



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA ENFERMERÍA COMUNITARIA



**OBSTÁCULOS IDENTIFICADOS POR EL EQUIPO  
INTERDISCIPLINARIO SOBRE EL  
FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO ODH (OBESOS-  
DIABÉTICOS-HIPERTENSOS) EN POLICLÍNICAS  
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SECTOR  
PÚBLICO DE LA ZONA ESTE DE MONTEVIDEO,  
MARZO-NOVIEMBRE 2011**

**AUTORES:**

Br. Garay, Noelia  
Br. García, Sasha  
Br. Hernández, Denisse  
Br. Naranjo, Fernando  
Br. Rzepa, Ana

**TUTORES:**

Lic. Enf. Acosta, Cecilia  
Lic. Enf. Arada, Ana

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2011

### **Agradecimientos:**

A nuestras familias, por su apoyo sin límites en el procesamiento del trabajo.  
Al Personal de Enfermería de los Centros de Salud, que colaboró en todo momento en la recogida de datos.

A nuestras tutoras: Prof. Lic. Enf. Cecilia Acosta y Prof. Lic. Enf. Ana Arada, que nos acompañaron y guiaron en esta última etapa de la carrera.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a nuestra formación académica.

## Índice

1. Resumen.....	4 pág.
2. Introducción.....	5 pág.
3. Planteamiento del problema.....	6 pág.
4. Objetivos.....	7 Pág.
5. Fundamentación.....	8 Pág.
6. Antecedentes.....	8 Pág.
7. Marco conceptual.....	9 pág.
8. Metodología.....	12 pág.
9. Datos Obtenidos.....	17 pág.
10. Análisis.....	36 pág.
11. Conclusión.....	39 Pág.
12. Bibliografía.....	41 pág.
13. Anexos.....	42 pág.

## **Resumen**

Con el fin de estudiar los principales obstáculos identificados por el equipo interdisciplinario sobre grupo ODH (obesos-diabéticos-hipertensos), se realizó una investigación cuantitativa, del tipo descriptivo transversal.

Se aplicaron encuestas cerradas a 18 profesionales integrantes del Grupo ODH en las policlínicas de primer nivel de atención del sector público.

Estas pretendieron obtener de la opinión de los profesionales y técnicos valorando diferentes áreas (usuarios, el equipo interdisciplinario y el grupo en general), lo cual permitiese la identificación de obstáculos que intervinieran en el accionar y en el desarrollo de las acciones propuestas en el mismo.

Luego de recolectados los datos se lograron identificar problemas relacionados con los usuarios y su tratamiento, el equipo y la dificultad en la aplicación de lo planificado y el grupo y su continuidad en el futuro.

## **Introducción**

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería cursando la carrera Licenciatura en Enfermería, cuarto ciclo, primer módulo.

Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo transversal que mantuvo como eje temático el grupo ODH más precisamente se procuro investigar los principales obstáculos identificados por el equipo interdisciplinario en el funcionamiento del grupo ODH en las policlínicas del primer nivel de atención del sector público.

Para que el Grupo ODH pueda mantenerse a largo plazo es imprescindible conocer los elementos que puedan dificultar su accionar ya que de este modo se pueden generar soluciones que fortalezcan y cimienten su estructura.

En este estudio se identificaron, a través de las opiniones de los profesionales, elementos en diferentes áreas relacionadas a los usuarios, el equipo interdisciplinario y al Grupo ODH en general, para de este modo brindar una primera aproximación al grupo e incentivar futuras investigaciones.

Se realizaron encuestas cerradas a los diferentes profesionales integrantes del equipo interdisciplinario. Las encuestas fueron aplicadas en policlínicas de primer nivel de atención del sector público.

### **Planteamiento del problema**

- ¿Cuáles son los obstáculos identificados por el equipo interdisciplinario en el funcionamiento del grupo ODH (obesos-diabéticos-hipertensos) en las policlínicas del primer nivel de atención del sector público de la zona Este de Montevideo?

### **Objetivo general**

- Determinar los obstáculos identificados por el equipo interdisciplinario en el funcionamiento del grupo ODH (obesos-diabéticos-hipertensos) en las policlínicas del primer nivel de atención del sector público de la zona Este de Montevideo.

### **Objetivos específicos**

- Identificar ciertas características (cargo y/o profesión) de los integrantes de equipo interdisciplinario
- Identificar problemas relacionados con el funcionamiento del equipo interdisciplinario que hayan afectado el funcionamiento del grupo ODH (obesos-diabéticos-hipertensos)
- Identificar problemas relacionados con los usuarios que hayan afectado el funcionamiento del grupo ODH (obesos-diabéticos-hipertensos)

## **Fundamentación**

La implementación de un nuevo sistema de salud a nivel nacional en los últimos años tiene como una de sus modificaciones sustanciales el cambio del modelo de atención, fortaleciendo el primer nivel de atención, integrando el trabajo de equipos interdisciplinarios con un enfoque integral.

El relativamente corto tiempo de funcionamiento de los mismos hace que no encontráramos trabajos que evalúen su funcionamiento así como las repercusiones de los nuevos lineamientos en la salud de los uruguayos.

De lo expresado surge la importancia de una evaluación primaria que oriente la realización de eventuales mejoras a un sistema que da sus primeros pasos. Una evaluación tanto de parte de los organismos involucrados en su funcionamiento, como de los involucrados.

Consideramos que un sistema que pretende acercar más la atención de salud y dar participación en la misma a los usuarios, con una fuerte intención de dar integralidad e interdisciplinariedad a la misma, no debe quedarse solamente con la evaluación desde el punto de vista directivo, sino prestar atención a la evaluación que los propios usuarios realizan de su sistema de salud y la de los trabajadores de salud.

Pensando en estos últimos es que pretendemos rescatar la visión del recurso humano (profesionales, técnicos, etc.) afectado al trabajo directo con los grupos ODH, sin desconocer que es sólo una parte del todo.

Hallamos el valor de este breve estudio descriptivo en el poder conocer la opinión del profesionales, técnicos, estudiantes, etc., sobre las dificultades que reconocen en el día a día de su trabajo.

Esto puede ser un punto de partida para otras investigaciones, ya sea desde la visión del personal de salud, o quizás conocer cómo los propios usuarios ven un sistema de salud que intenta acercarse más a la comunidad, aportando en última instancia datos valiosos para contribuir a la mejora del sistema de atención.

Cabe mencionar también, que la enfermería requiere de investigaciones de este tipo para fundamentar conocimientos, mejorar capacidades y habilidades en el tratamiento de usuarios y crear mecanismos innovadores de interacción directa con la comunidad.

## **Antecedentes**

No se logró acceder a trabajos nacionales o internacionales que tuviesen una temática similar a la tratada en esta investigación.

No se encontraron referencias a grupos similares a nivel internacional.

## Marco conceptual

El **primer nivel de atención** el cual es la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente de la población, se ha transformado en el último período en una de las principales herramientas para el mejoramiento de la calidad de la salud de los uruguayos, considerando que la prevención y el tratamiento oportuno de los factores de riesgos, ejercidos en la comunidad poseen efectos directos sobre el desarrollo o padecimiento de futuras afecciones o patologías.

Con el objetivo de mantener a la **salud** ( "proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra en contacto directo con la comunidad") y redirigir la atención de ciertos aspectos de los instituciones de segundo a los de primer nivel, se han creado espacios de atención especializados en diferentes perfiles de individuos, en este caso se ha estudiado al **Grupo ODH**, el cual reúne a tres de las **patologías crónicas** más comunes de la era moderna, manteniendo elevados índices en todos grupos etarios a nivel mundial.

Uno de los actores en el primer nivel de atención es, se hace referencia en el Plan de Estudio 93, la **enfermera comunitaria**, quien es el profesional "encaminado a fortalecer la capacidad reaccional de las familias, grupos poblacionales, realizando la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención."<sup>1</sup>

Entendemos al **grupo** como un "conjunto de personas, ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, se propone, en forma explícita o implícita, una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles"<sup>2</sup>

El objetivo del grupo es lo que lo estructura le da sentido y cohesión al mismo. El modelo natural de la situación grupal está dado por la familia.

En las técnicas grupales la función del coordinador consiste esencialmente en crear, mantener y fomentar la comunicación.

El abordaje grupal de pacientes crónicos ha sido definido como una herramienta fundamental del Programa de Atención a la Población Adulta en el marco del cambio de modelo de atención, dado que favorece el aprendizaje grupal que contribuye al cambio de hábitos y estilos de vida saludable, y permite la optimización de los recursos.

El **equipo interdisciplinario** "es un grupo de trabajo compuesto por personas formadas en diferentes disciplinas profesionales y técnicas, desde distintas vertientes de las ciencias. Esto redundaría en una mejora de la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas, identificado como un problema de gran magnitud por la Organización Mundial de la salud (OMS).

---

<sup>1</sup> Barrenechea Cristina, Menoni Teresa, Laca Este, et al, "Actualización en salud comunitaria y familiar: Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención", Facultad de Enfermería, UDELAR, Diciembre 2009

<sup>2</sup> Pichon Rivière E. El proceso grupal, del psicoanálisis a la psicología social. Tomo 1. Nueva Visión. Buenos Aires. 1976.

El grupo ODH a través de la intervención multidisciplinaria aplica y desarrolla cuidados específicos para individuos Obesos, Diabéticos e Hipertensos, brindando no solo medidas terapéuticas, sino generando actividades en diversos ámbitos de la vida cotidiana que permitan la adquisición de hábitos saludables de forma progresiva y que asegure una adhesión de forma más eficaz.

Este grupo en particular pretende asistir afecciones o alteración en la función fisiológica producida por causas genéticas, patológicas o traumáticas, acompañadas por un conjunto de síntomas y/o incapacidad que requieren de un tratamiento superior a los tres meses.

El grupo ODH asiste a usuarios con que presenta riesgo o padecen tres patologías específicas: hipertensión, diabetes y obesidad; afecciones de carácter crónico, que representan en la actualidad graves problemas para la salud pública por su elevada frecuencia en todos los grupos etarios a nivel mundial.

La hipertensión es la presión arterial sistólica mayor de 140 mmhg y de una presión diastólica mayor de 90 mmhg por un período prolongado o durante tres tomas seguidas en diferentes días. Diabetes es el grupo de trastornos caracterizados por niveles elevados de glucosa en sangre (hiperglucemia) ocasionada por defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina o ambas. La obesidad es la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21.

Estas afecciones demandan cambios en el estilo de vida, ya sea de forma permanente o mientras se mantenga la alteración por lo cual se ha establecido grupos específicos los cuales a través de la congregación de individuos con perfiles similares brindan apoyo, guía y asistencia, utilizando como uno de los ejes principales el intercambio experiencias, para la mantención de los estilos de vidas favorables para la salud.

Cabe aclarar que cuando se hace referencia al Grupo ODH se engloba dentro del término a dos elementos esenciales de su conformación y fundamento: los usuarios que se asisten allí y al equipo interdisciplinario entendiendo por tal a aquel grupo de profesionales formados en áreas específicas del saber, que han alcanzado un nivel de entendimiento ante otras disciplinas, lo que les permite poseer una visión integral en la evaluación de problemas y conflictos relacionados con un campo de estudio. Cada integrante del equipo, que posee funciones claramente definidas, realiza diferentes aportaciones con una metodología compartida para alcanzar el fin común de la agrupación, manteniendo cada uno de ellos la responsabilidad del grupo en su totalidad. Grupos como el ODH, reúnen a usuarios con perfiles similares para generar, a través de la interacción grupal, capacidades y respuestas que impulsen cambios en los hábitos conductuales nocivos; logrando, de este modo, mantener a largo plazo estilos que permitan una mejor calidad de vida a nivel individual y social.

Este tipo de grupos que genera una participación directa de los usuarios con su salud, poseen gran relevancia para el futuro de la calidad de vida, de todos los

grupos etarios y en todos los ámbitos cotidianos, por lo cual se hace imprescindible el estudio y monitoreo de los mismos para realizar una retroalimentación de información positiva, que permita el desarrollo de este y otros grupos similares.

## **Aspectos Metodológicos**

### **Tipo de estudio**

Este estudio es una investigación cuantitativa, del tipo descriptivo de corte transversal.

### **Universo y muestra**

El universo fue el equipo interdisciplinario de los grupos ODH policlínicas de primer nivel de atención del sector público.

La muestra tomada fue por conveniencia de los investigadores e integró a los profesionales integrantes del equipo interdisciplinario del grupo ODH de tres servicios de primer nivel de atención del sector público. De la zona este de Montevideo.

La muestra está conformada por 20 profesionales, de los cuales la encuesta fue completada por 18 profesionales.

### **Delimitación geográfica**

La investigación fue realizada en Uruguay, Montevideo, en el área urbana, ubicada en los barrios de la zona este de Montevideo.

### **Recolección de datos**

La información se recolectó a través de un cuestionario cerrado autoadministrado entregado a los integrantes del equipo interdisciplinario presentes en los servicios seleccionados de las policlínicas del primer nivel de atención de Montevideo.

Se obtuvo previamente consentimiento de las autoridades de las instituciones y de los profesionales a los que se les aplicó el instrumento de recolección,

La encuesta fue anónima, la confidencialidad de los datos se mantuvo durante todo el proceso de investigación y los mismos serán utilizados solo para fines académicos.

**Procesamiento de datos:**

Los datos se procesaron en el programa Excel. Se realizaron tablas en donde se utilizaron frecuencias estadísticas: absoluta y relativa porcentual, se aplicaron elementos de medidas de tendencia central (promedio, rango) para ciertas variables y se construyeron graficas de columnas agrupadas.

**Variables**

Las variables, estudiadas en relación al funcionamiento del equipo interdisciplinario, a los usuarios del grupo ODH y al programa en general fueron: Asistencia de los usuarios, número de usuarios que se ha mantenido (no desertado), adhesión al tratamiento, beneficios objetivamente identificados, profesión, participación del equipo interdisciplinario en actividades del grupo coordinación del equipo interdisciplinario, aplicación y adaptabilidad de lo planificado, beneficios aportados por la interdisciplinariedad en el tratamiento, implementación (proyección) del a largo plazo.

Con el fin de lograr obtener conocer la opinión de los profesionales respecto al tema en estudio se construyó una encuesta utilizando la escala de Likert. Esta puntuó a través de respuestas como: muy satisfactorio, satisfactorio, ni satisfactorio ni insatisfactorio, poco satisfactorio, no satisfactorio.

## **Operacionalización de variables**

### **En relación a los usuarios:**

#### **Asistencia de los usuarios del grupo ODH:**

- Definición conceptual: Acción o efecto de formar parte de algo.
- Definición Operacional: Participación a la totalidad de las reuniones y actividades programadas (grado en que los usuarios asisten a las reuniones programadas)
- Categorías: muy satisfactoria, satisfactoria, ni satisfactoria ni satisfactoria, poco satisfactoria, insatisfactoria. Escala de Likerts.

#### **Numero de usuarios que se ha mantenido (no desertado) del grupo ODH**

- Definición conceptual: Numero de usuarios que dejaron de asistir al grupo ODH
- Definición Operacional: Considerándose como desertación si no ha concurrido a ninguna actividad en un periodo prolongado (percibido o considerado por el equipo interdisciplinario)
- Categorías: muy satisfactoria, satisfactoria, ni satisfactoria ni satisfactoria, poco satisfactoria, insatisfactoria. Escala de Likerts.

#### **Adhesión al tratamiento de los usuarios del grupo ODH**

- Definición conceptual: Acción o efecto de aplicar y mantener un conjunto de pautas que se emplean para curar o aliviar una enfermedad
- Definición Operacional: Considerándose como tal el seguimiento y mantención de las pautas (higiénicas, medicas, nutricionales y/o farmacológicas) planteadas por el equipo interdisciplinario.
- Categorías: muy satisfactoria, satisfactoria, ni satisfactoria ni satisfactoria, poco satisfactoria, insatisfactoria. Escala de Likerts.

#### **Los beneficios objetivamente identificados**

- Definición conceptual: Modificación en la apariencia, condición o comportamiento
- Definición Operacional: Resultados en tratamiento objetivamente comprobados a través de paraclinica, exámenes generales o conducta. Cambios en aspectos bio-psico-sociales del usuario desde su integración en el grupo.
- Categorías: muy satisfactoria, satisfactoria, ni satisfactoria ni satisfactoria, poco satisfactoria, insatisfactoria. Escala de Likerts.

### En relación al equipo interdisciplinario:

#### Profesión:

- Definición conceptual: Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución. Individuo que posee habilidades en una disciplina específica obtenida a través del estudio formal universitario que lo capacita para brindar sus servicios a una población dada.
- Definición Operacional: Se reconoce a aquellos individuos con educación formal terciaria, recibido (con título) o en calidad de estudiante que brinda sus servicios al Grupo ODH.
- Categorías: muy satisfactoria, satisfactoria, ni satisfactoria ni satisfactoria, poco satisfactoria, insatisfactoria. Escala de Likerts.

#### Participación del equipo interdisciplinario en actividades del grupo ODH

- Definición conceptual: Acción o efecto de formar parte de algo.
- Definición Operacional: Se reconoce como concurrencia a las actividades de recreación y asistencia al grupo ODH considerándose como tal si en el total de las reuniones mensuales la inasistencia del equipo es menor al 25%.
- Categorías: muy satisfactoria, satisfactoria, ni satisfactoria ni satisfactoria, poco satisfactoria, insatisfactoria. Escala de Likerts.

#### Coordinación del equipo interdisciplinario

- Definición conceptual: Disponer cosas metódicamente. Concertar medios, esfuerzos, etc; para una acción común
- Definición Operacional: Grado en que se insertan las diferentes disciplinas en las actividades del grupo
- Categorías: muy satisfactoria, satisfactoria, ni satisfactoria ni satisfactoria, poco satisfactoria, insatisfactoria. Escala de Likerts.

#### Aplicación y adaptabilidad de lo planificado por el equipo en las actividades del grupo ODH

- Definición conceptual: Hacer plan o proyecto de una acción.
- Definición Operacional: Aplicación y adaptabilidad de lo planificado por el equipo en las actividades del grupo.
- Categorías: muy satisfactoria, satisfactoria, ni satisfactoria ni satisfactoria, poco satisfactoria, insatisfactoria. Escala de Likerts.

#### Beneficios aportados por la interdisciplinariedad en el tratamiento a los usuarios del grupo ODH

- Definición conceptual: Grado en que un elemento influencia de forma positiva una situación.
- Definición Operacional: Considerándose como tal mayor alcance de objetivos terapéuticos en los usuarios a través de la integración de varias especialidades
- Categorías: muy satisfactoria, satisfactoria, ni satisfactoria ni satisfactoria, poco satisfactoria, insatisfactoria. Escala de Likerts.

## **En relación al Grupo ODH**

### **Implementación (proyección) del Grupo ODH a largo plazo**

- Definición conceptual: Existencia de elementos que posibiliten llevar a cabo una acción o planificación en el tiempo.
- Definición Operacional: Se considerara como tal si se reconocen en conjunto recursos, fundamentos científicos, apoyo legal y aceptabilidad de la población para mantener el grupo en el futuro.
- Categorías: muy satisfactoria, satisfactoria, ni insatisfactoria ni satisfactoria, poco satisfactoria, insatisfactoria. Escala de Likerts.

## Resultados

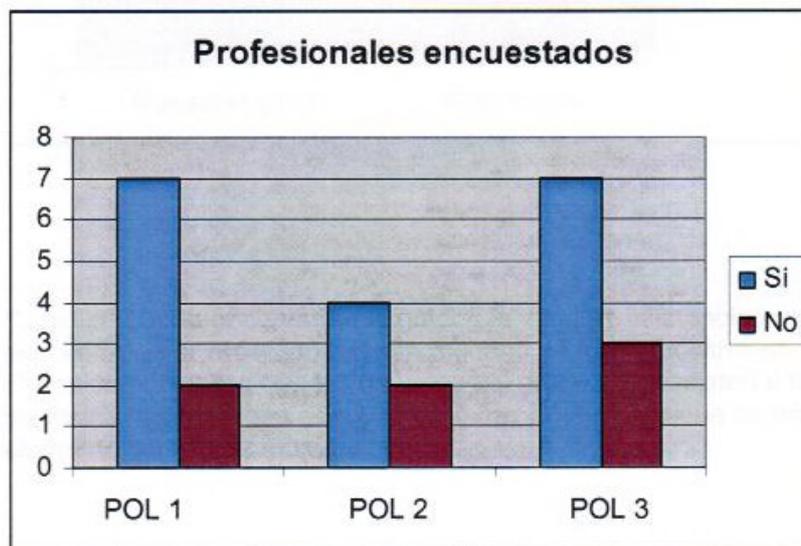
El instrumento fue respondido por el 72% de la totalidad de los profesionales de los equipos interdisciplinario del Grupo ODH de los servicios de primer nivel de asistencia seleccionados.

**Tabla 1:** Distribución de profesionales del equipo interdisciplinario del Grupo ODH según policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Policlínicas	Encuestados	No encuestados	Total
1	7	2	9
2	4	2	6
3	7	3	10
Total	18	7	25

Fuente: Propia. Encuestas agosto-setiembre 2011

**Grafico N° 1** Profesionales del equipo interdisciplinario del Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.



Fuente: Encuesta agosto-setiembre 2011

Los equipos interdisciplinarios se encuentran conformados en promedio por 8 profesionales en cada servicio, observándose un mínimo de 6 (profesionales) y un máximo de 10.

**Tabla N°2:** Asistencia de los usuarios al Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Asistencia de los usuarios	FA	FR%
Muy satisfactorio	8	44
Satisfactorio	10	56
Total	18	100

**Grafica N°2:** Asistencia de los usuarios al Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

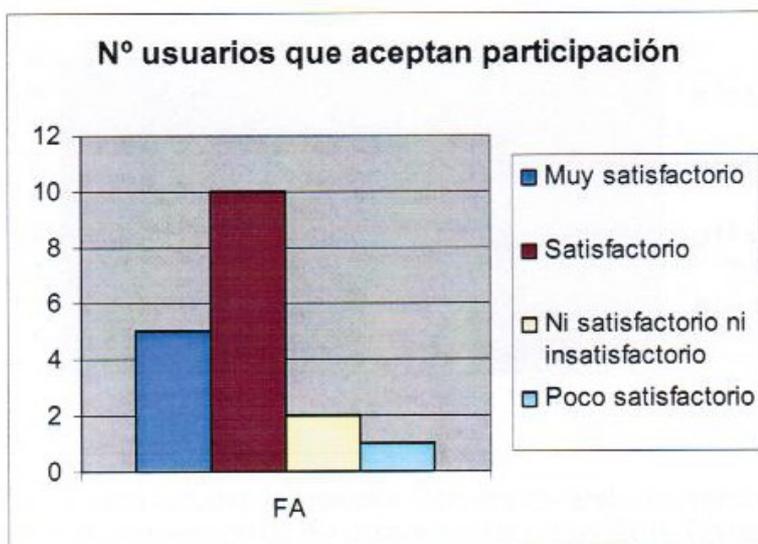


Como se puede observar en la grafica la variable asistencia (de los usuarios) es valorado por el equipo interdisciplinario de forma positiva en su totalidad. El equipo considera que los usuarios del grupo ODH asisten a la totalidad de las reuniones de forma adecuada, no hay integrantes que consideren a este elemento como un problema.

**Tabla N°3:** Número de usuarios que aceptan participar en el Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Números de usuarios que aceptan participar	FA	FR%
Muy satisfactorio	5	27
Satisfactorio	10	56
Ni satisfactorio ni insatisfactorio	2	11
Poco satisfactorio	1	6
No satisfactorio	0	0
Total	18	100

**Grafica N°3:** Número de usuarios que aceptan participar en el Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

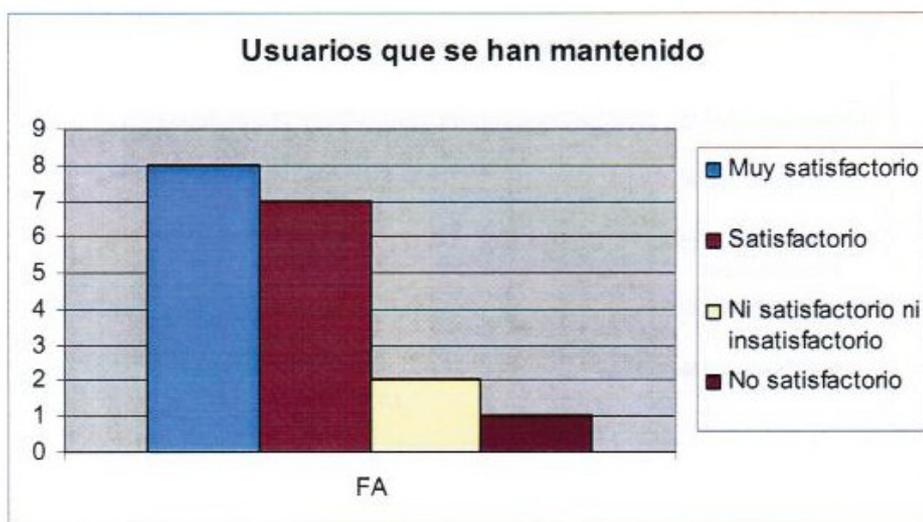


El número de los usuarios que aceptan participar en el grupo es considerado por la mayoría de los profesionales del equipo interdisciplinaria como positiva. El 6% de los integrantes consideran que la aceptación de los usuarios para conformar el grupo es poco satisfactoria. Este dato sugiere que podría haber una población que se encuentra dentro del grupo de riesgo o afectado por una de las enfermedades, que no está recibiendo pautas de control y tratamiento, y vigilancia ante posibles complicaciones.

**Tabla N°4:** Numero de usuarios que se ha mantenido en el Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Número de usuarios que se ha mantenido	FA	FR%
Muy satisfactorio	8	44
Satisfactorio	7	39
Ni satisfactorio ni insatisfactorio	2	11
Poco satisfactorio	0	0
No satisfactorio	1	6
Total	18	100

**Grafica N°4:** Numero de usuarios que se ha mantenido en el Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

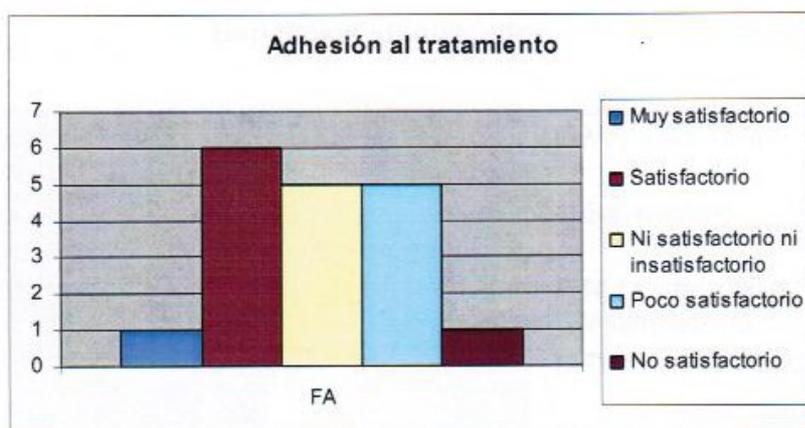


Esta grafica estudia la deserción a través del grado de satisfacción del equipo sobre la mantención de los usuarios en el grupo ODH. Como se observa el equipo percibe que la mantención de los usuarios es adecuada (muy satisfactoria y satisfactoria) lo que indica que la deserción no se presenta como un obstáculo, valorándose negativamente por el 6% de la totalidad de los encuestados.

**Tabla N°5:** Adhesión al tratamiento de los usuarios del Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Adhesión al tratamiento	FA	FR%
Muy satisfactorio	1	6
Satisfactorio	6	33
Ni satisfactorio ni insatisfactorio	5	28
Poco satisfactorio	5	28
No satisfactorio	1	6
Total	18	100

**Grafica N°5:** Adhesión al tratamiento de los usuarios del Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

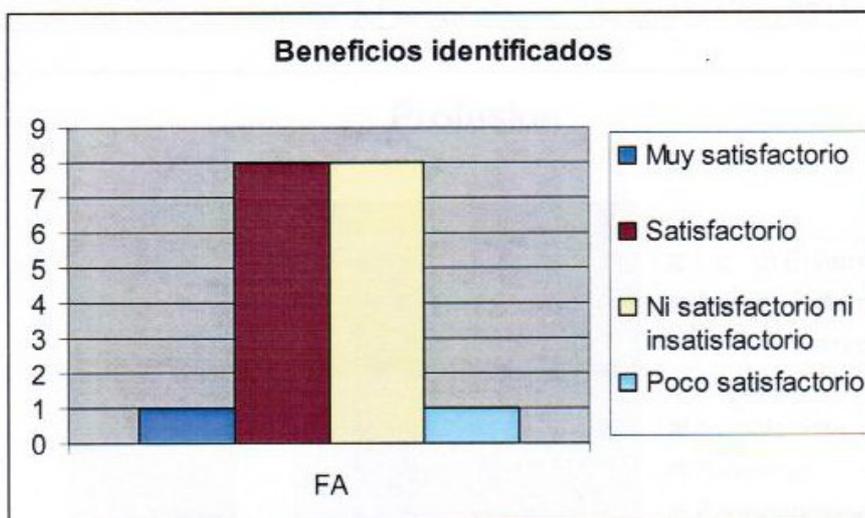


El 34% de los profesionales considera como un problema la adhesión al tratamiento. Se observa que hay dificultad en la mantención del tratamiento a largo plazo.

**Tabla N°6:** Beneficios identificados en el Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Beneficios identificados	FA	FR%
Muy satisfactorio	1	6
Satisfactorio	8	44
Ni satisfactorio ni insatisfactorio	8	44
Poco satisfactorio	1	6
Total	18	100

**Grafica N°6:** Beneficios identificados en el Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

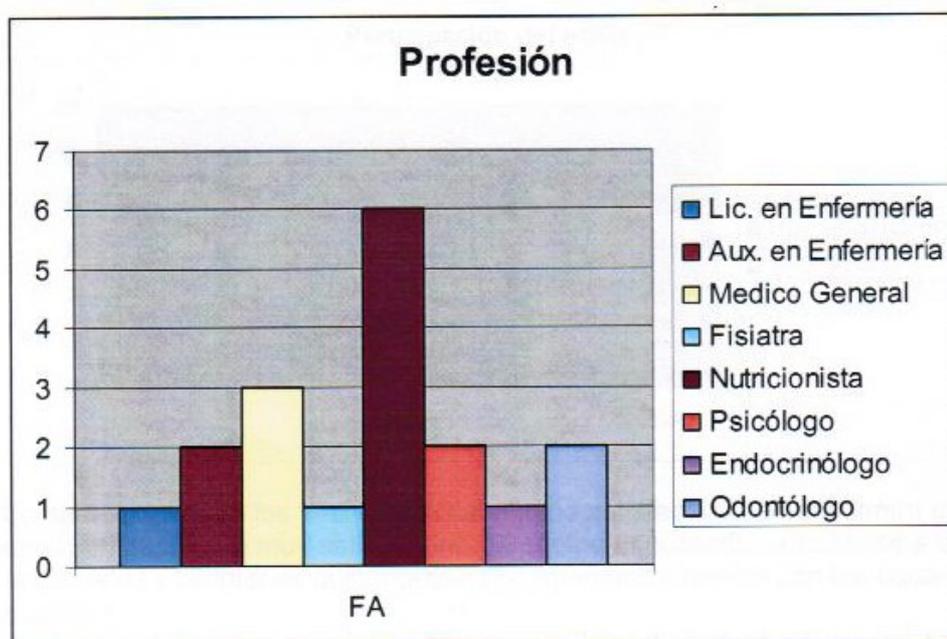


El 50% de los profesionales considera positivos los beneficios del tratamiento en los usuarios asistidos. Un 44% considera que los efectos del tratamiento son ni satisfactorias-ni insatisfactorias, lo cual indicaría que los beneficios podrían optimizarse. El 6% considera que resultados del tratamiento observados por medio de la paraclinica, exámenes generales o a través de cambios en hábitos conductuales, no son satisfactorios.

**Tabla 7: Profesionales integrantes del Equipo Interdisciplinario. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.**

Profesión	FA	Fr%
Lic. en Enfermería	1	5,6
Aux. en Enfermería	2	11,1
Medico General	3	16,7
Fisiatra	1	5,6
Nutricionista	6	33,3
Psicólogo	2	11,1
Endocrinólogo	1	5,6
Odontólogo	2	11,1
Total	18	100

**Grafica 7: Profesionales integrantes del Equipo Interdisciplinario. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.**

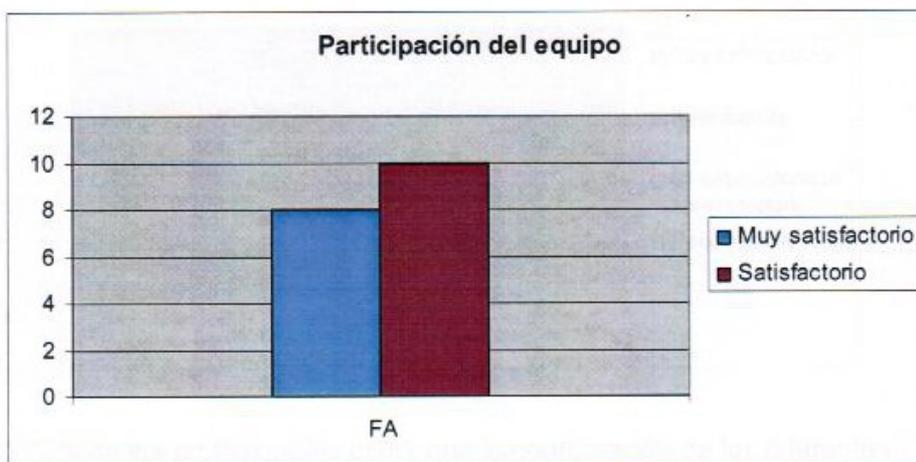


Los equipos se encuentran integrados por profesionales de diversas especialidades, observándose en mayor número los nutricionistas (6), valorándose en promedio a 2 profesionales por especialidad.

**Tabla N°8:** Participación del equipo interdisciplinario en el Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Participación del equipo	FA	FR%
Muy satisfactorio	8	44
Satisfactorio	10	56
Ni satisfactorio ni insatisfactorio	0	0
Poco satisfactorio	0	0
No satisfactorio	0	0
Total	18	100

**Grafica N°8:** Participación del equipo interdisciplinario en el Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.



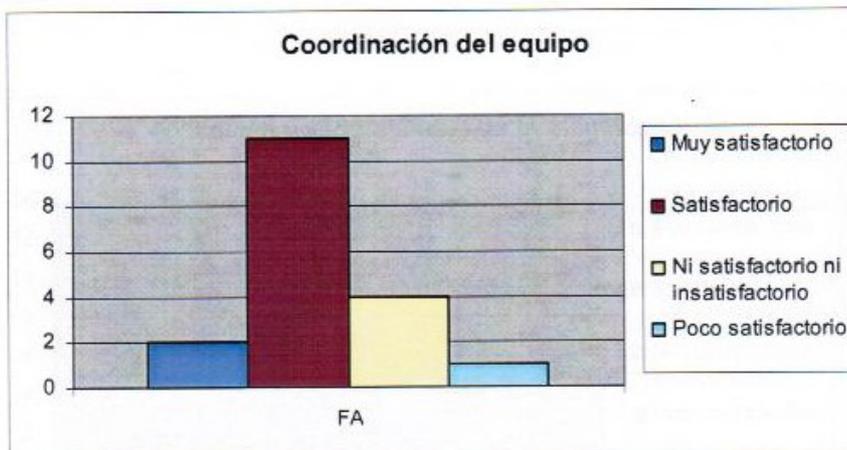
La participación de los integrantes del equipo satisfactoria, se encuentra en un nivel satisfactorio o muy satisfactorio. El equipo interdisciplinario asiste a las actividades y reuniones que implican una interacción directa con los usuarios asistidos.

La totalidad de los encuestados opinan que la participación del equipo es satisfactoria o muy satisfactoria.

**Tabla N°9:** Coordinación del equipo interdisciplinario en el Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Coordinación de equipo	FA	FR%
Muy satisfactorio	2	11
Satisfactorio	11	61
Ni satisfactorio ni insatisfactorio	4	22
Poco satisfactorio	1	6
Total	18	100

**Grafica N°9:** Coordinación del equipo interdisciplinario en el Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

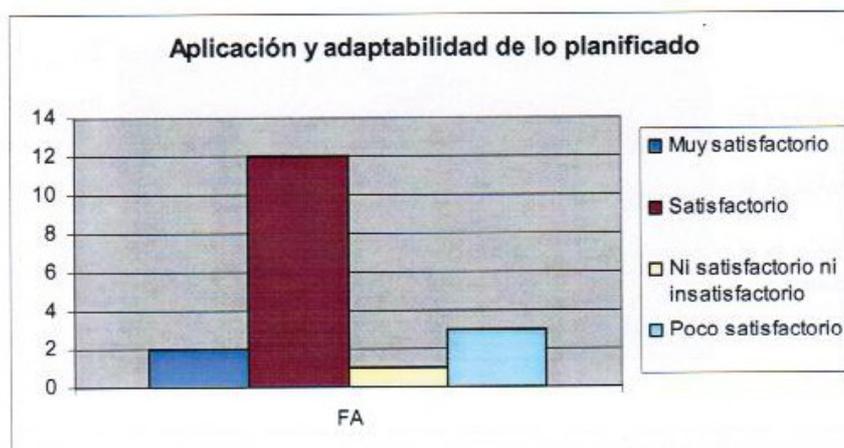


Un 72% de los profesionales opina que la coordinación de las diferentes disciplinas para trabajar en grupos de usuarios con ODH, realiza de forma satisfactoria o muy satisfactoria, un 6% considera que no logran adecuar de forma satisfactoria la interdisciplinariedad al Grupo y todo lo que este implica. Cabe resaltar que el 22% de los encuestados opinan que la coordinación de los grupos es satisfactoria ni insatisfactoria.

**Tabla N°10:** Aplicación y adaptabilidad de lo planificado en el Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Aplicación y adaptabilidad de lo planificado	FA	FR%
Muy satisfactorio	2	11
Satisfactorio	12	66
Ni satisfactorio ni insatisfactorio	1	6
Poco satisfactorio	3	17
Total	12	100

**Grafica N°10:** Aplicación y adaptabilidad de lo planificado en el Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

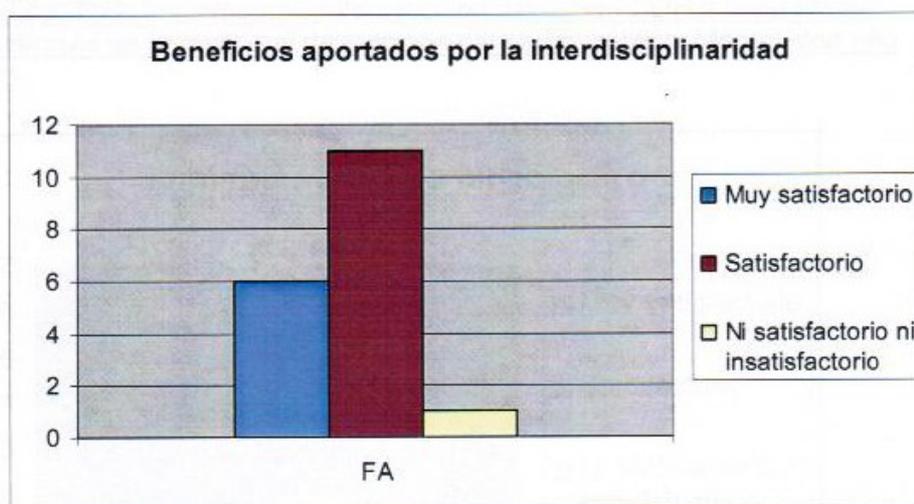


El 72% de los profesionales considera que se logra adaptar eficazmente lo planificado a la realidad del grupo. Considerando su dinamicidad y los elementos que caracterizan al grupo como tal se construye de forma satisfactoria un plan de atención aplicable para los mismos.

**Tabla N°11:** Beneficios aportados por la interdisciplinariedad el Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Beneficios aportados por la interdisciplinariedad	FA	FR%
Muy satisfactorio	6	33
Satisfactorio	11	61
Ni satisfactorio ni insatisfactorio	1	6
Poco satisfactorio	0	0
No satisfactorio	18	100

**Grafica N°11:** Beneficios aportados por la interdisciplinariedad el Grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

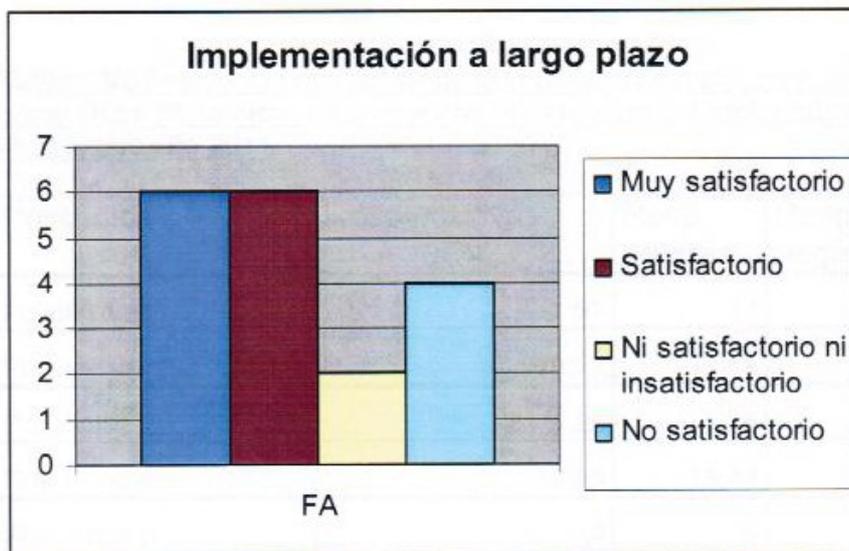


El 94% de los encuestados considera que interdisciplinariedad aporta beneficios a los usuarios, observándose de esta manera que la formación de equipos interdisciplinarios es positiva para el tratamiento de grupos específicos.

**Tabla N°12:** Implementación/proyección del Grupo ODH a largo plazo. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Proyección a largo plazo	FA	FR%
Muy satisfactorio	6	33
Satisfactorio	6	33
Ni satisfactorio ni insatisfactorio	2	11
No satisfactorio	4	22
Total	18	100

**Grafica N°12:** Implementación/proyección del Grupo ODH a largo plazo. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.



El 66% opina que se cuenta con los recursos recursos, fundamentos científicos, apoyo legal y aceptabilidad de la población para mantener la implementación del Grupo ODH en los servicios de primer nivel de atención. Un 22% opina estos no son satisfactorios, lo cual haría que la continuidad del Grupo a largo plazo sea improbable.

**Tabla 13a:** Nivel de satisfacción general con grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

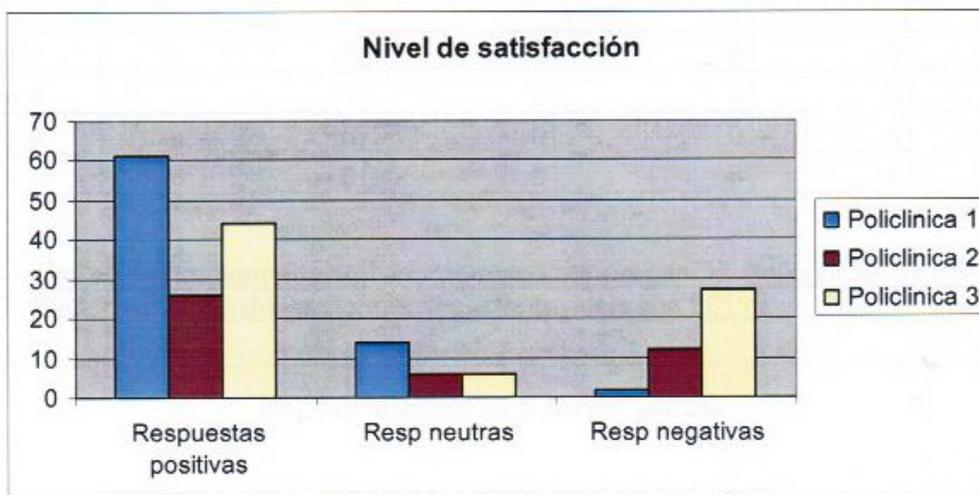
Policlínica	Respuestas positivas	Respuestas neutras	Respuestas negativas	Total
Policlínica 1	61	14	2	77
Policlínica 2	26	6	12	44
Policlínica 3	44	6	27	77
Total	131	26	41	198
Frec %	66	13	21	100

**Tabla 13b:** Frecuencia porcentual de los niveles de satisfacción general con el grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Policlínica	Resp positivas	Resp neutras	Resp negativas	Total
Policlínica 1	61	14	2	77
<b>Frecuencia</b>	<b>79,22</b>	<b>18,18</b>	<b>2,60</b>	<b>100</b>
Policlínica 2	26	6	12	44
<b>Frecuencia</b>	<b>59,09</b>	<b>13,64</b>	<b>27,27</b>	<b>100</b>
Policlínica 3	44	6	27	77
<b>Frecuencia</b>	<b>57,14</b>	<b>7,79</b>	<b>35,06</b>	<b>100</b>

Facultad de Enfermería  
 BIBLIOTECA  
 Hospital de Clínicas  
 Av. Italia s/n 3er. Piso  
 Montevideo - Uruguay

**Grafica 13:** Nivel de satisfacción general con grupo ODH. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.



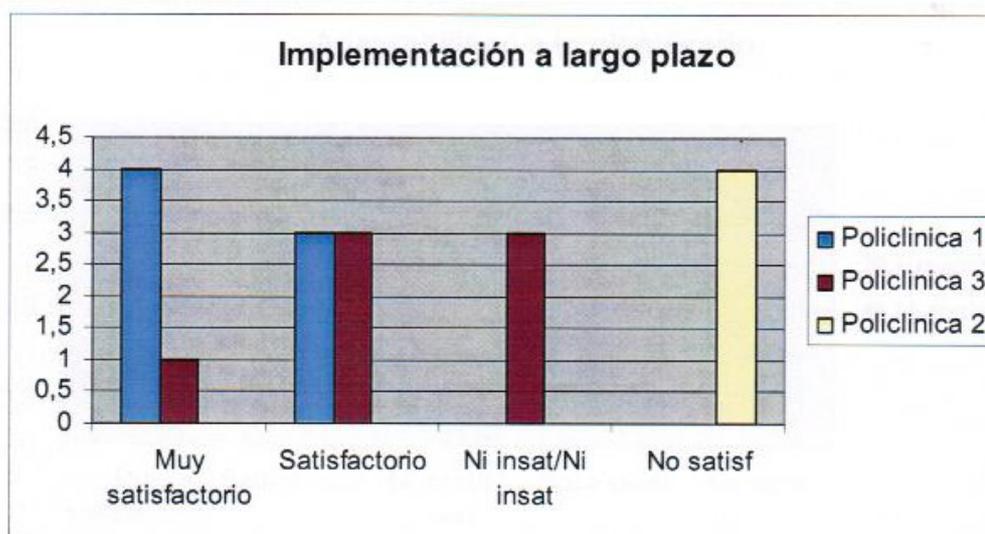
Si observamos las respuestas brindadas por los profesionales, estas se pueden clasificar como positivas (muy satisfactorio/ satisfactorio), neutras (ni satisfactoria ni insatisfactoria) y negativa (poco satisfactorio/ no satisfactoria), si se consideran en su total se puede identificar el nivel general de satisfacción de los profesionales sobre el Grupo ODH. Se obtuvo que del total de las respuestas brindadas (198), 131 de estas fueron de carácter positivo, mientras que 41 de las mismas fueron de carácter negativo.

Si se observa a los servicios, se destaca que la Policlínica 1 fue en donde se obtuvo un mayor número de respuestas positivas (79, 22%), mientras que en la Policlínica 3 fue la que obtuvo (si se considera la estadística porcentual de cada servicio) un mayor número de respuestas negativas (35,06%)

**Tabla 14:** Implementación a largo plazo por policlínica. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Proyección	Muy satisfactorio	Satisfactorio	Ni insat/Ni insat	No satisf	Total
Policlínica 1	4	3	0	0	7
Policlínica 3	1	3	3	0	7
Policlínica 2	0	0	0	4	4
	5	6	3	4	18

**Grafica 14:** Implementación a largo plazo por policlínica. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

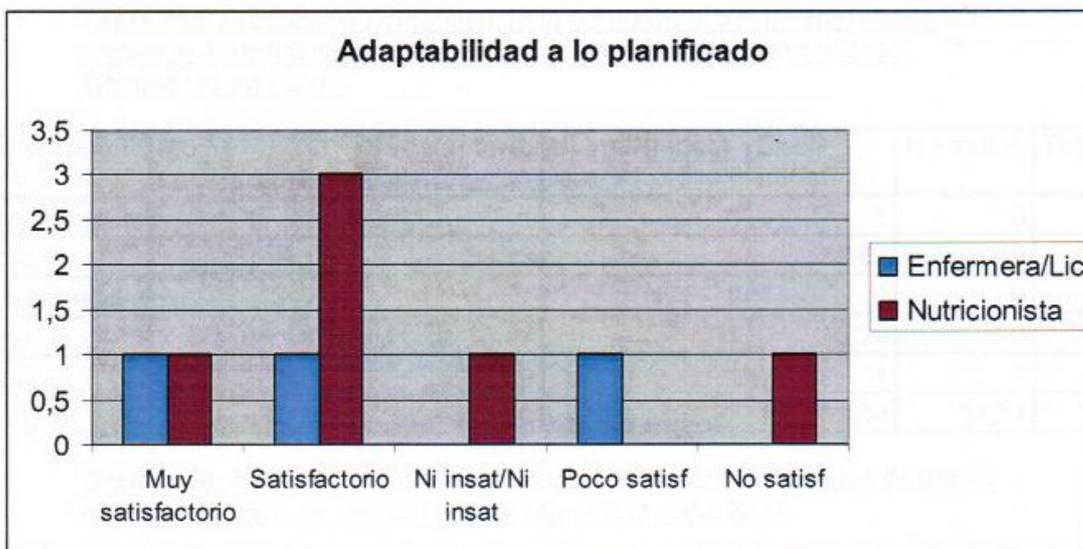


Si se relaciona percepciones de los equipos interdisciplinarios de cada servicio sobre la implementación del Grupo ODH a largo plazo, se observa que la policlínica 3 fue en donde se obtuvo un mayor nivel de insatisfacción, debido que la totalidad de los encuestados considera que esta es no satisfactoria. No considerando estos, por tanto, que el Grupo ODH pueda mantenerse en el futuro.

**Tabla 15:** Adaptabilidad a lo planificado según profesión. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Profesional	Muy satisfactorio	Satisfactorio	Ni ins/Ni insat	Poco satisf	No satisf	Total
Enfermera/Lic	1	1	0	1	0	3
Nutricionista	1	3	1	0	1	6
	1	4	1	1	1	9

**Grafica 15:** Adaptabilidad a lo planificado según profesión. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.



Si se relacionan las variables adaptabilidad de lo planificado y profesión se obtiene que los profesionales consideran, mayoritariamente, satisfactorio la aplicación de lo planificado a la realidad del Grupo.

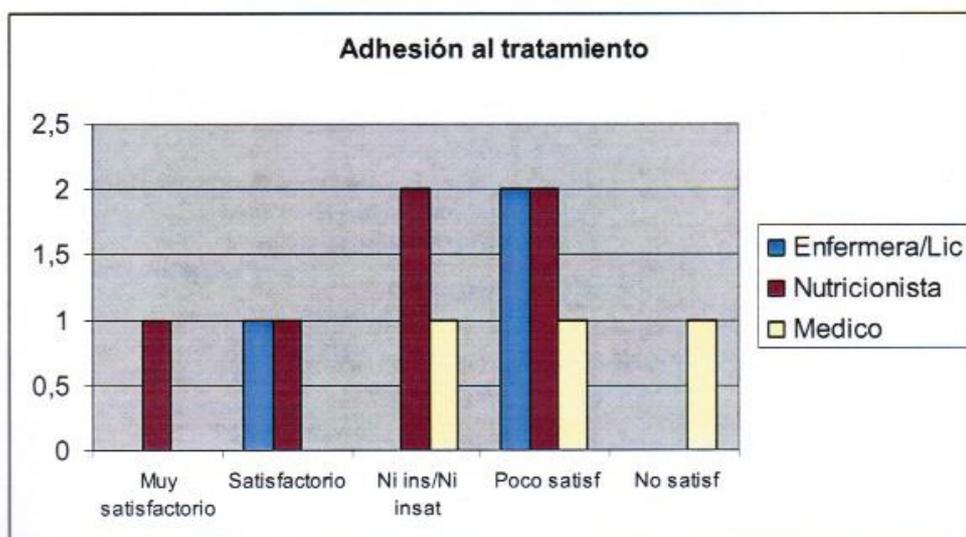
**Tabla 16a:** Adhesión al tratamiento según profesión. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

	Muy satisfactorio	Satisfactorio	Ni ins/Ni insat	Poco satisf	No satisf	Total
Enfermera/Lic	0	1	0	2	0	3
Nutricionista	1	1	2	2	0	6
Medico	0	0	1	1	1	3
	1	2	3	5	1	12

**Tabla 16b:** Frecuencia porcentual de la adhesión al tratamiento según profesión. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011.

Profesional	Muy satisfactorio	Satisfactorio	Ni ins/Ni insat	Poco satisf.	No satisf	Total
Enfermera/Lic	0	1	0	2	0	3
<b>Frec %</b>	<b>0</b>	<b>33,33</b>	<b>0</b>	<b>66,67</b>	<b>0</b>	<b>100,00</b>
Nutricionista	1	1	2	2	0	6
<b>Frec %</b>	<b>16,67</b>	<b>16,67</b>	<b>33,33</b>	<b>33,33</b>	<b>0</b>	<b>100,00</b>
Medico	0	0	1	1	1	3
<b>Frec %</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>33,33</b>	<b>33,33</b>	<b>33,33</b>	<b>100,00</b>

**Grafica 16:** Adhesión al tratamiento según profesión. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público. Montevideo año 2011

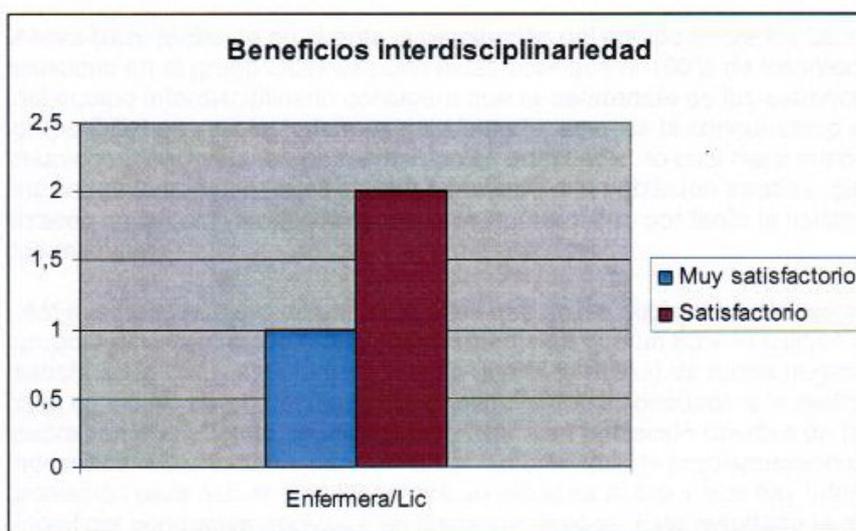


Al contrastarse las variables profesión y adhesión al tratamiento, se observa que de los tres profesionales estudiados (enfermeras, médicos y nutricionista), las nutricionistas fueron las que presentaron un mayor nivel de satisfacción sobre el seguimiento de las pautas terapéuticas, mientras que las enfermeras y los médicos, brindaron un mayor nivel de respuestas negativas sobre el mismo, superando en ambos casos un 60%.

**Tabla 17:** Los beneficios aportados por la interdisciplinariedad según profesión. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público, Montevideo año 2011.

Profesional	Muy satisfactorio	Satisfactorio	Total
Enfermera/Lic	1	2	3
Frec %	33,3	66,7	100

**Grafica 17:** Los beneficios aportados por la interdisciplinariedad según profesión. Policlínicas de primer nivel de atención del sector público, Montevideo año 2011.



Al observar el nivel de satisfacción que presentaron las enfermeras (Licenciadas y Auxiliares en enfermería) al ser encuestadas, se obtuvo que todas las profesionales consideran que los beneficios aportados por la interdisciplinariedad son positivos, observándose un 66,7% los califica como satisfactorio.

## **Análisis**

Los datos recolectados se obtuvieron de 18 profesionales (de un total de 25) de tres diferentes equipos interdisciplinarios (de Grupos ODH), la **especialidad** de mayor frecuencia en las encuestas fue la de Licenciatura en Nutrición, con 6 profesionales, seguida por tres especialistas en medicina general, solo se constató una Licenciada en enfermería dentro de los equipos.

En total se obtuvieron 198 respuestas (11 por profesional), sobre el **nivel de satisfacción** que los integrantes del equipo poseían del Grupo ODH: el 66% del total de las respuestas (131) fueron positivas (muy satisfactorio/ satisfactorio), el 13% (26) neutras (ni satisfactorio-ni insatisfactorio) y 21% (41%) negativas (poco satisfactorio/no satisfactorio). Si se considera a las Policlínicas en su total, se observaron diferentes niveles de satisfacción siendo estos más elevados en la Policlínica 1 y más reducidos en la Policlínica 3.

Ahora bien, teniendo en cuenta la percepción del equipo sobre los usuarios asistidos en el grupo ODH se pudo establecer que el 100% de los integrantes del equipo interdisciplinario considera que la **asistencia** de los usuarios del grupo ODH es satisfactoria/muy satisfactoria, es decir la concurrencia a las reuniones y actividades de recreación es adecuada, lo cual hace suponer que los lineamientos generales se han adecuado a la población asistida, generando interés en las actividades programadas, fomentando por tanto la asistencia a las mismas.

Así mismo el número de usuarios a los que se les sugiere **participar** en el grupo y **aceptan** fue valorado positivamente ya que un 83% lo calificó como satisfactorio / muy satisfactorio y solo un 6% lo evaluó de forma negativa, lo cual es indicio de que el Grupo ODH se encuentra adecuado a la realidad de la población que atiende, logrando así asistir a su población objetivo de forma adecuada. Esta variable puede indicar también que la predisposición de la población para actuar y decidir sobre su salud es activa y que hay interés en modificar conductas nocivas y en disminuir riesgos. Este resultado también sugiere la presencia de confianza en la modalidad de trabajo para el alcance de efectos positivos sobre su salud.

El grado de **deserción** siempre es un dato relevante a la hora de estudiar un plan o grupo específico, ya que es en definitiva es uno de los principales indicadores sobre la eficiencia del servicio brindado, si se observa un declive en la asistencia de la población, esto denota un problema de gravedad en algunos de los elementos constructores del plan como puede ser la adecuación al entorno, la forma en que se encuentra dirigida la asistencia o el enfoque que se le da a la misma; en este caso el 83 % de los integrantes del equipo calificó como satisfactorio el número de usuarios que se ha mantenido en el grupo. El estudio también relevó que la deserción ha sido considerado de forma significativa por un 6 % de los profesionales, lo cual en se traduce en líneas generales que la deserción no es un problema relevante para el grupo.

En relación a la **adhesión del tratamiento**, el cual es uno de los mayores problemas en la asistencia de usuarios con patologías crónicas, se observó

que el 34 % de los profesionales considera no satisfactoria el seguimiento y mantención de las pautas terapéuticas. Más del 60% de las enfermeras (licenciadas y auxiliares) y los especialistas en medicina general poseen una percepción negativa sobre la adhesión de sus usuarios. Este es un problema que como se hace referencia en el "Manual de recomendaciones para implementar en grupo de pacientes obesos, diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer nivel de ASSE" (ver bibliografía) "es un problema mundial de alarmante magnitud que puede llegar a ser mayor del 50%, llevando a malos resultados de salud y elevados costos sanitarios", por lo cual la cifra obtenida es relevante al momento de valorar al Grupo ODH y sus posibles obstáculos, la mantención del tratamiento a largo plazo es vital para alcanzar la metas planteadas.

Si se considera los *beneficios identificados*, es decir la obtención de resultados en tratamiento objetivamente comprobados a través de paraclínica, exámenes generales o conducta se obtuvo que un 50% de los profesionales perciben, que estos, son satisfactorios o no se representan de forma negativa o positiva, observándose que solo un 6% de los encuestados los califica de forma negativa.

Si se considera el área del equipo interdisciplinario, se obtuvo que la *participación del equipo* se valoró de forma positiva en un 100%, mostrando así interés por parte del equipo interdisciplinario en la participación de propuestas de trabajo colectiva.

La *coordinación* del equipo es vital para el adecuado funcionamiento de un grupo como el ODH que posee como base la interdisciplinariedad en el tratamiento de las patologías, lo cual puede ser dificultoso por los diferentes enfoques que cada profesional le puede brindar a un usuario bajo su especialidad, en este caso el estudio relevó que esta se percibe de forma positiva, ya que el 82% considero que la coordinación es llevada a cabo de forma adecuada.

El 77% considera de forma satisfactoria la *adaptabilidad a lo planificado*, es decir la adaptabilidad de lo que se pretende en las reuniones de equipo y lo que realmente se logra aplicar cuando se esta frente al usuario, un 17% de los profesionales la considera como poco satisfactoria. Se presta atención a dos profesiones específicas la de mayor frecuencia y una de las menores se observa que el 16 % de los Lic. en Nutrición consideran no satisfactorio la adaptabilidad, mientras que el 33.33% de las enfermeras lo valora como poco satisfactorio.

En relación a los *beneficios aportados por la interdisciplinariedad*, el 94% lo destacó como satisfactorio o muy satisfactorios, siendo valorado positivamente uno de los elementos innovadores y pilares del grupo ODH. Si se observa la opinión de las enfermeras estas manifestaron en su totalidad de forma positiva.

Si se toma en cuenta la implementación del Grupo ODH a largo plazo, se observa que 28% percibe como poco satisfactorio o no satisfactoria la posibilidad de mantener el Grupo ODH a largo plazo. Esto es observado en mayor medida en la Policlínica 2, en la cual se lo calificó en su totalidad como poco satisfactoria.

## **Conclusiones**

Con el fin de identificar obstáculos que afecten el grupo ODH se han analizado las opinión/percepciones del equipo interdisciplinario, elemento constitutivo de dicho grupo.

En este trabajo, dada la complejidad de la temática y de los diferentes actores, sólo se profundizó en la percepción de los técnicos y profesionales quedando sin abordar la opinión de los demás involucrados, lo que podría ser una temática interesante para una próxima investigación.

Ha de aclararse que no se pueden generalizar la muestra ya que sólo sirve para concluir con respecto a los opiniones de los profesionales de las policlínicas abordadas.

Luego de analizados los datos se observó, que los equipos interdisciplinarios poseen **profesionales** de diferentes disciplinas que abarcan el tratamiento en todas sus facetas, lo cual permite la atención de los usuarios de forma integral. Las disciplinas más frecuentes en los equipos fueron y en este orden: Licenciatura en Nutrición y Medicina general. Se observó durante el estudio que de la totalidad de los profesionales integrantes de los equipos interdisciplinarios sólo se contaba con una Licenciada en Enfermería, lo cual indica que dos de las policlínicas restantes operan el Grupo ODH sin la asistencia de dichos profesionales.

Si se consideran obstáculos en el **área de los usuarios**, las percepciones de los equipos expusieron que la adhesión al tratamiento es el elemento que presenta menor nivel de satisfacción, observándose por tanto obstáculos para lograr modificaciones de costumbres nocivas y mantener hábitos saludables en el tiempo. Lo que coincide con el marco teórico que hace referencia a que la continuidad de los tratamientos a largo plazo en usuarios crónico no es exitosa en la mitad de los casos.

En relación al **equipo interdisciplinario**, se identificó que la adaptabilidad a lo planificado presenta un mayor nivel de insatisfacción. Esto podría exponer una dificultad en la transición de lo que se desea realizar y lo que es aplicable para la realidad del equipo.

Sobre el **Grupo ODH** se obtuvo que la implementación del grupo a largo plazo es el elemento que presenta un mayor nivel de insatisfacción para el equipo. Uno de los mayores obstáculos del grupo se encuentra en su integración, ya que los recursos, la aceptabilidad de la población, el apoyo legal o la fundamentación científica son, para el equipo, inadecuados para la mantención del grupo a largo plazo.

## **Sugerencias**

Cabe destacar que debido a la escasez de antecedentes observados sobre este tema, sería favorable la realización de investigaciones en diferentes áreas para profundizar el conocimiento no solo en el grupo sino en el tratamiento de usuarios crónicos y la indicia de equipos interdisciplinarios para el mismo.

Tomando en cuenta lo analizado durante el estudio se sugiere que se profundice en ciertos aspectos, como la identificación de beneficios objetivamente valorados en los usuarios, quizás realizando registros que posibiliten un seguimiento, o la aplicación de otro tipo de investigación que tenga como objetivo el estudio de los efectos del grupo sobre su población, ya que es de vital importancia la exposición de resultados que fundamenten la aplicación y desarrollo de este y otros grupos similares. Sería también, adecuado investigar en las posibles causas que impactan negativamente en la mantención del tratamiento a largo plazo, ya que este tipo de grupos dependen de la continuidad para su población alcance un nivel óptimo de salud.

Explorar en que sector se encuentra la deficiencia que imposibilita la factibilidad es imprescindible para plantear soluciones.

El cambio en la mirada del estudio, identificando problemas del grupo desde los mismos usuarios, significaría una importante fuente de conocimiento para el mejoramiento de deficiencias u obstáculos.

Resulta adecuado resaltar la importancia del papel del Licenciado en Enfermería el cual, como se mencionó previamente, brinda herramientas y capacidades que permiten al usuario tener una participación más activa y fundamentada en su propia salud, por lo cual es necesario que los grupos como el de Grupo ODH posean entre sus profesionales licenciados, brindando una visión más global al equipo y ofreciendo a sus usuarios un nexo conector entre todos los elementos integrantes de su tratamiento, que le permita un alcance de un estilo de vida saludable.

Quizás sería pertinente también profundizar en el equipo interdisciplinario, realizar una caracterización de los integrantes del equipo interdisciplinario, detallando antigüedad, formación complementaria, experiencias laborales previas, etc.

## **Bibliografía**

- *Barrenechea Cristina, et al, "Guía práctica clínica de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Manual de recomendaciones par implementar en grupo de pacientes obesos, diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer nivel de ASSE", Montevideo, Noviembre 2010*
- *Barrenechea Cristina, Menoni Teresa, Laca Este, et al, "Actualización en salud comunitaria y familiar: Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención", Montevideo, Facultad de Enfermería, UDELAR, Diciembre 2009*
- *Real Academia Española, base de datos en Internet, actualizado en 2011, disponible en: WWW. Rae.es*
- *Smeltzer Sc, Bare BG. "Brunner y Suddarth, tratado de enfermería medico-quirurgica": "Enfermedades crónicas". Mexico, Mcgraw-Hill Interamericana, 2003. P.126-134.*
- *Rivière E Pichon. "El proceso grupal, del psicoanálisis a la psicología social". Tomo 1. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión. 1976.*
- *Reyes Benia W. "Temas de Salud Pública. Oficina del Libro-Fundación de Ediciones de la Facultad de Medicina", Montevideo. Universidad de la República (FEFMUR). 2008.*

# ANEXOS

**Carta de autorización**

Montevideo \_\_\_\_\_ de Agosto 2011

A quien corresponda:

Somos estudiantes de la Universidad de la Republica, cursando la carrera de Licenciatura en Enfermería. Nos encontramos realizando el trabajo de investigación, que posee como eje temático, el grupo ODH. Nos hemos informado que la institución \_\_\_\_\_, implementa dicho grupo por lo que requerimos su autorización para poder asistir a los encuentros e interactuar con el equipo interdisciplinario, quien es objeto de nuestra investigación. Desde ya muchas gracias y esperamos su contestación. Saluda atentamente.

Noelia Garay  
Sasha García  
Denisse Hernández  
Fernando Naranjo  
Ana Karen Rzepa

PD: Nuestro número de contacto es 09911785 o 098948508.

**Instructivo de recolección**

- 1) Presentación/introducción de los estudiantes al equipo interdisciplinario.
- 2) Exposición de la finalidad del trabajo, uso y confidencialidad.
- 3) Explicación del uso de instrumento de recolección, señalando elementos básicos para un adecuado llenado del mismo.
- 4) Evacuación de dudas sobre mecanismos, formulación de preguntas o palabras específicas.
- 5) Entrega a integrantes del equipo del cuestionario y su glosario.
- 6) Recolección de encuestas completas.
- 7) Agradecimiento al equipo.

**Encuesta grupo ODH**

• Cargo/profesión.....

• Marque con una cruz en el casillero que considere adecuado, teniendo en cuenta que:

**5-Muy satisfactorio 4-Satisfactorio 3-Ni satisfactorio ni insatisfactorio 2-Poco satisfactorio 1-No satisfactorio**

	1	2	3	4	5
<b>Preguntas</b>					
<b>En relación a los usuarios:</b>					
1. La asistencia de los usuarios del grupo ODH es					
2. El número de usuarios que aceptan participar en el grupo ODH es					
3. El número de usuarios que se ha mantenido (no desertado) del grupo ODH es					
4. La adhesión al tratamiento de los usuarios del grupo ODH es					
5. Los beneficios objetivamente identificados (a través de paracínica o valoración) son:					
<b>En relación al equipo interdisciplinario:</b>					
6. La participación del equipo interdisciplinario en actividades del grupo ODH es					
7. La coordinación de equipo (interdisciplinaria) es					
8. La aplicación y adaptabilidad de lo planificado por el equipo en las actividades del grupo ODH es					
9. Los beneficios aportados por la interdisciplinaria en el tratamiento a los usuarios del grupo ODH son					
<b>En relación al grupo ODH en general:</b>					
10. Implementación del Grupo ODH a largo plazo es:					

**Glosario\***

		<b>Definición</b>
1	Asistencia	Se reconoce como concurrencia a las actividades de recreación y asistencia, considerándose como tal si en el total de las reuniones mensuales la inasistencia de los usuarios es menor al 25%.
2	Usuarios que aceptan participar	Números de usuarios que califican dentro del grupo, que aceptan participar en el mismo.
3	Deserción	Considerándose como deserción si no ha concurrido a ninguna actividad en un periodo mínimo de 2 meses, si no se ha corroborado justificativo para la misma.
4	Adhesión al tratamiento.	Considerándose como seguimiento y mantención de las pautas (higiénicas, medicas, nutricionales y farmacológicas) planteadas por el equipo interdisciplinario.
5	Beneficios identificados	Resultados en tratamiento objetivamente comprobados a través de paraclínica, exámenes general o conducta. Cambios en la fisiopatología del usuario desde su integración en el grupo
6	Coordinación Equipo	Grado en que se insertan las diferentes especialidades en las actividades del grupo
7	Participación Equipo	Se reconoce asistencia a las reuniones de equipo considerándose como tal si en el total de las reuniones mensuales la inasistencia es menor al 25%.
8	Beneficio de interdisciplinaridad	Considerándose como tal mayor alcance de objetivos terapéuticos a través de la integración de varias especialidades
9	Adaptabilidad a lo planificado	Aplicación y adaptabilidad de lo planificado por el equipo en las actividades del grupo
10	Implementación	Se considerara como tal si se reconocen recursos, fundamentos científicos, apoyo legal y aceptabilidad de la población para mantener el grupo a largo plazo

\* Anexo de las encuestas

## Obesidad

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El Índice de masa corporal (IMC) —el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m<sup>2</sup>)— es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional.

El IMC constituye la medida poblacional más útil de la obesidad, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. No obstante, debe considerarse como una guía aproximativa, pues puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21. Los nuevos Patrones de crecimiento infantil presentados por la OMS en abril de 2006 incluyen tablas del IMC para lactantes y niños de hasta 5 años. No obstante, la medición del sobrepeso y la obesidad en niños de 5 a 14 años es difícil porque no hay una definición normalizada de la obesidad infantil que se aplique en todo el mundo. La OMS está elaborando en la actualidad una referencia internacional del crecimiento de los niños de edad escolar y los adolescentes.

### Causas de la obesidad:

La causa fundamental de la obesidad es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías. El aumento mundial de la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran:

- La modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes.
- La tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.

### Repercusiones frecuentes de la obesidad en la salud

La obesidad tiene graves consecuencias para la salud. El riesgo aumenta progresivamente a medida que lo hace el IMC. El IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas, tales como:

- Las enfermedades cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), que ya constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, con 17 millones de muertes anuales.
- La diabetes, que se ha transformado rápidamente en una epidemia mundial. La OMS calcula que las muertes por diabetes aumentarán en todo el mundo en más de un 50% en los próximos 10 años.
- Las enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis.

•Algunos cánceres, como los de endometrio, mama y colon.  
La obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta.

**Cómo reducir la carga de obesidad:**

La obesidad, el sobrepeso y las enfermedades relacionadas con ellos son en gran medida evitables.

A nivel individual, las personas pueden:

- Lograr un equilibrio energético y un peso normal.
- Reducir la ingesta de calorías procedentes de las grasas y cambiar del consumo de grasas saturadas al de grasas insaturadas.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, legumbres, granos integrales y frutos secos.
- Reducir la ingesta de azúcares.
- Aumentar la actividad física (al menos 30 minutos de actividad física regular, de intensidad moderada, la mayoría de los días). Para reducir el peso puede ser necesaria una mayor actividad.

## Hipertensión

La hipertensión se define como una presión arterial sistólica mayor de 140 mmhg y de una presión diastólica mayor de 90 mmhg por un período prolongado. En el siguiente cuadro aparecen las categorías de los niveles de presión arterial establecidos en 1997 por el Sixth Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). La clasificación muestra la relación directa entre el riesgo de mortalidad y morbilidad por hipertensión y el nivel de las presiones arteriales sistólica y diastólica. Entre más elevada es la presión, ya sea la sistólica o la diastólica, mayor es el riesgo.

Clasificación de la presión arterial para adultos de 18 o más años de edad

Categoría	Sistólica (mmhg)	Diastólica (mmhg)
Óptima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal elevada	130 a 139	85 a 89
Hipertensión		
Etapa 1	140 a 159	90 a 99
Etapa 2	160 a 179	100 a 109
Etapa 3	≥180	≥110

Se definen tres etapas de hipertensión (etapas 1, 2 y 3). Dentro del rango normotenso se especificaron tres niveles de presión arterial: óptima, normal y normal elevada, para indicar que entre más baja la presión arterial más bajo el riesgo.

El diagnóstico de HA es clínico y para establecerlo, la OMS propone obtener el promedio de 3 medidas en consultorio, en 3 días.

### Fisiopatología:

Aunque la causa precisa para la mayor parte de los casos de hipertensión no puede identificarse, se entiende que la hipertensión es una causa multifactorial. Puesto que ésta es un signo, es muy probable que tenga múltiples causas. Para que ocurra hipertensión debe haber un cambio en uno de los factores en la ecuación de la presión arterial: resistencia periférica o gasto cardíaco. Existen diversas hipótesis sobre la fisiopatología de la hipertensión arterial, las cuales se asocian con el concepto de este trastorno como una condición multifactorial.

### Manifestaciones clínicas:

La exploración física quizá no permita identificar otra anomalía además de hipertensión. En ocasiones es posible detectar cambios en la retina, como hemorragias, exudados cotonosos (infartos pequeños) y, en casos graves, papiledema (edema del disco óptico). Los sujetos hipertensos pueden estar asintomáticos y permanecer así durante muchos años. Sin embargo, la aparición de signos y síntomas específicos por lo general indican lesiones vasculares y las manifestaciones clínicas dependen de los órganos y sistemas que reciben riego sanguíneo por los vasos afectados. La arteriopatía coronaria

con angina, infarto miocárdico o ambos es la secuela más común de hipertensión. La hipertrofia ventricular izquierda surge como respuesta al aumento en la carga de trabajo del ventrículo, que tiene que contraerse con más fuerza para contrarrestar la presión elevada en la circulación general. Cuando el daño al corazón es considerable, ocurre insuficiencia cardíaca. Los cambios patológicos renales (aumento de los niveles de nitrógeno ureico en sangre y creatinina) suelen manifestarse en forma de nicturia. La afección cerebrovascular puede conducir a apoplejía o isquemia cerebral transitoria (hemiplejía).

#### **Tratamiento médico:**

El objetivo del tratamiento de la hipertensión es prevenir la muerte y complicaciones al disminuir y mantener la presión arterial a 140/90 mmhg o menos. Las opciones de tratamiento para la hipertensión se resumen en el algoritmo terapéutico emitido en el informe de JNC.

#### **Factores de riesgo de hipertensión:**

- Edad
- Antecedentes familiares
- Obesidad
- Estilo de vida sedentario
- Consumo de sodio.

#### **Prevención y el tratamiento de laHTA**

- Perder peso si es excesivo.
- Limitar el consumo de alcohol a no más de 30ml de etanol al día o 15ml de alcohol etílico para mujeres o individuos de bajo peso.
- Incrementar la actividad física aeróbica. (30 a 45 min la mayor parte de los días a la semana)
- Reducir el consumo de sodio a no más de 100mmol por día (2,4g de sodio o 6g de cloruro de sodio)
- Mantener un consumo adecuado de potasio en la dieta (alrededor de 90mmol al día)
- Mantener un consumo adecuado de calcio y magnesio en la dieta para la salud general.
- Dejar de fumar y reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol en la dieta para la salud cardiovascular.

## Diabetes Mellitus

Es un grupo de trastornos caracterizados por niveles elevados de glucosa en sangre (hiperglucemia) ocasionada por defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina o ambas.

Normalmente circula en la sangre cierta cantidad de glucosa. La principal fuente de esta glucosa es la absorción de los alimentos en el tracto gastrointestinal y la síntesis de glucosa en el hígado a partir de otros compuestos incluidos en la dieta.

La insulina, una hormona producida por el páncreas, controla el nivel de glucosa en la sangre al regular la producción y almacenamiento de la primera. En el estado diabético, las células dejan de responder a la insulina o el páncreas deja de producir insulina por completo. Esto conduce a hiperglucemia, lo cual causa complicaciones metabólicas agudas como cetoacidosis diabética y estado hiperglucémico hiperosmolar no cetósico. Los efectos a largo plazo de la hiperglucemia contribuyen a complicaciones macrovasculares (arteriopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica), complicaciones microvascular crónica (enfermedades renales y oculares) y complicaciones neuropáticas (enfermedades nerviosas).

### Clasificación de la diabetes:

Hay diferentes tipos de diabetes que difieren en su causa, curso clínico y tratamiento.

- Tipo 1 (diabetes mellitus dependiente de insulina, 5 al 10% de la población)
- Tipo 2 (diabetes mellitus no dependiente de insulina, 90 al 95% de la población)
- Diabetes mellitus relacionada con otros padecimientos o síntomas.
- Diabetes mellitus gestacional.

### Generalidades fisiológicas

#### Diabetes tipo 1:

Se caracteriza por destrucción de las células beta del páncreas. Se considera que una combinación de factores genéticos, inmunitarios y ambientales contribuyen a la destrucción de dichas células.

Aunque no se comprenden exactamente los factores que ocasionan la destrucción de las células beta, en general se acepta que la susceptibilidad genética es un factor común subyacente en el desarrollo de la diabetes tipo 1. Este tipo de diabetes no es de carácter hereditario en sí misma, sino que tiene predisposición genética o tendencia a desarrollarla.

#### Diabetes tipo 2:

Hay dos problemas principales relacionados con la insulina; resistencia insulínica y alteración de la secreción de insulina. La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. En condiciones normales, la insulina se fija a los receptores especiales de las superficies

celulares e inicia una serie de reacciones implicadas en el metabolismo de la glucosa. En la diabetes tipo 2, tales reacciones intracelulares disminuyen, lo que provoca que la insulina sea menos efectiva para estimular la captación de glucosa por parte de los tejidos. No se conocen los mecanismos exactos que conducen a resistencia a la insulina y a secreción deficiente de insulina en la diabetes tipo 2, aunque se cree que los factores genéticos son parte de este proceso.

#### **Manifestaciones clínicas:**

Incluyen "las tres P": poliuria (incremento de la micción), polidipsia (incremento de la sed) y polifagia (incremento del apetito). La poliuria y la polidipsia ocurren como resultado de la pérdida excesiva de líquidos asociada con la diuresis osmótica. La persona también experimenta polifagia como resultado del estado catabólico inducido por la deficiencia de insulina y la degradación de proteínas y grasas. Otros síntomas incluyen fatiga y debilidad, cambios visuales repentinos, hormigueo o parestesias en las manos o pies, piel seca, heridas que tardan en cicatrizar e infecciones recurrentes. El inicio de la diabetes tipo 1 también pueden asociarse con náuseas, vómitos o dolor abdominal.

#### **Tratamiento:**

El objetivo principal del tratamiento de la diabetes es normalizar la actividad de la insulina y los niveles de glucosa en sangre para reducir el desarrollo de complicaciones vasculares y neuropáticas.

Hay cinco componentes para el tratamiento de la diabetes:

- Dieta
- Ejercicio
- Vigilancia
- Farmacoterapia
- Enseñanza

El tratamiento varía a lo largo del curso de la enfermedad debido a cambios en el estilo de vida y estado físico y emocional. Por tanto, el tratamiento de la diabetes consiste en valoración y modificaciones constantes por parte de quienes atienden al paciente, así como de ajustes diarios al tratamiento por parte del enfermo mismo. Por esta razón la enseñanza al paciente y a la familia es un componente esencial del tratamiento.

#### **Vigilancia:**

Con el uso frecuente del método de vigilancia de la glucemia por parte del paciente los diabéticos pueden ajustar el régimen terapéutico para obtener máximo control de los niveles de glucosa en sangre. Esto permite descubrir y prevenir la hipo e hiperglucemia y es de gran importancia para normalizar los niveles de glucosa en sangre, lo cual disminuye las complicaciones diabéticas a largo plazo.

Hay varios métodos de SMBG (self-monitoring of bloodglucose), la mayor parte de los cuales sirve para obtener sangre capilar y aplicarla a las tiras reactivas especiales; con esto la sangre permanece en la tira por un tiempo determinado (por lo general entre 45 a 60s). un medidor de los valores de glucemia en forma digital.

---

**Frecuencia de la vigilancia:**

A la mayoría de los pacientes que requieren insulina se les recomienda hacer la prueba 2 a 4 veces al día (por lo regular antes de los alimentos y a la hora de dormir).

A todos los pacientes se le recomienda efectuar la prueba, cuando se sospeche la presencia de hipo o hiperglucemia.

**Educación:**

El paciente diabético debe adquirir conocimientos sobre nutrición, efectos favorables y secundarios de los medicamentos, ejercicio, progresión de la enfermedad, estrategias de prevención, técnicas de vigilancia y ajustes de los medicamentos.