

**ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN HIPERTENSA DE LA ESE SAN NICOLAS  
DE TOLENTINO Y SU GRUPO FAMILIAR RESIDENTE EN EL AREA RURAL  
MUNICIPIO DE PINILLOS BOLIVAR**

**OLGA MILETH ARROYO ALVARINO**

**CARMEN RANGEL  
DOCENTE PRACTICA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACIÓN  
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL  
CARTAGENA DE INDIAS  
2003**

T.  
362.82  
A779

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA			
CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION			
FORMULARIO DE ADQUISICION			
Compra	Donacion	Canje	U. de C. <input checked="" type="checkbox"/>
Precio \$	10.000	Proveedor	F. Soria
No. de Acceso	44066	No. de Ej.	
Fecha de ingreso: DI	02	MM	04 AA 04

**ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN HIPERTENSA DE LA ESE SAN NICOLÁS  
DE TOLENTINO Y SU GRUPO FAMILIAR RESIDENTE EN EL AREA RURAL  
MUNICIPIO DE PINILLOS BOLIVAR**

2

**OLGA MILETH ARROYO ALVARINO**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACIÓN  
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL  
CARTAGENA DE INDIAS  
2003**

A **DIOS**, por darme la vida,  
y la sabiduría para realizar  
Éste trabajo de grado.

A mi **FAMILIA**, por su  
Amor y apoyo.

**OLGA ARROYO**

## AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

La **UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**, y su **CUERPO DE DOCENTES**, por la formación integral que me brindaron, la cual me permitió desarrollar este trabajo y crecer como ser humano al servicio de la sociedad.

A mi familia, y amigos por toda la colaboración y el apoyo brindado.

A la Coordinadora de Practicas **CARMEN RANGEL**, por la disponibilidad en orientarme para llevar a feliz culminación este trabajo.

A mis amigos, familiares y la institución **SAN NICOLAS DE TOLENTINO** por toda la colaboración que me prestaron en la obtención del material para la realización del trabajo.

**CONTENIDO**

INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I	6
INFORME DE GESTIÓN	6
1. JUSTIFICACIÓN	6
2. OBJETIVOS DEL INFORME	7
2.1 OBJETIVO GENERAL	7
2.2 OBJETIVO ESPECIFICO	
3. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN	8
3.1 RAZÓN SOCIAL	8
3.2 MISION	8
3.3 VISIÓN	8
3.4 VALORES CORPORATIVOS	8
3.5 NATURALEZA LEGAL	9
3.6 ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA	9
3.7 FINANCIACIÓN	10
3.8 COBERTURA USUARIO	10
3.9 LOCALIZACIÓN	11
3.10 PROGRAMAS	12
4. MARCO TEORICO	13
4.1 EVOLUCIÓN SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD	13
4.2 REGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD EN SALUD	14
4.3 DESARROLLO HUMANO	16
4.4 DIMENSIONES DEL DESARROLLO HUMANO	17
4.5 PROMOCION DE LA SALUD	18
4.6 LA PREVENCION	19
4.7 FACTORES DE RIESGO	19
4.8 LA HIPERTENSION	21
4.9 QUES EL TIEMPO LIBRE	24

5.1 CONTEXTUALIZACION DE LA EXPERIENCIA	28
CAPITULO III	35
PROPUESTA DE GESTIÓN	35
6.1 NOMBRE DEL PROYECTO	35
6.2 PROBLEMA OBJETO DE INTERVENCIÓN	35
6.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA OBJETO DE INTERVENCIÓN	35
6.4 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	36
6.5 POBLACIÓN BENEFICIADA	37
6.6 JUSTIFICACIÓN	38
6.7 OBJETIVOS	39
7. METODOLGIA	40
7.1 PLAN DE ACCION	44
7.2 PLAN OPERATIVO	45
7.3.SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO	46
7.4 PROCESOS DE ACCION PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL PROCESOS SOCALES GENERADOS	48
7.5 EVALUACIÓN DE RESULTADOS POR COMPONENTES	51
8. PROYECCIONES	57
9. RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

El presente informe contiene el proceso de todo un año de practicas del 2003, el cual se desarrollo en el contexto institucional de la ESE Hospital San Nicolás de Tolentino de Pinillos Bolívar.

La estructura del informe esta contenida en capítulos que facilitan mostrarse de manera sistemática los procedimientos llevados a cabo; con temáticas especificas que se conectan con todo el documento.

El informe esta basado en el diagnostico realizado en el primer semestre del 2003 donde se recuperan las evidencias de la problemática que indujeron a plantear la propuesta de acción que se muestra en el capitulo III; y que contiene aspectos que se han constituido en elementos valiosos para el desarrollo personal, profesional y organizacional como aporte del estudiante.

Se espera que este material sea un medio facilitador de consulta en la intervención del trabajador social en salud.

## CAPITULO I

### INFORME DE GESTIÓN

#### 1. JUSTIFICACIÓN

Confrontar la realidad con conceptos teóricos obtenidos a través de la academia en un proceso de retro alimentación; que conlleva a plantear propuestas novedosas de cambios. Es lo que en última instancia se propone hacer con las prácticas que brinda la academia; dando herramientas valiosas en la vida personal y profesional del estudiante que confronta varios campos de intervención.

Por ello se hace necesario realizar un registro de esas fases metodológicas empleadas, conocimiento nuevo entre otro que permite perfeccionar procedimientos, a futuras intervenciones, en este caso específicamente del trabajo social en el área de la salud.





## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GENERAL

Registrar y analizar la experiencia de intervención del trabajo social de la práctica institucional en la ESE Hospital San Nicolás de Tolentino de pinillos Bolívar, durante el año 2003.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Recolectar y registrar información concerniente a la experiencia de intervención de trabajo social en la ESE Hospital San Nicolás de Tolentino de pinillos Bolívar.
- ❖ Proponer un proyecto de acción desde trabajo social en el área de la salud.

### **3. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN**

#### **3.1 RAZÓN SOCIAL**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN NICOLAS DE TOLENTINO

#### **3.2. VISION**

Ser una empresa líder en prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, que brindan servicios con una excelente infraestructura solidez financiera y un recurso humano capacitado, que garantice la plena satisfacción del cliente.

#### **3.3. MISIÓN**

La empresa social del estado Hospital San Nicolás de Tolentino de pinillos Bolívar, es una institución prestadora de servicios de salud del primer nivel de atención, que brinda servicios con eficiencias y eficiencia, accesible a toda la población municipal y localidades circunvecinas.

#### **3.4. VALORES CORPORATIVOS**

La ESE Hospital San Nicolás de Tolentino se rigen por los siguientes valores.

##### **❖ EFICIENCIA**

Para mejorar la explicación del talento humano, recursos administrativos, tecnológicos y financieros disponibles, con criterios de rentabilidad social y económica.

##### **❖ SOLIDARIDAD**

Aplicar la cobertura con servicios de salud y llegar a las áreas de mayor limitación de acceso

❖ **CALIDAD**

Desarrollar un trabajo bien hecho, mantener la comunicación con los usuarios e identificar anticipadamente sus necesidades.

❖ **TECNOLOGÍA APROPIADA**

Introducir herramientas tecnológicas que permiten nuevas oportunidades en la prestación de servicios de salud.

❖ **DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO**

Apoyo de eventos académicos, para capacitación y actualización de los funcionarios de las diferentes áreas funcionales.

**3.5 NATURALEZA LEGAL**

La empresa social del estado San Nicolás de Tolentino nació jurídicamente mediante el decreto 020 del 10 de marzo de 1999.

Es una entidad única descentralizada del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometido al régimen jurídico en el capítulo III, Art. 194, 195, y 197 de ley 100 de 1993 y acorde con los principios constitucionales legales (Dec. 1876/94 Art., 1).

**3.6 ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA**

La estructura administrativa de la ESE Hospital San Nicolás de Tolentino está conformada por 3 áreas:

**a) AREA FUNCIONAL DE DIRECCIÓN CORPORATIVA**

Dirige, orienta y mantiene la unidad de objetivos e intereses de la organización, las expectativas de los usuarios, mercados, estrategias de servicios, asignación de recursos, adopción de normas de eficiencia y calidad.

**b) ATENCIÓN AL USUARIO**

Conformada por el conjunto de unidades funcionales, encargadas del proceso de producción y prestación de servicios de salud, atención administrativa demandada por el usuario.

Definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesario, para tal efecto, formas y características de la atención y la dirección y prestación del servicio.

**c) DE LOGÍSTICA.**

Comprende las unidades funcionales que ejecutan y coordinan con las demás áreas los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información para desarrollar los objetivos de la empresa; y realizar el mantenimiento de la planta física y sus dotaciones.

**3.7 FINANCIACIÓN**

La ESE financia su presupuesto mediante contrato celebrados con empresas promotora de salud ,Empresa Solidarias de Salud, caja de compensación familiar , entidades publicas , entes territoriales y particulares , mediante la aplicación eficiente de su recursos.

**3.8 COBERTURA DE USUARIOS**

Se tiene cobertura en régimen subsidiado de once mil setecientos veintiséis (11.726) afiliados que son administrados por la ARS mutual ser; esto representa el 60% de la población sisbenizada, otro porcentaje se observa en la siguiente tabla.



## TABLA DE COBERTURA DE USUARIOS

Distribución de frecuencias según tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud.

TIPO DE AFILIACIÓN	PORCENTAJE DE POBLACIÓN
No Subsidiado	60%
Contributivo	0.9%
Régimen especial	1.7%
No afiliado	37.4%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

Fuente: Secretaría de salud Municipal de Pinillos Bolívar

### 3.9 LOCALIZACIÓN

La ESE Hospital San Nicolás de Tolentino se encuentra ubicado en la calle principal N° 22-14. Tel. 6826026.

### 3.10 PROGRAMAS

La ESE presta servicio de:

Consulta externa en medicina, odontología y enfermería, servicio de laboratorio clínico, urgencia y hospitalización de baja complejidad, además se llevan acabo los programas:

- ❖ Detección temprana de las alteraciones en el menor de 10 años
- ❖ Detección temprana del cáncer en el seno
- ❖ Detección temprana del desarrollo del joven de 10 a 29 años
- ❖ Detección temprana del adulto mayor
- ❖ Atención al parto

- ❖ Atención al recién nacido
- ❖ Programa ampliado de vacunación (PAI)
- ❖ Atención en salud bucal
- ❖ Atención en planificación familiar
- ❖ Detección temprana del cáncer del cuello uterino
- ❖ Vigilancia epidemiológica.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 EVOLUCIÓN SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD

La salud ha sido siempre motivo de preocupación a nivel mundial y muchos son los conceptos que la definen.

A mitad del siglo XX la OMS (Organización Mundial De la Salud) define la salud como "un estado completo de bienestar físico mental y social que no consiste únicamente en la ausencia de enfermedades"<sup>1</sup>.

La cual propone un concepto positivo (no centrado en la idea de enfermedad) y un concepto integral que vea al individuo como ser bio-psico-social. Pero los críticos la consideran un concepto subjetivo utópico y estático.

Sin embargo a lo largo del tiempo se han sumado otros aportes sobre el concepto de salud como es:

- ❖ **Carácter dinámico (la salud como proceso)**
- ❖ **El carácter objetivo y subjetivo (vivir con el mínimo posible de limitaciones y dependencias de los demás para el bien sentir en relación con uno mismo y el entorno)**
- ❖ **Enfoque ecológico: la salud como resultado de la interacción y adaptación entre los individuos y el medio ambiente físico y social.**

<sup>1</sup>El constante estudio sobre los problemas de salud ha permitido observar que estos están relacionados con factores estrechamente ligados a comportamiento, el medio ambiente y aspectos biológicos.

A partir de estos análisis en 1974 M. Calonde construye un modelo clásico que comporta cuatro variables:

- ❖ La biología humana (dotación genética del individuo)
- ❖ El medio ambiente (condición del entorno del individuo)
- ❖ El estilo de vida
- ❖ El sistema de asistencia sanitaria

Las cuales concluyen que el nivel de salud de una comunidad va a depender de la interacción de estas variables; actualmente el nuevo concepto de salud, concilia la satisfacción de las necesidades y los ideales de salud y bienestar de la población y no es solo sinónimo de muerte, enfermedad o incapacidad.

#### **4.2 RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

Colombia tiene una ley principal llamada constitución nacional en los artículos 48 y 49 para garantizar el derecho de protección a la salud. Dando los beneficios para gozar de buena salud, para no enfermar o morir por descuido; por ello creo un sistema especial para los más pobres que no tienen capacidad de pago. A continuación señalaré las palabras más utilizadas al hablar de seguridad social las cuales se hace necesario entender:

**S.G.S.S.S.** Sistema General De Seguridad Social En Salud.

**R.S.S.S.** Régimen Subsidiado De Seguridad Social En Salud (cuando el Estado paga una parte del seguro para los más pobres del país).

---

<sup>1</sup> Hipertensión. Síntomas. Tratamientos mitos y realidades



**U.PC.** Valor del seguro que el estado paga a una administradora del régimen subsidiado (ARS) por cada persona de la familia para su atención en salud.

**SISBEN.** Sistema de identificación de beneficiarios utilizada para identificar y clasificar a las personas más pobres que tienen derecho al subsidio de salud o a otros subsidios; el Sisben entrega un carné que lo identifica como más pobre

**ARS.** Administradora del régimen subsidiado y son:

- ❖ Las cajas de compensación familiar (CCF).
- ❖ Empresas solidarias de salud (ESS)
- ❖ Entidad promotora de salud publicas, privadas o mixtas (EPS).

**IPS.** Institución prestadora de servicios de salud (hospitales, laboratorios, consultorios).

**P.O.S.S.** Plan obligatorio de salud subsidiado.

**PAB.** Plan de atención básicas: son las acciones básicas y gratuitas que el estado ofrece a la comunidad a través de sus instituciones de salud (vacunación, tratamiento de aguas, basuras etc).

**AFILIADO.** Persona inscrita en una ARS beneficiaria del subsidio por estar clasificada en el nivel 1 o 2 del Sisben.

Las personas beneficiarias del régimen subsidiado tienen derechos y deberes dentro del de un plan obligatorio de salud que ofrece servicios básicos en:

- ❖ Actividades de promoción y educación en salud
- ❖ Prevención y protección específica: son aquellas actividades que requieren atención de médicos, enfermeros y auxiliares para prevenir riesgos que amenazan la salud de los miembros de la familia.

- ❖ Acciones de recuperación: Atención sin hospitalización, atención con hospitalización, atención por especialistas sin hospitalización, atención de enfermedades de alto costo.

El afiliado también tiene deberes que asumir entre otros

- ❖ Cuidar de su salud y la de su familia, practicando las enseñanzas recibidas en la ARS donde esta afiliado.
- ❖ Cumplir horarios de atención
- ❖ Hacer sugerencias para mejorar servicios
- ❖ Participar en las asociaciones de usuarios y veedurías comunitaria.
- ❖ Elegir libremente su ARS

#### **4.3 DESARROLLO HUMANO**

En el siglo XX se consideraba el desarrollo con un enfoque fuera de la condición humana; las acciones estaban dirigidas a un proceso económico y al existencialismo (que hace negar al otro, duda de su capacidad de salir adelante). Después de la segunda guerra mundial se mira el desarrollo económico "el ser humano como recurso que sirve de insumo para la productividad".

Las consecuencias que se generaron a partir de estas concepciones fueron desequilibrio social, violencia, injusticia social, exclusión, relaciones conflictiva, actitud paternalista, entre otras. Luego se entra a mirar al desarrollo como bienestar social; este desarrollo contemplado como la satisfacción de necesidades básicas; el sujeto pasa a ser pasivo y medido, y el estado pasa a ser benefactor.

El desarrollo humano es sinónimo de inteligencia y amor se basa en la libertad (oportunidad).

- ❖ Ser aceptado en su legitimidad
- ❖ Con lata calidad de vida
- ❖ Participar activamente en las decisiones del destino propio y colectivo

- ❖ Es el incremento de las capacidades (retos) y las opciones mediante la formación del capital social (hombre, participación democrática, desarrollo sostenible)
- ❖ Lograr el desarrollo humano en la medida que damos la oportunidad al hombre
- ❖ Implica que nos formemos para servir desinteresadamente (Capacidad + Oportunidad + NBI) sin comprometer las generaciones futuras con actitud irresponsable

### **COMPONENTES BÁSICOS DEL DESARROLLO HUMANO**

- ❖ **EQUIDAD:** relación de sujeto a sujeto
- ❖ **PRODUCTIVIDAD:** Ingreso, eficiencia, eficacia y efectividad
- ❖ **SOSTENIBILIDAD:** asegurar el derecho al desarrollo que forma la generación futura
- ❖ **POTENCIACIÓN:** significa empoderarse adquiriendo conciencia de la toma de decisión de la propia historia, al participar activamente en la gestión comunitaria.

#### **4.4 Dimensiones Del Desarrollo Humano**

Contiene 3 instancias:

1. **Innovación social:** es el potencial latente en los asuntos comunitarios que cuando se dan de manera expresiva nos dan la libertad para encontrar la solución.
2. **Experimentación social:** viabilidad de diversas alternativas de desarrollo que se pueden dar al proyecto debe tener aplicabilidad en el cambio que nos pueda dar esa viabilidad
3. **Aprendizaje social:** las organizaciones sociales y las comunidades frente al aprendizaje de un desarrollo humano; la responsabilidad para facilitar la participación en el proceso del proyecto.

#### 4.5 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los conceptos sobre la evolución de la salud han generado planteamientos nuevos en cuanto a bases teóricas, formas de actuar y entender lo que es salud y enfermedad.

Por ello se ha hecho necesario desarrollar intervenciones ya no de tipo curativo si no encaminados en mejorar la salud de la población para aumentar su calidad de vida.

<sup>2</sup>La promoción de la salud fue identificada en la conferencia internacional de Ottawa (Canadá 1986) "como el proceso de capacitación de las personas para aumentar el control de su propia salud y para mejorarla"<sup>2</sup>. estableciendo además cinco (5) acciones a través de las cuales hacerlas posibles como son:

- ❖ Establecer políticas saludables
- ❖ Desarrollar actitudes y recursos personales
- ❖ Reforzar la acción comunitaria
- ❖ Crear un entorno saludable
- ❖ Reorientar los servicios de salud

La promoción de la salud es un conjunto de estrategias y actuaciones dirigidas a fomentar la salud en la población; tomando todas las medidas que contribuyen a mejorar los estilos de vida y el entorno, combinando entre si las cinco (5) acciones anteriormente mencionadas.

Este planteamiento considerado por "Calonde 1974 ha sido retomado por el servicio de salud de los Estados Unidos 1979. por su parte Colombia a adoptado como política del sector la promoción de la salud, propósito que implica desarrollar acciones dirigidas a modificar estilos de vida."<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Manual de la educación. Conferencia Ottawa (Canadá 1986)

## 4.6 LA PREVENCIÓN

La prevención abarca un significado muy amplio, pero básicamente apunta a las actuaciones que se emprenden con el fin de evitar la enfermedad, sus riesgos y consecuencias. Existen tres niveles en los cuales se intervienen.<sup>3</sup>

### LA PREVENCIÓN PRIMARIA

Busca evitar que se produzca la enfermedad; la "OMS la define como el conjunto de acciones destinadas a disminuir la incidencia de la enfermedad en una población, reduciendo la aparición de casos nuevos".

### LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

Tiene como objetivo evitar que la enfermedad una vez iniciada evolucione. Se trata de disminuir la aparición de nuevos números de casos y de realizar un tratamiento temprano para frenarla.

### LA PREVENCIÓN TERCIARIA

Se trata de mejorar la calidad de vida del enfermo mediante el tratamiento y la rehabilitación.

## 4.7 FACTORES DE RIESGO

La hipertensión arterial (HTA) representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebro-vascular e insuficiencia renal y contribuye significativamente a la retinopatía(1).

La HTA está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económico, social, cultural, ambiental y étnico. La prevalencia

<sup>3</sup> ministerio de salud. Promoción de salud y prevención de la enfermedad en la SGSS. 1996

está en aumento asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos. De los numerosos estudios, el realizado en Framingham demostró la asociación de la HTA con otras afecciones como la obesidad, diabetes mellitus, ingestión de alcohol y tabaquismo(2,3).

La prevalencia estimada en nuestro país está alrededor de los 2 millones de hipertensos y la incidencia de 0,4% anual, según reporta la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública de Cuba(4).

La HTA esencial es considerada de origen multifactorial, en la que se encuentran involucradas la herencia, factores ambientales, hemodinámicos y humorales entre otros.

Actualmente se ha postulado la importancia de los factores genéticos de la HTA esencial, demostrándose en varios estudios(5,6) que el antecedente familiar de HTA está fuertemente asociado al desarrollo de esta enfermedad.

La Primera Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de Cuba evidenció que del total de hipertensos detectados sólo 60,8% eran conocidos; esto se debe fundamentalmente a que la HTA esencial suele ser una enfermedad asintomática y sólo ofrece síntomas como expresión de un profundo daño de algunos de sus órganos diana(1).

Al avanzar la edad y sumarse además factores de riesgo, el hipertenso puede sufrir no sólo complicaciones cardiovasculares sino también renales, cerebrales o de arterias periféricas, que podían haberse evitado, aumentando así el promedio de vida y la calidad de la misma, por lo que el diagnóstico de la HTA en edades tempranas y su adecuado tratamiento y seguimiento constituyen los pilares fundamentales en los que se sustenta la disminución de la morbimortalidad en las décadas más avanzadas de la vida.

Teniendo en cuenta los argumentos anteriormente expuestos y considerando además que en nuestro país no se han realizado estudios que aborden específicamente los factores de riesgo que son capaces de influir en el

comportamiento de la HTA en el paciente de 35-60 años, es que decidimos realizar esta investigación.

#### 4.8 LA HIPERTENSIÓN

Se conoce como hipertensión "a la enfermedad en la cual la presión sanguínea permanece alta todo el tiempo no importando el momento y la actividad que la persona que la padece realice. Es además una enfermedad permanente y debe controlarse de por vida"<sup>4</sup>.

Para que nuestro organismo funcione de manera normal la presión sanguínea cumple un muy importante papel en el cual el corazón, cerebro, los riñones, e incluso los vasos sanguíneos. Además incrementa el riesgo de que se contraiga otras enfermedades, y es causa importante de muerte en muchas comunidades. Un gran número de personas a nivel mundial están afectadas y otros ni siquiera lo sabe, la hipertensión puede darse sin causa aparente pero también como resultado de enfermedades específicas.<sup>4</sup>

La hipertensión es una condición muy prevalente; cuya ausencia de síntomas la hace peligrosa, su detección en casi todos los casos se da en las visitas medicas por control de salud, en la que el profesional decide tomar la presión.

Existen raras excepciones en la que la hipertensión provoca síntomas en especial neurológicos como cefaleas las cuales son presencia de hipertensión secundaria; sumado a esto. La presencia de algunos factores como el grado de consumo de sal, el sobre peso, sedentarismo, el nivel de consumo de alcohol, tabaquismo, diabetes mellitus; la presencia de factores psico-sociales contribuyen a incrementar riesgos a una persona hipertensa.

Para el manejo efectivo de la hipertensión se requiere de la participación de la persona que la padece y su red de apoyo familiar y social dando mejores resultados

---

<sup>4</sup> Hipertensión síntomas y tratamiento, mitos y realidades

al tratamiento por que se comprenderá así las características y naturaleza del problema en cuanto a:

- ❖ Su responsabilidad en el desarrollo del plan terapéutico
- ❖ La importancia de las modificaciones del estilo de vida
- ❖ Los valores normales y anormales del TA (tensión arterial)
- ❖ Sus registros de TA individuales.
- ❖ La naturaleza crónica y asintomática de la HTA (hipertensión arterial).
- ❖ Las serias consecuencias de la HTA no controlada.

Para que las modificaciones del estilo de vida sean exitosas, los hipertensos deban aceptar su responsabilidad en el cuidado de su salud ya que sumado al tratamiento farmacológico estas modificaciones son de mucha importancia; por que s la HTA no es tratada muy seguramente puede que n ocurra nada o en el otro caso conllevara a complicaciones graves donde peligre la vida ; algunas de estas complicaciones mas exactamente son:

1. Derrame cerebral: por bloqueo de un vaso sanguíneo de los que llegan al cerebro ( arteriosclerosis ) o por hemorragia interna en el cerebro.
2. Ataque cardiaco: ( infarto) causado por la arteriosclerosis de las arterias coronarias que proveen de sangre al corazón
3. Insuficiencia cardiaca: agotamiento del corazón tras años de latir contra la presión alta.
4. insuficiencia renal: agotamiento de las funciones de los riñones debido a la constante presión alta.



5. Aneurisma arterial: debilitamiento de las arterias (aorta) combinada con la arteriosclerosis

6. Enfermedad vascular periférica: bloqueo de las arterias de las piernas por arteriosclerosis

### CAUSAS DE LA HIPERTENSIÓN

Se ha dicho de la hipertensión entre otras cosas, que ataca a una variedad de la población principalmente a los de raza negra pero no son inmunes los de raza blanca, niños, jóvenes hombres y mujeres. La hipertensión ha sido clasificada por los médicos por dos clases.

**HIPERTENSIÓN PRIMARIA:** producto de la herencia o genes (más del 90 % de los hipertensos tiene esta forma de la enfermedad) se dice que proviene de los genes ya que en los casos de miembros de una misma familia tienen esta enfermedad "los científicos creen que esto ocurre como consecuencia de un código genético que establece una presión sanguínea más alta de lo que se considera saludable<sup>5</sup>

<sup>5</sup>**HIPERTENSIÓN SECUNDARIA:** esta forma de hipertensión se debe a otras enfermedades que da por resultado de las descargas de varias hormonas en el torrente sanguíneo; lo que hace estimular el latido del corazón y constreñir las arterias hasta que la presión sanguínea se eleve. Por lo general las personas que padecen otras afecciones como la Diabetes, gota, trastornos lípidos y obesidad están más propensos a contraer la hipertensión secundaria.

---

<sup>5</sup> Hipertensión síntomas y tratamiento

## **VALORES DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

La organización mundial de la salud determino ciertos valores en el que se establece cuando una presión sanguínea es normal en una persona o cuando esta excede los parámetros o es anormal. Los valores óptimos de la presión es de 120/80 mm de mercurio (mmhg). La presión normal 130/85mmhg, alta normal 139/85 mmhg. 140/90mmhg y 160/95mmhg son consideradas ligeramente altas y la lectura sobre 160/95mmhg es señal de que existe hipertensión en esa persona.

## **MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

La presión sanguínea consiste en presión sistólica y presión diastólica.

La presión sistólica: es la presión más alta generada por el bombeo de cada latido del corazón. Cuando el corazón se contrae empuja la sangre a las arterias.

La presión diastólica: es la presión más baja en las arterias; ocurre en cada latido, cuando el corazón se relaja y se llena de sangre preparándose para el próximo latido. Cuando se toma la presión sanguínea se mide primero la presión sistólica y se registra arriba y la diastólica abajo así:

120-sistólica

80-diastólica

## **4.9 QUE ES EL TIEMPO LIBRE**

El tiempo libre es el espacio que déjale trabajo para un quehacer diferente. El trabajo y el tiempo libre forman un binomio importante a la hora de valorar la salud mental de una persona. El primero por que constituye uno de los ejes

fundamentales alrededor de los cuales gira la vida; el segundo, por que la salud mental se pone a prueba en el momento en que se enfrentan esos espacios de tiempo.

Las personas con problemas afectivos presentan un desequilibrio en aquellos momentos en los que mejor podrían ejercer su libertad. Esto se observa después de un fin de semana, cuando se aumentan las consultas medicas, ya que durante sábado y domingo estas personas han entrado en estado de apatía, angustia o se han refugiado en el alcohol, droga, etc. A medida que se disminuye las horas de trabajo aumenta el tiempo libre cuya característica es la libertad del individuo para ocuparlo, ya sea en actividades positivas, o dejando transcurrir sin ejercer la posibilidad de optar por aquello que le sea más satisfactorio. Esa libertad es más plena en los periodos del día laboral en los cuales el horario pone unas pautas de actividad fija.

La posibilidad que se tiene en esos espacios de libertad, para pensar sentir y decidir lo que uno quiere, hace el individuo más responsable de sus actos y de sus implicaciones, así de cómo lo que va a ser para orientar su vida por los caminos deseados.

#### **4.10 ACTITUDES POSITIVAS PARA EL AUTO CUIDADO DE LA SALUD**

En el campo de la salud y específicamente en la salud de los trabajadores existen una serie de conocimientos, actitudes y practicas que contribuyen a mejorar o a empeorar el estado de salud del individuo. Se define como actitudes positivas para el auto cuidado de la salud, toda las medidas y comportamientos que estén encaminados al propio cuidado de la salud.

#### **OBJETIVOS DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD**

Estimular el cambio de una actitud paternalista y pasiva a una actitud activa; lo que implica tomar la iniciativa y actuar en busca del bienestar deseado.

Lograr cambiar los hábitos, costumbres y actitudes frente al estilo de vida.

Generar niveles más alto en el autoestima, ya que el autocuidado es en gran parte el resultado de quererse

Concienciar de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo.

#### **4.11 EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE SALUD**

En el ámbito de la salud, se ha considerado la participación del profesional en el trabajo social como el recurso humano integrante del equipo multidisciplinario que coadyuva en la organización y el funcionamiento de instituciones de servicio de bienestar social para la población, lo cual permite operacionalizar la política a través de programas de asistencia, promoción social y desarrollo comunitario. En consecuencia se convierte en el vinculo natural de enlace de los recursos que ofrecen las instituciones y los grupos humanos que demandan los servicios.

El trabajo social, es una carrera de las ciencias sociales y uno de sus campos de intervención es la salud. El trabajador social en el área de la salud, es el profesional del equipo multidisciplinario que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud.- enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, y promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, planeación y programación, educación social, promoción, prevención, asesorías social y evaluación, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones del 1°, 2° y 3° nivel de atención.

La participación del trabajador social en el campo de la salud, se ubica claramente en el contexto de la prestación de los servicios y se traduce en la atención directa a la población a través de las instituciones del sector salud, fortaleciéndose en los programas de acción que se integran en cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales, que están vinculadas con el objetivo básico de democratizar la atención de la salud.

Los programas de acción que se derivan de estas estrategias, tienen que ver con la Promoción para la Salud y la Participación Social como parte sustantiva del logro de sus metas. En todos ellos el Trabajador Social, en su intervención con el equipo de salud, es coadyuvante para el logro del impacto en la salud de la población, y es considerado por la formación social y habilidades para analizar la problemática de salud con un enfoque integral, su interrelación con la población demandante de los servicios y con el equipo de salud así como en el desarrollo de metodologías de las ciencias sociales; todo lo cual le permite conocer e interpretar las necesidades relacionadas con la salud, e implementar acciones para promover la participación, organización y capacitación de la población en la búsqueda de soluciones a esos problemas detectados. Y así mejorar su nivel y condición de vida.



**CAPITULO II**

**CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA**

**5.1 CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERINCIA**

**Municipio de Pinillos:** Pinillos es un municipio del sur de bolívar que se localiza en la isla Santa Bárbara de la denominada depresión Momposina geográficamente sus fronteras son: al norte limita con el municipio de Mompos, al nororiente con Margarita y San Fernando, al oriente con Hatillo de loba, barranco de loba y Altos del Rosario, por el sur limita con Tiquisio nuevo, y por el occidente Magangue y Achí.

El municipio de forma alargada tiene un área de 1.513 km<sup>2</sup> a una altura de 25 metros sobre el nivel del mar.

Su división político-administrativo esta constituido por 23 corregimientos, 17 veredas; su población es de aproximadamente 30.167 habitantes.

Población por grupo etareo Pinillos 2003.

Grupo etareo	Población
Menores de un año	1150
1 a 4 años	3747
5 a 14	8734
Edad escolar de 5 a 17 años	9967
15 a 44 años	12545
45 a 59 años	2467
60 y más años	1532
Población total	30167

Fuente: proyección DANE año 2003.

**Vivienda.** Desde el punto de vista cualitativo las viviendas del municipio son generalmente pequeñas, predomina las que están construidas con bloques de cemento y madera; encontrándose de manera esporádica las de bahareque cuyos techos son de palma, zinc, eternit; pisos de tierra, baldosas. Sin embargo puede decirse que cuentan con las condiciones mínimas de habitabilidad, siendo estas proporcionales al número de personas que viven en ella.

Las viviendas están organizadas a lo largo de calles pavimentadas y transitables gracias al programa de plan Colombia donde se logró el mejoramiento del estado físico de esta.

**Servicios públicos.** En cuanto a sus servicios públicos, según el censo realizado a nivel de Pinillos el 95% de las viviendas cuenta con el servicio de agua, servicio de energía, alcantarillado; el 20% cuenta con servicio telefónico. Predomina la utilización de la leña en la preparación de los alimentos ya que no existe el servicio de gas (natural) siendo este reemplazado por la venta particular del gas propano.

De los 23 corregimientos que posee el municipio solo el 8% cuenta con el servicio de agua, alcantarillado sin mencionar las veredas donde solo existe el servicio de energía eléctrica; utilizando el agua del río Magdalena sin ningún tipo de tratamiento especial lo que ocasiona la proliferación de enfermedades parasitarias entre otras

**Infraestructura y Medio de Comunicación.** El río Magdalena es el único medio de acceso al municipio; utilizándose el transporte fluvial como medio de comunicación con otros municipios del país. El río además representa una fuente indispensable de ingresos de muchas familias que encuentran su sustento por medio de la pesca.

Por vía terrestre posee caminos diseñados para desplazarse a los diferentes corregimientos y veredas.

En cuanto a su infraestructura Pinillos posee instituciones educativas formales e informales.

- ❖ Colegios de bachiller, escuelas en todos sus corregimientos y veredas
- ❖ Sede del SENA (1)
- ❖ Emisora local (1) comunitaria
- ❖ Campos deportivos en todos los corregimientos
- ❖ Biblioteca pública (1)
- ❖ Hospital (1) y puestos de salud en 8 corregimientos
- ❖ CAP de policía
- ❖ Sede de pago de servicios públicos (1)
- ❖ Banco agrario (1)
- ❖ Iglesias en todos sus corregimientos y veredas predominando la fe protestante y católica
- ❖ Almacén
- ❖ Droguerías (5)
- ❖ Salón comunal por cada corregimiento.

– Sin embargo esta infraestructura no garantiza a sus habitantes un verdadero desarrollo económico y sostenible.

**Organizaciones Sociales.** La existencia de las organizaciones dentro de una comunidad es un factor importante para que en esta se den polos de desarrollo; en el municipio de Pinillos predomina diferentes tipos d organizaciones comunitarias como:

- ❖ Asociaciones campesinas (para cultivos de tierras)
- ❖ Asociaciones de madres comunitarias por corregimientos
- ❖ Asociaciones de padres de familia por corregimientos
- ❖ Grupos juveniles (5)
- ❖ Grupos culturales de danza y recreación en cada corregimiento
- ❖ Grupos religiosos a lo largo del municipio
- ❖ Grupos deportivos por cada corregimiento



**Nivel Educativo.** En la actualidad la población educativa se discrimina de la siguiente manera:

Niveles	Estudiantes Matriculados
Preescolar	1.200
Primaria	4.188
Secundaria y media	1413
Total	6721

Fuente: Jefatura núcleo educativo de Pinillos 2003

El difícil acceso a las instituciones educativas por falta de ingresos económicos contribuye al aumento del número de personas sin alternativas de capacitación conllevando así a la pobreza.

**Aspecto Socioeconómico.** En el aspecto socioeconómico esta poblaciones dedica a la pesca, la agricultura no tecnificada, a un comercio incipiente y solo unos pocos vinculados al cargo estatal donde obtienen sus ingresos económicos.

Sin embargo, las condiciones socioeconómicas en la que se desenvuelven no satisfacen sus necesidades básicas; lo que conlleva a la falta de acceso a una vivienda, empleo digno o un nivel de salud precario, necesidades en materia educativa y falta de oportunidades para impulsar un desarrollo sostenible.

Lo anterior trae como consecuencia una calidad de vida con muchas limitaciones que a fin de cuenta tienen su impacto en la salud física y mental de sus habitantes que cuentan con un sistema local de salud en crecimiento, conformado por la dirección local de salud, una ESE de primer nivel de atención, cuatro(4) centros y cuatro(4) puestos de salud ubicados en los corregimientos.

### Recurso Humano o Localidades y Organismos de Salud Pinillos 2003

Localidad	Tipo De Organismo	Medico Permanente	Odontólogo Permanente	Auxiliar De Enfermería	Promotor De Salud
Palomino	C. Salud	X	X	X	X
Palenquito	C. Salud	X			X
Armenia	C. Salud	X			X
Conchitas -	C. Salud	X	X	X	X
Santa Coa	C. Salud				X
Puerto López	C. Salud	X			X
Rufina	C. Salud			ENFERMERO	
Santa rosa	C. Salud				X

La atención a las comunidades donde no hay recurso humano permanente se realiza a través de visitas periódicas de estos profesionales denominadas penetración rural; las que se caracterizan por la prestación de servicios de tipo curativo y otros pocos de promoción y prevención.

Desde el punto de vista epidemiológico el municipio presenta un perfil propio de comunidades marginales, caracterizada por enfermedades infecciosas como la infección respiratoria aguda (IRA). La enfermedad diarreica aguda (EDA) incluyendo la parasitosis intestinal y enfermedades infecciosas de la piel; se suman también las enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares, diabetes y artritis reumatoide que ha tenido gran impacto en la comunidad que cada año cobra su numero de victimas.

## Causa De Morbilidad Por Consulta Externa

### ESE Hospital San Nicolás de Tolentino Año 2003

Eventos	Numero	% en la población
IRA	1593	33%
Infección vía urinaria	629	13%
Enfermedad ácido péptica	541	11.1%
Síndrome anémico	389	8.0%
EDA	375	7.7%
Parasitosis Intestinal	274	5.6%
Lumbalgia	242	5.0%
Faringe Amigdalitis	238	4.9%
Enfermedades Cardiovasculares	135	2.8%
Escabiosis	82	1.7%
Otras Causas	349	7.2%
<b>Total</b>	<b>4849</b>	<b>100%</b>

Fuente: Secretaría de Salud

Sin embargo hay que destacar que a nivel de programas, se han presentado propuestas de prevención y promoción para mejorar la atención de enfermedades que son consultadas a nivel de la ESE y puestos de salud, con excepción de las enfermedades cardiovasculares para la que no se cuenta en las zonas rurales con un programa de atención integral que mejora la situación existente.

A partir de la citación planteada, se entra a identificar las necesidades de atención que tienen las personas que padecen de estas enfermedades pero específicamente con la población de hipertensos. Se realizan visitas domiciliarias y una encuesta constituida por preguntas abiertas y cerradas de conocimiento que el hipertenso tiene de su enfermedad, apoyo familiar, control de medicamentos, factores de riesgo, pertenencia al club de hipertensos de la ESE. "Ver anexo (encuesta al

hipertenso)". La población a la que se le aplicó la encuesta esta conformada por los hipertensos que registra la ESE y o con riesgo a padecer la hipertensión en edades entre 35 y 75 años.

La muestra tomada fueron los hipertensos que han sido registrados en las listas de controles de la ESE cuyo numero es de 240 personas

### **CAPITULO III**

#### **PROPUESTA DE GESTIÓN**

##### **6.1. NOMBRE DEL PROYECTO**

Atención integral de la ESE Hospital San Nicolás de Tolentino y a su grupo familiar residentes en el área rural.

##### **6.2. PROBLEMA OBJETO DE INTERVENCIÓN**

Falta de atención integral de hipertensos afiliados al régimen subsidiado; usuario de la ESE Hospital San Nicolás de Tolentino que reside en el área rural del municipio de Pinillos.

##### **6.3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA OBJETO DE INTERVENCIÓN**

La ESE Hospital San Nicolás de Tolentino, aunque lleva a cabo un programa de atención integral al adulto (detección del hipertenso) y cuenta además con el club de hipertensos, no atiende de manera integral a gran parte de la población subsidiada que padece de esta enfermedad por encontrarse en lugar de difícil acceso geográfico (los hipertensos de estas comunidades son en su mayoría de edad avanzada lo que ocasiona molestias para el traslado a la cabecera).

Sin embargo existen puestos de salud en estas comunidades las cuales dirige la ESE; donde se presta atención básica (control de la presión y control de medicamentos) lo cual no es suficiente si se tiene en cuenta que la salud maneja una integralidad que comportan no solo el bienestar físico si no mental y social del individuo y es tan bien el derecho inalienable donde no importa raza, ideología condición socio cultural entre otros.

Las faltas de estrategias para brindar un servicio integral a la población que habita en los corregimientos, (existe 20 - 30 usuarios hipertensos declarados por comunidad, desconociéndose aun el numero de personas potenciales a padecer esta enfermedad) trae consigo debilidad al tratamiento que se esta ofreciendo al hipertenso; puesto que este debe manejar condiciones especiales como es el estilo de vida ( hábitos alimenticios, relaciones sociales, utilización del tiempo libre entre otros).

Que se constituye en factores determinantes que deben ser orientados ; en el mejor de los casos de manera interdisciplinaria por personal capacitado que aporte desde su disciplina la formación educativa y social que ello requiere. Además de información suficiente para que el hipertenso conozca de su enfermedad.

La falta de educación en salud trae consigo efectos negativos como el desconocimiento de factores de riesgo entre otros, que son básicos e importantes que lo identifique un hipertenso, para el cuidado de su salud; pero no se le ha brindado a la comunidad estas herramientas para sobrellevar la enfermedad y prevenirla desde el ámbito familiar.

Lo anterior también desestimula la practica de estilo de vida saludable; al no existir grupos que reciban formación y capacitación permanente para la población hipertensa usuaria de la ESE que habita en diferentes comunidades aledañas

#### **6.4 DESCRICION DEL PROYECTO**

El proyecto "Atención integral a la población hipertensa de la ESE hospital san Nicolás de Tolentino y a su grupo familiar residente en los corregimientos".

Busca crear vías de acceso que abarque a la población usuaria que no esta recibiendo atención completa para el debido tratamiento de la hipertensión. se requiere de la planificación de estrategia como es la de organizar, consolidar e institucionalizar grupos de hipertensos a nivel de sitios de residencia de los usuarios, de tal forma que brinde una oferta permanente y de realización de

actividades que promuevan su uso consistente sin ningún tipo de obstáculo, lo que repercutirá en aumento de cobertura y por ende el mejoramiento de la condiciones de salud de la población afiliada.

Esta propuesta permitirá orientar el programa de adulto y adulto mayor ampliando el radio de acción al contexto familiar y social de los usuarios; para complementarse con los servicios asistenciales básicos, que actualmente se prestan en los centros de salud.

Para la realización de la propuesta se requiere de un trabajo interdisciplinario como institucional y la vinculación de otros sectores que aporten al desarrollo de actividades de formación educativa, recreativa y cultural para la promoción de la salud en todos sus aspectos.

Busca además estimular la participación de la comunidad en el mejoramiento de los servicios en salud que se les esta ofreciendo ya que todo usuario tiene derecho a una atención integral en salud.

## **6.5 POBLACIÓN BENEFICIADA**

El proyecto de atención integral al hipertenso se llevará a cabo con la población usuaria afiliada al régimen subsidiado de la ESE cuya totalidad es de 240 personas, 110 hombres y 130 mujeres en ocho (8) corregimientos (Palomino, Palenquito, Armenia, Las Conchitas, Santa Coa, Puerto López, La Rufina, Santa Rosa) perteneciente al municipio de Pinillos. El estado civil prevaleciente es: casados un 80% solteros un 10% viudos un 9% separados 1%.

Este proyecto va dirigido a personas con edades entre 35 y 75 años residentes en los ocho (8) corregimientos y como población beneficiaria indirecta el grupo familiar del paciente y comunidad en general.

Estos grupos específicos se caracterizan por pertenecer a familias muy numerosas cuya escolaridad predominante es primaria y bachiller incompleto; dedicados a

actividades domésticas, agricultura, ganadería. Cabe resaltar el bajo ingreso económico que en general para estas personas es menor al salario mínimo establecido.

## 6.6 JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial desde hace mucho tiempo se ha constituido en causa frecuente de mortalidad; afectando principalmente a la población que comprende las etapas entre adultez madura y senectud (35 – 90 años); gracias al conocimiento que se tiene de esta enfermedad se hace necesario plantear propuestas que permitan de manera oportuna brindar herramientas a la población usuaria de la ESE, sobre los hábitos de auto cuidado que conlleven a la prevención y tratamiento de la enfermedad.

La ESE Hospital San Nicolás de Tolentino le atañe la responsabilidad de atender a la población rural que padecen de hipertensión; pero solo basa la tensión de esta en forma asistencial y tratamiento con medicamentos; sin tener en cuenta aspectos importantes del paciente como la parte ocupacional, uso adecuado del tiempo libre, estilos de vida saludables entre otros; se hace apremiante que se realicen acciones que fortalezcan el programa existente y que además abarque a la población rural para resolver necesidades de tipo social, ocupacional, cultural, fomentar la educación a los usuarios afectados y a su grupo familiar para beneficio de la comunidad en general y el fortalecimiento del programa de atención integral.

Lo anterior sumado a que la hipertensión es un riesgo de enfermedad cardiovascular con un total de consulta de 135 en la ESE; se constituye un problema mayor siendo esta un enemigo silencioso, puede ser mortal o en su defecto costosa, sin embargo si es trabajada desde su control y prevención, se bajan costos para beneficio tanto de los usuarios como de la institución.

Otra de los aspectos que trata la propuesta es la familia con la que se pretende trabajar de manera integral para que se convierta en red de apoyo, indispensables para el control y prevención de tal manera que se haga una realidad esos cambios



de hábito y costumbre alimenticia, modificación del estilo de vida para el tratamiento del hipertenso.

## **6.7 OBJETIVOS**

### **6.7.1 Objetivo General**

- ❖ Implementar estrategias para la atención integral del hipertenso usuario de la ESE Hospital San Nicolás de Tolentino y su grupo familiar residente en ocho (8) corregimientos con el fin de fomentar estilos de vida saludables encaminados a la prevención de la enfermedad dentro del grupo familiar.

### **6.7.2 Objetivos Específicos**

- ❖ Conformar un grupo interdisciplinario dentro de la ESE que brinde al hipertenso usuario y su grupo familiar una atención integral
- ❖ Crear y consolidar grupos con los hipertensos declarados y los de riesgo que sean usuarios de la ESE y reciban atención en los puestos de salud que esta dirigen
- ❖ Orientar y fortalecer la unidad familiar para asegurar el control y seguimiento del hipertenso a fin de mejorar su condición de salud dentro del contexto donde se desenvuelve

## 7. METODOLOGÍA

La propuesta comprende una metodología de IAP ( Investigación, Acción, Participativa ) en términos de su desarrollo; se llevara a cabo en varias etapas para la consecución de los objetivos trazados y garantía de óptimos resultados en la ejecución de la misma.

### **Etapas de organización**

Esta etapa consistió en establecer un plan organizado a partir de los resultados que arrojó el diagnóstico sobre la necesidad sentida de la comunidad. Para ello:

- ❖ Se focalizó la población objeto que son los hipertensos y los potenciales usuarios de la ESE en los diferentes corregimientos.
- ❖ En esta etapa también se gestionarán recursos de la ESE y otros sectores indispensables en la ejecución del proyecto.
- ❖ Se organizarán equipos internos con los profesionales existentes de manera coordinada, que permita desarrollar un trabajo integral para la comunidad
- ❖ Se establecerán cargos y funciones para la estructura administrativa

### **Etapas de conformación de los grupos**

Comprende a si mismo unas sub etapas que son:

- ❖ Promoción y sensibilización: que incluyó la previa convocatoria de la población objeto; esta etapa permitió formar sobre los aspectos más importantes del proyecto, sus beneficios, y valorar expectativas de la comunidad.

- Comunicación a la población en general.
- Captación e inscripción de los grupos en cada lugar específico

### **Etapas de capacitación**

Es fundamental que dentro de cualquier plan a seguir ofrecer el suficiente conocimiento, el que aporte el equipo y que reciba el grupo (hipertenso) por tanto en esta etapa se desarrollaron temáticas para la comprensión de conceptos sobre salud y enfermedad como son: signos, síntomas, consecuencias, tratamiento y control de la enfermedad, factores de riesgo, hábitos saludables, influencia de factores de riesgo y estilos de vida sobre la salud; otras temáticas como el uso adecuado del tiempo libre, sexualidad, conocimientos de uno mismo (autoestima), la comunicación, resolución pacífica de conflictos entre otros.

Estas temáticas se trabajaron a través de talleres donde se utilizara una metodología práctica y dinámica.

Se programaron actividades de tipo recreativo como deportes, celebración de fechas especiales, integraciones, rescates de tradiciones típicas que el grupo conozca y quiera enseñarlo a la comunidad.

### **Evaluación y proceso de retroalimentación**

Se propone en esta etapa del proceso que la responsabilidad asumida por el equipo y la comunidad beneficiaria, logre los objetivos trazados. Para ello, se realizarán autoevaluaciones donde se demuestren los resultados en cuanto a consecución de metas con el fin de evidenciar falencias relacionadas con la parte administrativa y apoyo logístico; que conlleve a replantear estrategias y obtener óptimos resultados en este proceso.

### **Metas**

La propuesta plantea las siguientes metas, las cuales están relacionadas con el cumplimiento de las estrategias que se utilizaran en su implementación.

### **Metas generales**

- ❖ Que a través del equipo interdisciplinario se atendieran (30) hipertensos y detectados un número adicional de pacientes propensos en cada puesto de salud, logrando con ello mejorar el tratamiento medico asistencial que se viene ofreciendo al hipertenso.
- ❖ Que a través de los grupos creados y consolidados de hipertensos y en riesgo se ofreciera un completo seguimiento, control y manejo de la enfermedad con el apoyo de su grupo familiar.
- ❖ Que a través de actividades de promoción, capacitación y recreación el hipertenso sea una persona activa que cuida su salud y participa en su comunidad.
- ❖ Que a través de las orientaciones brindadas al hipertenso y su grupo familiar hayan resuelto sus inquietudes en materia de salud; cambiando su estilo de vida y creando un sentido de responsabilidad de su salud y la de su comunidad.

### **Metas específicas**

- ❖ Atender a través del grupo interdisciplinario una vez por semana a los hipertensos declarados en cada puesto de salud.
- ❖ Inscribir y captar el mayor número posible de hipertensos no declarados por cada jornada de atención en los puestos de salud
- ❖ Realizar cronograma de actividades de atención por comunidad.

- ❖ Realizar cinco talleres de capacitación y orientación en salud física y mental a los diferentes grupos de hipertensos.
- ❖ Conformar un grupo de hipertensos de 30 o mas personas por cada centro de salud.
- ❖ Realizar tres visitas domiciliarias por cada hipertenso, para hacer un seguimiento de su dieta, peso corporal, apoyo familiar, toma de medicamentos y detectar falencias que estén obstaculizando el tratamiento en el paciente.
- ❖ Garantizar a través de las emisiones radiales de la ESE, la promoción del proyecto con los hipertensos.
- ❖ Garantizar el aporte de la ese para la elaboración de afiches, plegables, que inviten a la comunidad a participar.
- ❖ Realizar una caminata saludable con cada grupo de hipertensos.
- ❖ Garantizar la realización de una reunión de integración e intercambio de experiencias entre los grupos de hipertensos.
- ❖ Realizar un taller de motivación a los funcionarios de los puestos de salud sobre el trabajo interdisciplinario en la atención integral del hipertenso.
- ❖ Realizar una reunión de auto evaluación con los funcionarios de los puestos de salud.
- ❖ Garantizar la participación de otros sectores como el de la policía, en la realización de cursos y manualidades para el desarrollo de actividades saludables en la utilización del tiempo libre.

ESC. HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO Municipio de Pinillos Bol.

CRONOGRAMA PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROYECTO ATENSION INTEGRAL AL HIPERTENSO AREA RURAL

MESES ACTIVIDADES SEMANAS	JUNIO					JULIO					AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Conformación de equipo de trabajo interdisciplinario																																			
taller de motivación a funcionarios que conforman el equipo interdisciplinario																																			
Establecer funciones para los miembros del equipo																																			
Emisión radial de promoción del proyecto																																			
Elaborar afiches plegables para la promoción del proyecto																																			
Realizar cronograma de actividades de atención por centros de salud																																			
Inscribir y captar el mayor # de hipertensos y propensos usuarios de la ESE en los corregimientos																																			
Conformar un grupo de hipertensos de 30 o más personas por cada puesto de salud																																			
Realización de 5 talleres por grupos																																			
visitas domiciliarias a hipertensos																																			
Realizar caminatas saludables con cada grupo de hipertensos																																			
Reunión de integración de intercambio de experiencias con los grupos de hipertensos																																			
Reunión de autoevaluación con los funcionarios del equipo interdisciplinario																																			
Participación de la policía																																			

**11. PLAN OPERATIVO**  
 Plan operativo para la implementación del proceso de Alineación Integral en la ESE Hospital de SAN TOLENTINO en el área rural del municipio de Píñillos Bolívar

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	POBLACION BENEFICIARIA	CANTIDAD UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	TIPO DE INVERSION	
					COMPRA INSUMOS	GASTO TRANSPORTE
1 Conformación de Equipo de trabajo interdisciplinario	Comunidad Hipertensos	1 Equipo			4000	
2. Taller de motivación a funcionarios que conforman el equipo interdisciplinario	funcionamiento	1 Reunion	20.000	20.000		
3. Establece función para los miembros						
4. Emisión radial de promoción del proyecto de atención Integral en los puestos de salud	Comunidad	5 al año				
5. Elaborar afiches, plegables para la promoción del proyecto.	Comunidad	200 unidades				
6. Realizar cronograma de actividades de atención por comunidades	Comunidad		8.000	8.000		
7. Inscribir y captar el mayor número de hipertensos y propensos usuarios en los corregimientos	Comunidad		10.000	10.000		
8 conformar un grupo de hipertensos de 30 o mas personas por cada puesto de salud.	Comunidad					
Realización de 5 talleres por grupos - temas	Comunidad					
- Todo sobre la hipertension						
- Utilización del tiempo libre						
- Auto estima						
- Sexualidad				50.000		
- Participación Comunitaria en Salud						
- Visitas domiciliarias a hipertensos	Comunidad					
- Realizar Caminata saludable con cada grupo de hipertensos	Comunidad					
- Reunion de integración e intercambio de experiencias con los grupos de hipertensos	Comunidad					
- Reunion de autoevaluación con los funcionarios del equipo interdisciplinario.				50.000		
- Participación de la Policía						
<b>SUBTOTAL</b>				<b>138000</b>		<b>100.000</b>

## SISTEMA DE EVALUACIÓN

La evaluación como parte del proceso administrativo nos permite discernir sobre la forma como se ejecutó el proceso; si se alcanzaron o no las metas para ello se manejarán unos indicadores de evaluación.

### INDICADORES DE PRODUCTO

Se relaciona con el cumplimiento o no de las actividades y su grado de cumplimiento.

$$G-C = A.E/A.E/A.P \times 100.$$

G-C = Grado de cumplimiento.

A.E = Actividades ejecutadas.

A.P = Actividades planteadas

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de hipertensos atendidos en los puestos de salud}}{\text{N}^\circ \text{ de hipertensos programados}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de controles para los hipertensos realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de controles programados}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de actividades programadas}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de orientaciones realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de orientaciones programadas}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de hipertensos inscritos (captados)}}{\text{N}^\circ \text{ de hipertensos programados}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de talleres realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de talleres programados}} \times 100$$



N° de visitas domiciliarias realizadas x 100

N° de visitas domiciliarias programadas

N° de emisiones radiales realizadas x 100

N° de emisiones radiales programadas

N° de afiches plegables realizados x 100

N° de afiches plegables programados

N° de caminatas realizadas x 100

N° de caminatas programadas

N° de reuniones realizadas x100

N° de reuniones programadas

N° de talleres de motivaciones realizados x 100

N° de talleres de motivaciones programados

N° de reuniones por auto evaluación realizadas x100

N° de reuniones por auto evaluación programadas

N° de participaciones de otros sectores (policía) realizados x 100

N° de participaciones de otros sectores programados

## INDICADORES DE GESTION O PROCESO

En este sentido se utilizará indicadores cualitativos como:

CALIDAD: Se relaciona con el empleo o no de técnicas apropiadas durante la ejecución del plan.

OPORTUNIDAD : Si las acciones previstas se ejecutaron durante los plazos previstos y si los recursos se dispusieron en el tiempo estipulado.

EFICIENCIA: tiene que ver con la relación costo-beneficio de la acción.

EFICACIA: relacionado con el cumplimiento o no de los objetivos de cada actividad.

### **INDICADORES DE IMPACTO**

Este indicador es relacionado con la implementación de la estrategia de atención en los ocho corregimientos.

Beneficios de la atención antes y después de la implementación de la estrategia de grupos de hipertensos.

- Números de hipertensos detectados antes y después de la estrategia
- Características de la atención al hipertenso antes y después de la estrategia
- Grado de conocimiento antes sobre la hipertensión y auto cuidado de la salud antes y después de la implementación de la estrategia.

### **7. PROCESO DE ACCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL PROCESOS SOCIALES GENERADOS**

En el desarrollo mismo de la acción profesional de trabajo social se generan procesos sociales valiosos que permiten el crecimiento personal y fortalece la intervención profesional futura pues es posible revisar la experiencia en la que se participo y ver la construcción de los parámetros que la enriquecieron e hicieron realidad.

### **GESTION**

Gestión y proyecto van de la mano y es inherente al trabajo social; gestionar bien garantiza el logro del propósito trazado además de servirnos para atender y resolver las necesidades que se van presentando cuidando bienes o intereses ajenos en procura del bienestar a quien pertenece.

En el proceso de intervención de la práctica, ha sido clave ser el facilitador de los procesos concernientes a la atención integral del hipertenso de la ESE hospital san Nicolás de Tolentino, relacionados con todo lo que tiene que ver en la consecución de recursos, diseños de estrategias en la atención del usuario hipertenso, garantizando la construcción de mejores relaciones sociales del enfermo y su grupo familiar, prestando las orientaciones necesarias para que estos mismos pongan en juego todas sus capacidades, habilidades y creatividad en el cuidado de su salud, coordinando también con el equipo interno para que de manera organizada se atienda al hipertenso de las zonas rurales y se resuelvan a sí mismo los reclamos en materia de medicamentos para que estos lleguen oportunamente puesto que anteriormente fue uno de los problemas constantes que asumían los pacientes sin obtener respuestas efectivas a sus necesidades.

### **INTERACCIÓN**

La interacción como un proceso social en el ámbito de la práctica y a partir de la intervención misma; se puede decir que se desarrolló a través de acciones con el equipo interno de la institución y los usuarios beneficiarios del proyecto, abarcando a sí mismo el contexto familiar y social de este.

Lo anterior hizo posible la optimización y facilidad para la atención de los usuarios hipertensos.

### **PARTICIPACIÓN**

La participación como proceso se hizo evidente al momento de llevar a cabo cada actividad y las metas trazadas dándose en diferentes niveles; siendo los usuarios hipertensos, familia, comunidad, institución y la estudiante los actores responsables.

Los usuarios: como agente activo en el cuidado de su propia salud al momento de ser parte del grupo, en asistencia, permitir que se generaran procesos de comunicación a través de talleres y otros.

La estudiante y el equipo interno:

Al ser generadores de las estrategias efectivas de sensibilización, motivación; con los cuales, se hizo posible la participación por parte del usuario, familia y comunidad en general.

### 7.1 LOGROS

La experiencia del trabajo social en el área de la salud adquirida a través de la practica; generan resultados importantes a nivel profesional, personal y organizacional los cuales permiten confrontar el proceso mismo, en cuanto a participación de quien lo lidera, el aporte en conocimiento ofrecido, la receptividad de la comunidad y la presencia del sistema de salud.

El proyecto de acción cuyos objetivos apuntaban al implemento de estrategias para la atención integral del hipertenso en el área rural del municipio de pinillos. Estaban encaminados a la consecución de logros de metas concretas que lo hicieron posible; puede decirse que se alcanzaron no de manera completa; pero si los fundamentales tales como la organización de grupos de hipertensos a nivel del sitio de residencia, trabajar con el equipo interno de la ESE para una atención integral del hipertenso; capacitar en materia educativa a los mismos y su grupo familiar para el auto cuidado de la salud.

### 7.2 LOGROS PERSONALES

Al entrar a hacer practicas en un nuevo campo; se generan muchas expectativas, al igual que temores producto de la incertidumbre que trae el cambio y la demanda personal que nos exige este nuevo campo; donde mostramos lo mejor de cada uno de nosotros como persona y futuro profesional.

Sin embargo este es un camino ascendente, por que contribuye al crecimiento personal, intelectual, nos sensibiliza por medio del contacto directo con la otra persona, familia y comunidad en general. Somos entonces responsables de generar a través de nuestra intervención el cambio de una realidad presente en la que se requiere modificaciones que mejoren la presente y en la que aprendamos cada día.

Más a final de cuenta obtenemos satisfacciones por los logros alcanzados, por lo que dimos de nosotros mismos y por que a nivel personal aprendimos para recoger los frutos sembrados.

### **7.3 LOGROS PROFESIONALES**

Para asumir las responsabilidades desde trabajo social en una institución de salud se requiere de un perfil específico.

La formación académica es sin lugar a dudas el soporte coyuntural de el estudiante y como tal para mi se ha constituido de manera positiva en la base fundamental de formación profesional que me permite intervenir en el sector de la salud.

A si mismo trabajar con el área de sector salud desde trabajo social, coordinando acciones e interactuando con un equipo interdisciplinario enriquece mi proceso de formación profesional, por que aporta elementos nuevos, y propone retos que se convierten en espacios del accionar.

### **7.4 LOGROS ORGANIZACIONALES**

La universidad es el principal motor de la formación profesional; así mismo las instituciones con las cuales se establecen aquellos convenios para llevar a cabo las practicas; donde semestre a semestre se convierten en un amplio abanico de posibilidades reciprocas (estudiante-institución). Estas instituciones complementan de manera practica too ese bagaje teórico que recibe el estudiante y crea oportunidades no solo de acceso temporal si no también permanente ya que este aspecto de intervención permite retro alimentar los nuevos conceptos que cada año se incrementan permitiéndoles estar a la vanguardia de esos avances en materia de intervención.

## **8. EVALUACIÓN DE RESULTADOS POR COMPONENTES**

Los resultados de los componentes del proyecto de atención integral a la población hipertensa de la ESE hospital San Nicolas de Tolentino y a su grupo familiar en el área rural; se desarrollaron de manera positiva; a saber:

- Etapa organización
- Etapa conformación de grupo de hipertensos
- Etapa capacitación

Además se hace necesario mencionar:

- La gran aceptación que tuvo la propuesta dentro de las comunidades.
- La colaboración frente a una actividad que beneficiaba a familia y comunidad en general.
- La realización de todas las actividades propuestas con el cumplimiento de sus objetivos.

### **ETAPA ORGANIZACIÓN**

Para esta etapa de organización en los corregimientos (Palomino, Palenquito, Armenia, Las conchitas, Puerto Lopez, Santa coa, La rufina, Santa rosa) se puede decir que el grado de eficacia en lo que respecta a:

- Focalización de la población objeto usuaria de la ESE.
  - Gestión de recursos de la ESE para poner en marcha el proyecto.
  - Organización del equipo interno con los profesionales.
  - Establecimiento de funciones de la parte administrativa para llevar a cabo;
- Se logro de manera satisfactoria dando así las sólidas bases para la continuidad del proyecto.

### **GRADO DE EFICACIA**

Siendo la eficiencia resultado producto final / insumos partiendo de la base puede decirse que la eficiencia del componente fue de un 100% debido a que se contó con los insumos suficientes para la realización de los objetivos tratados: ya que fue posible focalizar a la

población objeto para los registros de la ESE lográndose esta información indispensable en los puestos de salud.

Por su parte la ESE garantizó el transporte ya que este cuenta con vehículo disponible, lo que facilitó a si mismo el desplazamiento a los corregimientos; permitiéndose además ahorrar costos a los beneficiarios del proyecto al igual que el aporte en papelería y el equipo asumió la funciones establecidas.

### **PROCESOS-ESTRATEGIAS-APROPIACIÓN**

Conociendo las necesidades existentes sobre la atención al hipertenso; el focalizar la población; además de lograr la motivación de un equipo interno para trabajar en cada puesto de salud y los procesos de gestión para la consecución de los recursos que con previa anticipación e buscaron para que no existiera un cruce de actividades ni tampoco inconveniente de llegar hasta la población rural permitiendo resultados óptimos.

### **TIEMPO**

Este aspecto presentó algunas debilidades teniendo en cuenta factores de tipo externos al momento de desplazarse se perdió mucho tiempo valioso que retrazaba el proceso lo que hizo necesario cambiar horarios de atención.

### **EFECTO-IMPACTO**

El efecto de ese componente fue importante partiendo de la base de ser la primera vez que se realizara en lo diferentes puestos de salud esta propuesta; al igual que conllevó a tener información referente a la población hipertensa usuaria.

### **ETAPA CONFORMACIÓN DE LOS GRUPOS**

### **GRADO DE EFICACIA**

El grado de eficacia visto desde este segundo componente y de acuerdo con lo establecido en el saber:

- Promoción y sensibilización (convocatoria)
- Comunicación
- Inscripción

Se hizo posible ya que se logró promocionar e informar a las comunidades y en especial a la población objeto sobre el proyecto en si. Además de la gran aceptación y expectativas que se generaron a partir del proyecto mismo lo que a su vez permitió la inscripción de los usuarios. Lográndose la conformación y establecimiento de los grupos de hipertensos en cada puesto de salud.

### **GRADO DE EFICIENCIA**

Pueden en este sentido resaltarse el aporte de la ESE en cuanto a recursos como papelería, folletos, carteleras, boletines informativos etc, que fueron oportunos para el desarrollo mismo de esta etapa con lo que se consiguió la conformación de 8 grupos de (18) hipertensos por cada puesto de salud.

### **PROCESOS-ESTRATEGIAS-APROPIACIÓN**

La presencia del equipo en los diferentes puestos de salud, sumado a las informaciones radiales, boletines etc generaron grandes expectativas a la población hipertensa, puede decirse que las estrategias empleadas causaron expectativas positivas en la comunidad. Se despertó además el sentido de la responsabilidad sobre el auto cuidado de la salud; generándose en la familia de los mismos la participación y compromiso.



**TIEMPO**

De manera específica en esta etapa puede decirse que se contó con el tiempo suficiente pero las fechas estipuladas en el cronograma debieron modificarse para dar cumplimiento a las actividades programadas en ella.

**EFFECTO E IMPACTO**

Genero un efecto positivo no solo para la comunidad si no a nivel de sentido de pertenencia y funcionamiento de los puestos de salud. Y aumento de la participación de la comunidad en el proceso.

**ETAPA CAPACITACIÓN****GRADO DE EFICACIA**

En cuanto a eficiencia para esta última etapa se puede decir que consolido el proyecto alcanzándose las metas y objetivos propuestos; ya que se trabajaron todas las temáticas previstas, se abordaron en los puestos de salud; con los respectivos grupos de hipertensos.

**GRADO DE EFICIENCIA**

Pueden en este sentido resaltarse el aporte de la ESE en cuanto a recursos materiales logísticos que permitieron dar la información oportuna; para el desarrollo de la etapa, dando los frutos esperados en última instancia pretendían el logro de la conformación de 8 grupos de (207 o más) hipertensos por cada puesto de salud

### **PROCESO-ESTRATEGIA-APROPIACIÓN**

La ejecución de esta etapa estuvo enmarcada dentro de unos procesos que se fueron afianzando con cada actividad; fue posible notar:

- Que las diferentes metodologías como talleres, visitas domiciliarias, dinámicas recreativas, tuvieron gran aceptación entre los participantes y su implementación fue de acuerdo al tipo de población que se trabajará en determinado lugar
- Las explicaciones teóricas se realizaron de acuerdo con la edades y características de los beneficiarios

### **TIEMPO**

Con respecto al tiempo debió hacerse modificaciones para ajustarla de acuerdo a cada grupo establecido, en lo posible se evitó el cruce con otros eventos adicionales contemplados en las jornadas de vacaciones, programas de crecimiento y desarrollo, citología etc que se llevan a cabo en los puestos de salud.

### **EFECTO-IMPACTO**

En cuanto efecto representó de manera positiva a beneficiarios y equipo interno.

A los beneficiarios se logró:

- Inquietos, captan la atención de las familias de los hipertensos sobre la necesidad del cuidado de la salud, para permitirse un cambio en los estilos de vida que representa un logro muy importante para la prevención de la familia y el cuidado del hipertenso y para el equipo:

Se logro la institucionalización del proyecto dentro del plan de acción del programa de atención integral, desplazando el radio de acción a la población rural.

## 8. PROYECCIONES

El trabajo social institucional en el área de la salud, tiene un amplio espacio de intervención como agente participante en todos los procesos propios de su dinámica, asumiendo roles de gestor, facilitador, generador y ejecutor de procesos, motivador, mediador entre otros.

La realidad social nos exige desde nuestra acción. Diseñar estrategias que nos permitan un posicionamiento dentro de la sociedad; para crear espacios desde nuestra disciplina que unidas a nuevas áreas del conocimiento como lo es el campo de la salud; conlleven a brindar una atención integral.

No en vano estamos inmersos en una realidad cambiante donde asumimos roles; a nivel de institución en servicios de salud podemos:

- Identificar situaciones que potencializan y/o interfieren en la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano en su entorno familiar y laboral.
- Identificar y utilizar las redes de apoyo familiar, institucionales y comunitarias existentes para brindar una atención integral a los beneficiarios
- Promover la organización y participación del usuario y su familia nivel hospitalario y sus planes de desarrollo
- Desarrollar procesos socioeducativos con los usuarios y sus familias que permita resolver inquietudes, disminuir angustia y contribuir a su recuperación y auto cuidado
- Diseñar y participar en la solución de necesidades a través de propuestas relacionadas en la salud.

## 9. RECOMENDACIONES

La practica como proceso interactivo nos permite de alguna manera analizar esos logros alcanzados para confrontarlos con el proceso mismo.

Considero importante resaltar las fortalezas y debilidades que se presentaron, para desde mi punto de vista entrar a recomendar sobre posibles intervenciones futuras de esta misma índole.

### **Como fortalezas encontré:**

- La confianza de la institución brindada al estudiante de practica, para que este se conduzca de manera autónoma sin dejar de lado el trabajo en equipo.
- La disposición del estudiante para llevar a cabo un proceso exigente, pero motivados; logrando así asumir los retos en el campo de la salud.
- El apoyo incondicional de la docente de practica que de manera oportuna orientó sobre las inquietudes presentadas durante el proceso.

### **Como debilidades**

- La no existencia de un plan que de forma sistemática oriente la acción del trabajo social en esta institución.
- La rotación frecuente de personal en la empresa
- El sistema de información de la empresa presenta muchas debilidades.

Conjugando estos dos factores puedo decir que se necesitara mucha motivación de orden personal para obtener un trabajo bien echo; dado que se esta en una población que apenas comienza a conocer la participación del trabajo social se requiere crear un compromiso social, para presentar de manera acertada las propuestas que contribuyan al desarrollo humano de las mismas.

**BIBLIOGRAFIA**

Actitudes positivas para el auto cuidado de la salud. Serie fomento de estilos de vida y trabajo saludable primera edición. Copyright 1996. instituto de seguros sociales.

CORBELLA, R. J. Trabajo, tiempo libre y salud mental. Ediciones folio 1994. Barcelona España.

Evaluación de programas sociales. Diseño de evaluación I. (lectura complementaria) Guillermo Briones 1991 México

Hipertensión arterial. Rodolfo Rubinstein.

Hipertensión síntomas. Tratamiento Mitos y Realidades. Vincent Friedewald, M.D. editorial Norma.

# *ANEXOS*



### PROTOCOLO DE VISITA PARA PACIENTES REINCIDENTES

FECHA:

NOMBRE:

EDAD:

PROCEDENCIA:

TENSIÓN ARTERIAL:

Diagnostico medico-----

-----

Numero de consultas por este diagnostico-----

Tipo de tratamiento-----

-----

Fecha de inicio del tratamiento-----

Síntomas recurrentes:-----

-----

Recibe apoyo por su familia para el seguimiento del tratamiento

SI  NO

Factores de riesgo en el hogar-----

-----

Factores de riesgo socio económicos y culturales-----

-----

OBSERVACIONES-----

-----

-----

RECOMENDACIONES-----

-----

-----

-----



**ESE HOSPITAL SAN NICOLÁS DE TOLENTINO DE PINILLOS BOLIVAR  
SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL**

PROTOCOLO DE VISITA DOMICILIARIA PARA HIPERTENSOS

FECHA-----

NOMBRE-----

EDAD-----

SEXO-----

PROCEDENCIA-----

PESO-----

¿Asiste regularmente a los controles?                      SI  NO

Tipo de medicamento utilizado-----

¿Se aplica el tratamiento de acuerdo a la formulación medica    SI  NO

¿recibe apoyo familiar durante el tratamiento?                      SI  NO

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO

- A) Alto consumo de grasa
- B) Alto consumo de sal
- C) Alto consumo de harina
- D) Sedentarismo
- E) Consumo de alcohol
- F) Cigarrillo o tabaco
- G) Alta tensión emocional

EXPLICACIÓN-----

-----  
-----  
-----

Apoyo familiar para el control de los factores de riesgo    SI  NO

Observaciones-----

-----  
-----  
-----