿Qué podemos conseguir en nuestra propia institución?	¿Qué es lo que nos falta conseguir?
			¿Cómo?	¿Cómo?
Recursos Humanos		Los recursos humanos a necesitar serán el de la nutricionista, trabajadora social coordinadora del proyecto, facilitadores, médicos(as) especialistas, secretana, personal de aseo		
Recursos Materiales		Hojas blancas, plumas, marcadores permanentes y de tableros, engrapadora, tijeras, goma, cinta adhesiva, cartulinas, material educativo impreso, fotocopiadora, computadora, equipo multimedia, teléfono, fax, sillas, mesas, tablero		
Recursos Financieros		Serán donados por la Caja de Seguro Social en función directa con el trabajo de los funcionarios que amerte el proyecto, el tiempo en horas para la ejecución del mismo, además del uso de las infraestructuras y material didáctico		
Infraestructura		El proyecto se desarrollará en el auditorio de la policlínica		
Tiempo		El mismo tendrá una duración de un año, con dos capacitaciones cada cuatro meses, en una jornada de dos horas El proyecto se repetirá en otras instalaciones posterior a la evaluación final		
Observaciones				







## 6. Plan de Trabajo

<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tareas</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de terminación</b>	<b>Responsable</b>	<b>Lugar</b>	<b>Resultados esperados</b>
Disminuir con la asimetría de la información	Lograr que al menos el 75% de los pacientes y sus familias tengan la información adecuada con respecto a su enfermedad y cuidado	Sesión de presentación y reflexión del proyecto a los (las) funcionarios (as) de la Clínica de heridas	Elaboración del material necesario para la presentación y reflexión  Planificación del taller Las enfermedades crónicas, tratamiento y repercusiones	Mayo	Diciembre	Trabajadora Social	Auditorio De la Policlínica	Funcionarios de la Clínica de Heridas fortalecidos para su quehacer profesional

<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tareas</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de terminación</b>	<b>Responsable</b>	<b>Lugar</b>	<b>Resultados esperados</b>
<p>Reducir el riesgo de claudicación en los cuidados</p> <p>Romper con los mitos que interfieren en el debido cumplimiento del tratamiento</p>	<p>Lograr que el 75% de los pacientes y familiares disminuyan la claudicación en los cuidados y en el cumplimiento del tratamiento</p>	<p>Programación de los talleres de enfermedades crónicas, tratamiento y repercusiones, auto cuidado y aspectos nutricionales</p>	<p>Elaboración del material necesario para cada sesión</p> <p>Desarrollo de las sesiones de auto cuidado y aspectos nutricionales</p>	<p>Mayo</p>	<p>Diciembre</p>	<p>Trabajadora Social</p> <p>Equipo de Salud</p>	<p>Auditorio</p> <p>De la Policlínica</p>	<p>Paciente y familia de la Clínica de Heridas con conocimiento adecuado sobre su enfermedad</p>

<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tareas</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de terminación</b>	<b>Responsable</b>	<b>Lugar</b>	<b>Resultados esperados</b>
<p>Contribuir a través de la intervención profesional y la capacitación, en el mejoramiento de las relaciones familiares</p> <p>Desarrollar destrezas para manejar sus sentimientos y conflictos que permitan una adecuada convivencia familiar</p>	<p>Lograr el 75% de</p> <p>Mejoramiento</p> <p>De las relaciones</p> <p>Familiares y el conocimiento de destrezas para manejar los sentimientos y conflictos a través de la intervención profesional</p>	<p>Programación de los Talleres</p> <p>Importancia de la comunicación y la transmisión de afecto en la familia y Como resolver conflictos familiares</p>	<p>Elaboración del material necesario para cada sesión</p> <p>Desarrollo de</p> <p>Los talleres</p>	<p>Mayo</p>	<p>Diciembre</p>	<p>Trabajadora Social</p> <p>Equipo de salud</p>	<p>Auditorio de la</p> <p>Policlínica</p>	<p>Que los pacientes y su familia tengan mejor forma de sostener sus relaciones familiares</p> <p>Que se apropien de alguna técnica que les ayude a resolver sus conflictos familiares</p>

<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tareas</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de terminación</b>	<b>Responsable</b>	<b>Lugar</b>	<b>Resultados esperados</b>
Prevenir los conflictos familiares relacionados con el rol de cuidadores	Lograr que el 80% de los/as familiares o cuidadores reciban orientación como cuidadores	Programación del taller  Autocuidado y vida saludable	Elaboración del material necesario para cada sesión y el  Desarrollo del  talleres			Trabajadora social y el equipo de salud	Auditorio  De  La  Policlínica	Que los pacientes y familiares comprendan la importancia del autocuidado

## 7. PROGRAMACIÓN DE TALLERES

**TÍTULO** Las enfermedades crónicas, tratamiento y repercusiones

**OBJETIVO** Lograr que los/as pacientes y sus familiares comprendan el concepto de enfermedades crónicas, los tipos, tratamientos y repercusiones con ello empoderarse para lograr su recuperación

<b>HORA</b>	<b>TEMA</b>	<b>CONTENIDOS</b>	<b>MATERIALES</b>
	<b>Introducción al taller</b>	1 Presentación de participantes y facilitadoras 2 Introducción al taller 3 Discusión del Programa 4 Metodología de Trabajo 5 Reglas del juego	Programa del taller  Tarjetas  Pilotos
	<b>Enfermedades crónicas</b>	Concepto  Tipos  Tratamiento  Repercusiones	Computadora  Proyector multimedia
	<b>Evaluación</b>	Evaluación formativa  Evaluación diagnóstica  Evaluación final de sesión	Formato de evaluación  Dinámica de evaluación

## **PROGRAMACIÓN DE TALLERES**

**TÍTULO** Auto cuidado de la salud y estilos de vida saludables

**OBJETIVO** Conseguir que los/as pacientes y sus familiares comprendan y se responsabilicen en su autocuidado y asuman estilos de vida saludables que les permitan su recuperación y a la vez evitar posibles complicaciones

<b>HORA</b>	<b>TEMA</b>	<b>CONTENIDOS</b>	<b>MATERIALES</b>
	<b>Introducción al taller</b>	1 Presentación de participantes y facilitadoras 2 Introducción al taller 3 Discusión del Programa 4 Metodología de Trabajo 5 Reglas del juego	Programa del taller  Tarjetas  Pilotos

	<b>Auto Cuidado y Estilos de Vida Saludables</b>	<b>Concepto</b> <b>Beneficios</b> <b>Consecuencias</b> <b>Compartir algunos estilos de vida saludable</b>	<b>Computadora</b> <b>Proyector multimedia</b>
	<b>Evaluación</b>	<b>Evaluación formativa</b> <b>Evaluación diagnóstica</b> <b>Evaluación final de sesión</b>	<b>Formato de evaluación</b> <b>Dinámica de evaluación</b>

## PROGRAMACIÓN DE TALLERES

**TÍTULO** Aspectos Nutricionales

**OBJETIVO** Que los /as pacientes y sus familiares conozcan y apliquen conocimientos básicos de una alimentación económica, sana y nutricional que les ayude a que su recuperación sea más rápida

<b>HORA</b>	<b>TEMA</b>	<b>CONTENIDOS</b>	<b>MATERIALES</b>
	<b>Introducción al taller</b>	1 Presentación de participantes y facilitadoras 2 Introducción al taller 3 Discusión del Programa 4 Metodología de Trabajo 5 Reglas del juego	Programa del taller Tarjetas Pilotos
	<b>Importancia de una Buena Alimentación</b>	¿Qué es una alimentación adecuada? Beneficios Consejos y recomendaciones Guía de una buena alimentación	Computadora Proyector multimedia

	<b>Evaluación</b>	<b>Evaluación formativa</b> <b>Evaluación diagnóstica</b> <b>Evaluación final de sesión</b>	<b>Formato de evaluación</b> <b>Dinámica de evaluación</b>
--	-------------------	---	---

## PROGRAMACIÓN DE TALLERES

**TÍTULO:** Taller La familia como red de apoyo.

**OBJETIVO:** Apropiar a los/as pacientes y sus familiares de la importancia que tiene la familia como la red de apoyo primaria y básica para el fortalecimiento familiar.

HORA	TEMA	CONTENIDOS	MATERIALES
	<b>Introducción al taller</b>	1. Presentación de participantes y facilitadoras 2. Introducción al taller 3. Discusión del Programa 4. Metodología de Trabajo 5. Reglas del juego	Programa del taller Tarjetas Pilotos
	<b>La familia como red de apoyo</b>	<b>Concepto de familia</b> <b>Familia y salud</b> <b>La familia como causante de enfermedad</b> <b>La familia como proveedora de atención y cuidados</b> <b>La familia y su relación con los/as profesionales de la salud</b>	Computadora Proyector multimedia

		<b>Tareas y Compromisos</b>	
	<b>Evaluación</b>	Evaluación formativa Evaluación diagnóstica Evaluación final de sesión	Formato de evaluación Dinámica de evaluación

## **PROGRAMACIÓN DE TALLERES**

**TÍTULO** Importancia de la comunicación y la transmisión de afecto en la familia

**OBJETIVO** Ofrecer a los/as pacientes y sus familiares la importancia de la comunicación y la transmisión de afecto para sanar las heridas físicas como emocionales que favorezcan la sana convivencia familiar

<b>HORA</b>	<b>TEMA</b>	<b>CONTENIDOS</b>	<b>MATERIALES</b>
	<b>Introducción al taller</b>	1 Presentación de participantes y facilitadoras 2 Introducción al taller 3 Discusión del Programa 4 Metodología de Trabajo 5 Reglas del juego	Programa del taller Tarjetas Pilotos
	<b>La comunicación y la transmisión de afecto en la familia</b>	Importancia de la comunicación en la familia Funciones de la familia Los roles familiares La importancia del afecto en la familia Retos y compromisos	Computadora Proyector multimedia
	<b>Evaluación</b>	Evaluación formativa Evaluación diagnóstica Evaluación final de sesión	Formato de evaluación Dinámica de evaluación

## PROGRAMACIÓN DE TALLERES

### TÍTULO. Manejo del presupuesto familiar

**OBJETIVO** Capacitar a los/as pacientes y sus familiares en la importancia de realizar su propio presupuesto familiar y llevarlo responsablemente para solventar equilibradamente los gastos que tiene la familia

HORA	TEMA	CONTENIDOS	MATERIALES
	<b>Introducción al taller</b>	1 Presentación de participantes y facilitadoras 2 Introducción al taller 3 Discusión del Programa 4 Metodología de Trabajo 5 Reglas del juego	Programa del taller Tarjetas Pilotos
	<b>El presupuesto familiar</b>	Importancia Objetivo Guía de cómo elaborarlo Recomendaciones	Computadora Proyector multimedia
	<b>Evaluación</b>	Evaluación formativa Evaluación diagnóstica Evaluación final de sesión	Formato de evaluación Dinámica de evaluación

## PROGRAMACIÓN DE TALLERES

**TÍTULO** Como resolver conflictos familiares

**ETIVO:** Empoderar a los/as pacientes y sus familiares de habilidades en la resolución de conflictos que les permita la convivencia sana, ser más felices para así fortalecer la comunicación, el afecto y la respuesta a su salud

<b>HORA</b>	<b>TEMA</b>	<b>CONTENIDOS</b>	<b>MATERIALES</b>
	<b>Introducción al taller</b>	1 Presentación de participantes y facilitadoras 2 Introducción al taller 3 Discusión del Programa 4 Metodología de Trabajo 5 Reglas del juego	Programa del taller Tarjetas Pilotos
	<b>Resolviendo Conflictos Familiares</b>	<b>Causas de los conflictos</b> <b>Manejo de los conflictos</b> <b>Consecuencias</b> <b>Aprendiendo a convivir</b> <b>Habilidades para resolver algunos conflictos</b>	Computadora Proyector multimedia

	<b>Evaluación</b>	Evaluación formativa Evaluación diagnóstica Evaluación final de sesión	Formato de evaluación Dinámica de evaluación

## 8. Presupuesto

Detalle	Costo total	Aporte de la organización	Otras fuentes	Aporte solicitado
Recursos humanos	4,572.00	4,572.00	300.00	9,457.00
Trabajadora Social	798.00	798.00		1,596
coordinadora del proyecto,				
nutricionista,	700.00	700.00		1,400.00
Facilitadores			300.00	300.00
Médicos(as)	900.00	900.00		1,800.00
Especialistas	1,200.00	1,200.00		2,400,00
Secretaria	487.00	487.00		974.00
Personal de aseo.	487.00	487.00		987.00
Recursos Materiales	500.00	500.00	300.00	1,300.00
Hojas blancas, plumas, marcadores permanentes y de tableros, engrapadora, tijeras, goma, cinta adhesiva, cartulinas, material educativo impreso, fotocopiadora, computadora, equipo multimedia, teléfono, fax, sillas, mesas, tablero.				
Refrigerio	1,400.00	1,000.00	400.00	2,800.00
<b>TOTAL</b>	<b>6,472.00</b>	<b>6,072.00</b>	<b>1,000.00</b>	<b>12,258.30</b>

## **9. Evaluación:**

Esta fase determinara el nivel de intervención versus la demanda ofertada. Será necesario ir evaluando cada fase para conocer si está cumpliendo los objetivos, además nos permitirá conocer si el proyecto es adecuado para la problemática planteada.

Por otro lado se evaluará si las técnicas implementadas por el profesional fueron las más oportunas en la consecución de los resultados. Para ello se aplicará un Pre test al inicio de la intervención y otro al finalizar el proyecto con miras a evaluar si los conocimientos ofertados llenaron las expectativas esperadas. Este análisis debe realizarse con participantes internamente en la institución para evaluar el impacto en sus beneficios y decir sobre los correctivos necesarios.

De igual manera se evaluará, las técnicas, el tiempo, las dinámicas, el contenido de los temas, las facilidades del profesional e incluso el nivel de intervención, el área donde se desarrolló el trabajo, los recursos implementados y el equipo interdisciplinario. Todo ello será a través de una encuesta que se aplicará al final de toda la investigación.

El proyecto se desarrollará de manera permanente, el mismo beneficiará a dos grupos poblacionales por año, cada 6 meses cada grupo.

La selección se hará en un periodo de 2 meses, en donde se captarán los participantes, posterior a la referencia.

En relación a la temática, se dividirá en cuatro jornadas cada 15 días, con sesiones de dos horas, en donde participará parte del equipo interdisciplinario (médico, enfermera, nutricionista, fisioterapia y trabajo social)

Se ha incorporado en las actividades una participación directa del familiar en el aprendizaje y manejo de la curación de las lesiones, esta fase se hará en un mes con dos sesiones por semana

El desarrollo del proyecto será monitoreado de forma permanente y contendrá con una evaluación final al sexto mes

A manera de resumen podemos destacar que la evaluación del proyecto, pretende replantear aspectos positivos y negativos del mismo, buscar oportunidades de mejora, transmitir información, etc Para ello, es fundamental que quienes formaron parte de la formulación del proyecto y quienes ejecuten el proyecto, discutan y reflexionen sobre el mismo

La pretensión de dicha evaluación es el cumplimiento de ciertos mínimos como lo son

- El cumplimiento de los objetivos (generales y específicos)
- El cumplimiento del cronograma de actividades
- La realización de las actividades planificadas
- La existencia de eventuales problemáticas, cuáles y por qué
- El presupuesto estuvo ajustado a la realidad
- El proyecto impactó positivamente a la población destinataria, es decir, contribuyó a la solución del problema
- Los participantes directos del proyecto están satisfechos

Con base a lo antes planteado, presentamos la siguiente tabla que incluye las variables, indicadores y categoría de análisis:

Variables	Indicadores	Categoría de análisis
	Presencia de los pacientes y sus familias en los talleres	Número de asistentes
	Participación de los asistentes en las actividades desarrolladas	Muy Alta 5 Alta 4 Regular 3 Baja 2 Muy Baja 1
<b>Participación</b>	Interés de los participantes en las temáticas desarrolladas.	Muy interesados 5 Interesados 4 Medianamente interesados 3 Poco interesados 2 Desinteresados 1
<b>Materiales</b>	Cantidad de materiales utilizados en los talleres.	Excelente 5 Bueno 4 Regular 3 Malo 2 Muy Bueno 1
	Calidad de los materiales	Excelente 5 Bueno 4 Regular 3 Malo 2 Muy Bueno 1

	utilizados	Bueno		
		5	4	3
		Regular	Malo	
		2	1	
<b>Presupuesto</b>	Cantidad de dinero disponible para Materiales	Excelente Bueno	Muy Bueno	Bueno
		5	4	3
		Regular	Malo	
		2	1	
	Cantidad de dinero disponible para alimentación	Excelente Bueno	Muy Bueno	Bueno
		5	4	3
		Regular	Malo	
		2	1	
<b>Tiempo</b>	Tiempo establecido para preparar las sesiones.	Excelente Bueno	Muy Bueno	Bueno
		5	4	3
		Regular	Malo	
		2	1	
	Tiempo establecido para la ejecución de cada actividad	Excelente Bueno	Muy Bueno	Bueno
		5	4	3
		Regular	Malo	
		2	1	
<b>Cumplimiento de objetivos general y</b>	Comprensión del concepto de enfermedades crónicas y	Excelente Bueno	Muy Bueno	Bueno
		5	4	3

<b>especificos</b>	sus complicaciones,	Regular	Malo	
		2	1	
	Cambios en la actitud frente al manejo asertivo de los conflictos y comunicación familiar.	Excelente Bueno	Muy Bueno	Bueno
		5	4	3
		Regular	Malo	
		2	1	
	Acompañamiento de la familia en las citas y cuidados en las curaciones	Excelente Bueno	Muy Bueno	Bueno
		5	4	3
		Regular	Malo	
		2	1	
	Grado de mejoría de las heridas de los pacientes.	Excelente Bueno	Muy Bueno	Bueno
		5	4	3
		Regular	Malo	
		2	1	
	Mejora en las relaciones familiares	Excelente Bueno	Muy Bueno	Bueno
		5	4	3
		Regular	Malo	
		2	1	

## **BIBLIOGRAFÍA**

**ACOSTA, RAMIREZ, BOHÓRQUEZ VELASCO (2012)** entre otros, Trabajo Social en Salud Ministerio de Salud y Protección Social Editorial Vanegas

**ARIAS CASTILLO LILIANA (1997)** Medicina Familiar en la Práctica Editorial Catorce

**ARTOLA AMANDA, PIEZZI RAMÓN (2000)** La Familia en la Sociedad Pluralista Editorial Espacio 1ª Edición

**CAJA DE SEGURO SOCIAL (2000)** Manual de Normas y Procedimientos en los Programas de Atención en Salud

**CAJA DE SEGURO SOCIAL-DD1/SYP MANUAL** de Organización y Funciones de Las Clínicas de Curaciones, Heridas, Ulceras y Pie Diabético Enero 2009

**CAMPOS FLORES, NIVIA (2000)** Desarrollo Humano y Promoción de la Familia Editorial Portobelo Panamá

**CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ (2010)**  
**CENSOS NACIONALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA**

**CHADI, MÓNICA (2005)** Familias y Tratamiento Familiar Espacio Editorial Buenos Aires Argentina

**DIÉGUEZ, ALBERTO JOSÉ (2002)** Diseño y Evaluación de Proyectos de Intervención Socioeducativa y Trabajo Social Comunitario Editorial Espacio Buenos Aires Argentina

**DÍAZ DE CEBALLOS MALVINA, (2009)** Políticas Sociales, Programas y Proyectos para la Familia Apuntes de la Maestría en Políticas, Promoción e Intervención Familiar

**DIAZ DE CEBALLO, MALVINA, MILLER RAMIREZ, GLADYS (2007)** Manual de Trabajo Social y Comportamiento Humano Cultural Portobelo Panamá

**DUQUE, HERNANDO, SIERRA REBECA (1995) Las Relaciones Humanas en la Vida Familiar Editorial San Pablo Colombia**

**EROLES, CARLOS (1996) Familia Conflictos y Desafíos Editorial Espacio Buenos Aires Argentina**

**EROLES, CARLOS (2005) Glosario de Temas Fundamentales en Trabajo Social Editorial Espacio Argentina**

**FERNÁNDEZ ORTEGA, MIGUEL ÁNGEL (2014) El Impacto de la Enfermedad en la Familia Médico Familiar, UNAM**

**FUENTES, MARI CARMEN La Familia y la Enfermedad Crónica Editorial Vanegas, 2001**

**GARCÍA HERRERO, GUSTAVO, RAMIREZ NAVARRO, JOSÉ MANUEL (2002) Diseño y Evaluación de Proyectos Sociales Editorial Certeza España**

**GUERRA A CECILIA Entrevista Creación de las Clínicas de Heridas (2013)**

**GUÍA DE ATENCIÓN de Clínicas de Curaciones, Heridas y Ulceras para el nivel local Caja de Seguro Social – 2008**

**GUÍA CLÍNICA DE MANEJO NUTRICIONAL DE LAS HERIDAS NO CICATRIZANTES. GU-DENSYPS-CCHUPD-01 Noviembre 2011**

**GÓLCHER, ILEANA (1992) Metodología para la Investigación Social Editorial Celsa Panamá**

**GÓLCHER, ILEANA (2003) Escriba y Sustente su Tesis, Metodología para la Investigación 6ta Edición, Editorial Letras Panameñas**

**GOODE WILLIAM J (1966) La Familia Editorial Hispano América México**

**HERNÁNDEZ SAMPIERI, ROBERTO, FERNÁNDEZ COLLADO, CARLOS Y BAPTISTA LUCIO, PILAR (2003) Metodología de la Investigación Tercera Edición Buenos Aires Argentina**

**HUERTA GONZÁLEZ, JOSÉ LUIS MEDICINA FAMILIAR LA FAMILIA EN EL PROCESOSALUD-ENFERMEDAD BIBLIOTECA DE MEDICINA FAMILIAR ED ALFIL 1RAEDICIÓN 2005**

**KISNERMAN, NATALIO** (1998) Pensar El Trabajo Social Una Introducción desde el Construccinismo Argentina Lumen

**KRMPOTIC, CLAUDIA** (2008) Cuidados, Terapias y Creencias en la Atención en Salud Espacio Editorial Buenos Aires Argentina

**ITUARTE, TELLOECHE, AMAYA** En Revista Trabajo Social y Salud, No 6 Bogotá, 2004

**LEY N° 51** Orgánica de la Caja se Seguro Social (2005)

**LUCAS. MIGUEL** Como Trabaja los Sentimientos Editonal San Pablo 2003

**MARTÍN –SACRISTÁN, JOSÉ MIGUEL, GARRIDO MIGUEL, RODRÍGUEZ, LUIS** Salud Familiar Editonal CCS, 2012

**MAS C, JUAN CARLOS** Conceptos y Retos de la Seguridad Social Docutech, 2004 Panamá

**PÉREZ, ZALDIVAR** (2013) Incidencias de Los Factores Psicosociales en el Proceso Salud- Enfermedad, Editonal Certeza España

**PINTOS GARCÍA, CLAUDIO C** La Familia del Anciano También Necesita Sentido Editonal San Pablo 1993

**TEJADA HILDAURA DE** (2013) Trabajo Social ante los Procesos Humanos y la Teoría Relacional Sistémica, Tejiendo y Reconstruyendo Histonas Familiares

**TESTA, MARLENE** (2014)Reportaje La Canasta Básica Familiar La Estrella de Panamá (21 de mayo 2014)

**QUINTERO VELÁSQUEZ, ÁNGELA MARÍA** (1997) Trabajo Social y Procesos Familiares Editonal Lumen/humanitas Buenos Aires Argentina

**ULLOA, LUIS, GIOMI, CLAUDIO** (2002) Guía para Elaboración de Proyectos Sociales Editonal Incide España

## INFOGRAFÍA

**Contraloría General de La República (2013).** Definición de vivienda-Qué es significado y concepto. (En línea). <https://definición de vivienda.pa/inec/archivos/P4911>. 26 de septiembre de 2014.

**Contraloría General de La República (2012).** Esperanza de vida - Panamá - Esperanza de vida al nacer. (En línea). <https://www.contraloria.gob.pa/inec/com/demografia/esperanza-vida/panama>. 13 de diciembre de 2013

Estilos de Vida Saludable. (2011). (En Línea). [http//www. Uniminuta Educativa](http://www.UniminutaEducativa.com). (29 de Enero de 2013).

**Hidalgo Vivian** Una Buena Comunicación en el Hogar.1994. (En Línea). [http// Sabor y Salud. Com](http://Sabor y Salud.Com). (22 de febrero de 2013).

**Hidalgo Vivian** Una Buena Comunicación en el Hogar.1994. (En Línea). [http// Sabor y Salud. Com](http://Sabor y Salud.Com). (22 de febrero de 2013).

**Juan Max González Gallegos, Doctor (2007).** La Familia como Sistema. (En Línea) [http//Infla Paz.com](http://Infla Paz.com). (12 de Enero de 2013).

**La familia su papel en la salud; sicología.**(2013) (En Línea) [www.medicocontest.com/familia-su-papel-en-la-salud.htm](http://www.medicocontest.com/familia-su-papel-en-la-salud.htm). (13 de abril de 2013).

**Las Heridas Crónicas y su Impacto en la Familia y la Sociedad. IV Congreso Nacional y III Internacional de Cuidados al Paciente con Heridas. Medellín Colombia. Noviembre del 2014.**

**Gerardo Casas F. (2008).** Crisis Familiares. (En Línea). [http//Monografias. Com](http://Monografias.Com). (27 de Enero de 2013).

**Kickbusch liona (1997).** Quinta Conferencia Internacional de Educación para Adultos. Hamburg. (En Línea). [http//www. Unesco.Org](http://www.Unesco.Org).(10 de febrero de 2013).

Vivir con una Enfermedad Crónica. 2013. (En Línea). [http//Kids Heath.Org](http://Kids Heath.Org) (25 de marzo de 2013)

## **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO**  
**MAESTRÍA EN POLÍTICA, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR**  
**DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN LOS CUIDADOS DE LOS (LAS)  
PACIENTES CON HERIDAS NO CICATRIZANTES QUE ACUDEN A LAS  
CLÍNICAS DE CURACIONES, HERIDAS Y ÚLCERAS DE LA CAJA DE  
SEGURO SOCIAL.**

Soy estudiante de la Maestría en Política, Promoción e Intervención Familiar y nos encontramos realizando un estudio que servirá para elaborar la tesis profesional y de igual manera presentar una propuesta de intervención desde la perspectiva de trabajo social en el sector salud para el fortalecimiento familiar de los pacientes con heridas crónicas

Por tanto su contribución en este estudio es de gran importancia para poder diseñar una propuesta, ya que la información proporcionada a través de este cuestionario nos permitirá la recolección de datos y por ende su debida sustentación

Deseo participarle que la información suministrada será de absoluta confidencialidad respetando los criterios de toda investigación. Por tanto requiero de usted toda la sinceridad en el llenado de dicho cuestionario

## **Instrucciones**

El cuestionario consta de 23 preguntas cerradas y abiertas, le agradecemos leer con cuidado y seguir las indicaciones correspondientes a cada pregunta. Sugéramos usar lápiz para contestar. No tache. Marque con una cruz cuando sea necesario y llene los espacios en blanco de acuerdo a su opinión.

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION!**

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO**  
**MAESTRÍA EN POLÍTICA, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR**  
**DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**Consentimiento Informado**

Luego de haber leído y de haber recibido la información oportuna sobre el objetivo de la investigación y considerando que no hay riesgos inherentes de ningún índole acepto voluntariamente participar contestando las preguntas de dicha encuesta

---

Firma de la persona Encuestada

---

Fecha

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO**  
**MAESTRÍA EN POLÍTICA, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR**  
**DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**Cuestionario** **# de**

**I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN**

1 Sexo

Hombre 1

Mujer 2

2 Edad

Menor de 20 años 1

Seguir colocando a partir de esta escala

30 años a 40 años 2

41 años a 50 años

51 años a 60 años

61 años a 70 años

71 años a 80 años

81 años a 90 años

91 años a 99 años

3 Lugar de residencia (Corregimiento)

**4 Nivel de Escolaridad**

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Analfabeta 1            |
| <input type="checkbox"/> | Premedia Incompleta 2   |
| <input type="checkbox"/> | Premedia Completa 3     |
| <input type="checkbox"/> | Media Incompleta        |
| <input type="checkbox"/> | Media Completa          |
| <input type="checkbox"/> | Vocacionales Incompleta |
| <input type="checkbox"/> | Vocacionales Completa   |
| <input type="checkbox"/> | Universidad Incompleta  |
| <input type="checkbox"/> | Universidad Completa    |

**5 Estado Civil**

- |                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Soltero/a |
| <input type="checkbox"/> | Casado/a  |
| <input type="checkbox"/> | Unido/a   |

**6 Estatus ante la Caja de Seguro Social**

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Asegurado/a Directo/a  |
| <input type="checkbox"/> | Beneficiario/a         |
| <input type="checkbox"/> | Pensionado/a           |
| <input type="checkbox"/> | Por Invalide           |
| <input type="checkbox"/> | Por Riesgo Profesional |

- Por Vejez Anticipada
- Por Vejez
- Sobreviviente

**7 Ocupación Laboral**

**8 Estabilidad Laboral**

- Permanente
- Temporal
- No Aplica

**9 Ingreso Familiar**

- Menos de B/ 300 00
- B/ 300 00 a B/ 499 00
- B/ 500 00 a B/ 699 00
- B/ 700 00 a B/ 999 00
- Más de B/ 1000 00

**10 Tipo de Vivienda**

- Propia
- Hipotecada
- Alquilada
- Cedida

Otra

**Agregar especifique** \_\_\_\_\_

**11 Matenal de Construcción de las Paredes de la Vivienda**

Cemento

Madera

Zinc

Cartón

Otros

**12 Tipo de Enfermedad del Paciente**

Diabetes Mellitus

Hipertensión Arterial

Problemas Vasculares

Otros

**13 ¿Con quién Vive? (Menciónelos)**

**Categorizar**

**esposo/a 1**

**Hijo/a 2**

**Suegro/a 3**

**Pader/madre**

**Otros familiares**


**13 Principal familiar que le brinda cuidados y apoyo**

--

**14 ¿Cuál era la actitud de sus familiares ante la lesión?**

--

**15 ¿Cuándo hay problemas en su hogar como se resuelve?**

--

16 ¿Qué sentimientos le produce conocer el diagnóstico de su enfermedad?

Categorizar

Temor 1

°Miedo 2

Ira3

Enojo

Desesperanza

17 Tiempo que ha permanecido con la Henda o Ulceras

1 a 6 meses

7 a 12 meses

18 Después de conocer su diagnóstico, que cambio usted ha observado en su comportamiento

Tristeza 1

Depresión 2

Malhumor 3

Desesperanza 4

Miedo 5

Otro especifique \_\_\_\_\_

--

Observaciones del entrevistador \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de aplicación del cuestionario \_\_\_\_\_

19 Después de conocer su/s diagnóstico hubo cambios en el comportamiento de su familia

<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Si

Explique

20. ¿Siente usted que su familiar le brinda el apoyo necesario

No

Si

21 Su familiar participa en el tratamiento

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

Como

23 ¿Qué recomendación daría para mejorar las relaciones familiares?