



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO

**“ASOCIACION ENTRE APEGO TERAPEUTICO Y REDES DE APOYO EN  
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD PULMONAR  
OBSTRUCTIVA CRONICA DE LA UMF # 21 DEL IMSS EN EL AÑO 2013”**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

Número de Registro: R-2013-3703-4

PRESENTA:

DRA. ALMA LILIA CASTRO DOMINGUEZ

ASESORES

DR. JOSE JESUS ARIAS AGUILAR

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON



MEXICO D.F 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

<b>1.-Indice</b>	<b>2</b>
<b>2.-Autorizaciones de tesis</b>	<b>4</b>
<b>3.-Titulo</b>	<b>5</b>
<b>4.-Agradecimientos</b>	<b>6</b>
<b>5.-Resumen</b>	<b>7</b>
<b>6.-Summary</b>	<b>8</b>
<b>7.- Marco teórico</b>	<b>9</b>
<b>8.1.-Generalidades</b>	<b>9</b>
<b>8.2.-Epidemiología.</b>	<b>10</b>
<b>8.3.-EPOC</b>	<b>12</b>
<b>8.3.1-Factores de riesgo.</b>	<b>12</b>
<b>8.3.2-Signos y síntoma</b>	<b>12</b>
<b>8.3.3-Diagnostico</b>	<b>13</b>
<b>8.3.4-Tratatamiento</b>	<b>14</b>
<b>8.4-Redes de apoyo social</b>	<b>15</b>
<b>8.4.1-Medición de apoyo social y sus componentes</b>	<b>16</b>
<b>8.5.-Adherencia al tratamiento</b>	<b>18</b>
<b>8.5.1-Medicion de adherencia terapéutica</b>	<b>19</b>
<b>9.-Planteamiento del problema</b>	<b>21</b>
<b>10.-Pregunta de investigación</b>	<b>23</b>
<b>10.-Justificacion</b>	<b>24</b>
<b>11.-Objetivo general.</b>	<b>25</b>
<b>11.1-Objetivos específicos</b>	<b>25</b>
<b>12.-Hipótesis de trabajo</b>	<b>26</b>
<b>13.-Material y métodos</b>	<b>27</b>
<b>13.1.-Tipo y características del estudio.</b>	<b>27</b>
<b>13.2.-Universo de trabajo</b>	<b>27</b>
<b>13.3.-Criterios de selección</b>	<b>28</b>
<b>13.4.-Estrategia de muestreo</b>	<b>29</b>
<b>13.5.-Definición operacional de variables</b>	<b>30</b>

<b>13.6.-Metodología</b>	.	.	.	.	.	.	.	<b>33</b>
<b>14.-Aspectos éticos</b>	.	.	.	.	.	.	.	<b>35</b>
<b>15.-Recursos, financiamiento y factibilidad</b>	.	.	.	.	.	.	.	<b>36</b>
<b>16.-Resultados</b>	.	.	.	.	.	.	.	<b>37</b>
<b>17.-Discusión</b>	.	.	.	.	.	.	.	<b>65</b>
<b>18.-Conclusiones</b>	.	.	.	.	.	.	.	<b>66</b>
<b>19.-Sugerencias</b>	.	.	.	.	.	.	.	<b>67</b>
<b>20.-Referencias bibliográficas</b>	.	.	.	.	.	.	.	<b>68</b>
<b>21.-Anexos</b>	.	.	.	.	.	.	.	<b>71</b>



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR # 21**



**AUTORIZACIONES DE TESIS**

---

**DRA. MARIBEL MUÑOZ GONZALEZ**

Director Médico de la Unidad de Medicina Familiar # 21 IMSS  
"Francisco del Paso y Troncoso"

---

**DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON**

Coordinadora del Departamento de Educación de Investigación en Salud de la  
Unidad de Medicina Familiar # 21 IMSS "Francisco del Paso y Troncoso"

---

**DR. JUAN FIGUEROA GARCÍA**

Profesor titular de la Especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar  
# 21 IMSS "Francisco del Paso y Troncoso"

**ASESORES:**

---

**DR. JESUS ARIAS AGUILAR**

Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar # 21 IMSS "Francisco del Paso y Troncoso"

---

**DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON**

Coordinadora del Departamento de Educación de investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar  
# 21 IMSS "Francisco del Paso y Troncoso"



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

**FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO**



**“ASOCIACION ENTRE APEGO TERAPEUTICO Y REDES DE APOYO EN  
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD PULMONAR  
OBSTRUCTIVA CRONICA DE LA UMF # 21 DEL IMSS EN EL AÑO 2013”.**

Número de Registro: R-2013-3703-4

**DRA. ALMA LILIA CASTRO DOMINGUEZ**

**ASESOR**

---

**DR. JOSE JESUS ARIAS AGUILAR**

**Especialista en Medicina Familiar Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar # 21  
IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”**

Unidad de Medicina Familiar No. 21. Teléfono 57 68 60 00 ext. 21407. Avenida Francisco del Paso y Troncoso No. 281, Colonia Jardín Balbuena, Delegación Venustiano Carranza D.F. Código Postal 15900.

## **AGRADECIMIENTOS:**

- *Gracias a Dios por darme sabiduría fortaleza en todo momento, por darle sentido a mi vida, por guiar mis pasos, sobre todo gracias por el infinito amor que siempre me ha mostrado.*
- *Gracias a mi esposo Juan por entender mis ausencias, ayudarme en los momentos difíciles y enseñarme que cada logro obtenido es de los dos y que para todo **siempre hay un tiempo.***
- *Gracias a mis padres Sara y Rigoberto por darme educación, por enseñarme a luchar por lo que deseo y mirar siempre adelante, repitiéndome cada día que no estoy sola, que siempre estarán apoyándome para realizar mis sueños.*
- *Gracias a mis profesores por sus enseñanzas y por su tiempo que me dedicaron en especial al Dr. Jesús Arias Aguilar.*
- *No hay palabras para expresar lo que significa para mí este logro solo....*

**Gracias.....**

## RESUMEN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), es un conjunto de entidades que tienen como elemento común una obstrucción crónica al flujo aéreo respiratorio. La falta de adherencia al tratamiento es un problema relevante en enfermedades crónicas. El apoyo social ha demostrado tener una influencia positiva sobre la experiencia del cuidado de las enfermedades crónicas.

**Objetivo general:** Describir la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes diagnosticados de la EPOC de la UMF # 21.

**Material y Métodos:** Estudio transversal analítico retrospectivo en 79 pacientes con EPOC de la UMF # 21, se aplicó un cuestionario socio demográfico, el cuestionario MOS y el test de Morisky Green y Levine. Desarrollándose en las instalaciones de la UMF #21. El análisis se realizó con el programa SPSS versión 21.

**Resultados:** Los pacientes que no tienen red de apoyo tienen un 59 % de no tener apego terapéutico.

**Conclusiones:** Se encontró asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo. Hay asociación entre apoyo instrumental y apoyo afectivo con el tiempo de la EPOC.

**Palabras claves:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, apego, terapéutico, red de apoyo.

## SUMMARY

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD ) is a set of entities whose common element chronic respiratory airflow obstruction. No adherence to treatment is a major problem in chronic diseases. Social support has been shown to have a positive influence on the experience of care for chronic diseases.

**Objective:** To describe the association between attachment and therapeutic support networks for patients diagnosed with COPD FMU # 21.

**Material and Methods:** A retrospective cross-sectional study in 79 patients with COPD FMU # 21, a sociodemographic questionnaire, the questionnaire and the MOS Morisky Green and Levine are applied. Developed on the premises of the UMF # 21. Analysis was performed using SPSS version 21 program.

**Results:** Patients who do not have network poyo have a 59 % of having no therapeutic attachment .

**Conclusions:** Association between attachment and therapeutic support networks found. There is an association between instrumental support and emotional support over time in COPD.

**Keywords:** Chronic obstructive pulmonary disease , addiction, therapy , support network

## **MARCO TEÓRICO.**

### **Generalidades**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad inflamatoria prevenible y tratable. Se caracteriza por obstrucción persistente al flujo aéreo, progresiva y parcialmente reversible. Esta limitación está asociada a una reacción inflamatoria pulmonar exagerada frente al humo del tabaco y biomasa principalmente. Puede estar o no acompañada de síntomas (disnea, tos y expectoración), exacerbaciones, efectos extra-pulmonares y enfermedades concomitantes.<sup>1</sup>

La adherencia al tratamiento es el comportamiento de la persona que coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas.<sup>2</sup>

El apoyo social ha demostrado tener una influencia positiva sobre la experiencia del cuidado de las enfermedades crónicas y de los cuidadores familiares. Se define como "proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material".<sup>3,4</sup>

## **Epidemiología**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ocupa los primeros cinco lugares de morbilidad y mortalidad en el mundo y su prevalencia en personas mayores de 40 años de edad es más del 10%.<sup>1</sup> Esta enfermedad es una carga significativa para la sociedad por sus altos costos directos e indirectos, limitando la vida de millones de individuos en sus capacidades funcionales y laborales.<sup>5</sup>

El incremento en la mortalidad ha sido sustancial en los últimos 30 años; en 1990 ocupaba el sexto lugar y se considera que para el año 2020 ocupará el tercer lugar como causa de mortalidad en el mundo. <sup>1</sup> En términos de morbilidad, transitará del cuarto al tercer lugar a nivel mundial.<sup>6</sup>

En individuos de más de 40 años de edad y es mayor en hombres que en mujeres; sin embargo, el perfil etario está cambiando, y si bien antes se consideraba a la EPOC como una enfermedad de los fumadores viejos, actualmente los datos muestran una alta prevalencia de la enfermedad en edad laboral, donde el 70% de los pacientes son menores de 65 años a nivel mundial.<sup>1</sup>

En México, como en otros países de Latinoamérica, la EPOC es una enfermedad importante por su morbilidad y mortalidad; sin embargo, permanece subdiagnosticada y sin ser reconocida como un problema de salud pública. La prevalencia calculada para México por el estudio PLATINO y de acuerdo al criterio GOLD es de 7.8% en personas mayores de 40 años de edad.<sup>1</sup> En México el INER (Instituto nacional de enfermedades respiratorias), la EPOC se ubicó en el cuarto lugar en la tabla de morbi-mortalidad anual. En cuanto a mortalidad a nivel mundial, en México se ubica entre el 6o y el 4o. Estudios recientes muestran que la prevalencia es igual entre hombres y mujeres.<sup>7</sup>

El impacto económico de la EPOC en México, un estudio de costos de atención médica atribuibles al tabaco, realizado en el año 2001 en el IMSS, la EPOC

tuvo un costo promedio de 73,303 pesos mexicanos anuales por paciente. La cifra puede subir hasta 139,978 pesos cuando el paciente requiere hospitalización por una exacerbación. Los costos de la EPOC en México varían de acuerdo al grado de gravedad de la enfermedad, donde los pacientes que se hospitalizan son los que se encuentran en estadios más graves. <sup>1.8</sup>

La prevalencia de pacientes UMF 21 del IMSS con EPOC en el turno matutino y vespertino en la es 2348 pacientes.

Se estima que entre un 20% y un 80% de los pacientes con enfermedades crónicas no siguen las indicaciones médicas de la manera indicada, lo cual tiene implicancias importantes para la salud. En el caso de la EPOC, y en general de las enfermedades respiratorias, se estima que la adherencia es menor a un 60% lo cual explicaría dado que el tratamiento requiere del uso de inhaladores además de fármacos que se ingieren de manera oral. <sup>9</sup>

Pacientes que disponen de redes de apoyo social, muestran una mejor adaptación a su enfermedad y menos tasas de depresión. Marino y cols<sup>10</sup>, estudiaron a 156 adultos mayores con EPOC y depresión. Ellos encontraron que aquellos pacientes cuyo tamaño de red de apoyo era más grande y que a su vez reportaron disponer de apoyo instrumental, presentaban mejor adaptación a la enfermedad. <sup>9</sup>

## **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad prevenible y tratable, con efectos pulmonares significativos adicionales que pueden contribuir con la gravedad en pacientes individuales. El componente pulmonar está caracterizado por una limitación de la vía aérea, que no es totalmente reversible. Esta limitación del flujo aéreo es usualmente progresiva y asociada con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas o gases nocivos. [1, 11,13,14](#)

### **Factores de riesgo**

El factor de riesgo más frecuente es el tabaquismo. En México y países como Nepal, Nueva Guinea y Colombia, la exposición al humo de leña es también causa de EPOC. La inhalación en el ambiente laboral de polvos, gases, humos y sustancias químicas constituye otros factores de riesgo. [7](#)

### **Signos y síntomas.**

La exploración física se encuentra, cianosis de labios y dedos, respiración con labios fruncidos, uso de músculos accesorios de la respiración: escaleno y esternocleidomastoideo, ingurgitación yugular, disminución del ruido respiratorio o abolido, vibraciones vocales disminuidas (etapas avanzadas), puede presentar sibilancias. [7](#)

Los signos y síntomas pueden iniciar lenta e insidiosamente, incluyen disnea, tos y producción de esputo. Las condiciones de comorbilidad que se suelen observar con la EPOC pueden incluir: pérdida de peso, disfunción del músculo esquelético, desórdenes cardíacos, osteoporosis, infecciones respiratorias, fracturas de huesos, depresión, diabetes, alteraciones del sueño, anemia. [7,14](#)

## Diagnostico

Una vez que los síntomas iniciales de la EPOC han sido identificados, la espirometría es el estándar de oro para confirmar el diagnóstico y monitorear el progreso de la enfermedad. <sup>14</sup>

Dos medidas que se suelen utilizar con la espirometría son Capacidad Vital Forzada (CVF) y Volumen Espiratorio Forzado (VEF1).

CVF mide el volumen de aire exhalado con fuerza y completamente luego de una inhalación profunda.

VEF1 es el volumen de aire exhalado durante el primer segundo de la capacidad vital forzada.

VEF1/CVF es la relación de estas medidas. Una relación normal es de entre 0,70 y 0,80.

Una vez que la EPOC ha sido diagnosticada, puede evaluarse la severidad. La severidad se basa en las medidas de la espirometría y en los síntomas del paciente, y las condiciones de comorbilidad pueden aumentar la severidad. <sup>14</sup>

Estadios de EPOC			
Estadios de EPOC	VEF <sub>1</sub> /CVF	VEF <sub>1</sub>	Síntomas
I: EPOC Leve	<0,70	≥80% predicho	A veces tos crónica y producción de esputo
II: EPOC Moderada	<0,70	50% a <80% predicho	Disnea con esfuerzo
III: EPOC Severa	<0,70	30% a <50% predicho	Mayor disnea, menor capacidad para actividad física, exacerbaciones reiteradas, impacto en la calidad de vida
IV: EPOC Muy Severa	<0,70	<30% o <50% predicho con insuficiencia respiratoria crónica	Calidad de vida afectada, las exacerbaciones pueden poner en riesgo la vida

## Tratamiento

Si existe exposición en el trabajo a sustancias químicas y polvos, el paciente debe tratar de obtener un cambio a otra área en la empresa donde no tenga la exposición dañina.

### Broncodilatadores:

El paciente debe seguir la terapia sugerida por su médico, en general tendrá alguno de estos medicamentos: Broncodilatadores  $\beta_2$  adrenérgicos, broncodilatadores anticolinérgicos

a) Broncodilatadores combinados inhalados de acción corta (Bromuro de ipratropium + salbutamol) 20/100  $\mu\text{g}$  (dosis inhalada) c/4 a 6 hrs.

b) Broncodilatadores combinados inhalados de acción prolongada Salmeterol 100mg + formoterol 24mg (dos inhalaciones) dos veces al día. Se administran en pacientes que no muestran una respuesta significativa del FEV 1 a broncodilatadores de acción corta y en los que presentan síntomas nocturnos.

- Metilxantinas: Relajan al músculo liso por inhibición de la fosfodiesterasa y aumento del AMP cíclico.

- Corticoesteroides.

- Oxigenoterapia: El oxígeno debe indicarse por más de 15 horas al día, para obtener un beneficio hemodinámico, en la capacidad al ejercicio, así como también en la mecánica pulmonar y el estado mental. [7,15](#)

Rehabilitación pulmonar.

El beneficio de la rehabilitación pulmonar en el paciente con EPOC, consiste en mejorar la calidad de vida, tolerancia al ejercicio y disminuir la disnea. Debe considerarse en pacientes con un VEF 1 menor del 80% del predicho. [7](#)

## **Redes de apoyo social**

El apoyo social es el proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material. Debe ser visto como un proceso complejo que implica una interacción entre las estructuras sociales, las relaciones sociales y los atributos personales. Las características más relevantes de una red que brinda apoyo social son el tamaño, la fuerza de los vínculos, la densidad, la homogeneidad y la dispersión. El apoyo social ha demostrado tener una influencia positiva sobre la experiencia del cuidado de las enfermedades crónicas y de los cuidadores familiares.<sup>4</sup>

La enfermedad crónica genera en el paciente y su cuidador incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo.<sup>4,15</sup>

El apoyo social posee una estructura que está definida por las características cuantitativa de la red de apoyo social, tales como el tamaño, densidad, dispersión geográfica, así como por las características de los contactos y los vínculos sociales que tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos). También cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo es decir se refiere a la calidad del apoyo social existente y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo (instrumental, informativo y socioemocional), así como al grado de satisfacción con éste. El apoyo social como proceso es el que le da una connotación dinámica al constructo, se refiere a los diferentes elementos que influyen en la movilización y la efectividad de éste en el tiempo, lo que está vinculado a su vez por la contextualización del proceso.<sup>15</sup>

## **Medición del apoyo social**

El apoyo social es un elemento que favorece la adaptación a una enfermedad crónica. Se mide con un instrumento que mide el apoyo social percibido, el cuestionario del Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social, conocido como el Medical Outcomes Study- Social Support Survey (MOS), el cual fue desarrollado para un estudio de desenlaces en pacientes con enfermedades crónicas en los Estados Unidos y es auto-administrado.<sup>4,9</sup>

### **Cuestionario Medical Outcomes Study- Social Support Survey (MOS)**

A través del análisis factorial, los autores del instrumento reportaron una matriz correlacional con ítems superpuestos entre las escalas Apoyo afectivo y Apoyo informativo, lo que condujo a la combinación de los ítems en un factor denominado apoyo emocional/informativo. El análisis factorial confirmatorio produjo resultados similares. Los componentes principales soportaron los 19 ítems para las 4 subescalas: apoyo emocional/informativo ( $k = 8$ ,  $\alpha .96$ ), apoyo instrumental ( $k = 4$ ,  $\alpha .92$ ), interacción positiva ( $k = 3$ ,  $\alpha .94$ ), apoyo afectivo ( $k = 3$ ,  $\alpha .91$ ).<sup>4</sup>

Estudios realizados en Argentina 2007, consideraron que el cuestionario MOS es un instrumento válido y confiable para tener una visión multidimensional del apoyo social el cual tiene aplicabilidad para detectar situaciones de riesgo social. Los antecedentes investigativos sobre la validación del instrumento en otros países soportan y afianzan la calidad del instrumento con buenas propiedades psicométricas y estructurales.<sup>4</sup>

### **El instrumento evalúa los siguientes componentes:**

#### **1.- Apoyo Emocional / Informativo:**

La expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información.

## 2.- Apoyo Instrumental:

La provisión de ayuda material que pueda recibir la persona.

Preguntas: 2- 5-12-15

## 3.- La interacción social positiva:

La disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse.

Preguntas: 7 –11 –14 – 18

## 4.- Apoyo Afectivo:

Las expresiones de amor y de afecto.

Preguntas: 6 – 10 – 20

## Valores

VALORES	MAXIMO	MINIMO	MEDIO
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción Social	20	4	12
Afectivo	15	3	09
Indice Global	95	19	57

El **índice global de Apoyo Social** se obtiene sumando los 19 items.

El **Apoyo Social es Escaso** cuando el índice es inferior a 57 puntos.

Habrà **Falta de Apoyo Emocional** cuando la puntuación sea menor a 24.

Habrà **Falta de Apoyo Instrumental** cuando la puntuación sea menor a 12.

Habrà **Falta de Interacción Social** cuando la puntuación sea menor a 12.

Habrà **Falta de Apoyo Afectivo** cuando la puntuación sea menor a 9

## **Adherencia al tratamiento**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia.<sup>16,17</sup>

La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud Pública. El autocuidado y el manejo del régimen terapéutico por parte de los pacientes, son componentes clave del abordaje de las enfermedades crónicas.<sup>16</sup>

Uno de los problemas más importantes en el manejo de enfermedades crónicas, que requieren seguir un tratamiento complejo y además cambios en el estilo de vida, es la adherencia al tratamiento.<sup>9</sup>

La adherencia al tratamiento se estima como una variable dicotómica: cumplidor/no cumplidor, adherencia/ no adherencia, y los factores que la determinan se clasifican en 4 áreas: relación médico-paciente, el paciente y su entorno, la enfermedad, la terapéutica.

La relación médico-paciente: incluye la motivación que existe en el enfermo derivada de la relación con su médico tratante, la buena comunicación y, finalmente, la confianza en la obtención de un beneficio, hace a los pacientes iniciar y mantener un tratamiento.<sup>10</sup>

Respecto al factor ambiental: destacan las creencias de cada paciente, su entorno emocional, afectivo, su rol en la sociedad, el aislamiento, las creencias sociales o mitos de salud. En esta área se encuentran también las características sociodemográficas, nivel de conocimientos e inclusive el apoyo que recibe de su familia y de la sociedad con la cual convive.

La enfermedad se ha observado que a medida que aumenta la cronicidad el cumplimiento del tratamiento disminuye; la percepción subjetiva de la gravedad también influye, es decir, si el paciente cree que esa enfermedad es grave y pone en riesgo su vida cumple con mayor precisión el tratamiento y viceversa. Se ha observado que si el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad, habrá menos adherencia al tratamiento; cuando el tratamiento tiene fines preventivos sucede lo mismo; la adherencia al tratamiento es difícil en el caso de enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo.

La terapéutica; cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia; ésta disminuye cuando el tratamiento es prolongado como en las enfermedades crónicas, cuando se utilizan varios fármacos en forma simultánea o el esquema de dosis es complicado; también cuando la vía de administración requiere personal entrenado o el medicamento tiene efectos adversos.<sup>22</sup>

### **Medición de la adherencia terapéutica**

La adherencia engloba dos conceptos: cumplimiento de dosis y forma de administración y persistencia en la duración del tratamiento prescrito.

### **Test Morinski-Green-Levine**

El Test para medir la adherencia al tratamiento farmacológico, se denomina Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morinski-Green-Levine, Está validado para diferentes enfermedades crónicas, creado originalmente por Morinsky, Green y Levine en 1986 para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA) más tarde fue validado en su versión española por Val Jiménez y cols. Desde que el cuestionario fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades como es la HTA, antirretrovirales para síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA) y osteoporosis, EPOC, en poblaciones de hombres y mujeres.<sup>18</sup>

Test de Morisky Green y Levine, el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, que consta de un cuestionario de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Según los autores y las validaciones por ellos publicadas, se consideran adherentes, a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no-adherentes a quienes contestan SI a una o más, este test demostró una buena correlación entre la adherencia. Esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0.61. Validado en su versión española por Val Jiménez y cols. [18,19](#)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La EPOC ocupa los primeros cinco lugares de morbilidad y mortalidad en el mundo y su prevalencia en personas mayores de 40 años de edad es más del 10%.<sup>1</sup> Esta enfermedad es una carga significativa para la sociedad por sus altos costos directos e indirectos, limitando la vida a los individuos en sus capacidades funcionales y laborales.

En México permanece subdiagnosticada y sin ser reconocida como un problema de salud pública por su alta prevalencia y condición progresiva, con deterioro significativo de la calidad de vida y gran impacto económico en las personas y los sistemas de salud. Existe un incremento mundial de pacientes con EPOC, incluso en países con baja prevalencia de tabaquismo, buen control de calidad del aire y bajo riesgo ocupacional. Ha sido por muchos años una enfermedad que ha cobrado importancia.

El apoyo social es una variable importante en la comprensión del bienestar y calidad de vida de las personas con la EPOC y en el proceso salud enfermedad, ya que es una enfermedad crónica. Un bajo nivel de apoyo social influye negativamente sobre el estado de salud dando lugar a síntomas orgánicos, psíquicos y psicosomáticos. También ayudan a un descontrol en el tratamiento farmacológico de pacientes con enfermedades crónicas.

Es relevante evaluar en estos pacientes las redes de apoyo con las que cuentan. Existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud se han estudiado en enfermedades crónicas como HAS, DM, ERA, pero no existen estudios relacionados con la EPOC en su totalidad ya que solo se mencionan.

El instrumento de la versión colombiana del MOS es válido para la población general, pero no se ha aplicado en grupos de personas con enfermedades crónicas específicas (enfermedades cardiovasculares, cáncer, la EPOC, enfermedades renales, etc.).

El apego en tratamiento en pacientes diagnosticados de la EPOC suele ser menor que en las otras enfermedades crónicas por el uso de inhaladores. Numerosas investigaciones indican que aproximadamente la mitad de los ancianos tratados no realiza correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas por su médico, lo que condiciona resultados desfavorables y por lo tanto gastos innecesarios para el sector salud. La mayoría de las investigaciones sobre adherencia a tratamiento son de enfermedades crónicas que tienen un costo elevado para el paciente, para el sector salud y, como tal, para los gobiernos.<sup>4</sup>

Por lo que se planteo la siguiente pregunta:

**PREGUNTA DE INVESTIGACION**

**¿Cuál es la asociación que existe entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes diagnosticados con EPOC en la UMF # 21 en el año 2013?**

## JUSTIFICACION

Se realiza el presente estudio ya que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), deben de tener un apego al tratamiento para llevar una buena funcionalidad pulmonar para ello influye las redes de apoyo las cuales pueden tener una forma positiva en el proceso de la enfermedad y el tratamiento.

Los estudios muestran que la red de apoyo social de la que disponen los pacientes con la EPOC, puede jugar un rol importante tanto en términos de apoyo emocional, es decir para el manejo de las emociones negativas asociadas con la enfermedad, así como en términos instrumentales para resolver demandas específicas relacionadas con la enfermedad y tratamiento.

Una red social es el entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo y le permite recibir apoyo emocional, instrumental y afectivo, se comprende la estrecha relación existe entre red y apoyo social, de tal forma que cuando se produce un descenso o disminución en la red se aprecia una reducción en la percepción del apoyo social. El apoyo social percibido se ha considerado como una variable de gran relevancia en los procesos de salud – enfermedad. Hace referencia a la confianza que tienen los individuos sobre el apoyo social disponible.<sup>2</sup>

La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública.

El descontrol de la EPOC eleva la recurrencia a los servicios de urgencias por enfermedades respiratorias de nuestros derechohabientes, repercutiendo en todo los aspectos de su vida diaria. Son pocos los estudios que mencionan la asociación entre la adherencia terapéutica y redes de apoyo en pacientes con la EPOC. El mejor conocimiento y razonamiento de las variables que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con la EPOC y el apoyo social con el que cuentan, nos permitirá acciones futuras que mejoren su logro, lo que repercutirá en el control del paciente, en la prevención de complicaciones respiratorias mejorando su calidad de vida y disminuyendo costos económicos para la institución.

## **OBJETIVOS.**

### **Objetivo general:**

- Describir la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes diagnosticados por EPOC en la UMF # 21 en año 2013.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar las redes de apoyo en los pacientes diagnosticados con EPOC en la UMF # 21.
- Determinar si existe apego al tratamiento en pacientes diagnosticados con EPOC en la UMF # 21.
- Conocer cuál es el apoyo social (emocional, instrumental, interacción social, afectivo, índice global) que se presenta más en pacientes diagnosticados con EPOC en la UMF # 21 de acuerdo al cuestionario MOS.

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO.**

No aplica al ser un trabajo descriptivo observacional, pero por razones académicas se da la siguiente:

- Existe adherencia al tratamiento en pacientes que tienen una buena red de apoyo en pacientes diagnosticados con EPOC en un 60 %.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Tipo y características del estudio.**

El tipo de estudio es transversal analítico, retrospectivo y aleatorizado en pacientes hombres y mujeres diagnosticados con la EPOC derechohabientes de la UMF # 21, previo consentimiento informado, durante su control ambulatorio dentro de la consulta mensual, se aplicó un cuestionario socio demográfico el Test de Morisky-Green-Levine en el cual se evaluó adherencia al tratamiento, cuestionario de MOS el cual se evaluó apoyo social, el tiempo de estudio fue de marzo a diciembre del 2013.

### **Definición del universo del trabajo**

**Población del estudio.** Pacientes con la EPOC derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar # 21, de acuerdo a cifras de ARIMAC de la unidad corresponde a una población con la EPOC igual a 2348 pacientes derechohabientes.

### **Periodo del estudio.**

- Marzo a Diciembre del 2013.

## **Criterios de selección.**

### **Criterios de inclusión.**

1. Pacientes con diagnóstico de la EPOC
2. Derechohabiente de la UMF 21 del IMSS.
3. Número de afiliación vigente
4. Pacientes que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar
5. Paciente del turno matutino y vespertino
6. Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

### **Criterios de exclusión**

1. Pacientes que no desearon participar
2. Pacientes que durante el estudio cambiaron de residencia.
3. Pacientes que no contestaron el 75% del instrumento a aplicar.
4. Pacientes que fallecieron durante el estudio

## Estrategia de muestreo.

a) **Tamaño de muestra**

b) **Tipo de muestreo:** Probabilístico aleatorio simple.

**Formula:** Para determinar el tamaño de muestra se acudió al servicio de ARIMAC para conocer la totalidad de las personas diagnosticadas con EPOC adscritos a la UMF # 21, se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población infinita de la siguiente manera:

$$n = \frac{N (Z\alpha)^2 (p)(q)}{(d)^2 (N-1) + 2^2 (p)(q)}$$

**Fórmula 1.** Tamaño de muestra para una proporción. Población infinita.

**Donde:**

**n** = 2348 población de pacientes con diagnóstico de EPOC de la UMF # 21

**Z** = Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96.

**p** = Prevalencia de EPOC calculada para México es de 7.8 % (estudio PLATINO y de acuerdo al criterio GOLD)

**q** = 1-0.308= 0.692

**d** = Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

**Resolviéndose de la siguiente manera:**

$$n = \frac{2348 (1.96)^2 (0.078)(.692)}{(0.05)^2 (2348-1) + 2^2 (0.078) (0.692)} = 79$$

## **DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDICION.**

### **VARIABLE:**

- a. Independiente:** Red de poyo
- b. Dependiente:** Apego terapéutico

## **Definición de variables y medición**

### **Variables de estudio**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>CUANTITATIVA CUALITATIVA</b>	<b>ORDINAL NOMINAL</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>
<b>Red de apoyo</b>	Proceso complejo que implica una interacción entre las estructuras sociales, las relaciones sociales y los atributos personales.	Por medio del cuestionario de MOS de apoyo social, consta de 19 preguntas	Cualitativa	Ordinal	1.-Si 2.-No
<b>Tiempo de diagnóstico de EPOC</b>	Es el tiempo que ha transcurrido en años desde el diagnóstico inicial de EPOC hasta la actualidad.	Número de años que el paciente reporta en la encuesta	Cuantitativa	Discreta	Años.
<b>Cantidad de medicamentos para EPOC</b>	Numero de fármacos que consume el paciente para el tratamiento de la EPOC	Numero de medicamentos que el paciente reporta en la encuesta	Cuantitativa	Discreta	Numero de medicamento
<b>Otras enfermedades crónicas degenerativas</b>	Enfermedades de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. Por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica	Enfermedad que refiera el (la) paciente y la que está registrada en el expediente electrónico.	Cualitativa	Nominal	1.-EPOC 2.-Artritis 3.-DM2 4.-HAS 5.-HAS Y DM 2 6.-DM 2, HAS Y Artritis 7.Hiperuricemia 8.-Otros

## Variables socio demográficas

<b>Edad</b>	Al tiempo de existencia de alguna persona, desde nacimiento, hasta la actualidad.	Años cumplidos que refiere el (la) paciente y los registrados en el expediente electrónico	Cuantitativa	Cuantitativa discreta	Años cumplidos
<b>Genero</b>	Conjunto de deberes que tiene uno o varios caracteres comunes, Clase o tipo a la que pertenecen personas, o cosas.	Sexualidad que refiere el (la) paciente y la registrada en el expediente electrónico	Cualitativa	Nominal	1.-Femenino 2.-Masculino
<b>Estado civil</b>	Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista del derecho de la familia	Situación civil que reporta el paciente en los cuestionarios	Cualitativa	Nominal	1.-Soltero 2.-Casado 3.Divorciado 4.-Viudo 5.-Union libre
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Nivel escolar referido por el (la) paciente y el registrado en el expediente electrónico	Cualitativa	Ordinal	1.-Analfabeta 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.Preparatoria 5.Licenciatura 6.-Postgrado
<b>Ocupación</b>	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Ocupación que refiere el paciente en las encuestas	Cualitativa	Nominal	1.-Obrero 2.-Campeino 3.-Empleado 4.Comerciante 5.-Jubilado 6.Pensionado 7.-Ama de casa

## **METODOLOGÍA:**

### **Descripción del estudio:**

1. El presente estudio se realizó en la UMF # 21 del IMSS, Delegación 4 Sur de la ciudad de México durante en el periodo de marzo a diciembre del 2013.
2. Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema a estudiar logrando determinar la importancia que existe entre apego al tratamiento y redes de apoyo en pacientes con la EPOC.
3. Se inicio a construir el marco de referencia y el diseño del estudio, se obtuvo la cantidad de pacientes con la EPOC para el muestreo
4. Se realizo un consentimiento informado fue dirigido al director y al comité de investigación de esta Unidad solicitando el permiso para la aplicación de dos instrumentos de evaluación auto aplicables.
5. La persona quién aplico éste estudio explico a los pacientes el motivo dio un consentimiento informado por escrito y aplico los instrumentos en un tiempo de 10 minutos aproximadamente previa autorización de comité local del protocolo.
6. Los pacientes a quién se les aplico los instrumentos se seleccionaron de forma aleatorizada en la consulta externa tanto en el turno matutino y vespertino; los cuales cumplan con los criterios de inclusión.
7. La aplicación de dichos instrumentos se inicio a partir del mes de septiembre y por día se les aplico a 3 pacientes de tal forma que se llevo un total de dos meses para su aplicación.
8. Una vez recolectada esta información se realizo una base de datos en el sistema SPSS versión 21 se analizaron los datos en el mes de diciembre del 2013.

### **Recolección de Información:**

Obtenida la autorización por parte del Director y por el Comité de Investigación de UMF # 21, se procedió de la manera más ordenada y respetando los lineamientos éticos recolectando la información.

Recolectados los datos, se analizaron y se presentaron los resultados obtenidos en la investigación en forma de tesina al Director de esta unidad y al departamento investigación en salud de esta unidad.

Análisis Estadístico: Los resultados obtenidos se reportaron en cuadros y gráficos, utilizando análisis univariado: medidas de tendencia central como son moda, mediana, desviación estándar y análisis bivariado con la prueba chi-cuadrada de Mantel y Haenzel y Razòn de Momios; se utilizó el programa SPSS versión 21.

## **ASPECTOS ETICOS**

En la presente investigación no se puso en peligro la vida, se realizaron 3 cuestionarios a los pacientes con la EPOC adscritos a la UMF # 21, del IMSS delegación 4 Sur del Distrito Federal, para analizar apego al tratamiento y redes de apoyo se solicitó el consentimiento informado anexo.

La información que se obtuvo es estrictamente anónima, fue conocida solo por los investigadores. Respetando los principios fundamentales de respeto a las personas, beneficencia, justicia, no maleficencia.

En el presente estudio de investigación se realizó consentimiento informado por escrito aunque no se está atendido contra la integridad física o psicológica de los pacientes. Los procedimientos propuestos están de acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y Códigos y Normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Se apega, a las normas y reglamentos institucionales. La seguridad el bienestar de los pacientes se respetó cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmonte, el código de reglamentos federales de Estados Unidos Mexicanos.

Se agrega una carta de consentimiento informado respetando las normas y códigos anteriores con el formato del IMSS (ver anexo).

## **RECURSOS**

### **Recursos humanos**

- 1.-Pacientes que aceptaron participar en estudio.
- 2.-El investigador.
- 3.-Asesor metodológico.

### **Recursos materiales**

- Computadora, papelería
- Software Windows vista, paquete estadístico SPSS versión 21.
- Cuestionarios y base de datos.

### **Recursos financieros**

- Financiado por el investigador

### **Aspectos de bioseguridad**

- No se requiere.

- **Análisis estadístico:**

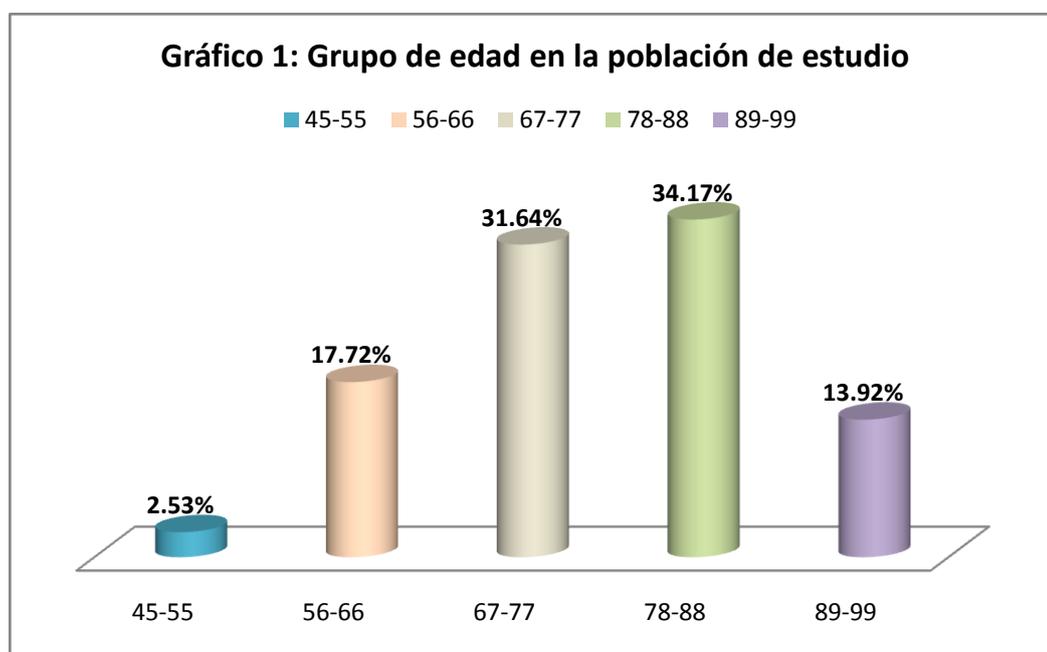
Se utilizó estadística razón de momios para realizar asociación de variables nominales. Se presentará en gráficos o tablas de acuerdo al comportamiento de las variables.

## RESULTADOS

### VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Tabla I: Grupo de edad en la población de estudio en la UMF # 21

Grupo de edad	Frecuencia N°	Porcentaje %
45 – 55	2	12.4
56 – 66	14	23.3
67 – 77	23	22.8
78 –88	27	42.3
89-99	11	13.92
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

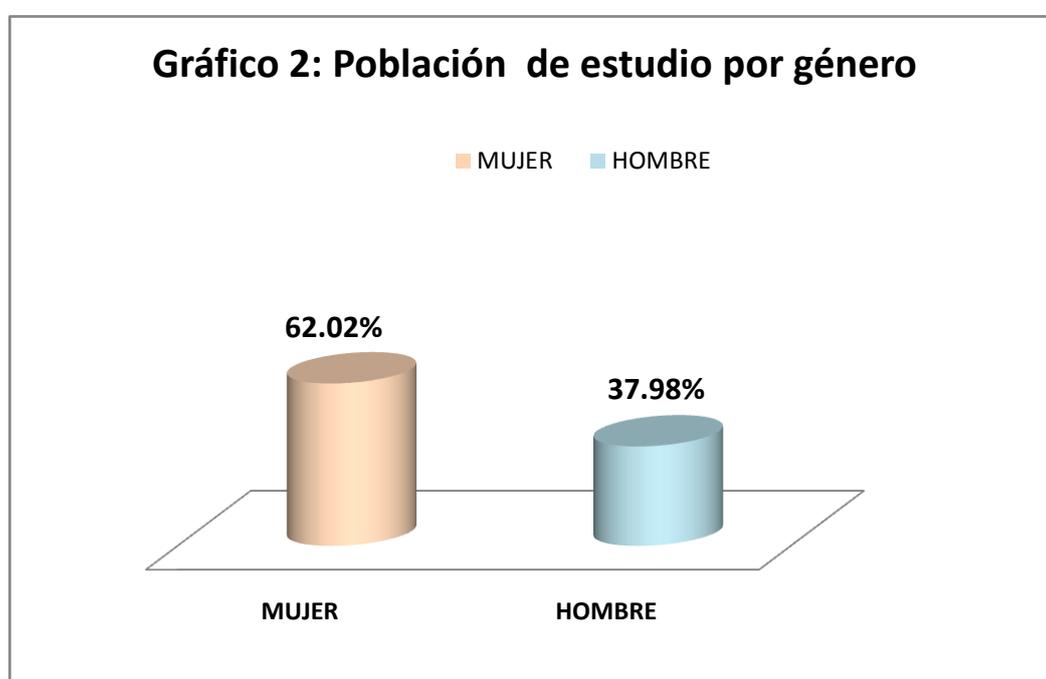


**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Se realizó un estudio a una muestra de 79 pacientes con la EPOC, los resultados mostraron una edad mínima de 47 años y máxima de 96 años. La media es de 76 años, mediana de 77 años y moda de 72 años. Con rango de edad más frecuente entre 78-88 años y menos frecuente la edad 45-55 años.

**TABLA II: Prevalencia del género en la población de estudio**

Sexo	Frecuencia N°	Porcentaje %
Mujer	49	62
Hombre	30	38
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

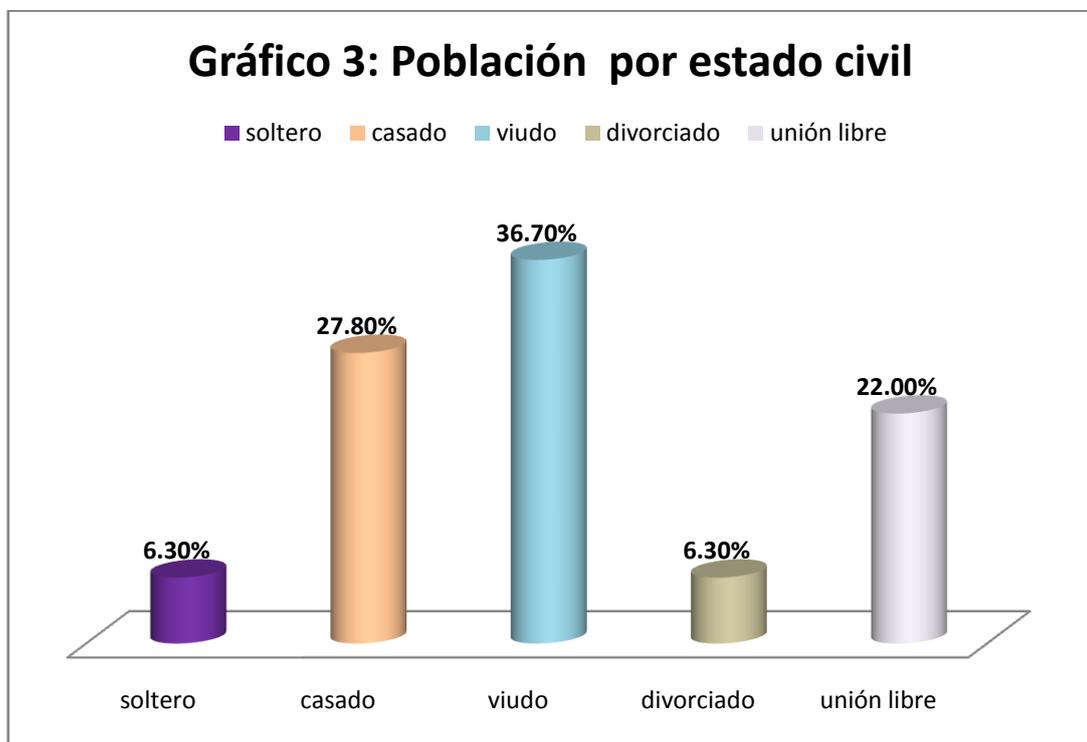


**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

La variable demográfica es de género se muestra que la población con mayor prevalencia es el sexo femenino con 49 pacientes es decir 62% por lo tanto 30 pacientes son del sexo masculino es decir el 38% de la población de estudio.

**TABLA III: Estado civil de la población de estudio**

Estado civil	Frecuencias	Porcentaje %
Soltero	5	6.3
Casado	22	27.8
Divorciado	5	6.3
Viudo	29	36.7
Unión libre	18	22.8
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

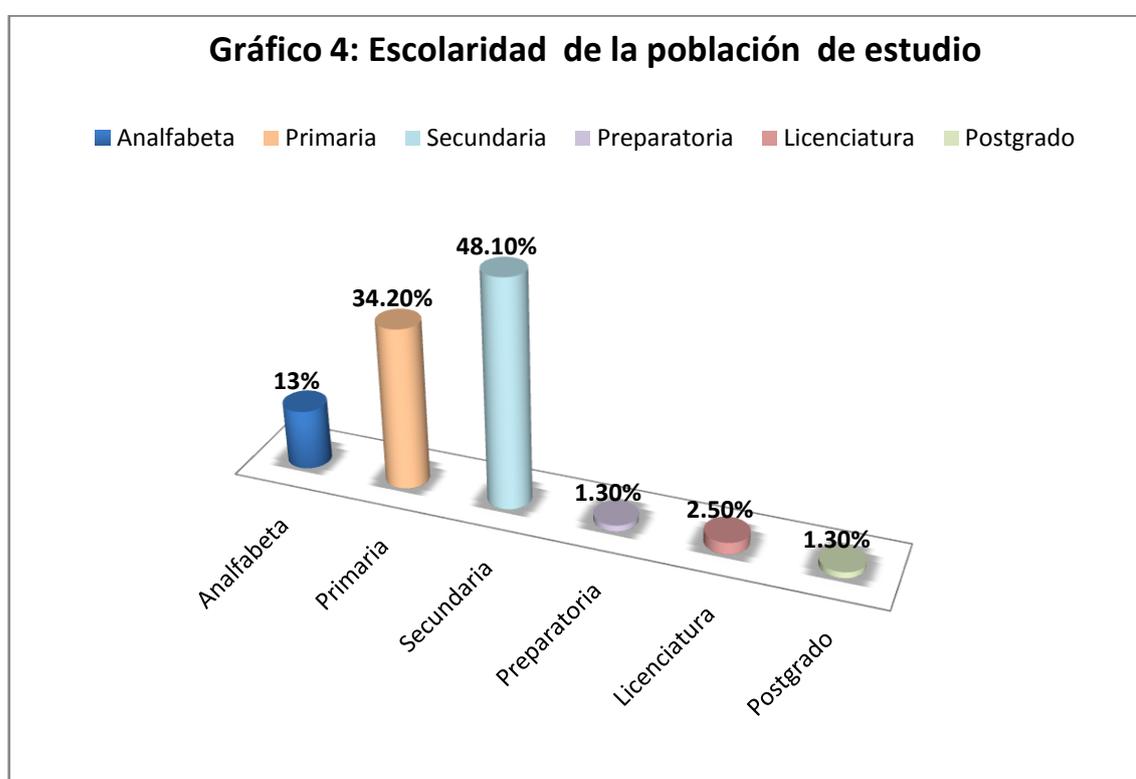


**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Así mismo el estado civil más frecuente en la población de estudio, viudo con una prevalencia de 36.70 %, seguida por casado 27.80 %, el porcentaje mínimo es el de solteros en un 8%.

**TABLA IV: Escolaridad de la población de estudio**

Escolaridad	Frecuencia N°	Porcentaje%
Analfabeta	10	12.7%
Primaria	27	34.2%
Secundaria	38	48.1%
Preparatoria	1	1.3
Licenciatura	2	2.5%
Postgrado	1	1.3%
Total	79	100 %

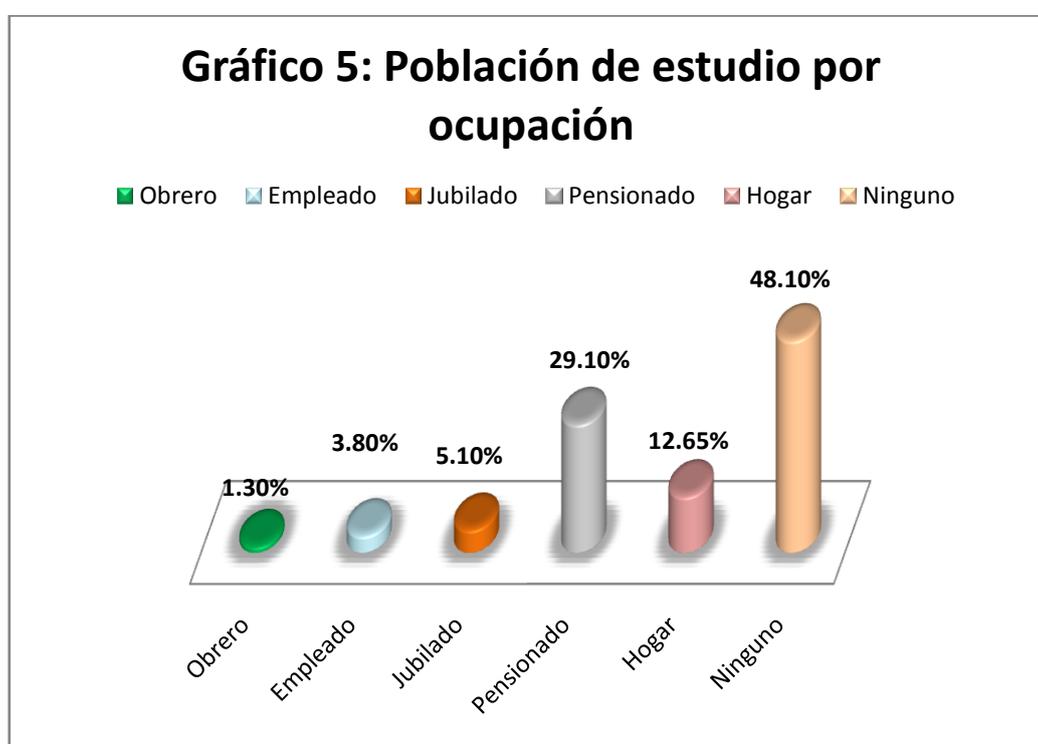


**FUENTE:** Encuesta aplicada de la Asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Con respecto a la escolaridad se encuentra en la población participante del estudio, reflejan que la mayor prevalencia es de secundaria con un 48 %, seguida de la primaria con un 34%.

**TABLA V: Ocupación de la población de estudio**

Ocupación	Frecuencia N°	Porcentaje %
Obrero	1	1.3 %
Empleado	3	3.8%
Jubilado	4	5.1%
Pensionado	23	29.1%
Hogar	10	12.65%
Ninguno	38	48.10%
Total	79	100 %



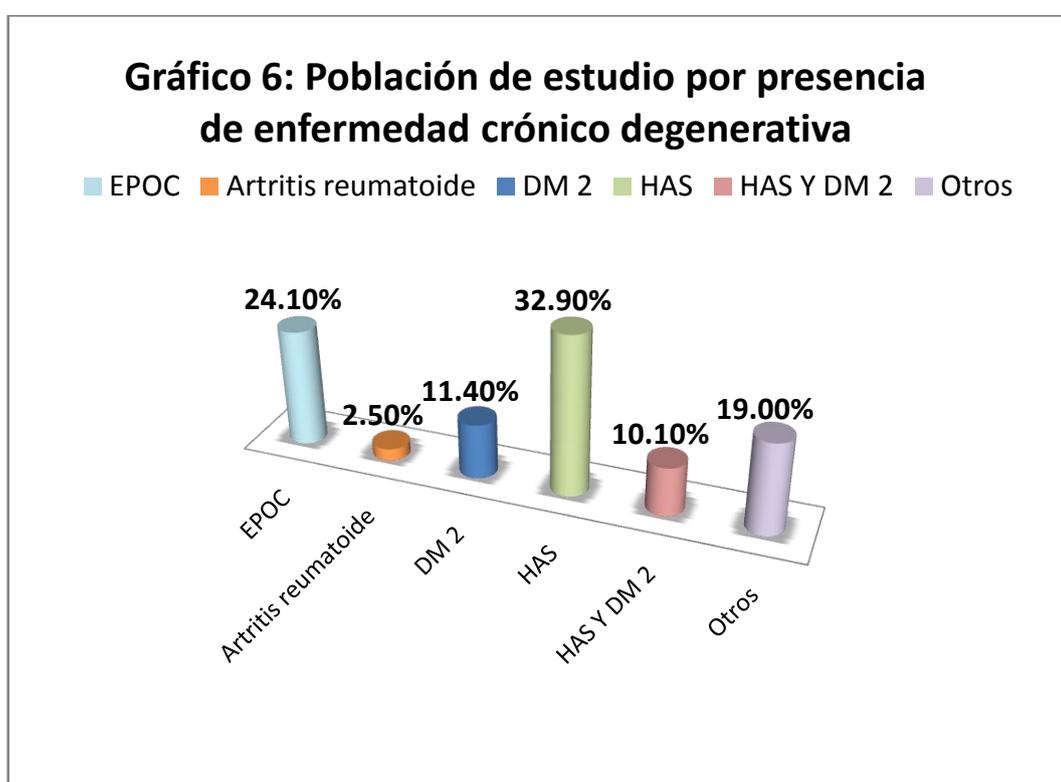
**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Con respecto a la ocupación se encuentra en la población participante del estudio, el 48 % no tiene ocupación, seguidas del 29.1% los cuales son pensionados.

## VARIABLES DE ESTUDIO

**TABLA VI: Presencia de enfermedad crónico-degenerativa en la población de estudio.**

Enfermedad	Frecuencia N°	Porcentaje %
EPOC	19	24.1
ARTRTIS REUMATOIDE	2	2.5
DM2	9	11.4
HAS	26	32.9
HASY DM	8	10.1
OTROS	15	19
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>



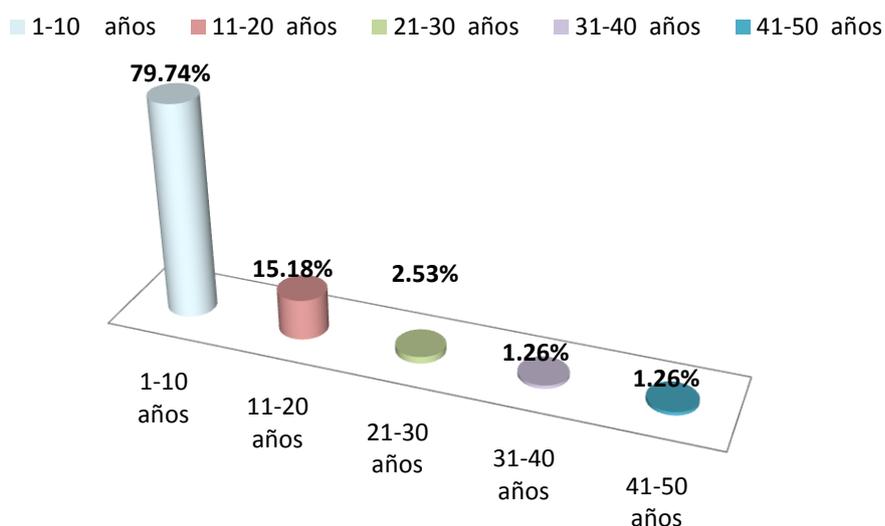
**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

En cuanto a una enfermedad crónico degenerativa, se encuentra, el 33% presentan Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), 24 % de los pacientes presentan EPOC.

**TABLA VII: Distribución de pacientes en la población de estudio por tiempo de evolución de la EPOC.**

Enfermedad	Frecuencia N°	Porcentaje %
1-10 años	63	79.74 %
11-20 años	12	15.18 %
21-30 años	2	2.53 %
31-40 años	2	1.26 %
41-50 años	2	1.26 %
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 7: Distribución de pacientes en la población de estudio por tiempo de evolución de la EPOC.**

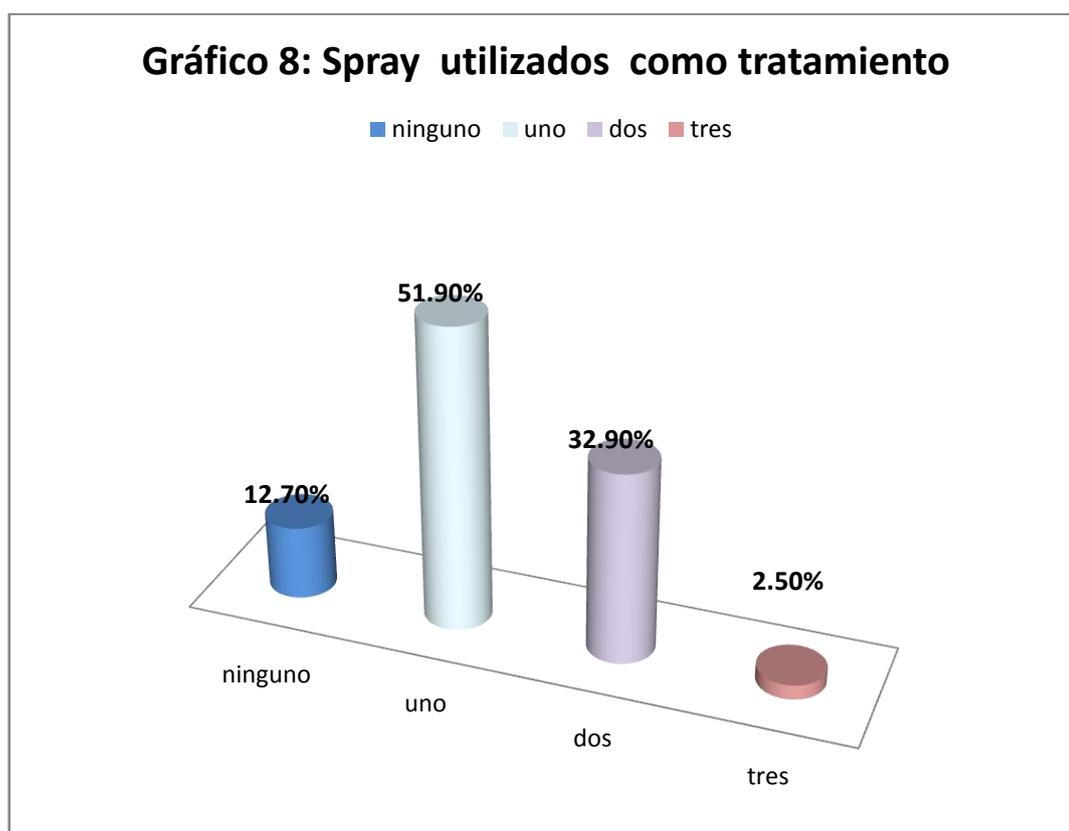


**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Con respecto al tiempo de diagnóstico de EPOC en la población de estudio. El tiempo de evolución de 1 a 10 años es más frecuente con 63 pacientes el cual representa el 79 % , más de 41 años tiene solo el 1.26%.

**TABLA VIII: Número de spray utilizados como tratamiento en la población de estudio**

Número de spray mensual	Frecuencia N°	Porcentaje %
Ninguno	10	12.7
Uno	41	51.9
Dos	26	32.9
Tres	2	2.5
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

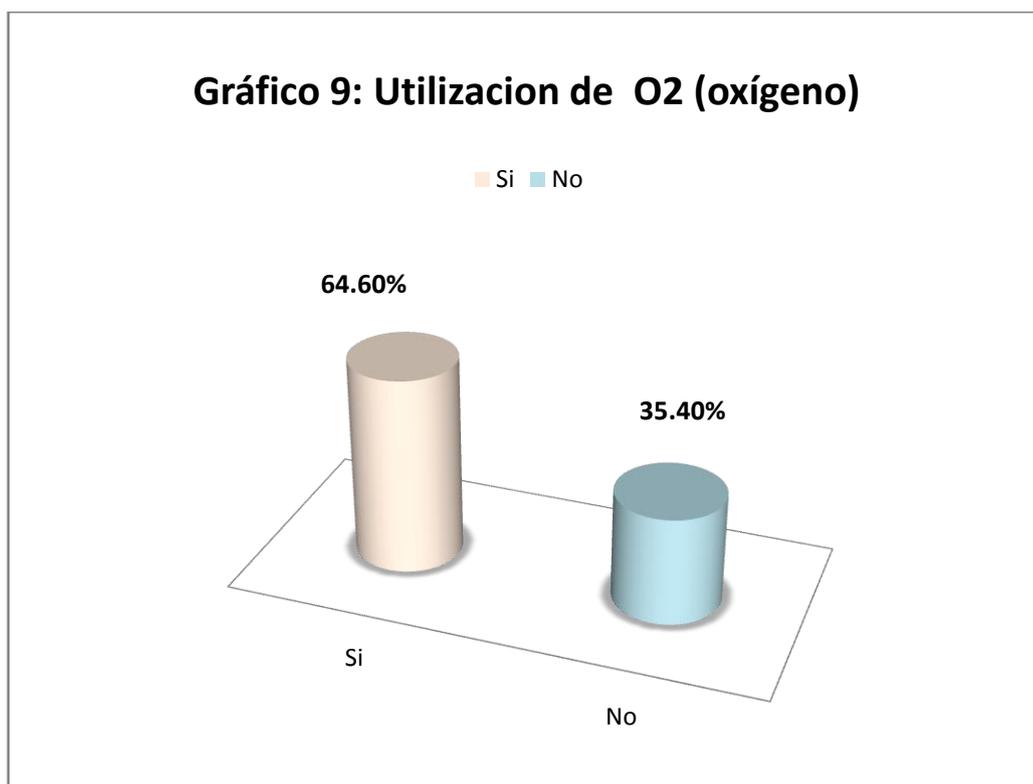


**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Con respecto al número de spray, en la población de estudio el 52% utilizan un spray para el tratamiento de la EPOC seguida de dos spray que lo utilizan el 33 % y tres spray 2.5 % de la población.

**TABLA IX: Población de estudio que utiliza O2 (oxígeno)**

Numero de spray	Frecuencia N°	Porcentaje %
Si	51	64.6
No	28	35.4
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>



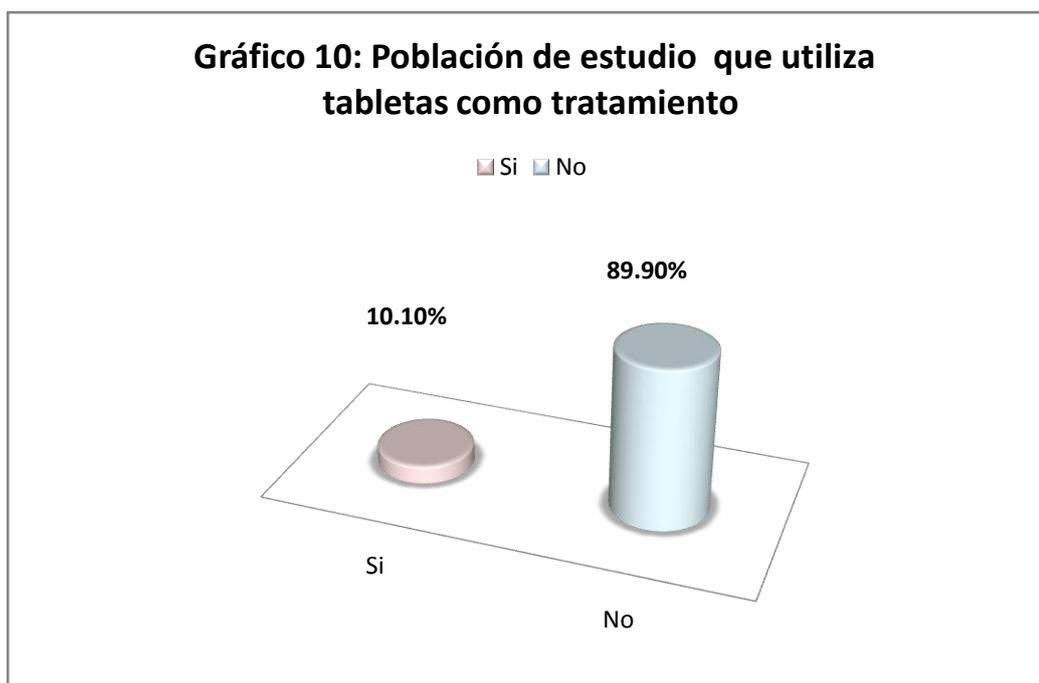
**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Con respecto a la utilización de oxígeno el 65 % lo que representa 51 pacientes de la población de estudio lo utiliza como tratamiento, mientras el 35 % son 28 pacientes lo cuales utilizan otro tratamiento.

**TABLA X: Población de estudio que utiliza tabletas**

Utiliza tabletas	Frecuencia N°	Porcentaje %
Si	8	10.1%
No	71	89.9%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 10: Población de estudio que utiliza tabletas como tratamiento**



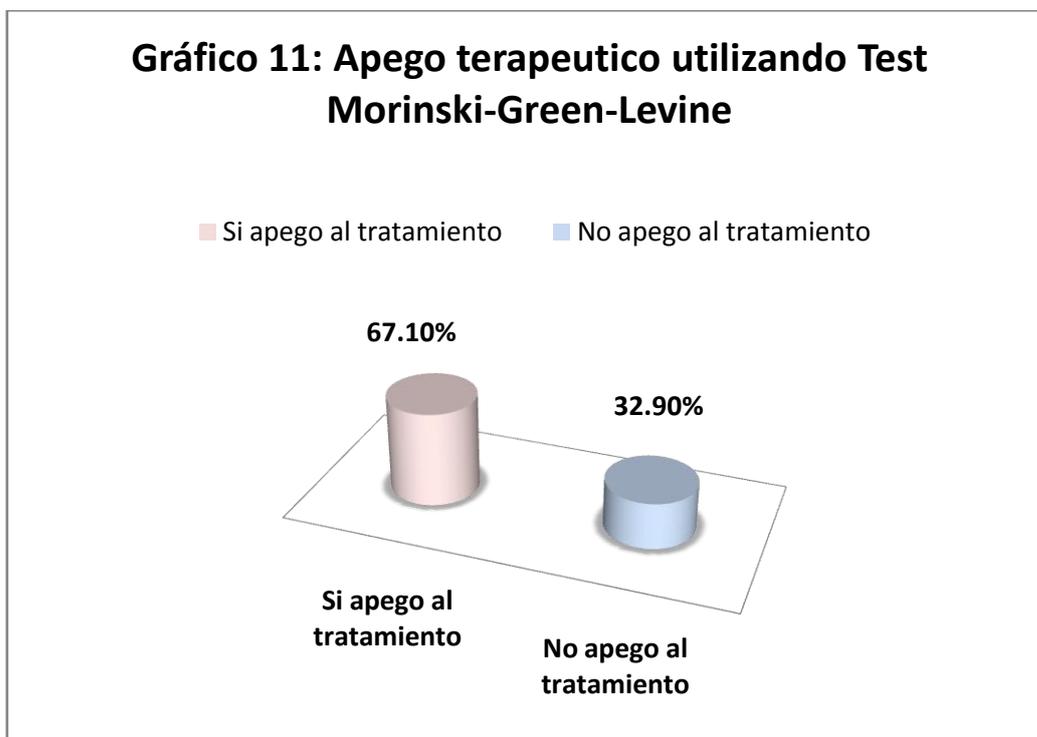
**FUENTE:** Encuesta aplicada de la Asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Con respecto a la utilización de tabletas como tratamiento médico 71 de la población de estudio el cual representa el 89.9 % no lleva este tratamiento, mientras 8 de los pacientes de la población de estudio que es 10.1 % utiliza tabletas para su tratamiento de la EPOC.

**TABLA XI: Población de estudio acerca del apego terapéutico utilizando Test Morinski-Green-Levine**

Apego terapéutico	Frecuencia N°	Porcentaje %
Si	53	67.1%
No	26	32.9 %
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 11: Apego terapeutico utilizando Test Morinski-Green-Levine**



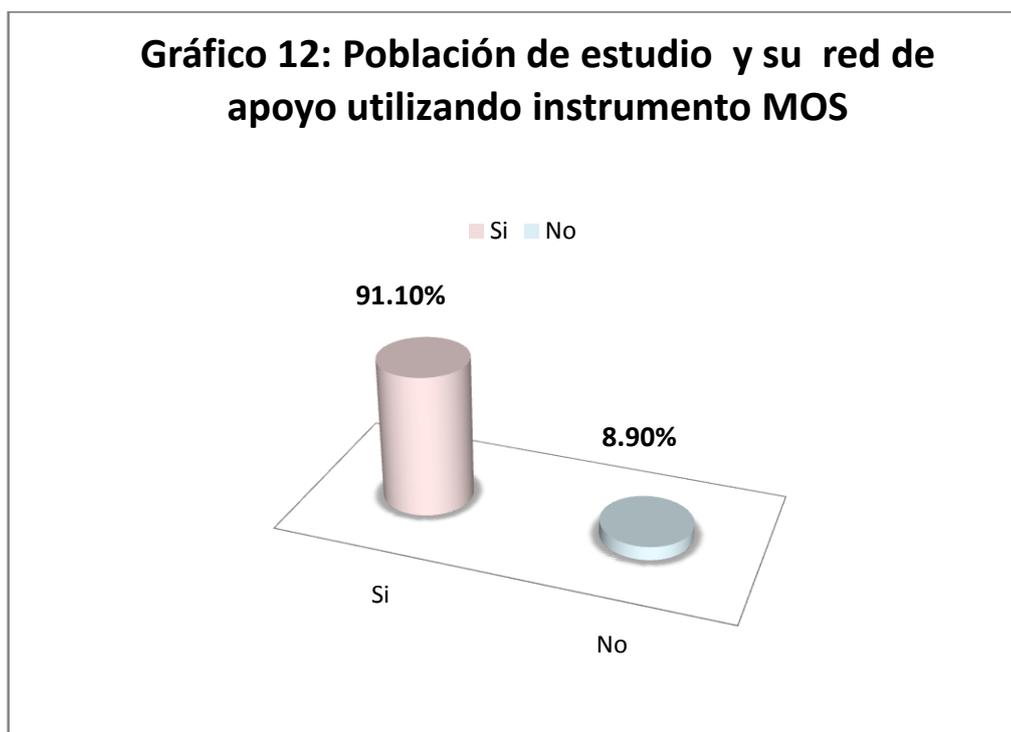
**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

En relación al apego al terapéutico 53 pacientes es decir el 67 % de población de estudio si tienen adherencia terapéutica, mientras 26 pacientes que es el 33 % de la población de estudio no tiene apego terapéutico.

**TABLA XII: Población de estudio y su red de apoyo utilizando instrumento MOS**

Red de apoyo	Frecuencia N°	Porcentaje %
Si	72	91.1 %
No	7	8.9 %
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 12: Población de estudio y su red de apoyo utilizando instrumento MOS**



**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Con respecto a la red de apoyo 72 pacientes de la población de estudio es decir el 91.10 % si cuenta con red de apoyo mientras 7 de los pacientes lo que representa el 8.90 % no tienen red de apoyo.

**TABLA XIII: Población de estudio y su apoyo emocional**

Apoyo emocional	Frecuencia N°	Porcentaje %
Presente	71	90 %
Ausente	8	10%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>



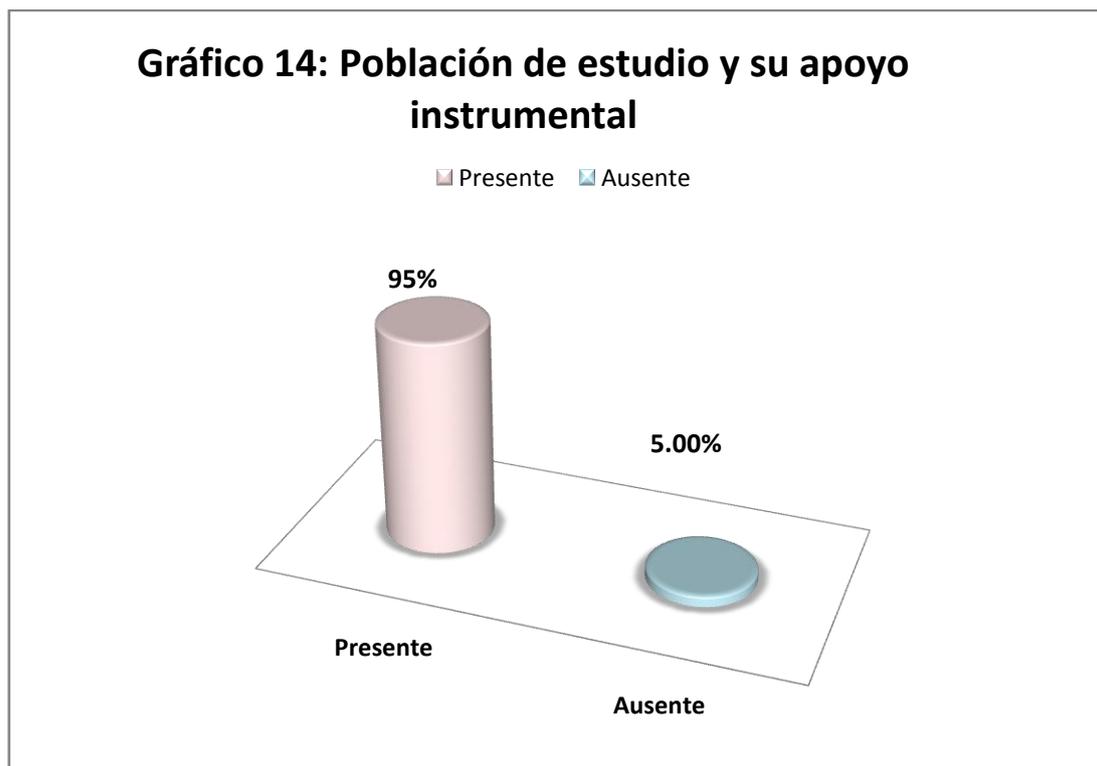
**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Acerca del apoyo emocional de la población de estudio 71 de los pacientes es decir el 89.90 % si tienen apoyo emocional, mientras 8 de los pacientes es decir el 10.10 % no tiene apoyo emocional.

**TABLA XIV: Población de estudio y su apoyo instrumental**

Apoyo instrumental	Frecuencia N°	Porcentaje %
Presente	75	95 %
Ausente	4	5 %
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>

**Gráfico 14: Población de estudio y su apoyo instrumental**



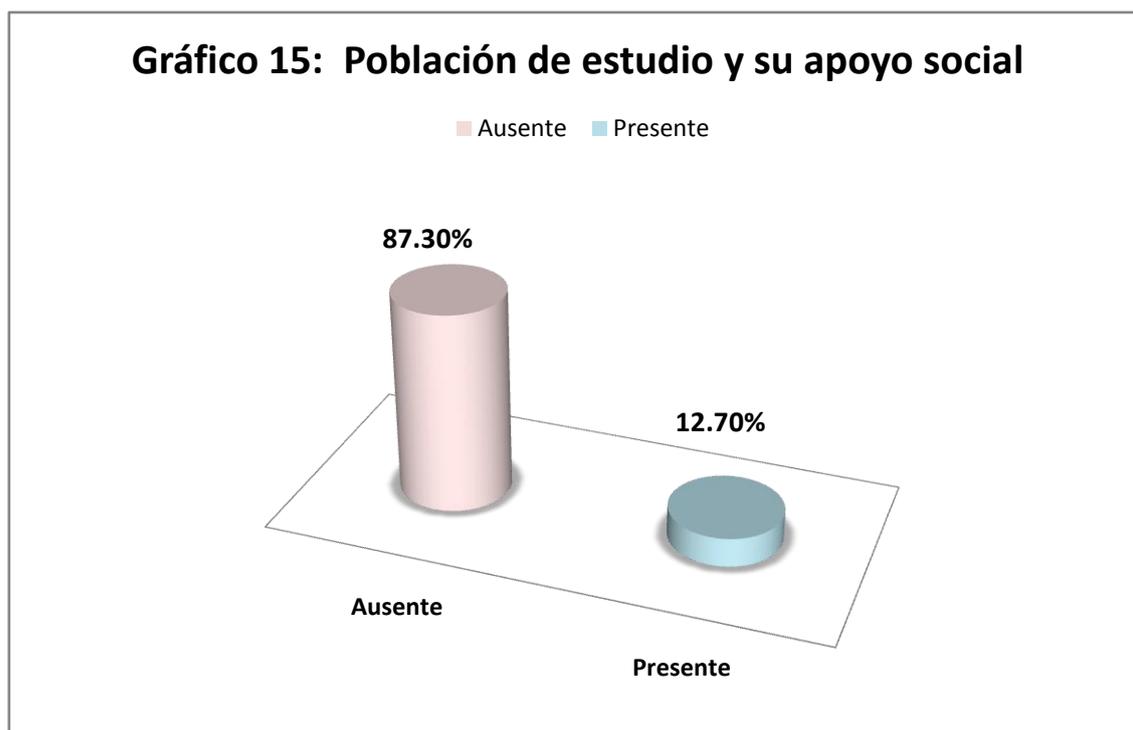
**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Con respecto al apoyo instrumental en la población de estudio 75 de los pacientes es decir el 95 % tienen apoyo instrumental mientras 4 es decir 5 % de los pacientes no lo tienen.

**TABLA XV: Población de estudio y su apoyo social**

<b>Apoyo social</b>	<b>Frecuencia N°</b>	<b>Porcentaje %</b>
Presente	69	87.3 %
Ausente	10	12.7 %
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>

**Gráfico 15: Población de estudio y su apoyo social**

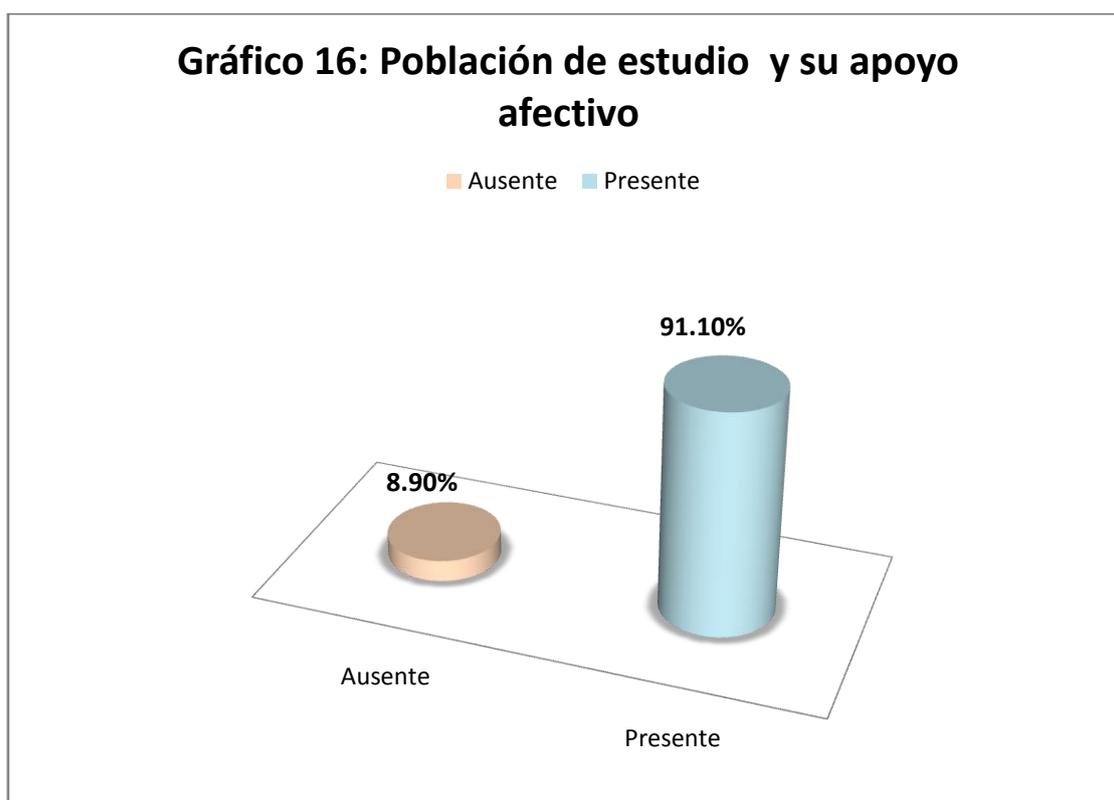


**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

El apoyo social está presente en la población de estudio en 69 pacientes es decir en un 87.30 % mientras en 10 pacientes es decir 12.70% no se encuentra presente.

**TABLA XVI: Población de estudio y su apoyo afectivo**

<b>Apoyo afectivo</b>	<b>Frecuencia N°</b>	<b>Porcentaje %</b>
Presente	72	91.1 %
Ausente	7	8.9 %
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>



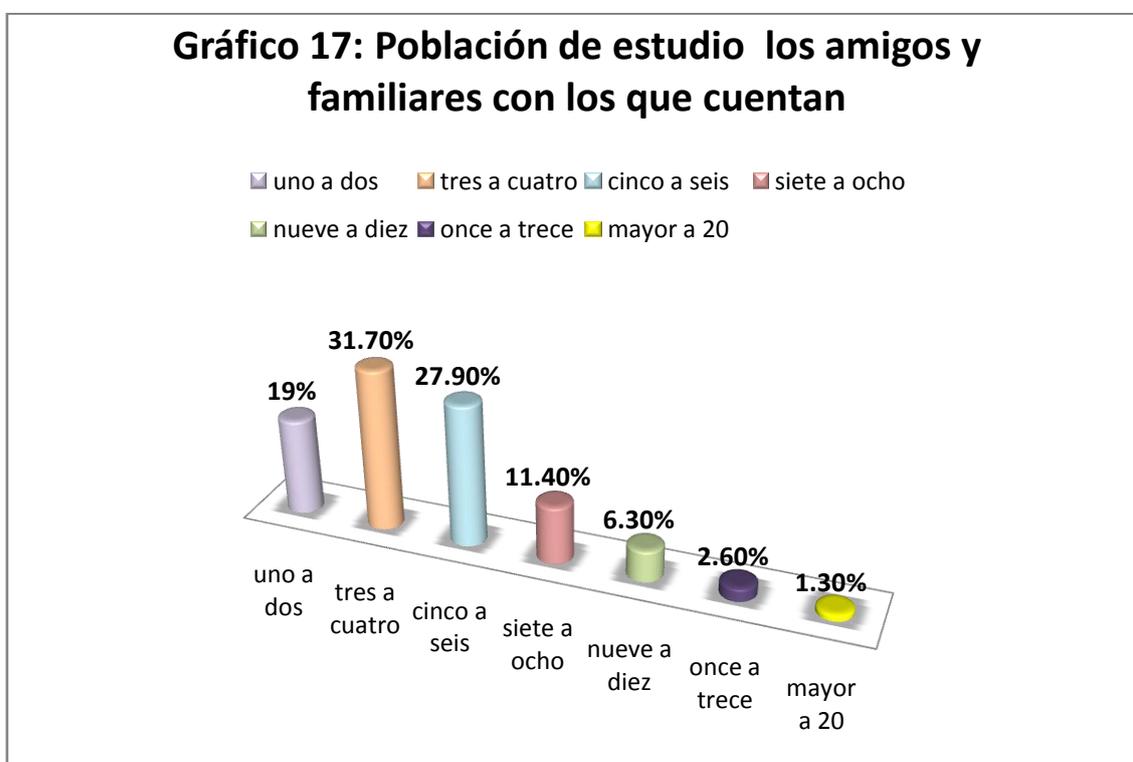
**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

El apoyo afectivo lo presentan 72 de los pacientes es decir el 91.10 % por lo tanto 7 de los pacientes es decir el 8.90 % no presentan apoyo afectivo.

**TABLA XVII: Población de estudio los amigos y familiares con los que cuentan.**

Amigos y familiares	Frecuencia N°	Porcentaje %
1-2	15	19 %
3-4	25	31.7%
5-6	22	27.9%
7-8	9	11.4%
9-10	5	6.3%
11-13	2	2.6%
Mayor a 20	1	1.3%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 17: Población de estudio los amigos y familiares con los que cuentan**



**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Acerca de los amigos y familiares con los que cuenta la población de estudio el más frecuentes decir en un 31.70 % tienen de 3 a 4 mientras que 20 amigos y familiares lo tienen un paciente el 1.30 %

**Tabla XVIII Y XIX: Asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en la población de estudio.**

Tabla de contingencia MOS * TEST.M.G.L				
Recuento				
		TEST.M.G.L		Total
		SI APEGO AL TRATAMIENTO	NO APEGO ALTRATAMIENTO	
MOS	Si	49	23	<b>72</b>
	no	4	3	<b>7</b>
Total		53	26	<b>79</b>

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.344 <sup>a</sup>	1	.557		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.027	1	.869		
Razón de verosimilitudes	.331	1	.565		
Estadístico exacto de Fisher				.678	.419
Asociación lineal por lineal	.340	1	.560		
N de casos válidos	79				
a. 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.30.					
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.					

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Las asociaciones entre variables de la población de estudio muestra que hay más personas que tienen red de apoyo que las que se apegan al tratamiento médico sin embargo no existe relación significativa entre apego al tratamiento y redes de apoyo la pes de .557.

**Tabla XX: Medidas de asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en la población de estudio.**

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
RED DE APOYO MOS (si / no)	1.598	.330	7.733
Para la cohorte TEST.M.G.L = SI APEGO AL TRATAMIENTO	1.191	.615	2.306
Para la cohorte TEST.M.G.L = NO APEGO AL TRATAMIENTO	.745	.297	1.869
<b>N de casos válidos</b>	<b>79</b>		

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

En la razón de momios mostro que tienen 59% más riesgo de no tener apego terapéutico los pacientes que no tienen red de apoyo.

**Tabla XXI y XXII: Asociación entre apego terapéutico y apoyo emocional en la población de estudio.**

Tabla de contingencia					
		TEST.M.G.L			Total
		SI APEGO AL TRATAMIENTO	NO APEGO ALTRATAMIENTO		
APOYO EMOCIONAL	presente	Recuento	49	22	71
		% del total	62.0%	27.8%	89.9%
	ausente	Recuento	4	4	8
		% del total	5.1%	5.1%	10.1%
Total		Recuento	53	26	79
		% del total	67.1%	32.9%	100.0%

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	GI	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.177 <sup>a</sup>	1	.278		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.474	1	.491		
Razón de verosimilitudes	1.114	1	.291		
Estadístico exacto de Fisher				.428	.240
Asociación lineal por lineal	1.162	1	.281		
N de casos válidos	79				
a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.63.					
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.					

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

El apego terapéutico no tiene una relación significativa con apoyo emocional ya que la p tiene un valor de .278.

**TABLA XXIII: Medidas de asociación entre apego terapéutico y apoyo emocional en la población de estudio.**

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para APOYOEMOCIONAL (presente / ausente)	2.227	.510	9.729
Para la cohorte TEST.M.G.L = SI APEGO AL TRATAMIENTO	1.380	.678	2.808
Para la cohorte TEST.M.G.L = NO APEGO ALTRATAMIENTO	.620	.285	1.345
<b>N de casos válidos</b>	<b>79</b>		

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la Asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Los pacientes que no presentan apoyo emocional tienen 2.2 % veces más de riesgo de no tener apego terapéutico.

**Tabla XXIV Y XXV: Asociación entre apego terapéutico y apoyo instrumental en la población de estudio.**

Tabla de contingencia					
			TEST.M.G.L		Total
			SI APEGO AL TRATAMIENTO	NO APEGO ALTRATAMIENTO	
APOYOINSTRUMENTAL	pre nte	Recuento	51	24	75
		% del total	64.6%	30.4%	94.9%
	ausen te	Recuento	2	2	4
		% del total	2.5%	2.5%	5.1%
<b>Total</b>		Recuento	53	26	79
		% del total	67.1%	32.9%	100.0 %

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.557 <sup>a</sup>	1	.455		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.040	1	.841		
Razón de verosimilitudes	.525	1	.469		
Estadístico exacto de Fisher				.595	.400
Asociación lineal por lineal	.550	1	.458		
N de casos válidos	79				
a. 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.32.					
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.					

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

El apego terapéutico no tiene una relación significativa con apoyo instrumental ya que la p tiene un valor de .445

**TABLA XXVI: Medidas de asociación entre apego terapéutico y apoyo instrumental en la población de estudio.**

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para APOYOINSTRUMENTAL (presente / ausente)	2.125	.282	16.005
Para la cohorte TEST.M.G.L = SI APEGO AL TRATAMIENTO	1.360	.504	3.668
Para la cohorte TEST.M.G.L = NO APEGO ALTRATAMIENTO	.640	.228	1.800
<b>N de casos válidos</b>	<b>79</b>		

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Los pacientes que no tienen apoyo instrumental tienen 2.12 % más de riesgo de no tener apego terapéutico.

**Tabla XXVII Y XXVIII: Asociación entre apego terapéutico e interacción social en la población de estudio.**

Tabla de contingencia					
			TEST.M.G.L		Total
			SI APEGO AL TRATAMIENTO	NO APEGO ALTRATAMIENTO	
INTERACCIONSOCIAL	presente	Recuento	47	22	69
		% del total	59.5%	27.8%	87.3%
	ausente	Recuento	6	4	10
		% del total	7.6%	5.1%	12.7%
Total		Recuento	53	26	79
		% del total	67.1%	32.9%	100.0 %

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.261 <sup>a</sup>	1	.610		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.023	1	.880		
Razón de verosimilitudes	.254	1	.615		
Estadístico exacto de Fisher				.722	.428
Asociación lineal por lineal	.257	1	.612		
N de casos válidos	79				
a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.29.					
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.					

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

El apego terapéutico no tiene una relación significativa con interacción social ya que la p tiene un valor de .610.

**TABLA XXIX: Medidas de asociación entre apego terapéutico e interacción social en la población de estudio.**

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para INTERACCIONSOCIAL (presente / ausente)	1.424	.365	5.564
Para la cohorte TEST.M.G.L = SI APEGO AL TRATAMIENTO	1.135	.667	1.931
Para la cohorte TEST.M.G.L = NO APEGO ALTRATAMIENTO	.797	.346	1.835
N de casos válidos	79		

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Los pacientes que no tienen interacción social tienen 42 % más de riesgo de no tener apego terapéutico.

**Tabla XXX Y XXXI: Asociación entre apego terapéutico y apoyo afectivo en la población de estudio.**

Tabla de contingencia					
			TEST.M.G.L		Total
			SI APEGO AL TRATAMIENTO	NO APEGO ALTRATAMIENTO	
APOYOAFECTIVO	presente	Recuento	49	23	72
		% del total	62.0%	29.1%	91.1%
	ausente	Recuento	4	3	7
		% del total	5.1%	3.8%	8.9%
<b>Total</b>		Recuento	53	26	79
		% del total	67.1%	32.9%	100.0%

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.344 <sup>a</sup>	1	.557		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.027	1	.869		
Razón de verosimilitudes	.331	1	.565		
Estadístico exacto de Fisher				.678	.419
Asociación lineal por lineal	.340	1	.560		
N de casos válidos	79				
a. 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.30.					
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.					

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

El apego terapéutico no tiene una relación significativa con apoyo afectivo ya que la p tiene un valor de .557

**Tabla XXXII: Medidas de asociación y apoyo afectivo en la población de estudio.**

<b>Estimación de riesgo</b>			
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para APOYOAFECTIVO (presente / ausente)	1.598	.330	7.733
Para la cohorte TEST.M.G.L = SI APEGO AL TRATAMIENTO	1.191	.615	2.306
Para la cohorte TEST.M.G.L = NO APEGO ALTRATAMIENTO	.745	.297	1.869
N de casos válidos	79		

**FUENTE:** Encuesta aplicada de la Asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes con la EPOC de la UMF 21 en el 2013.

Los pacientes que no tienen apoyo afectivo tienen un 59 % más de riesgo de no tener apego terapéutico.

**TABLA XXXIII: RELACION Y CORRELACION DE APEGO AL TRATAMIENTO Y CADA UNA DE LAS VARIABLES.**

	<b>Chi-cuadrado</b>	<b>GI</b>	<b>Sig. Asintótica</b>
<b>EDAD</b>	45.183	34	0.95
<b>SEXO</b>	.244	1	.622
<b>ESTADO CIVIL</b>	9.937	4	.063
<b>ESCOLARIDAD</b>	7.368	5	.195
<b>OCUPACION</b>	5.137	4	4.274
<b>ENFERMEDAD CRONICA</b>	12.702	5	.026
<b>TIEMPO EPOC</b>	16.920	18	.530
<b>NUMERO SPRAY</b>	3.516	3	.319
<b>NUMERO DE TABLETAS</b>	.085	1	.771
<b>APOYO EMOCIONAL</b>	1.177	1	.278
<b>APOYO INSTRUMENTAL</b>	.557	1	.455
<b>INTERACCION SOCIAL</b>	.261	1	.610
<b>APOYO AFECTIVO</b>	.344	1	.557
<b>AMIGOS Y FAMILIARES</b>	19.116	12	.086

## DISCUSIÓN:

- Las características demográficas son similares a los que reporta la bibliografía se obtuvo pacientes mayor a 40 años (la prevalencia calculada para México por el estudio PLATINO y de acuerdo al criterio GOLD es de 7.8%, en personas mayores de 40 años de edad).<sup>1,2,3,4</sup>
- En el caso del género en México la EPOC es más frecuente en los hombres que en las mujeres sin embargo en esta población de estudio se obtuvo que es más frecuente en el sexo femenino en un 62% el masculino con un 38 %. Mencionan las guías para el diagnóstico y tratamiento de la EPOC 2012 que va aumentando la incidencia de diagnóstico en las mujeres.<sup>1,2</sup>
- No resulta fácil comparar los resultados de este estudio, con otros estudios similares ya que el apego terapéutico relacionado con redes de apoyo en la EPOC solo se ha mencionado en algunos estudios de enfermedades crónicas pero no se ha abordado solo sugieren realizarlo, por lo que los resultados que arrojaron este estudio son relevantes.
- No se encontró asociación significativa entre apego terapéutico y redes de apoyo (p: .557) sin embargo al apego terapéutico está relacionado a las enfermedades crónicas degenerativas entre ellas la más frecuente fue la HAS (Hipertensión Arterial Sistémica), en la bibliografía consultada no se había encontrado esa relación.
- Se estima que entre un 20% y un 80% de los pacientes con enfermedades crónicas no siguen las indicaciones médicas de la manera indicada, lo cual tiene implicancias importantes para la salud.<sup>9</sup>

## CONCLUSIONES:

- Existe mayor número de pacientes con la EPOC que tienen red apoyo (91.10 %) que las que se apegan al tratamiento médico (67.10 %)
- La razón de momios mostro que tienen 59% más riesgo de no tener apego terapéutico los que no tienen red de apoyo. El no tener red de poyo tiene un 59 % más de riesgo de no tener apego al tratamiento
- Con respecto al apego al tratamiento existe asociación significativa con respecto a las variables socio demográficas como el estado civil y enfermedades crónicas degenerativas especialmente la Hipertensión Arteria Sistémica (HAS).
- De acuerdo a la red de apoyo hay asociación entre apoyo instrumental y apoyo afectivo con el tiempo de la EPOC ( p:.003).
- De acuerdo a la red de apoyo hay asociación entre apoyo instrumental y apoyo afectivo con el tiempo de la EPOC (Chi-cudrada Person 38.962, gl 18, p: .003), (Chi-cudrada Person 42.594, gl 18, p: .001), (Chi-cudrada 38.962, gl 18, p:.003). Se encontró asociación entre interacción social y amigos y familiares (chi-cudrada Person 30.911, gl 12, p: .002).
- La adherencia terapéutica en pacientes con la EPOC y el apoyo social que tienen, nos permitirá acciones futuras que mejoren su condición médica, lo que repercutirá en el control del paciente, en la prevención de complicaciones respiratorias mejorando su calidad de vida y disminuyendo costos para la institución.

## **SUGERENCIAS:**

- El médico familiar fomente apego terapéutico utilizando las redes de apoyo con las que cuenta el paciente para así lograr un mejor control para su enfermedad y calidad de vida.
- Fortalecer redes de apoyo y apego terapéutico a nivel institucional creara por ende una disminución de costos por ingresos hospitalarios por exacerbaciones de la EPOC.
- Las personas que no tienen red de apoyo tienen más riesgo de no tener apego terapéutico por lo que como médicos familiares debemos hacer que el paciente y cuidador primario se interesen en un adecuado apego terapéutico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

[1.-](#) Guías para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Derivadas del Cuarto Consenso Mexicano para el Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC. NeumolCirTorax Vol. 71 - Supl. 1 2012.

[2.-](#) Murray CJ, Lopez AD. The global burden of disease: alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020. Lancet 1997;249; 1498-1504.

[3.-](#) Cost-effectiveness of the inhaled combinations of salbutamol-*ipratropium*. salbutamol-*triotropium* and oral theophylline in COPD. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. v.19 n.2 México abr./jun. 2006.

[4.-](#) Miravittles M. El fracaso en el tratamiento de las agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Factores de riesgo e importancia clínica. MedClin (Barc) 2002;5:304-314.

[5.-](#) Rudolf M, O'Reilly J, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. National Collaborating Centre for Acute and Chronic Conditions. UK. 2010

[6.-](#) María Luisa Peralta, Patricia Carbajal Pruneda, Rev Cent Dermatol Pascua Adherencia a tratamiento. Vol. 17, Núm. 3 .Sep-Dic 2008

[7.-](#) González Escobar, Vega Angarita, Social support keyelement in confronting chronic illness. O.M., D.S. Enferm. glob. n.16 Murcia jun. 2009

[8.-](#) Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A., Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre, D., Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. International Journal of Psychological Research, 142-150, 2012.

9.-Paula Repetto, Margarita Bernales y Matias Gonzalez, Psychological aspects of pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. vol.27 no.2 Santiago jun. 2011.

10.- Marino P, Sirey J, RaueP, Alexopulos G. Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. Int J ChronObstructPulmonDis 2008; 3: 713-8.

11. Javier Jáuregui Antúnez. Manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable. Peru v.26 n.4 Lima oct./dic. 2009.

12.-Rafael Silva O. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Mirada actual a una enfermedad emergente. Rev. méd. Chile v.138 n.12 Santiago dic. 2010.

13.- Marino P, Sirey J, Raue P, Alexopoulos G. Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis; 3: 713-8.2008.

14.-Sherry Aliotta, RN, BSN, CCM. Ann Mullen Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Sherry, CNS, AE-C. Abril 2010.

15.-Marc Miravittle. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica *Medicina Clínica*, Volumen 125, Issue 2, Pages 65-74

16.-Instituto Nacional de Enfermedades Crónicas.

[http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/clinica\\_epoc.html](http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/clinica_epoc.html)

[17.](#)-J. C. Morilla-Herrera, J. M. Morales-Asencio, M. C. Fernández-Gallego, E. Berrobianco Cobos, A. Delgado Romero. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la NursingOutcomesClassification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. Anales Sis San Navarra vol.34 no.1 Pamplona ene.-abr. 2011.

[18.](#)-Roberto A. Ingaramo, Nestor Vita†, Mario Benderky ‡, ,Etal. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT).RevFedArgCardiol; 34: 104-111 2005.

[19.](#)-NoguésSolán, M. L. SorliRedó, J. VillarGarcía.Tools to measure treatment adherence.An. Med. Interna (Madrid) v.24 n.3 Madrid mar. 2007.

[20.](#)-Vega Angarita, OM., González Escobar, DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica.Enfermeriaglobal.Vol 8, Núm 2 2009.

[21.](#)-Organización Mundial de la Salud. Adherencia Terapéutica a largo plazo.  
<http://www.Paho.Org/Spanish/Ad/Dpc/Nc/Adeherencialargoplazo>

[22.](#)- Peralta M, Carbajal P. Adherencia atratamiento.Rev Cent Dermatol Pascual, Vol. 17, Núm. 3, Sep-Dic 2008.

[23.](#)-Roberto Hernandez Sampieri, Carlos Fernandez, Pilar Baptista. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill .Tercera edición 2009.

[24.](#)- PolitHungler. Investigación Científica En Ciencias De La Salud. Mc Graw Hill .6ª Edición. 2000.

# ***ANEXOS***

## ASPECTOS ETICOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #21

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“ASOCIACION ENTRE APEGO TERAPEUTICO Y REDES DE APOYO EN PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA DE LA  
UMF # 21 DEL IMSS EN EL AÑO 2013”**

México D.F. \_A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2013.

Yo \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio de Investigación de la UMF # 21 del IMSS, **“ASOCIACION ENTRE APEGO TERAPEUTICO Y REDES DE APOYO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA DE LA UMF # 21 DEL IMSS EN EL AÑO 2013”**El objetivo del estudio es: “ Describir la asociación entre apego terapéutico y redes de apoyo en pacientes diagnosticados por EPOC”. Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder algunas preguntas para identificar la relación entre el apoyo social que tenemos y el apego al tratamiento ya que el incumplimiento terapéutico constituye un importante problema asistencial que puede afectar a la salud. Es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos, afecta seriamente a la calidad de vida y es importante relacionar el apoyo de las personas cercanas para el cumplimiento del tratamiento.

El investigador responsable se ha comprometido a que toda información será confidencial. Por último entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto. Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio.

Números telefónico en los que puede comunicarse en caso de dudas y preguntas relacionadas al estudio: unidad de Medicina Familiar 21 tel. 57686000 ext. 21428 o 5544767865 Dra. Castro Domínguez Alma Lilia.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma  
del participante

\_\_\_\_\_  
Dra. Castro Domínguez Alma Lilia  
Residente de Medicina Familiar

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse al Comisión de Ética de Investigación CNIC del IMSS Av. Cuauhtémoc 330 4to piso Bloque B de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México. D.F., C.P. 06720, Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.eticaimss.gob.mx



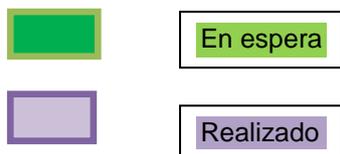
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 21.  
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO.  
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

**“ASOCIACION ENTRE APEGO TERAPEUTICO Y REDES DE APOYO EN PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA DE LA  
UMF # 21 DEL IMSS EN EL AÑO 2013”**

\* Dr. Jesús Arias Aguilar\* \*\*Dra. Leonor Campos Aragón\*\* \*\*\*Dra. Castro Domínguez Alma Lilia\*\*\*

	Marco Teórico y Planteamiento del Problema	Hipótesis y Definición de Variables	Definición de instrumentos de evaluación	Cálculo de la muestra	Realización cuestionario	Organización de datos	Análisis de resultados	Conclusiones
Marzo 2013								
Abril 2013								
Mayo 2013								
Junio 2013								
Julio 2013								
Agosto 2013								
Septiembre 2013								
Octubre 2013								
Noviembre 2013								
Diciembre 2013								

\* Médico Cirujano, Especialidad en Medicina Familiar y medico adscrito a la Unidad Medicina Familiar UMF #21 del IMSS \* \*\*Jefa del departamento de educación e investigación\*\* \*\*\*Residente de segundo año. Medicina Familia\*\*\*





**CUESTIONARIO M.O.S  
PARA INVESTIGAR APOYO SOCIAL**

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos y familiares

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila:

	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2-Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3-Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4-Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6-Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7-Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8-Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9-Alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10-Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11-Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12-Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13-Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14-Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15-Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18- Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19- Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20-Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

**TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE**

Las siguientes Preguntas son de gran utilidad para entender mejor su salud integral. Por cada pregunta marque solo una x en la que parezca aplicar para usted

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica?

Sí.

No.

2. ¿Toma los medicamentos a las horas que le han indicado?

Sí.

No.

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?

Sí.

No.

4. Si alguna vez la medicación le sienta mal, ¿deja de tomarla?

Si

No