



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

**“DIMENSIONES DE CAPITAL SOCIAL EN SALUD INDIVIDUAL Y
COMUNITARIA ASOCIADO AL CONTROL GLUCÉMICO Y PRESIÓN
ARTERIAL DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 E
HIPERTENSION ARTERIAL Y SU IMPACTO POTENCIAL”**
TESIS

QUE PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS DE LA SALUD EN EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTA:

CAROLINA QUIÑONES VILLALOBOS

TUTOR:

DR. JORGE ESCOBEDO DE LA PEÑA
HOSPITAL DR. CARLOS MAC GREGOR SÁNCHEZ NAVARRO, INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DR. JORGE ESCOBEDO DE LA PEÑA
HOSPITAL DR. CARLOS MAC GREGOR SÁNCHEZ NAVARRO, INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DR. JESÚS MARTIN GALAVIZ DE ANDA
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO. OCTUBRE 2017



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.

DEDICATORIA

Dedico mi tesis primeramente a Dios por acompañarme en este trayecto, por darme la fortaleza, por guiar mis pasos para llegar a esta etapa de mi vida llena de aprendizajes.

A mi Mamá quien es mi apoyo y ejemplo de vida, por alentarme a seguir adelante pese a las adversidades, le agradezco por formar a la persona que ahora soy.

A mi Hermana por su apoyo y su alegría, además de ser una gran amiga con quien he compartido momentos inolvidables.

Ambas me han impulsado en este trayecto de aprendizaje y logros alentándome con un amor incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A mis asesores: Dr. Prado, Dr. Escobedo y Dr. Galaviz; quienes me orientaron en mi formación, apoyándome y alentándome en el desarrollo de mi investigación, dándome la oportunidad de crecer y aprender.

A mi amiga Andrea con quien he compartido la travesía de nuestra maestría, además de experiencias y aventuras que nos serán memorables y nos han unido más.

A mis amigas por su apoyo en todo momento.

A mis compañeras de maestría con quienes compartí muy buenos momentos.

He visto muchas tormentas en mi vida. La mayoría me han cogido por sorpresa, por lo que tuve que aprender muy rápido a mirar adelante y entender que no soy capaz de controlar el tiempo, ejercitar el arte de la paciencia y respetar la furia de la naturaleza.

Paulo Coelho

ÍNDICE

RESUMEN	5
I. MARCO TEÓRICO	6
I.1. Teorías de Capital Social en Salud	6
I.2. Marco Conceptual	10
I.3. Antecedentes	12
II. JUSTIFICACIÓN.....	17
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
IV. OBJETIVOS	22
IV.1. Objetivo general:.....	22
IV.2. Objetivos específicos:.....	22
V. HIPÓTESIS.....	23
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	23
VI.1. Diseño:	23
VI.2. Universo de trabajo:.....	24
VI.3. Población de estudio:	24
VI.4. Unidad de observación	24
VI.5. Unidad de análisis:	24
VI.6. Criterios de selección:	25
VI.7. Contexto:	25
VI.8. Muestreo.....	26
VI.8.1. Tipo de muestreo.....	26
VI.8.3. Unidad Muestral:	27
VI.8.4. Tamaño de la muestra.....	27
VI.9. Variables de estudio	27
VI.10. Recolección de datos	29
VI.10.1. Técnica de recolección de datos	29
VI.11. Logística	30
VI.12. Descripción instrumento	30
VI.13. Estandarización	33
VI.13. Plan para el procesamiento	34
VII. ASPECTOS ÉTICOS.....	37

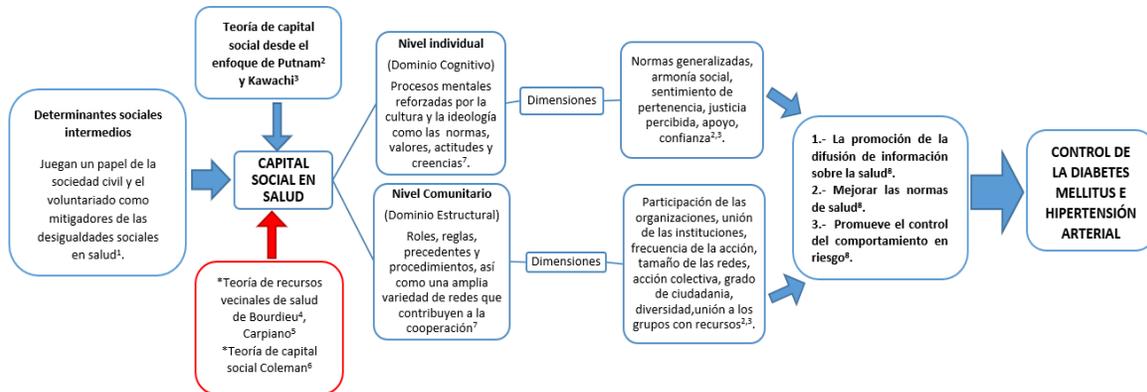
VIII. RESULTADOS	39
VIII.1. Supuestos estadísticos de la distribución de los ítems e índices de las dimensiones	39
VIII.2. Validez de contenido	41
VIII.3. Validez aparente	42
VIII.4. Validez de constructo	42
VIII.5. Consistencia interna	50
VIII.6. Validez de criterio	51
VIII.7. Caracterización de la población en estudio	55
VIII.8. Distribución y asociación cruda de las dimensiones de CSS con el control glucémico y presión arterial	58
VIII.9. Modelo de regresión logística binaria de los índices de las dimensiones de CSS con el control glucémico y presión arterial	64
VIII.10. Impacto potencial de los índices de las dimensiones de CSS asociadas con el control glucémico y presión arterial	66
IX. DISCUSIÓN.....	68
X. SEGOS Y LIMITACIONES	76
X.1. Sesgos de confusión	76
X.2 Sesgos de selección.....	76
X.3. Sesgos de información	76
X.4. Limitaciones.....	77
XI. CONCLUSIONES.....	78
XII. REFERENCIAS	79
XIII. ANEXOS	86

RESUMEN

Antecedentes: Investigaciones han demostrado que existe asociación como factor de riesgo y factor protector de capital social en salud a nivel individual y comunitario con el control de la diabetes o el control de la hipertensión arterial pero no en ambos padecimientos. Existe evidencia congruente con la teoría que afirma que entre mayor capital social mejores resultados de salud. **Objetivo:** Determinar la fuerza de asociación y el impacto potencial de las dimensiones de capital social a nivel individual y comunitario con el control glucémico y presión arterial de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, residente de los fraccionamientos Pilar Blanco o Jardines de la Asunción o el Dorado en Aguascalientes. **Material y métodos:** Se realizó un diseño de tipo observacional analítico participaron 151 casos y 251 controles, con el fin de identificar las dimensiones del capital social en salud individual y comunitario (variables independientes) que puedan estar asociados al control glucémico y presión arterial (variables dependientes). Se utilizó el instrumento de capital social en salud y el instrumento de carencia sociales del CONEVAL. La asociación entre las dimensiones de capital social en salud y el control glucémico y presión arterial, se valoró mediante ORa con modelos de regresión logística binaria. **Resultados:** El 57.55% fueron mujeres, el 73.58% estaban casados, con una escolaridad básica (50.95%) y una edad media de 66.41 ± 8.50 para los casos y 64.83 ± 8.27 para los controles. Se identificó asociación e impacto potencial en las dimensiones de normas generalizadas (ORa=2.65, RA=0.62, RAP=0.23), armonía social (ORa=2.29, RA= 0.46, RAP=0.46), sentimiento de pertenencia (ORa=1.98, RA=0.47, RAP=0.21) y unión a instituciones (ORa=2.55, RA=0.60, RAP 0.26) de capital social en salud con el control glucémico y presión arterial **Conclusiones:** Se puede concluir que existe asociación en las dimensiones de normas generalizadas, armonía social, sentimiento de pertenencia y unión a instituciones de capital social en salud con el control glucémico y presión arterial y se obtuvo el riesgo atribuible y riesgo atribuible poblacional.

I. MARCO TEÓRICO

I.1. Teorías de Capital Social en Salud



El abordaje de los determinantes sociales propuesto por la OMS y OPS es importante para explicar la situación de salud, existe una relación entre ambiente social y salud (1). Dentro de los determinantes sociales en salud se encuentran los determinantes sociales intermedios los cuales juegan un papel de la sociedad civil y el voluntariado como mitigadores de las desigualdades sociales en salud (2).

Las enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial que están mal controladas están inversamente asociadas con el desarrollo económico del país. También hay una clara evidencia de una asociación entre el nivel socioeconómico y el control de la glucosa dentro de los países (3).

Es fundamental, responder estructural y decididamente como sociedad, a las causas profundas de la problemática de salud: pobreza e inequidad. El concepto de capital social, puede ser un aporte más para canalizar los esfuerzos presentes y futuros de promoción de salud (4).

El capital social en salud se ha trabajado bajo diferentes enfoques teóricos los pioneros Bourdieu (5), Coleman (6) y Putnam (7), dan explicaciones de capital social relacionado con las de redes, el poder que tienen las personas dentro de la sociedad, la participación dentro de esta y lo explican de manera individual o comunitaria.

Bourdieu, distingue diferentes tipos de capital, el capital económico institucionalizado como derechos de propiedad, pero también puede convertirse en capital cultural, a través de la inversión educativa. Una vez institucionalizado como títulos académicos, el capital -ahora cultural- puede ser reconvertido de nuevo en capital económico, pero disimulando ya en gran medida su origen, es decir su relación con el capital económico original que posibilitó la inversión educativa en primer lugar. El capital cultural y también el capital económico permiten generar capital social en forma de relaciones sociales a través de la pertenencia a grupos y clubes exclusivos, lo que rinde beneficios por el acceso a una red privilegiada de intercambios (teoría de recursos vecinales) (5).

Carpiano en base a la teoría de Bourdieu establece el modelo teórico que representa: la cantidad y el tipo de recursos de un grupo o red y la conexión de las personas para el grupo (o la capacidad de recurrir a estos recursos), este modelo considera cuatro " formas " de capital social: el apoyo social, la influencia social, el control social informal y la participación organizada vecinal (8).

Para Coleman el concepto de capital social hace parte de una exploración más amplia que busca construir una teoría sociológica fundada en el individualismo metodológico y en el principio de acción racional. Distingue tres fuentes (que también son tres formas) de capital social: 1) Obligaciones, expectativas y credibilidad de las estructuras, 2) Canales de información y 3) Normas y sanciones efectivas (6).

Los principios teóricos propuestos por Coleman han proporcionado el principal motor para la formulación de Putnam del capital social, es una cualidad que puede ser un facilitador de la cooperación interpersonal. Como él mismo dice "trabajar juntos es más fácil en una comunidad con un importante capital humano" (9). Esta característica puede ser considerada un rasgo agregado a tal grado que puede llegar a ser comparable automáticamente a través de ciudades, regiones e incluso países (7).

Putnam plantea que el capital social, que se acumula al uso, facilita la vida y permite reconciliar interés individual e interés general. Unas correlaciones muestran que un elevado stock de capital social está siempre asociado a mejores resultados de salud, sociales, políticos y económicos (7).

En base a la teoría del desbordamiento Putnam explica que las diferencias entre las regiones cívicas estriban en la capacidad de la cooperación de los individuos, que se fundamenta en la existencia de redes y de normas de reciprocidad que se desarrollan en su seno y se generalizan: el capital social (7).

Constata dos tipos de vínculos sociales: los vínculos horizontales entre actores iguales (capital social puente) y los vínculos verticales entre actores cuyos poderes son desiguales en las relaciones jerárquicas (capital social unión). Las redes de vínculos horizontales, tales como las que se forman en las asociaciones voluntarias favorecen la aparición de normas de reciprocidad. La confianza favorece el intercambio, la reciprocidad y el compromiso colectivo y el éxito de las cooperaciones pasadas refuerza el compromiso colectivo y desarrolla el gusto por la cooperación. La densidad de las asociaciones es suficiente para que estas disposiciones se generalicen por desbordamiento. Por el contrario, las estructuras verticales ayudan a movilizar la solidaridad y puede ser utilizado para garantizar el flujo de información, aunque estas estructuras encierran los individuos en situaciones de las cuales la explotación mutua y la corrupción son la norma y los actores siguen estando animados por su avidez o interés personal inmediato, creando y manteniendo comportamientos. La reciprocidad generalizada es la propensión general al hacer un favor al otro por anticipación del servicio que se necesitará un día. Esta norma de reciprocidad generalizada permite aproximar intereses individuales y conectivos por una serie de encadenamientos positivos (7).

El desarrollo teórico del capital social ha dado lugar a importantes distinciones entre las diferentes formas de capital social; la división entre capital social estructural y cognitivo (10).

Capital social cognitivo se refiere a la percepción de la calidad de relaciones sociales como la confianza y la armonía social, mientras que el capital social estructural se

refiere a la cantidad de miembros en la red. Es decir, el capital social estructural se refiere a lo que se hace, mientras que el cognitivo se refiere a lo que la gente sienta respecto a las relaciones sociales (10). El capital social cognitivo puede ser visto como un resultado de capital social estructural (11). Esto está de acuerdo con el concepto de Putnam que la participación en las redes sociales lleva a la reciprocidad y la confianza (7).

Putnam es quien comienza a trabajar el capital social desde la perspectiva de salud pública al igual que Kawachi (12) lo trabaja desde este enfoque disciplinario, por eso desde esta perspectiva teórica se decide trabajar esta investigación.

Kawachi explica tres mecanismos por los cuales el capital social en el nivel de la comunidad puede afectar a la salud individual (13):

- 1.- La promoción de la difusión de información sobre la salud (13)
- 2.- Mejorar las normas de salud (13)
- 3.- Promueve el control del comportamiento en riesgo (13)

Al cambiar el flujo de la información, las normas establecidas y las presiones sociales para mantener una buena salud, los estados individuales de la salud pueden cambiar (13).

El capital social en salud a nivel comunitario promueve la salud a través de varios mecanismos; estos mecanismos incluyen la prestación de apoyo afectivo ser una fuente de autoestima, respeto mutuo, aumentar el acceso a servicios de salud, la promoción de la adopción de las normas de comportamiento relacionados con la salud, el control social de los comportamientos relacionados con la salud, transmisión de información sobre la salud y la prevención de los delitos violentos (12).

Es importante el abordaje del comportamiento en salud ya que con este se puede enfocar adecuadamente lo que es el control de la diabetes e hipertensión arterial, el comportamiento del papel de enfermo se define como: cualquier actividad llevada a cabo por un individuo que se considera a sí mismo como enfermo, con el propósito

de mejorar. Incluye recibir tratamiento de los proveedores médicos, en general, implica toda una serie de comportamientos dependientes, y conduce a un cierto grado de extensión de responsabilidades habituales (14).

El capital social en salud es importante para el mantenimiento de salud de la población la prevención de la delincuencia y disminución de las tasas de mortalidad (15); además ha demostrado beneficios al mejorar problemas relacionados con: las familias y el comportamiento en los jóvenes, la escolaridad y educación, la vida en la comunidad, el trabajo y organizaciones, la democracia, la gobernanza, el desarrollo económico y criminología; además de problemas de salud pública (16).

I.2. Marco Conceptual

Concepto de capital social en salud:

Putnam define el capital social en salud como “las características de la organización social, tales como redes, normas y confianza, que facilitan la coordinación y cooperación para el beneficio mutuo” (9).

Concepto del dominio Cognitivo (nivel individual) de capital social: Se deriva de procesos mentales y las ideas resultantes, reforzadas por la cultura y la ideología, normas, valores, actitudes y creencias que contribuyen al comportamiento cooperativo, incluyendo el control de la conducta de riesgo, la ayuda mutua, el apoyo, la confianza y los medios informales de intercambio de información (17).

Conceptos de las dimensiones del dominio cognitivo de capital social:

*Normas Generalizadas: Normas de reciprocidad entre los ciudadanos de una comunidad que determina el grado de conductas de cooperación y de beneficio mutuo para que se produzcan en la comunidad (18).

* Armonía Social: Sentirse como en casa en el barrio, percibir la comunidad como un lugar para vivir, apego al barrio, la integración comunitaria (19).

*Sentimiento de Pertenencia: Actitudes relacionadas con la participación en organizaciones voluntarias, participación en clubes sociales o grupos, políticos acción y el compromiso cívico, proporcionando ayuda a las demás (20).

*Justicia Percibida: Igualdad de oportunidades, igualdad y dignidad sin discriminación. Responsabilidad las acciones de quienes toman las decisiones en ambos sector público y privado para llevar a cabo políticas y prácticas que promueven y protegen de salud (21).

* Apoyo: Existencia o disponibilidad de personas en las que podemos confiar, que hay muestras de empatía, amor y confianza que brindan información útil para afrontar el problema (19).

* Confianza: Actitud que se basa en el comportamiento que se espera de la otra persona que participa en la relación que se establece entre ambas. Tiene soporte cultural en el principio de la reciprocidad (22).

Concepto del dominio Estructural (nivel comunitario) de capital social: son los roles, reglas, precedentes y procedimientos, así como una amplia variedad de redes que contribuyen a la cooperación; a nivel macro está determinado por las políticas de salud generales, los mecanismos para su implementación y los agentes que ejecutan institucionales; a nivel meso, factores de diversas redes en la entrega y difusión de mecanismos de servicios para obtener información relacionada con la salud (17).

Conceptos de las dimensiones del dominio estructural de capital social:

* Participación de las organizaciones: Organizaciones y redes, a través de los cuales los ciudadanos acceden a los procesos de toma de decisiones colectivas y que se traducen en políticas y programas sociales locales, densificando las relaciones sociales y mejorando la confianza y expectativas de beneficio mutuo (19).

* Unión de las instituciones: Vinculación de las personas con las autoridades (23).

* Frecuencia de la acción: Número de veces que se relaciona con otros contactos y la calidad de la relación con la gente en sus círculos inmediatos (24).

* Tamaño de las redes: Se refiere al número de personas que mantienen un contacto social, esto también incluye aquellos miembros que estén sólo cuando se les necesita (25).

* Acción Colectiva: Trata sobre la tendencia comunitaria hacia la cooperación en pro del bien común o al oportunismo (26).

* Grado de Ciudadanía: Se refiere a la capacidad voluntaria de los ciudadanos y comunidades que trabajan directamente entre sí, o por medio de representantes elegidos, para ejercer el poder económico, social y político en la búsqueda de objetivos comunes (27).

* Diversidad: El potencial de la generación de confianza social y bienestar subjetivo (28).

* Unión a los grupos con recursos: Grado en el que el residente se integra en una red(o varias redes) dentro del vecindario (29).

* Unión a los grupos paralelos: Se refiere a toda la gama de instituciones con los encontrados en la sociedad en general (29).

*Control de la presión arterial: Cifras de tensión arterial sistólica y diastólica. Escala nominal dicotómica (Controlado: $\leq 130/80$ mmHg; No controlado: $>130/80$ mmHg) (30).

*Control glucémico: Niveles de glucemia en sangre en mg/dl. Escala nominal dicotómica (Controlado: ≤ 130 mg/dl; No controlado: ≥ 131 mg/dl) (31).

I.3. Antecedentes

Las investigaciones de capital social en salud se han basado en estudios a nivel individual (dominio cognitivo) y comunitario (dominio estructural), miden la distribución y asociación de algunas dimensiones de capital social con el control de la diabetes mellitus y control de la hipertensión arterial (32-36).

Hay evidencia de asociación en otros objetos de estudio: salud mental (14, 37, 38), promoción de la salud (39), enfermedades cardiovasculares (35, 40-42) y la mortalidad (15, 43, 44).

No se ha encontrado evidencia en la literatura que valore la fuerza de asociación del control de un paciente diabético e hipertenso, solo se ha encontrado de manera independiente (32-35, 45). Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed con las palabras clave social capital, diabetes, hipertensión, diabetes control e hipertensión control en título y resumen, se encontraron 5 artículos con las combinaciones de capital social, diabetes e hipertensión, 10 artículos con capital social e hipertensión y 6 artículos con capital social y diabetes.

Estudios transversales simples valoran la distribución de los dominios y dimensiones de capital social en salud con la percepción de salud de las personas.

En población china con diabetes mellitus tipo 2, el 67.7% fueron mujeres, presentaron una edad media de 67.1 años, el 43.1% eran analfabetas, 57.1% se dedicaban a la agricultura, con un ingreso mensual <1000 RMB (157 dólares), la prevalencia del nivel individual (dominio cognitivo) es baja con el 47% (n= 205) tomando como punto de corte la media (46). Flores en adultos peruanos de 20 a 29 años (31%), 66.9% fueron mujeres, 71.3% están casados, 75.7% estudiaron más de 7 años, valora a los dominios en alto y bajo, el valor alto lo determina de acuerdo al segundo cuartil, como resultado presenta prevalencias de 87.7%(n=574) para el dominio cognitivo (47).

En el estudio de Linden (2010) en Suiza, 53.7% fueron mujeres, el grupo de edad de 50 a 64 años de edad el 26.9%, el 41.4% con una educación media (9 – 12 años), 46.6% fueron empleados. Evaluó tres dimensiones de capital social, los resultados principales muestran las siguientes prevalencias, el 93.2% (n=2222) de las personas tuvieron apoyo personal, evalúa la confianza como dimensión de cohesión social, con una prevalencia de 83.1%(n=1949) (48). En otra investigación con población de Suecia y Finlandia, en ambas muestras el 52% al 53% fueron mujeres, 32% con una edad de 45 a 54 años, del 73% al 77% estaban casados, valoró las dimensiones del contacto social con prevalencia de 44.6%(n=108) y 31.4%(n=1100) la confianza fue muy similar entre ambos de 78.6%(n=190) y 72.8%(n=2551) respectivamente (49). Kim (2006), en personas estadounidenses, con una edad media de 45 años, el 58.9% fueron mujeres, el 51.5% estaban casados, el 34.3%

con una escolaridad de universidad, valoró la dimensión de confianza social mostrando una prevalencia de 49.2%(n=12052) (50).

Baron-Epel (2008) realizó una investigación de capital social y la percepción de salud en judíos y árabes, el 49% y 56.7% fueron mujeres, con una edad de 45 a 64 años (30% y 35%), estaban casadas (70% y 81%), sin escolaridad (66% y 80%), las dimensiones que midió son confianza social con valores muy similares en ambos grupos con el 52%(n=1151), seguridad en la comunidad con 55.1%(n=1577) y 50.4%(n=421), confianza en la autoridad nacional y local con 54.7%(n=549) y 51%(n=74) y apoyo social con 62.7%(n=1050) y 55.7%(n=204) (51).

Riumallo (2014) evalúa el capital social con biomarcadores, el 59.97% fueron mujeres, con una edad media de 53.58, el 54.98% estaban casados, el 84% habitaba en área urbana; presenta una distribución de las dimensiones de apoyo social con una prevalencia de 26.26%(n=1051), confianza generalizada con un 52.89%(n=2128) y la confianza en la comunidad se evaluó a través de los cuartiles (Q) teniendo como resultado en el Q1 con un 32.56%(n=1331), Q2 con 17.86%(n=730) y Q3 con un 25.39%(n=1038) (36).

El nivel comunitario (dominio estructural), Hu encontró el 64.4%(n=281) clasificándolo como bajo (17) y Flores lo valoró como alto 90%(n=4633) (18). Otras investigaciones presentan evidencia de la distribución de las dimensiones del dominio estructural; Linden presentó como resultado una prevalencia del 41.8%(n=980) en la dimensión de participación (48). Nyqvist (2008) valoró la dimensión de participación social en los suecos con una prevalencia de 33.3% (n=81), respecto al finlandés de 22.7%(n=795) (49).

En la literatura hay evidencia de investigaciones que valoran el capital social con el control de la diabetes mellitus mediante correlaciones. Holtgrave (2006) demostró que el capital social se relacionó como factor protector para la diabetes mellitus con un coeficiente de correlación (CC) de 0.674 ($p = 0.01$); estos resultados sugieren que las personas que tienen capital social tienen un efecto protector para la diabetes mellitus (45).

En el estudio de Farajzadegan (2013) se observó al capital social en salud como determinante del control glucémico, se dividió a la muestra en controlados y no controlados, el 78.3% fueron mujeres que estaban controladas, el 53.3% tenía una educación intermedia, el 66.7% se dedicaban al hogar, el 73.3% tienen tratamiento con medicamento de toma oral. La media del capital social en salud en las personas controladas tuvo un valor de 185.1 (IC 95%: 181.4 – 188.6); evalúa las dimensiones a nivel individual de empoderamiento y acción política con un CC de Pearson de 0.374 ($p < 0.001$) y confianza y solidaridad con un CC de 0.385 ($p < 0.001$). Los resultados del estudio sugieren que la confianza, el empoderamiento y la acción política pueden determinar la eficacia con que se ha manejado la diabetes del paciente (34).

Long (2010) evalúa la relación de capital social comunitario y el control de los pacientes diabéticos a través de la hemoglobina glucosilada en Finlandia, los participantes tenían una edad media de 62.44 años, la dimensión que valora es trabajar juntos con un OR 2.13 ($p = 0.019$), se concluye que las personas que trabajan juntas en su comunidad tienen un mejor control de la glucosa (33).

Existe evidencia de la asociación del capital social con el control de la hipertensión arterial. A nivel individual (dominio cognitivo) Malino (2014) evalúa las dimensiones de capital social en mujeres haitianas asociado a la hipertensión arterial, empoderamiento personal con un OR 0.41 (IC 95% 0.19 – 0.88) ($p = 0.021$) (32). Riumallo (2014) en una investigación valora el capital social asociado a biomarcadores, dentro de ello evalúa la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, demostrando asociación de la dimensión de apoyo social con la diabetes mellitus con un OR 1.37 (IC 95% 1.01-1.86) ($p = 0.05$), la dimensión de confianza generalizada se asoció como factor protector con la hipertensión arterial con un OR 0.78 (IC95% 0.61 - 0.98) ($p = 0.05$) (36).

A nivel comunitario (dominio estructural), la investigación de Malino evalúa las dimensiones de grupos y redes tuvieron con un OR 0.75 (IC95% 0.59-0.95) ($p = 0.017$), confianza con OR 0.78 (IC 95% 0.65-0.92) ($p = 0.004$), acción colectiva con OR 0.38 (IC 95% 0.15-0.97) ($p = 0.043$). Concluye que cada unidad de aumento del

índice de capital social disminuye en un 41% la probabilidad de hipertensión arterial (32). En otra investigación se concluye que las acciones colectivas que mejoren el capital social pueden conducir a mejoras significativas de la salud de la población (36).

La investigación de Scheffler (2008) en población de California, 34% fueron mujeres, de los cuales 58% tenían hipertensión y 29% tenían diabetes, el 31% tenía una edad de 65 a 74 años, en los cuales valora el capital social que se asoció significativamente con la disminución de la recurrencia del síndrome coronario agudo para las personas que viven en zonas de mejor ingreso económico (HR 1.27 (IC95% 1.21-1.33)); Evalúa también el capital social comunitario asociado a la hipertensión arterial con un HR (hazard ratio) de 1.08 (IC 95% 1.02 – 1.13) (35).

Otra variable con la que se asocia el capital social en salud es el ingreso económico; en la investigación de Kim se asoció el ingreso familiar de <20,000 dólares anuales con OR ajustado de 1.02 (IC 95% 1.01 -1.04) (52). Linden mostró evidencia de asociación del estrés económico es decir, evalúa cuántas veces al año ha tenido problema con su ingreso con un resultado de OR ajustado de 2.9 (IC 95% 2.0 – 4.01) (48). Mohseni también evalúa la asociación de estrés económico evaluando cuántas veces durante el año no ha tenido dinero suficiente para pagar la comida o la ropa que necesitan con resultado de un OR ajustado 1.5 (IC 95% 1.4 – 1.6) (53). Long evalúa la asociación con el nivel de pobreza en Estados Unidos con un OR ajustado de 1.06 (p=0.013) (33).

La medición de la pobreza en México se realiza a través de los indicadores de carencia social establecidos por el CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (54).

En México para el 2014 el 46.2% de la población está en situación de pobreza, en comparación con la población de Aguascalientes que solo es el 34.8%, a nivel nacional el 9.5% de la población está en pobreza extrema en contraste con Aguascalientes que solo es el 2.1% de su población (54).

La población en situación de pobreza es quien tenga al menos una carencia social y un ingreso menor al valor de la línea de bienestar (LBE) (ingreso urbano \$2,542.13, ingreso rural \$1,614.65) (54).

En Aguascalientes el 43.2% de la población tiene carencia por acceso a la seguridad social, el 21.6% presenta la carencia por acceso a la alimentación, el rezago educativo solo el 14.4%, la carencia por acceso a los servicios de salud es de 12.5%, la carencia por calidad y espacios en la vivienda del 3.3% la carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda es de 3.6%, todos estos indicadores son menores a los de nivel nacional. (Nacional 58.5%, 23.4%, 18.7%, 18.2%, 12.3% y 21.2% respectivamente) (54).

El 60.1% de la población de Aguascalientes tiene al menos una carencia social y el 43.7% de la población tiene un ingreso inferior a la línea de bienestar (54).

La evidencia demuestra que el capital social es importante abordarlo para el control de la diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, aunque en la búsqueda sistemática de la literatura no se ha encontrado evidencia de investigaciones que valoren la asociación del control del paciente con ambos padecimientos, por lo cual este abordaje permitirá encontrar que dimensiones de capital social se asocian al control de estos padecimientos.

II. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial 410 millones de personas padecen diabetes mellitus (2015) y se estima para el 2040 aumente a 642 millones de personas, lo que significa que 1 adulto de cada 11 padecerán ésta; se reportó que México se encuentran en el sexto lugar a nivel mundial, con 11.5 millones de personas con dicha enfermedad, en la proyección para 2040 ocupará el quinto lugar. Aproximadamente el 8.4 % de la mortalidad se atribuye a esta enfermedad. El gasto sanitario mundial para tratarla y prevenir complicaciones para 2040, se prevé que sea 802,000 millones de dólares; en Norte América y el Caribe el gasto fue 348,000 millones de dólares, lo que equivale a casi la mitad de los gastos de salud del mundo (55).

Tiene consecuencias como: retinopatía, neuropatía, nefropatía o pie diabético. La prevalencia de diabetes mellitus en México en el 2012 fue de 9.2% (6.4 millones) (56). El 41.88% (2.7 millones) es derechohabiente del IMSS (57). Los años de vida saludable perdidos (AVISA) por sexo fueron de 6.3% en mujeres y 4.5% en hombres (58). El costo anual por diabético en la Seguridad Social correspondió al 3.1% del gasto de operación (59).

A nivel mundial 1000 millones de personas tenían hipertensión arterial (2013) (60), en México la prevalencia de hipertensión arterial incrementó a 19.7% hasta afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos (31.6%). Existen diferencias en las prevalencias de personas hipertensas, al IMSS pertenecen 46.6% de los adultos (56). Es un factor de riesgo que provoca: enfermedad vascular, coronaria, cerebrovascular, muerte cardíaca súbita, aneurisma y aórtico abdominal (56). Los AVISA en enfermedad isquémica del corazón es de 2.8% en mujeres y 3.5% en hombres (60), el gasto anual por hipertenso en la Seguridad Social correspondió al 13.95% del presupuesto destinado a la salud (61).

En la delegación IMSS Aguascalientes en el 2016 más del 80 % de pacientes presentan un control adecuado de hipertensión arterial en medicina familiar y más del 30 % de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen un control adecuado de glucemia en ayuno, sin embargo los pacientes que son diabéticos e hipertensos en medicina familiar está en el rango de ≤ 74.9 , lo que refleja que la mayoría de los pacientes no están controlados y no hay cambios en este indicador a nivel delegacional y en la Unidad de Medicina Familiar No.1 desde el año 2010 (62).

En México no existe evidencia de estudios de capital social en salud por lo cual no podemos precisar su magnitud y trascendencia sin embargo existe evidencia que en otros países se ha medido en diferentes problemas de salud a nivel individual y colectivo. Se ha demostrado que las personas que tienen capital social en salud a nivel individual y colectivo, en las dimensiones de confianza, participación social y apoyo favorecen al control de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial (32, 34, 35, 50, 52).

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se encontró evidencia en la literatura de la medición de capital social en distintas poblaciones, en un grupo de edad de 30 a 67 años, el sexo predominante fue la mujer de un 53.5% al 67.7%, con una escolaridad básica del 75.7% y educación superior del 34.3% al 37.6%, el estado civil reportado fue casados entre el 51.5% al 77.9% y la ocupación de empleado del 46.6% al 57.1%(46-49, 51).

Diversos autores valoraron la distribución de los dominios cognitivo y estructural, el dominio cognitivo tuvo una prevalencia alta del 53% (tomando como punto de corte la media) (46), en otro estudio el dominio tuvo el 87.7% (47). En la distribución de las dimensiones se encontró la dimensión de confianza con un 49.2% (n=12052) (52), en suecos y finlandeses se obtuvo una prevalencia de 78.6%(n=190) y 72.8%(n=2551) respectivamente (49). La dimensión de apoyo personal presento una prevalencia del 93.2% (n=2222) (48).

En judíos y árabes se valoró la dimensión de apoyo social con 62.7%(n=1050) y 55.7%(n=204) respectivamente (51). En otra investigación se presentó una prevalencia de 26.26%(n=1051) (36), otra dimensión valorada fue la confianza social con valores muy similares en ambos grupos con 52% (n=1151), la confianza en la autoridad nacional y local con 54.7%(n=549) y 51%(n=74) y seguridad en la comunidad con 55.1%(n=1577) en los judíos y el 50.4%(n=421) en los árabes (50). La confianza generalizada con 52.89%(n=2128) y la confianza en la comunidad con 25.39% (n=1038) (63).

El dominio estructural (nivel comunitario) se encontró evidencia de la prevalencia del 64.4%(n=281) (46), en otro estudio de 90%(n=4633) (33). La distribución de la dimensión de participación tuvo una prevalencia de 41.8% (n=980) (48). Otra dimensión fue el contacto social con el 44.6%(n=108) y 31.4%(n=1100) en suecos y finlandeses respectivamente (49).

Esta evidencia demuestra una discrepancia en la frecuencia y distribución de los dominios y las dimensiones de capital social.

Existen investigaciones que no valoran la fuerza de asociación sino la relación de las dimensiones de capital social con el control de la diabetes a través de la correlación de Pearson, Farajzadegan evalúa las dimensiones a nivel individual de empoderamiento y acción política CC 0.374 ($p < 0.001$) y confianza y solidaridad CC 0.385 ($p < 0.001$) (34). Holtgrave tuvo un resultado de CC 0.674 ($p = 0.001$), de capital social con diabetes (45); estos resultados demuestran la falta de homogeneidad de la varianza, porque son significativos lo que contribuye a generar y fundamentar las hipótesis causales para poder valorar la fuerza de asociación y completar el criterio de causalidad.

Existe falta de claridad en la asociación de capital social en salud con el control de hipertensión arterial, la investigación Malino en el nivel individual presenta resultados en las dimensiones de confianza OR 0.78 (IC 95% 0.65-0.92), acción colectiva OR 0.38 (IC 95% 0.15-0.97) (32).

La asociación de capital social en salud a nivel individual con el control de la diabetes en la dimensión de apoyo social OR 1.37 (IC 95% 1.01-1.86), demostrando una asociación como factor de riesgo (36).

La evidencia de asociación de capital social a nivel comunitario se encontró en la investigación de Malino que evalúa la dimensión de grupos y redes con OR 0.75 (IC 95% 0.59-0.95) (32). Long valora el capital social a nivel comunitario con el control de HbA1c con la dimensión de trabajar juntos OR 2.13 ($p = 0.019$) (33). A nivel comunitario el capital social comunitario se asoció con la hipertensión arterial con un HR de 1.08 (IC 95% 1.02 – 1.13) (35).

El capital social en salud se asocia como factor de riesgo con el ingreso económico de las familias con resultados de OR ajustados, en la investigación de Kim se asoció el ingreso familiar de $< 20,000$ dólares anuales con OR ajustado de 1.02 (IC 95% 1.01 -1.04) (52). Linden mostró evidencia de asociación del estrés económico es decir evalúa cuántas veces al año ha tenido problema con su ingreso con un resultado de OR ajustado de 2.9 (IC 95% 2.0 – 4.01) (48). Mohseni también evalúa la asociación de estrés económico evaluando cuántas veces durante el año no ha tenido dinero suficiente para pagar la comida o la ropa que necesitan con resultado

de un OR ajustado 1.5 (IC 95% 1.4 – 1.6) (24). Long evalúa la asociación con el nivel de pobreza en estados unidos con un OR 1.06 ($p=0.013$) (53).

Existen diferencias de acuerdo al enfoque teórico con el que se valore el capital social los principales son Bourdieu (5), Coleman (6) y Putnam (7); otra discrepancia que es como se analiza el capital social, es decir, si lo evalúan a nivel individual (dominio cognitivo) o nivel comunitario (dominio estructural).

En la búsqueda dentro de la literatura se han identificado instrumentos de capital social que valoran la confiabilidad, validez aparente, validez de contenido y validez de constructo como es el caso de Onyx que tiene una varianza de 49.35 y una confiabilidad de .84 (64), Kawachi valida una escala para medir nivel del crimen, tiene una validez de constructo adecuada con una varianza explicada del 73.7%, sin embargo no valora la confiabilidad (65), por lo que los instrumentos tienen limitaciones para evaluar adecuadamente las propiedades psicométricas del instrumento.

Las dimensiones que más se valoran de capital social son: confianza, redes, armonía social (49, 53, 66-69), participación en grupos (66, 68, 70), apoyo social (48, 51, 67, 71) las normas (69, 72) y sentimiento de pertenencia (73).

Para el control del paciente diabético e hipertenso se han realizado intervenciones basadas en cambiar o mejorar el estilo de vida del paciente con acciones dirigidas a la alimentación, actividad física y tratamiento farmacológico, las cuales no han demostrado su efectividad para controlarlos por eso la importancia de abordarlos desde un enfoque distinto como lo es el capital social (63, 74-81).

Por lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la asociación e impacto potencial de las dimensiones de capital social en salud a nivel individual y comunitario con el control glucémico y presión arterial del paciente con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial?

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general:

Determinar la fuerza de asociación y el impacto potencial de las dimensiones de capital social en salud a nivel individual y comunitario con el control glucémico y presión arterial de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, residente de los fraccionamientos Pilar Blanco o Jardines de la Asunción o el Dorado en Aguascalientes.

IV.2. Objetivos específicos:

- Construir, valorar la validez (contenido, aparente, constructo, criterio) y confiabilidad del instrumento de capital social en salud para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.
- Identificar la distribución y frecuencia de las características sociodemográficas y socioeconómicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial y un grupo control.
- Caracterizar a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, con cifras de glucosa y presión arterial, de acuerdo a las dimensiones de capital social en salud a nivel individual y comunitario y un grupo control.
- Valorar la fuerza de asociación (ORa) de las dimensiones del nivel individual de capital social en salud (normas generalizadas, armonía social, sentimiento de pertenencia, justicia percibida, apoyo y confianza) con el control de la glucosa y presión arterial de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial y un grupo control.
- Valorar la fuerza de asociación (ORa) de las dimensiones del nivel comunitario de capital social en salud (participación de las organizaciones, unión de las instituciones, frecuencia de la acción, tamaño de las redes, acción colectiva, grado de ciudadanía, diversidad, unión a grupos paralelos y unión a grupos con recursos) con el control de la glucosa y presión arterial

de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial y un grupo control.

- Valorar el impacto potencial (%RA) de las dimensiones de capital social en salud individual y comunitario asociadas con el control de la glucosa y presión arterial de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial y un grupo control.

V. HIPÓTESIS

Ho: No existe asociación entre las dimensiones del nivel individual de capital social en salud y el control glucémico y presión arterial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.

Ha: Existe asociación entre las dimensiones del nivel individual de capital social en salud y el control glucémico y presión arterial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.

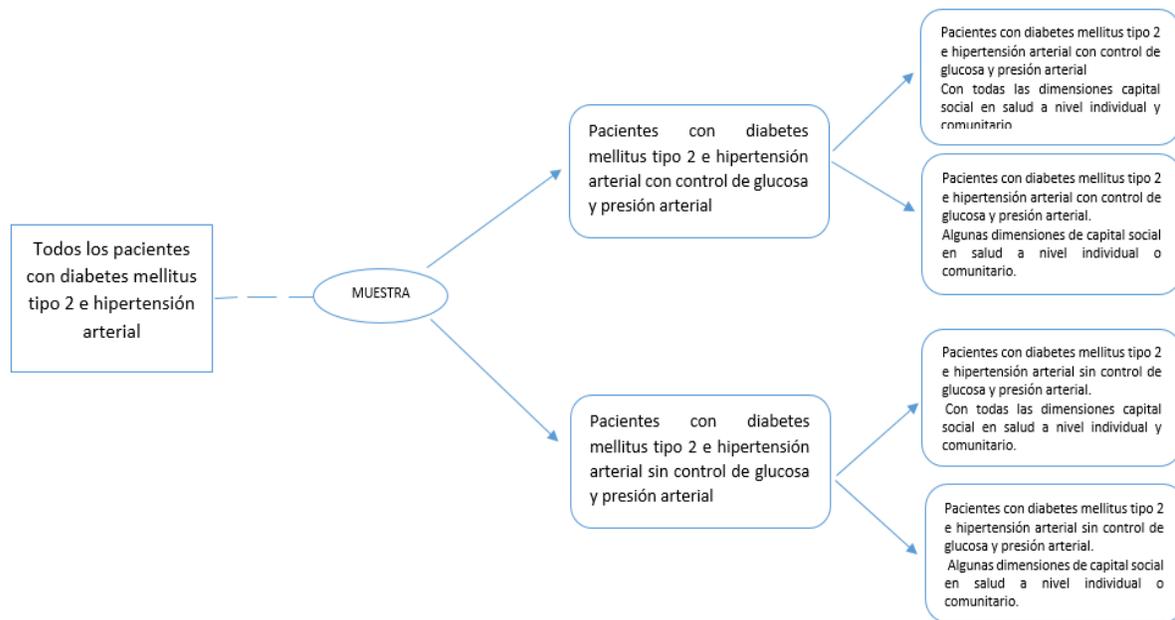
Ho: No existe asociación entre las dimensiones del nivel comunitario de capital social en salud y el control glucémico y presión arterial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.

Ha: Existe asociación entre las dimensiones del nivel comunitario de capital social en salud y el control glucémico y presión arterial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Diseño:

Se realizó un diseño de tipo observacional analítico de casos y controles, los casos fueron pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial con control glucémico y presión arterial y los controles los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sin control glucémico y presión arterial.



Fuente: Kleinbaum, D. G., Kupper, L. L., & Morgenstern, H. (1982). *Epidemiologic research: principles and quantitative methods*. John Wiley & Sons.
Schlesselman, J. (1982). *Case-control studies: design, conduct, analysis*. Oxford University Press.

VI.2. Universo de trabajo:

Todos los pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS en Aguascalientes.

VI.3. Población de estudio:

Pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS en Aguascalientes.

VI.4. Unidad de observación

Paciente con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial de 20 años o más, usuario de la UMF No. 1, residente del fraccionamiento Pilar Blanco o Jardines de la Asunción o el Dorado.

VI.5. Unidad de análisis:

Paciente con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial de 20 años o más, usuario de la UMF No. 1, residente del fraccionamiento Pilar Blanco o Jardines de la Asunción o el Dorado.

VI.6. Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 20 años o más con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, con más de un año de diagnóstico, usuarios a la UMF No 1, con tratamiento de hipoglucemiantes orales y que tengan más de un año viviendo en los fraccionamientos Pilar Blanco o Jardines de la Asunción o el Dorado.

Criterios de no inclusión:

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial que tengan enfermedades terminales y alteraciones mentales severas.

Criterios de exclusión:

- Pacientes de 20 años o más con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, que no pudieron ser localizados en sus domicilios, que cambiaron de domicilio y ya no residen en los fraccionamientos Pilar Blanco o Jardines de la Asunción o el Dorado, que no se encontraron en el expediente electrónico y que no contestaron el cuestionario completo.

VI.7. Contexto:

Se desarrolló esta investigación en los Fraccionamientos Pilar Blanco, el Dorado y Jardines de la Asunción elegidos ya que son representativos de las clases sociales (alta, media y baja). El 75% de las personas están adscritas al IMSS, en la Unidad de Medicina Familiar No. 1. En este lugar residen la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial (82).

El Fraccionamiento Pilar Blanco se desarrolla a partir del año 1983 como un proyecto habitacional de interés social del INFONAVIT distribuido en 108 manzanas, se construyeron 710 casas unifamiliares y 262 multifamiliares, 88 con 24 departamentos, y 174 con 32 departamentos, formando 10 sectores; en el fraccionamiento habitan 13,424 personas, predominando la población femenina. El grado promedio de escolaridad es de 9 años correspondiente a un nivel básico secundaria). Tiene una población económicamente activa de 6175 personas. Con

10 535 personas derechohabientes a los servicios de salud de los cuales el 83.21% pertenecen al IMSS (82).

El fraccionamiento el Dorado 1ª sección fundado en 1979 como proyecto habitacional de tipo medio dividido en 30 manzanas, el grado promedio de escolaridad es de 12.97 años, con un nivel medio superior. Con una población total de 3176 personas, predominando el sexo femenino. La población económicamente activa son 1442 personas. La población derechohabiente a servicios de salud de 1762 personas, de los cuales el 71.85% pertenecen al IMSS (82).

El fraccionamiento Jardines de la Asunción fundado en 1976 como zona residencial el cual está distribuido en 23 manzanas. La población total es de 1350 personas, predominando en 53% el sexo femenino. El grado promedio de escolaridad es de 14.36 años, es decir con un nivel superior. La población económicamente activa son 649 personas. La población derechohabiente a servicios de salud es de 936 personas, de las cuales el 74% pertenecen al IMSS (82).

VI.8. Muestreo

VI.8.1. Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo polietápico, primera etapa por conglomerados, tomando a los consultorios 3, 5, 9, 10, 16 y 19 como unidades primarias, en la segunda etapa proporcional es decir de acuerdo a cuántos pacientes son residentes de los fraccionamientos se calculó la proporción de acuerdo al tamaño de cada conglomerado y en la tercera etapa aleatorio simple es decir de cada proporción que quede en los marcos muestrales de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial usuarios de la UMF 1, se seleccionaron al azar hasta completar el tamaño de la muestra para los casos y los controles.

VI.8.2. Marco Muestral:

Listados nominales del SIAIS (Sistema Informático de Atención Integral a la Salud), de los casos y controles de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial que acuden a su cita de control a la UMF No. 1, con domicilio en los fraccionamientos Pilar Blanco o Jardines de la Asunción o el Dorado.

VI.8.3. Unidad Muestral:

Paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 e hipertensión Arterial usuario de la UMF No. 1 y con domicilio en el fraccionamiento Pilar Blanco o Jardines de la Asunción o el Dorado.

VI.8.4. Tamaño de la muestra

Se cálculo de tamaño de la muestra mediante la fórmula de Fleiss con corrección en la cual se requirieron cinco valores: 1. Nivel de confianza deseado ($\alpha = 0.05$); 2. El poder del estudio deseado ($1-\beta = 0.80$); 3. Razón de controles por caso (3:1) este se tomó como base el indicador institucional que el 70.82% de los pacientes con diabetes e hipertensión no están controlados por eso la razón de controles por caso; 4. Porcentaje de controles expuestos (30%); 5. Riesgo relativo (OR) hipotético asociado con la exposición que pudiera ser de importancia ($OR \geq 2.0$). Con estos parámetros arroja un tamaño de muestra de 151 casos y 273 controles.

VI.9. Variables de estudio

Independientes:

Dimensiones del dominio cognitivo: normas generalizadas es la reciprocidad y bienestar cooperativo; armonía social es la visión de la comunidad; sentimiento de pertenencia son actitudes a favor o en contra de la participación en grupos; justicia percibida es la equidad en el acceso, utilización y calidad de los servicios de salud; apoyo es el apoyo social, instrumental, emocional e informacional y confianza es el grado de confianza a las personas, instituciones y organizaciones. Cada dimensión en escala continua (índice).

Dimensiones del dominio estructural: participación de las organizaciones es la participación en la toma de decisiones; unión a las instituciones son los vínculos a las instituciones; frecuencia de la acción es el número de veces que se relaciona; tamaño de las redes es el número de personas con las que se tuvo contacto; acción colectiva es el número de veces que se reunió; grado de ciudadanía es la capacidad de trabajar; diversidad es la variedad de vínculos; unión a los grupos con recursos es el grado de integración a las redes y unión a los grupos paralelos son los vínculos instituciones. Cada dimensión en escala continua (índice).

Dependientes:

***Control glucémico:** niveles de glucemia en sangre en mg/dl. Escala nominal dicotómica (Controlado: ≤ 130 mg/dl; No controlado: ≥ 131 mg/dl).

***Control de la presión arterial:** cifras de tensión arterial sistólica y diastólica. Escala nominal dicotómica (Controlado: $\leq 130/80$ mmHg; No controlado: $> 130/80$ mmHg).

Confusoras:

Para identificar que estas variables fueran confusoras se realizó el siguiente análisis: 1. Que las variables independientes (dimensiones de capital social en salud) se relacionen con las variables confusoras (indicadores de carencias). 2. La variable confusora (indicadores de carencias) se asocie con el control de la diabetes mellitus e hipertensión arterial. 3. La variable confusora (indicadores de carencias) no forma parte de la cadena causal. Por lo que se identificaron las siguientes:

Carencia por rezago Educativo: Ser incapaz de leer, escribir, o realizar operaciones matemáticas básicas o incluso no tener un nivel de escolaridad que la sociedad considera básico, que limita las perspectivas culturales y económicas de todo ser humano, lo que restringe su capacidad para interactuar, tomar decisiones y funcionar activamente en su entorno social. Escala dicotómica (indicador con valor: 1= con carencia 0= sin carencia).

Carencia por calidad y espacios de la vivienda: es cuando en el hogar, los pisos, muros y techos no se encuentran contruidos con materiales resistentes y adecuados. Escala dicotómica (indicador con valor: 1= con carencia 0= sin carencia).

Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda: se presenta cuando no se satisfacen de forma adecuada los servicios de agua potable, servicio de drenaje, servicio de electricidad y servicio de combustible para cocinar. Escala dicotómica (indicador con valor: 1= con carencia 0= sin carencia).

Carencia de acceso a la alimentación: si presentan inseguridad alimentaria moderada o severa. Escala dicotómica (indicador con valor: 1= con carencia 0= sin carencia).

VI.10. Recolección de datos

Para la recolección de los datos antes de realizar la entrevista al paciente se obtuvieron datos del expediente clínico de la atención médica establecida por la dirección de prestaciones médicas del IMSS, se siguió la siguiente ruta:

Se ingresó al Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF), se ingresó el usuario y contraseña, en la pestaña de Administrativo se seleccionó y se ingresó al catálogo de pacientes, una vez en el catálogo se introdujo el número de seguridad social del paciente, se seleccionó al paciente que se desea y al entrar al su expediente electrónico aparecerá una ventana y se marcará la opción de revisión de expediente, la revisión comenzó seleccionando las hojas de control de diabetes mellitus e hipertensión arterial dentro de estas hojas se encontrarán y anotarán:

Mediciones del Paciente:

- Peso
- Talla
- IMC
- Tensión Arterial Sistólica
- Tensión Arterial Diastólica

Resultados de sus últimos 3 meses laboratorio:

- Glucosa sanguínea en ayunas

VI.10.1. Técnica de recolección de datos

Una vez recolectada la información del paciente y concretada la cita en el domicilio del paciente acudieron los entrevistadores al domicilio del paciente para realizar la entrevista cara a cara.

VI.11. Logística

Se realizó una prueba piloto del instrumento para calcular el tiempo de la aplicación, además de verificar que se entiendan los ítems y se tenga claridad en las escalas de respuesta.

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial que fueron seleccionados aleatoriamente, se buscaron en el expediente electrónico para saber cuándo sería su próxima cita de control con el médico familiar, una vez obtenida la información el día de la cita se acudió al consultorio y horario correspondiente y se identificó al paciente, se les explicó el propósito del estudio y se les invitó a participar, solicitando su autorización mediante una carta de consentimiento informado que garantice el anonimato y confidencialidad de la información obtenida; una vez que el paciente aceptó, se realizó una cita para la aplicación del cuestionario en su domicilio. Se realizaron llamadas telefónicas a los domicilios de los pacientes que aceptaron participar para confirmar el día y la hora de la cita. En caso de que el cuestionario no se completará en una visita se programó otra cita para concluirla.

VI.12. Descripción instrumento

El instrumento consta de 5 secciones la primera sección es la ficha de identificación del paciente: nombre, número de afiliación, domicilio y teléfono, la segunda sección corresponde a las características sociodemográficas: estado civil, escolaridad y sexo, la tercera sección son las características de la enfermedad y su atención: tiempo en el que lleva atendiéndose con el mismo médico, fecha en la que se le diagnosticó la diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, peso, talla, IMC, tensión arterial sistólica y diastólica, resultados de laboratorio perfil lipídico, glucosa o Hb1Ac.

La cuarta sección del instrumento son los indicadores de carencia social validada por CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) mide el rezago social a través de los indicadores de carencia social que consta de

76 ítems valorados con una escala cualitativa nominal dicotómica que agrupa las condiciones de vida en 6 rubros que son: carencia por rezago educativo 3 ítems, carencia por acceso a los servicios de salud 6 ítems, carencia por acceso a la seguridad social 13 ítems, carencia por calidad y espacio de la vivienda 22 ítems, carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda 20 ítems, carencia por acceso a la alimentación 27 ítems (54).

La quinta sección es el cuestionario de capital social en salud que se construyó y se validó, de acuerdo a la teoría psicométrica (83). El instrumento tiene 2 dominios, el cognitivo y el estructural, con 15 dimensiones que son: normas generalizadas cuenta con 3 ítems, armonía social con 3 ítems, sentimiento de pertenencia 3 ítems, justicia percibida con 3 ítems, apoyo con 3 ítems, confianza con 3 ítems son del dominio cognitiva y para el dominio estructural: participación de las organizaciones con 3 ítems, unión de las instituciones 3 ítems, frecuencia de la acción con 3 ítems, tamaño de las redes con 3 ítems, acción colectiva con 3 ítems, grado de ciudadanía con 3 ítems, diversidad con 3 ítems, unión a grupos con recursos 3 ítems, unión a grupos paralelos 3 ítems; con un total de 45 ítems. Todas las dimensiones fueron medidas a través de una escala de Likert de 5 puntos.

***Metodología de la validación del instrumento**

La validez de contenido se llevó a cabo por un panel de expertos, se tomó en cuenta la opinión informada de personas con trayectoria metodológica, expertos en diabetes e hipertensión y en capital social en salud, que fueron reconocidas por otros como expertos cualificados en éste y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones. Para esto se tomaron en cuenta los siguientes criterios: (a) Experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en evidencia o experticia (grados, investigaciones, publicaciones, posición, experiencia y premios entre otras), (b) reputación en la comunidad, (c) disponibilidad y motivación para participar, y (d) imparcialidad y cualidades inherentes como confianza en sí mismo y adaptabilidad (84). Se pidió que revisarán la congruencia y pertenencia de cada ítem corresponda al concepto y dimensión de acuerdo a la teoría del capital social en salud (83, 85, 86).

La validez aparente fue realizada a través de grupos focales. Los objetivos del grupo focal fueron analizar los elementos de cada uno de los ítems del instrumento de capital social en salud, realizar un consenso y cambiar los elementos no comprendidos de los ítems para que queden más claros. Estuvo conformado de 3 a 12 pacientes diabéticos e hipertensos usuarios de la UMF No.1, que residan en los fraccionamientos Pilar Blanco o El Dorado o Jardines de la Asunción, se seleccionaron aleatoriamente del marco muestral, cuidando que el grupo fuera homogéneo con hombres y mujeres; cada integrante del grupo focal perteneció a los grupos de edad de 30 a 40 años, 40 a 50 años y 50 a 60 años. Una vez seleccionados los pacientes se acudió a la UMF No. 1 para invitarlos y explicarles el propósito del grupo focal.

El moderador fue un profesional de salud experto en el capital social en salud y que conociera acerca del control de la diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, se preparó una presentación que constará de las explicaciones de cada sección (dimensión) del instrumento y de los ítems.

Las reuniones se realizaron en la Unidad de Investigación Epidemiológica y de Servicios de Salud del IMSS. Se realizaron sesiones de máximo 2 horas, hasta concluir todos los ítems del instrumento.

En las sesiones de grupo focal los participantes emitieron juicios personales y se realizó la recolección sistemática de los datos, a través de la técnica de montones se utilizó para comparar los puntos de vista de los participantes. Consistió en escribir el nombre de cada elemento seleccionado en una tarjeta y requerir a los participantes que agruparan los términos similares en pilas y que nombraran y describieran el significado de cada pila. No se les solicitó estimación de las cantidades, ni se impuso un determinado número de pilas, así se llegó a un consenso para cambiar los términos de los ítems que no comprendían o que no estaban claros, se realizaron preguntas concretas sobre la claridad del ítem, así como la toma de notas de los diferentes puntos de vista, se grabó audio para posteriormente analizar la información para poder realizar las modificaciones correspondientes (84, 87).

Para la validez de constructo se tomó un tamaño de muestra de 99 diabéticos e hipertensos (total de ítems+1) para el modelo inicial (83); se llevó a cabo con un análisis factorial desarrollado en tres etapas: en la primera se especificó la relación teórica entre los conceptos; en la segunda, se examinó la relación empírica entre la medición de los conceptos: en la tercera, la evidencia empírica se interpretó en términos de la forma como se da claridad a la validez de constructo de una medición específica, una vez que se obtuvo el modelo inicial se tomó una muestra de 5n (tomando como n el modelo inicial por dominio) para realizar el modelo final (83, 85, 86).

La validez de criterio (concurrente) se realizó con una correlación, entre las dimensiones de cada dominio y entre los ítems y las dimensiones, se tomó como criterio la dimensión con mayor varianza. La consistencia interna se evaluó entre las dimensiones de los dominios con el alfa de Cronbach (83, 85, 86).

VI.13. Estandarización

Se realizó un manual operacional donde se describe el instrumento ítem por ítem y se dan ejemplos con supuestos de la vida cotidiana, esto para estandarizar la forma de encuestar, la capacitación de los encuestadores fue llevado a cabo por la estudiante de maestría en ciencias de la salud en el área de epidemiología, la cual se llevará a cabo mediante sesiones donde se trabaje ítem por ítem del cuestionario: la forma de preguntar y llenar la hoja de respuesta además de contestar las dudas que surjan. Estas sesiones tuvieron una duración máxima de dos horas calculando que fueran tres sesiones para la capacitación.

Para valorar la validez de la medición se evaluó la confiabilidad Inter - observador en la que se evaluó la concordancia entre dos mediciones hechas por dos observadores (entrevistador y encargado del proyecto) a un mismo paciente diabético e hipertenso, con kappa:

ENCUESTADOR	KAPPA
1	.80
2	.80
3	.82
4	.84

VI.13. Plan para el procesamiento

Se realizó una base de datos y el procesamiento de los datos en el programa STATA versión 13. La base de datos incluye nombre de la variable, la etiqueta de la variable, tipo de la variable (numérica o alfa numérica), formato, valor de la etiqueta de la variable y las notas.

Diagnóstico de los datos

Para el diagnóstico de los datos, se analizó la distribución de las variables a través de la asimetría y curtosis, el rango deberá de estar en ± 2 para que sea una distribución paramétrica, se tomó como medida de tendencia central a la media y desviación estándar como medida de dispersión.

El análisis de la validación del instrumento de capital social en salud se analizará de acuerdo al tipo de validación:

La validez de contenido se evaluó con la concordancia entre los expertos por medio de W de Kendall debido a que es una escala ordinal.

La validez aparente se analizó a partir del consenso de los participantes del grupo focal y se modificaron las palabras que no fueron comprendidas, una vez modificadas se regresaron al panel de expertos para que verificaran la congruencia.

La validez de constructo se realizó con un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, con el propósito reducir los ítems en el cual se analizó la comunalidad, la varianza total explicada y matriz de componentes rotados, el número de factores se determinó de acuerdo con la operacionalización y se tomó como criterio psicométrico que los ítems tengan un eigenvalue ≥ 0.4 , Se comprobaron los supuestos de aplicación del análisis factorial mediante el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett, se consideró apropiado un valor entre 0.5 a 1.0 para el índice KMO y significativo un $p < 0.05$ para la prueba de esfericidad de Bartlett. La validez de criterio se realizó con una correlación de Spearman, entre las dimensiones de cada dominio y entre los ítems

y las dimensiones. La confiabilidad de las dimensiones y dominios se evaluó con el alfa de Cronbach tomando como valor mínimo ≥ 0.70 .

Diagnóstico para el análisis de los datos

El diagnóstico del análisis de los datos, para caracterizar a los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial con control glucémico y presión arterial (caso) y un grupo control, para las variables cuantitativas (edad, tiempo de diagnóstico con diabetes, tiempo de diagnóstico con hipertensión arterial, peso, talla, tensión arterial sistólica, tensión arterial diastólica, HbA1c), si la distribución de los datos fue paramétrica se utilizó la prueba de significancia de t para muestras independientes en el que se esperó no fuera significativo ($p > 0.05$), en caso que la distribución fue no paramétrica se realizó la prueba de U de Mann-Whitney.

Para caracterizar a los pacientes de acuerdo a las características socioeconómicas y determinar el nivel de pobreza de las personas se tomó la metodología del CONEVAL(54). Se considera que una persona experimenta carencias en el espacio de los derechos sociales cuando el valor del índice de privación (la construcción del índice es la suma de los indicadores de carencia social) es mayor que cero, es decir, cuando padece al menos una de las seis carencias (rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacio de la vivienda, acceso a los servicios básicos y acceso a la alimentación) combinado con el ingreso de las personas se clasificaron a los pacientes como: I. Pobres multidimensionales, II. Vulnerables por carencias sociales, III. Vulnerables por ingresos, IV. No pobre multidimensional y no vulnerable.

Para las variables cualitativas ordinales o nominales se realizará la prueba de dependencia mediante la prueba de chi-cuadrada de Pearson.

Transformación de datos

Se realizó un índice por cada dimensión del dominio cognitivo de capital social en salud sumando los ítems por dimensión: normas generalizadas, armonía social, sentimiento de pertenencia, justicia percibida, apoyo y confianza. El dominio estructural con las 9 dimensiones: participación de las organizaciones, unión a las

instituciones, frecuencia de la acción, tamaño de las redes, acción colectiva, grado de ciudadanía, diversidad, unión a los grupos con recursos y unión a grupos paralelos, cada uno de los índices con una puntuación máxima de 15.

Para establecer los puntos de corte a partir de los índices de las dimensiones, ya que es uno de los determinantes sociales que son un reflejo de la filosofía determinista, sobre la búsqueda de causas probables que determinan el efecto del resultado (88). Así que desde el reflejo positivista se necesita identificar las causas que tienen influencia en los resultados. Sin embargo, hay un creciente debate sobre la utilidad de ponderar las puntuaciones de los ítems. La literatura que compara las escalas numéricas ponderadas y no ponderadas estandarizadas ya sea de eventos de vida, satisfacción con la vida o estado de salud, no reporta consistentemente ningún beneficio de métodos ponderados más complejos en relación con la proporción de varianza explicada o sensibilidad para cambiar con el tiempo. Si bien esto puede ser simplemente debido a la insuficiente varianza en los pesos (89).

En el sentido epidemiológico podemos identificar, para tomar una mejor decisión sobre los puntos de corte que se deben utilizar en problemas de salud, del índice de cada dimensión se tomó en cuenta su distribución y frecuencia para realizar y clasificarlos en quintiles, a partir de estos se crearon tres categorías: bajo (quintil 1 y 2), medio (quintil 3 y 4) alto (quintil 5); a partir de eso realizar las tablas de contingencia y de ese modo evaluar las asociaciones de las inferencias causales entre los casos y controles y las dimensiones y dominios de capital social en salud (90).

Supuestos del modelo de regresión

Para probar los supuestos del modelo de regresión logística binomial; para probar el supuesto de homocedasticidad entre los grupos, el grupo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial y el grupo control se utilizó la prueba de Levene para datos con distribución paramétrica, esto para probar que existe homogeneidad de las varianzas, es decir, aun cuando los valores de error estadístico difieren entre sí, el procedimiento señala que es un efecto aleatorio y existe gran probabilidad de que la fuente o fuentes de variación sean las mismas.

La colinealidad de las variables se determinó mediante una R^2 , en el cual se buscó si los predictores son una combinación lineal exacta y si es así se eliminarán del modelo.

Análisis de los datos

Para calcular los OR crudos se introdujo cada variable con la variable dependiente. Las variables que resultaron asociadas con la variable dependiente y se relacionaron con las variables independientes formaron parte del modelo para obtener sus OR ajustados.

Se formuló un modelo de regresión logística para cada dominio, se obtuvieron los OR ajustados que calculó residuales, efectos estimados (a través de logit o probit) y los intervalos de confianza al 95%, se realizó la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow.

Una vez que se realizaron los modelos de regresión, se calculó el impacto potencial de las dimensiones con los OR_a , de la siguiente manera: $OR_a - 1 / OR_a$ (91), para el cálculo de RAP fue: $expuestos / total \text{ de expuestos } (OR_a - 1) / OR_a$ (92).

VII. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalecerá es el de respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitará hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se asegurará la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación será voluntaria y se protegiendo los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V).

El objetivo de este proyecto fue determinar la fuerza de asociación y el impacto potencial de las dimensiones de capital social a nivel individual y comunitario de los

pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, con cifras de glucosa y presión arterial en control.

A los participantes se les explicará que su participación consistirá en: contestar un cuestionario de carencias sociales y de capital social individual y comunitario y su relación con el control de la glucosa y presión arterial.

Se les informará ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de su participación en este proyecto, que son los siguientes:

Inconvenientes: Los posibles inconvenientes o molestias serán el tiempo que dedique en contestar los cuestionarios el cual se estima será de alrededor de 40 minutos.

Beneficios: la explicación que el capital social en salud ha demostrado beneficios al mejorar problemas relacionados con: las familias y el comportamiento en los jóvenes; la escolaridad y educación y la vida en la comunidad; el trabajo y organizaciones; la democracia y gobernanza; y el desarrollo económico y criminología y problemas de salud pública.

Se explico que la participación es voluntaria y que conservan el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, así como también puedo dejar de contestar alguna pregunta de la que no quiera dar respuesta o de la tenga duda en responder. Cualquier información que se derive de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial y anonimato.

Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no habrá procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11); además se anexó la carta de consentimiento informado.

VIII. RESULTADOS

VIII.1. Supuestos estadísticos de la distribución de los ítems e índices de las dimensiones

El valor de la asimetría y curtosis (valores aceptables de ± 2) en los ítems del dominio cognitivo (DC) y dominio estructural (DE) del modelo final de capital social en salud (CSS) presentó una distribución paramétrica, con excepción de 1 de 3 ítems en las dimensiones de armonía social, confianza y tamaño de las redes; y 2 de 3 ítems en las dimensiones de justicia percibida y acción colectiva. La media y desviación estándar de respuesta de los ítems del dominio cognitivo osciló entre 3.80 a 4.41 \pm .874 a 1.21 y en el dominio estructural fue de 1.39 a 3.61 \pm 1.00 a 1.71 (Tabla 1).

Las dimensiones presentaron una distribución paramétrica en 4 de las 6 dimensiones del DC y 6 de las 9 dimensiones del DE, la media y desviación estándar de las dimensiones del DC entre 11.13 a 13.55 \pm 2.23 a 4.05 y en las dimensiones del DE entre 3.66 a 10.39 \pm 2.01 a 4.30 (Tabla 1).

El efecto de suelo y techo se valoró con el puntaje más bajo o más alto de las dimensiones del DC y DE si exceden el 15% de la frecuencia, las 6 dimensiones del DC no presentaron efecto de suelo, solo efecto de techo. Las dimensiones del DE 6 de las 9 presentaron efecto de suelo y 4 de 9 presentan efecto de techo (Tabla 2).

Tabla 1. Asimetría y curtosis de los ítems y dimensiones de los dominios cognitivo y estructural de capital social en salud N=136

DOMINIO COGNITIVO					DOMINIO ESTRUCTURAL				
ÍTEM	MEDIA	DS	ASIMETRIA	CURTOSIS	ÍTEM	MEDIA	DS	ASIMETRIA	CURTOSIS
NG2	3.97	1.21	-1.15	.686	PO1	3.58	1.12	-.442	-.340
NG6	4.00	1.09	-1.20	.827	PO2	3.61	1.10	-.438	-.293
NG8	3.83	1.21	-.924	-.082	PO5	3.57	1.15	-.433	-.391
NG	11.31	3.41	-1.08	.521	PO	10.39	3.27	-.498	-.235
AS1	4.34	.999	-1.64	2.29	UI3	2.22	1.67	.889	-1.00
AS2	4.36	.874	-1.11	.117	UI4	2.27	1.67	.798	-1.15
AS4	4.41	.881	-1.43	1.46	UI6	2.28	1.71	.784	-1.22
AS	13.55	2.25	2.25	4.77	UI	5.15	4.17	1.77	1.47
SP1	4.02	1.21	-1.15	.379	FA1	1.82	1.35	1.34	.277
SP2	4.03	1.18	-1.24	.732	FA5	1.85	1.37	1.27	.065
SP3	4.04	1.17	-1.32	1.00	FA6	1.78	1.34	1.43	.503
SP	11.38	4.05	-.945	-.328	FA	4.94	3.30	1.75	2.18
JP5	4.07	1.34	-1.38	.641	TA1	1.60	1.11	1.71	1.77
JP6	4.37	1.02	-1.93	3.40	TA2	1.58	1.09	1.79	2.18
JP7	4.38	1.06	-1.88	2.89	TA3	1.57	1.12	1.85	2.26
JP	12.66	2.75	-1.32	1.93	TA	4.17	2.56	2.21	4.11
A2	3.90	1.12	-.569	-.800	AC1	1.52	1.12	1.87	1.95
A4	3.80	1.14	-.578	-.552	AC2	1.43	1.04	2.25	3.61
A6	3.86	1.15	-.547	-.771	AC4	1.39	1.00	2.41	4.45
A	11.13	3.87	-.691	-.700	AC	3.66	2.01	3.19	9.31
C5	4.60	.762	-2.23	5.27	GC1	2.72	1.47	.257	-1.29
C7	4.38	.895	-1.35	1.13	GC2	2.76	1.47	.175	-1.33
C8	4.33	.944	-1.31	1.12	GC4	2.73	1.44	.221	-1.25
C	13.08	2.23	-1.35	2.42	GC	5.91	3.69	1.08	.162
					D2	3.58	1.42	-.699	-.806
					D3	3.53	1.46	-.633	-.989
					D4	3.55	1.47	-.638	-.983
					D	10.33	4.30	-.571	-1.02
					UGR1	3.69	1.06	-.308	-.540
					UGR3	3.76	1.06	-.501	-.394
					UGR5	3.72	1.04	-.386	-.378
					UGR	10.02	4.30	-.571	-1.02
					UGP1	3.49	1.12	-.301	-.319
					UGP2	3.49	1.11	-.290	-.398
					UGP3	3.42	1.09	-.189	-.324
					UGP	9.37	3.61	-.101	-.623

Tabla 2. Efecto de suelo y techo de las dimensiones de capital social en salud N=136

DIMENSIÓN	MÍNIMO/MÁXIMO	PUNTAJE MÁS BAJO f (%)	PUNTAJE MÁS ALTO f (%)
Normas Generalizadas	3.00/15.00	10 (7.4)	32 (23.5) **
Armonía Social	3.00/15.00	1 (.7)	75 (55.1) **
Sentimiento de Pertenencia	3.00/15.00	16 (11.8)	51 (37.5) **
Justicia Percibida	3.00/15.00	3 (2.2)	61 (44.9) **
Apoyo	3.00/15.00	11 (8.1)	43 (31.6) **
Confianza	3.00/15.00	1 (.7)	59 (43.4) **
Participación en Organizaciones	3.00/15.00	8 (5.9)	23 (16.9) **
Unión a Instituciones	3.00/15.00	98 (72.1) *	18 (13.2)
Frecuencia de la Acción	3.00/15.00	87 (64) *	6 (4.4)
Tamaño de las Redes	3.00/15.00	107 (78.7) *	1 (.7)
Acción Colectiva	3.00/12.00	120 (88.2) *	4 (2.9)
Grado de Ciudadanía	3.00/15.00	69 (50.7) *	9 (6.6)
Diversidad	3.00/15.00	23 (16.9) *	37 (27.2) **
Unión a Grupos con Recursos	3.00/15.00	16 (11.8)	21 (15.4) **
Unión a Grupos Paralelos	3.00/15.00	17 (12.5)	22 (16.2) **

*Efecto de suelo

**Efecto de techo

VIII.2. Validez de contenido

La validez de contenido se valoró con el coeficiente de W de Kendall que mide el nivel de concordancia de los expertos quienes evaluaron cada uno de los ítems con los criterios de suficiencia, coherencia, claridad y relevancia. El coeficiente fue de 0.775 lo indica que hay una concordancia alta entre los expertos, el valor de p no fue significativo ($p=0.135$) lo que significa es que no hay diferencia y por lo tanto hay concordancia entre los expertos (Tabla 3).

Tabla 3. Descripción de puntajes y correlación de la evaluación de los expertos para la validez de contenido y Coeficiente W de Kendall

		EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3
SUFICIENCIA		380	380	380
COHERENCIA		378	380	380
RELEVANCIA		380	380	380
CLARIDAD		360	365	360
Coeficiente W de Kendall		.775	Chi-cuadrada 4.00	gl. 2 p = 0.135
Tau_b de Kendall				
EXPERTO 1	CC	1.000	.775	.775
	p	-	.157	.157
EXPERTO 2	CC	.775	1.000	1.000
	p	.157	-	-
EXPERTO 3	CC	.775	1.000**	1.000
	p	.157	-	-

VIII.3. Validez aparente

En la validez aparente se realizaron grupos focales con la técnica de montones, se llegó a un consenso para cambiar términos que no se comprendían o que no estaban claros, para el DC se realizaron modificaciones en 7 de los 43 ítems; en la dimensión de sentimiento de pertenencia se cambió un término en los 5 ítems, en justicia percibida en 1 de los 9 ítems y en confianza se cambió en 1 de los 8 ítems; en el DE se cambiaron 6 de los 55 ítems, que fue la dimensión de diversidad con un término en sus 6 ítems, para lograr la saturación de los ítems se realizaron los cambios de acuerdo a los grupos focales y se realizó un pilotaje del instrumento en el cual se preguntaba a los pacientes que entendían del ítem, hasta que no hubo diferencias en las respuestas. Una vez que se llevó a cabo este proceso se regresó al panel de expertos para valorar la pertinencia de los cambios se llegó al consenso en la discusión y estar todos los expertos en acuerdo.

VIII.4. Validez de constructo

La validez de constructo se realizó con el análisis factorial inicial y final de componentes principales con rotación varimax, se realizó para examinar la agrupación de los ítems de acuerdo con la relación teórica de los conceptos y eliminar los ítems que no aportaban al constructo, el número de factores se definió en base a la operacionalización y a la validez de contenido. El punto de corte para la inclusión de ítems fue que el eigenvalue ≥ 0.4 con normalización káiser (Tabla 4).

Los ítems que presentaron una distribución no paramétrica no afectaron la agrupación en las dimensiones correspondientes y respetaron las cargas del punto de corte del eigenvalue, ya que todos los ítems de las dimensiones presentaron una comunalidad alta que osciló entre .617 a .995, con excepción de un ítem de justicia percibida con .449 en el modelo inicial y .648 a .989 en el modelo final (Tabla 4).

Tabla 4. Comunalidad de los ítems del dominio cognitivo y estructural de capital social en salud

MODELO INICIAL N=99						MODELO FINAL N=136			
Dominio Cognitivo		Dominio Estructural				Dominio Cognitivo		Dominio Estructural	
Ítem	Extracción	Ítem	Extracción	Ítem	Extracción	Ítem	Extracción	Ítem	Extracción
NG1	.865	PO1	.826	D1	.932	NG2	.877	PO1	.928
NG2	.894	PO2	.881	D2	.957	NG6	.889	PO2	.915
NG3	.887	PO3	.919	D3	.978	NG8	.786	PO5	.892
NG4	.926	PO4	.957	D4	.978	AS1	.656	UI3B	.973
NG5	.933	PO5	.888	D5	.975	AS2	.757	UI4B	.983
NG6	.883	PO6	.944	D6	.969	AS4	.667	UI6B	.985
NG7	.919	PO7	.913	UGR1	.912	SP1	.867	FA1B	.981
NG8	.856	UI1B	.984	UGR2	.965	SP2	.903	FA5B	.983
NG9	.866	UI2B	.980	UGR3	.968	SP3	.875	FA6B	.963
AS1	.661	UI3B	.962	UGR4	.985	JP5	.648	TA1B	.937
AS2	.617	UI4B	.988	UGR5	.980	JP6	.941	TA2B	.978
AS3	.863	UI5B	.992	UGR6	.977	JP7	.942	TA3B	.955
AS4	.765	UI6B	.992	UGP1	.954	A2	.921	AC1B	.915
AS5	.771	FA1B	.985	UGP2	.944	A4	.930	AC2B	.968
AS6	.760	FA2B	.985	UGP3	.949	A6	.913	AC4B	.954
SP1	.646	FA3B	.987	UGP4	.974	C5	.646	GC1	.966
SP2	.735	FA4B	.994	UGP5	.975	C7	.760	GC2	.989
SP3	.835	FA5B	.991	UGP6	.974	C8	.744	GC4	.976
SP4	.820	FA6B	.961					D2	.949
SP5	.820	TA1B	.978					D3	.970
JP1	.766	TA2B	.975					D4	.953
JP2	.449	TA3B	.988					UGR1	.907
JP3	.585	TA4B	.974					UGR3	.944
JP4	.594	TA5B	.988					UGR5	.924
JP5	.826	TA6B	.987					UGP1	.947
JP6	.808	AC1B	.993					UGP2	.964
JP7	.900	AC2B	.987					UGP3	.959
JP8	.760	AC3B	.995						
JP9	.518	AC4B	.995						
A1	.849	AC5B	.995						
A2	.920	AC6B	.995						
A3	.958	GC1	.884						
A4	.927	GC2	.964						
A5	.882	GC3	.951						
A6	.921	GC4	.956						
C1	.862	GC5	.972						
C2	.644	GC6	.959						
C3	.795								
C4	.732								
C5	.709								
C6	.754								
C7	.799								
C8	.654								

En el análisis factorial inicial de componentes principales con rotación varimax (n=99), se identificaron 2 dominios (cognitivo y estructural) con 98 ítems en 15 dimensiones, 6 dimensiones del DC con 43 ítems de los cuales se eliminaron 25 ítems (Tabla 5); el DE con 9 dimensiones con 55 ítems eliminándose 28 ítems (Tabla 7).

El análisis factorial final se realizó para los dos dominios con una muestra de 5n (n=136). El DC con 6 dimensiones y 18 ítems explica el 81.22% de la varianza (Tabla 6); el DE con las 9 dimensiones y 27 ítems explica un 95.39% de la varianza (Tabla 8). Todas las dimensiones presentaron más de 3 ítems y explican más del 10% de la varianza respetando los criterios de la teoría psicométrica (83).

La bondad de ajuste de los modelos finales del DC y DE se realizaron dos pruebas, la primera es la esfericidad de Barlett, el DC con chi cuadrada de 1818.528 con 153gl $p=0.000$ y el DE chi cuadrada 6131.386 351gl $p=0.000$, ambos son estadísticamente significativos, es decir, es decir se respeta el criterio que es la replicabilidad al ser constantes las correlaciones (Tabla 6 y 8). La segunda es la prueba de KMO del modelo final por DC y DE (0.807 y 0.794 respectivamente) lo que indica que la muestra fue adecuada para realizar el análisis factorial (Tabla 6 y 8).

**Tabla 5. Análisis factorial inicial del dominio cognitivo de capital social en salud
N=99**

Ítems	Normas Generalizadas	Apoyo	Justicia Percibida	Confianza	Armonía Social	Sentimiento de Pertenencia
NG1	.845					
NG2	.858					
NG3	.850					
NG4	.890					
NG5	.910					
NG6	.874					
NG7	.898					
NG8	.852					
NG9	.870					
AS1					.720	
AS2					.754	
AS3					.922	
AS4					.842	
AS5					.843	
AS6					.849	
SP1		.507	.129	.364		.088
SP2		.591	.167	.330		.155
SP3		.633	.138	.397		.072
SP4		.636	.104	.443		.073
SP5		.616	.125	.432		.089
JP1		.808				
JP2		.398				
JP3		.566				
JP4		.539				
JP5		.879				
JP6		.850				
JP7		.921				
JP8		.809				
JP9		.533				
A1			.860			
A2			.892			
A3			.914			
A4			.887			
A5			.872			
A6			.899			
C1						
C2				.714		
C3				.181		
C4				.793		
C5				.776		
C6				.758		
C7				.801		
C8				.709		
% Varianza	21.91	16.94	13.25	11.71	10.84	4.26
% Varianza Total			78.92			
Alfa de Cronbach por dimensión	0.98	0.98	0.92	0.86	0.92	0.97
Alfa de Cronbach Total			0.96			

Tabla 6. Análisis factorial final del dominio cognitivo de capital social en salud N=136

Ítems	Sentimiento de Pertenencia	Apoyo	Normas Generalizadas	Armonía Social	Confianza	Justicia Percibida
NG2			.881			
NG6			.889			
NG8			.763			
AS1				.698		
AS2				.854		
AS4				.784		
SP1	.847					
SP2	.900					
SP3	.885					
JP5						.623
JP6						.915
JP7						.926
A2		.904				
A4		.915				
A6		.923				
C5					.671	
C7					.849	
C8					.857	
% Varianza	17.71	15.68	13.80	11.51	11.42	11.07
% Varianza Total			81.22			

KMO 0.807

Esfericidad de Barlett chiquadrado 1818.528 gl 153 p=0.000

Tabla 7. Análisis factorial inicial del dominio estructural de capital social en salud N=99

Ítems	UNION A GRUPOS PARALELOS	PARTICIPACION DE ORGANIZACIONES	UNION A INSTITUCIONES	ACCION COLECTIVA	FRECUENCIA DE LA ACCIÓN	TAMAÑO DE LAS REDES	GRADO DE CIUDADANIA	DIVERSIDAD	UNION A GRUPOS CON RECURSOS
PO1		.847							
PO2		.858							
PO3		.855							
PO4		.845							
PO5		.871							
PO6		.871							
PO7		.866							
UI1			.937						
UI2			.931						
UI3			.921						
UI4			.942						
UI5			.942						
UI6			.942						
FA1					.879				
FA2					.884				
FA3					.882				
FA4					.896				
FA5					.896				
FA6					.859				
TA1						.866			
TA2						.864			
TA3						.883			
TA4						.884			
TA5						.883			
TA6						.878			
AC1				.928					
AC2				.925					
AC3				.925					
AC4				.929					
AC5				.926					
AC6				.926					
GC1							.741		
GC2							.816		
GC3							.760		
GC4							.808		
GC5							.819		
GC6							.816		

D1								.627	
D2								.653	
D3								.664	
D4								.670	
D5								.662	
D6								.667	
UGR1	.788								
UGR2	.838								
UGR3	.835								
UGR4	.848								
UGR5	.847								
UGR6	.850								
UGP1	.785								.267
UGP2	.778								.290
UGP3	.752								.271
UGP4	.774								.271
UGP5	.765								.279
UGP6	.756								.283
% Varianza	20.34	13.38	11.83	11.63	10.80	10.64	10.38	6.06	1.28
% Varianza Total				96.38					
Alfa de Cronbach por dimensión	0.97	0.99	0.99	0.99	0.99	0.99	0.98	0.99	0.99
Alfa de Cronbach Total				0.97					

Tabla 8. Análisis factorial final del dominio estructural de capital social en salud N=136

Ítems	UNION A INSTITUCIONES	DIVERSIDAD	FRECUENCIA DE LA ACCIÓN	UNION A GRUPOS PARALELOS	GRADO DE CIUDADANIA	ACCION COLECTIVA	TAMAÑO DE LAS REDES	PARTICIPACION DE ORGANIZACIONES	UNION A GRUPOS CON RECURSOS
PO1								.885	
PO2								.857	
PO5								.871	
UI3	.900								
UI4	.905								
UI6	.908								
FA1			.883						
FA5			.885						
FA6			.873						
TA1							.843		
TA2							.876		
TA3							.877		
AC1						.833			
AC2						.893			
AC4						.887			
GC1					.885				
GC2					.891				
GC4					.877				
D2		.914							
D3		.926							
D4		.913							
UGR1									.850
UGR3									.871
UGR5									.846
UGP1				.881					
UGP2				.903					
UGP3				.902					
% Varianza	10.99	10.94	10.85	10.71	10.63	10.52	10.51	10.21	10.00
% Varianza Total					95.39				

KMO 0.794

Esfericidad de Barlett chiquadrado 6131.386 gl 351 p=0.000

VIII.5. Consistencia interna

La consistencia interna del cuestionario se valoró con el alfa de Cronbach (α_C), todos los ítems tienen buena reproducibilidad ya que superaron el criterio ($\alpha_C \geq .70$) con un rango de .879 a .941. El DC con 18 ítems $\alpha_C = 0.892$, las alfas de las dimensiones oscilaron entre 0.737 a 0.957. El DE con 27 ítems $\alpha_C = 0.943$, las alfas de sus dimensiones oscilaron de 0.946 a 0.989 (Tabla 9).

Tabla 9. Alfa de Cronbach del dominio estructural del instrumento de capital social en salud para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial de la UMF No. 1 N=136

DOMINIO COGNITIVO					DOMINIO ESTRUCTURAL				
Ítems	Alpha Cronbach por ítem	Alpha Cronbach si se elimina el ítem	Alpha Cronbach por dimensión	Alpha Cronbach total	Ítems	Alpha Cronbach por ítem	Alpha Cronbach si se elimina el ítem	Alpha Cronbach por dimensión	Alpha Cronbach total
NG2	.884	.884			PO1	.941	.941		
NG6	.885	.885	.899		PO2	.941	.942	.946	
NG8	.882	.883			PO5	.941	.942		
AS1	.888	.889			UI3	.940	.940		
AS2	.893	.893	.737		UI4	.940	.940	.989	
AS4	.890	.890			UI6	.940	.940		
SP1	.879	.880			FA1	.941	.941		
SP2	.880	.881	.945		FA5	.940	.941	.986	
SP3	.881	.881		.892	FA6	.940	.941		
JP5	.888	.888			TA1	.942	.942		
JP6	.887	.888	.771		TA2	.941	.941	.974	
JP7	.888	.888			TA3	.941	.942		
A2	.883	.884			AC1	.940	.941		
A4	.883	.884	.957		AC2	.941	.941	.967	.943
A6	.885	.885			AC4	.940	.941		
C5	.888	.888			GC1	.940	.940		
C7	.891	.891	.764		GC2	.939	.940	.987	
C8	.894	.894			GC4	.939	.940		
					D2	.941	.941		
					D3	.941	.941	.976	
					D4	.941	.941		
					UGR1	.941	.941		
					UGR3	.940	.941	.956	
					UGR5	.940	.941		
					UGP1	.940	.941		
					UGP2	.941	.941	.976	
					UGP3	.941	.941		

VIII.6. Validez de criterio

La validez de criterio se valoró con una correlación de Spearman entre las dimensiones del DC y DE del CSS, hubo correlación significativa de leve a fuerte en normas generalizadas y justicia percibida con las 9 dimensiones del dominio estructural. En sentimiento de pertenencia se correlaciono con 5 de las 9 dimensiones y en apoyo con 6 de las 9 dimensiones estructurales con correlaciones de leves a moderados. Las dimensiones en las que no se presentó correlación fue confianza ya que solo 2 de las 9 dimensiones se correlacionaron y armonía social no se correlaciono (Tabla 10).

Los 3 ítems de cada dimensión del DC se correlacionaron fuerte y significativamente con su dimensión correspondiente, apoyo se correlaciono con todos los ítems, normas generalizadas y justicia percibida se correlacionaron con 16 de 18 ítems de, hubo coeficientes de correlación fuertes entre los ítems y su dimensión (Tabla 10.1).

En la correlación de las dimensiones del DE y los ítems, los 3 ítems de cada dimensión se correlacionan fuerte y significativamente con su dimensión, las dimensiones de unión a instituciones (UI), frecuencia de la acción (FA) y diversidad (D) se correlacionaron fuerte con los 27 ítems, otras dimensiones se correlacionaron con 21 de 27 ítems (participación de organizaciones (PO), unión a grupos paralelos (UGP), unión a grupos con recursos (UGR) y grado de ciudadanía (GC)); tamaño de las redes y acción colectiva se correlacionaron con 17 y 18 de los 27 ítems respectivamente (Tabla 10.2)

Tabla 10. Validez concurrente del instrumento entre las dimensiones de los dominios de capital social en salud para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial de la UMF No. 1 N=136

		Participación en Organizaciones	Unión a instituciones	Frecuencia de la acción	Tamaño de las redes	Acción colectiva	Grado de ciudadanía	Diversidad	Unión a grupos con recursos	Unión a grupos paralelos
Normas	CC	.411	.518	.460	.300	.261	.301	.469	.613	.496
Generalizadas	p	.000	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.000	.000
Armonía	CC	-.007	-.018	.075	.020	.146	.031	.013	.065	.002
Social	p	.939	.833	.386	.818	.091	.723	.879	.453	.985
Sentimiento de	CC	.379	.149	.296	.096	-.016	.032	.219	.487	.445
Pertenencia	p	.000	.084	.000	.267	.857	.713	.010	.000	.000
Justicia	CC	.434	.489	.371	.268	.227	.174	.355	.508	.382
Percibida	p	.000	.000	.000	.002	.008	.043	.000	.000	.000
Apoyo	CC	.495	.382	.355	.168	.094	.149	.420	.533	.485
	p	.000	.000	.000	.050	.278	.083	.000	.000	.000
Confianza	CC	.146	.221	.165	.113	.118	.134	.292	.092	.086
	p	.089	.010	.056	.189	.172	.120	.001	.287	.320

Tabla 10.1 Validez concurrente del instrumento entre ítems y dimensiones del dominio cognitivo de capital social en salud para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial de la UMF No. 1 N=136

		NG2	NG6	NG8	AS1	AS2	AS4	SP1	SP2	SP3	JP5	JP6	JP7	A2	A4	A6	C5	C7	C8
Normas Generalizadas	CC	.941	.953	.969	.008	.239	.191	.339	.318	.301	.547	.159	.181	.573	.560	.496	.257	.128	.218
	p	.000	.000	.000	.926	.005	.026	.000	.000	.000	.000	.064	.035	.000	.000	.000	.003	.137	.011
Armonía Social	CC	.099	.079	.004	.788	.750	.770	.199	.214	.187*	.175	.200	.230	.086	.080	.058	.076	-.016	-.088
	p	.252	.362	.966	.000	.000	.000	.020	.012	.029	.042	.020	.007	.317	.356	.504	.377	.854	.307
Sentimiento Pertenencia	CC	.320	.323	.302	.073	.298	.267	.955	.968	.966	.386	-.036	.027	.473	.465	.418	.273	.051	.019
	p	.000	.000	.000	.397	.000	.002	.000	.000	.000	.000	.678	.753	.000	.000	.000	.001	.554	.828
Justicia Percibida	CC	.574	.569	.493	.188	.362	.334	.313	.351	.306	.877	.624	.628	.424	.457	.412	.202	.159	.003
	p	.000	.000	.000	.028	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.018	.064	.971
Apoyo	CC	.535	.537	.540	.031	.183	.232	.473	.457	.423	.457	.175	.179	.956	.972	.943	.284	.188	.183
	p	.000	.000	.000	.723	.033	.007	.000	.000	.000	.000	.042	.037	.000	.000	.000	.001	.029	.033
Confianza	CC	.210	.223	.211	-.049	-.024	.079	.074	.078	.067	.151	.043	.016	.219	.217	.201	.731	.880	.855
	p	.014	.009	.014	.574	.785	.363	.389	.366	.440	.080	.621	.851	.010	.011	.019	.000	.000	.000

Tabla 10.2 Validez concurrente del instrumento entre ítems y dimensiones del dominio estructural de capital social en salud para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial de la UMF No. 1 N=136

		PO1	PO2	PO5	UI3B	UI4B	UI6B	FA1B	FA5B	FA6B	TA1B	TA2B	TA3B	BAC1B	BAC2B	BAC4B	GC1	GC2	GC4	D2	D3	D4	UGR1	UGR3	UGR5	UGP1	UGP2	UGP3
PO	CC	.966	.967	.971	.404	.422	.422	.308	.281	.242	.070	.058	.072	.104	.029	-.006	.187	.186	.183	.422	.436	.442	.604	.588	.593	.368	.359	.331
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.005	.417	.501	.407	.228	.736	.942	.029	.030	.033	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
UI	CC	.428	.392	.441	.991	1.000	1.000	.412	.463	.499	.396	.290	.302	.439	.369	.352	.439	.456	.459	.474	.467	.464	.377	.362	.347	.254	.246	.264
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.003	.004	.002
FA	CC	.305	.286	.272	.424	.446	.446	.966	.958	.931	.655	.595	.571	.472	.342	.372	.164	.171	.174	.339	.380	.379	.269	.315	.309	.388	.365	.394
	P	.000	.001	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.056	.046	.042	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.000	.000	.000
TR	CC	.098	.112	.059	.373	.365	.365	.644	.614	.590	.977	.957	.941	.619	.554	.587	.168	.173	.181	.239	.248	.256	.022	.069	.092	.125	.123	.160
	P	.258	.194	.498	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.050	.044	.035	.005	.004	.003	.803	.424	.289	.149	.153	.064
AC	CC	.126	.127	.089	.457	.451	.451	.418	.435	.442	.593	.623	.643	.970	.902	.873	.214	.214	.226	.228	.242	.241	-.025	.037	.028	.015	.027	.029
	P	.145	.142	.303	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.012	.012	.008	.008	.004	.005	.771	.665	.743	.860	.758	.738
GC	CC	.154	.202	.206	.437	.450	.450	.166	.228	.248	.210	.122	.140	.227	.140	.118	.989	.989	.990	.294	.277	.271	.254	.271	.240	.260	.267	.262
	P	.073	.018	.016	.000	.000	.000	.054	.007	.004	.014	.159	.104	.008	.103	.170	.000	.000	.000	.001	.001	.001	.003	.001	.005	.002	.002	.002
D	CC	.474	.439	.416	.474	.488	.488	.352	.341	.353	.267	.205	.184	.229	.176	.150	.297	.295	.295	.983	.987	.987	.360	.382	.384	.345	.324	.323
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.002	.017	.032	.007	.040	.082	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
UGR	CC	.586	.599	.613	.364	.382	.382	.315	.311	.270	.050	.048	.030	.024	-.083	-.101	.247	.255	.253	.386	.377	.351	.953	.954	.960	.615	.625	.611
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.561	.577	.731	.784	.336	.244	.004	.003	.003	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
UGP	CC	.312	.367	.383	.272	.250	.250	.377	.389	.396	.136	.082	.073	.053	-.072	-.069	.270	.272	.266	.336	.331	.321	.583	.620	.634	.972	.983	.980
	P	.000	.000	.000	.001	.003	.003	.000	.000	.000	.113	.342	.397	.544	.404	.425	.001	.001	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

VIII.7. Caracterización de la población en estudio

La distribución de las características sociodemográficas de los casos y controles no demostraron diferencias estadísticamente significativas, los grupos son homogéneos, el 57.55% fueron mujeres, el 73.58% casados o en unión libre, con una escolaridad básica 50.95%, una edad media de 66.41 ± 8.50 en los casos y 64.83 ± 8.38 para los controles. Se calcularon OR's crudos, ninguna variable sociodemográfica presentó asociación (Tabla 11).

Tabla 11. Características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial usuarios de la UMF No. 1

	CASOS n= 151 f (%)	CONTROLES n= 273 f (%)	TOTAL N=424 f (%)	p	OR CRUDO	IC 95%
Sexo						
Hombre	71 (47.02)	109 (39.93)	180 (42.45)	0.15*	1	
Mujer	80 (52.98)	164 (60.07)	244 (57.55)		0.74	.491 – 1.14
Estado civil						
Casado/ Unión libre	108 (71.52)	204 (74.73)	312 (73.58)	0.47*	1	
Soltero/Divorciado/ Viudo	43 (28.48)	69 (25.27)	112 (26.42)		1.17	.732 – 1.88
Escolaridad						
Educación media y superior	52 (34.44)	115 (42.12)	167 (39.39)	0.27*	1	
Analfabeta/ Alfabetas sin escolaridad	17 (11.26)	24 (8.79)	41 (9.67)		1.56	.722 – 3.33
Educación básica	82 (54.30)	134 (49.08)	216 (50.95)		1.35	.863 – 2.12
Edad ($\bar{x} \pm SD$)						
>65	66.41 ± 8.50	64.83 ± 8.27	65.39 ± 8.38	0.06**		
>65	84 (55.63)	127 (46.52)	211 (49.76)	0.07*	1	
≤65	67 (44.37)	146 (53.48)	213 (50.24)		0.69	.455 – 1.05

*chi cuadrada Pearson **t student muestras independientes

En la caracterización de los casos y controles de las variables clínicas y de la atención, el 43.40% presentó obesidad, en los años de diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial no presentaron diferencias entre los casos y los controles, el 58.5% y 57.8% tuvieron más de 10 años de diagnóstico de diabetes mellitus e hipertensión arterial respectivamente, el tiempo de atención con el mismo médico el 64.2% fue de 1 año y más, el 57.78% de los pacientes perteneció al turno matutino de la UMF No. 1 (Tabla 12).

Las variables que resultaron asociadas fueron años de diagnóstico con diabetes mellitus tipo 2, años de diagnóstico con hipertensión arterial y turno, lo que significa que los pacientes diabéticos e hipertensos que tienen más de 10 años de diagnóstico de hipertensión arterial tienen 38% menos probabilidad de estar controlados en relación a los que tienen menos de 10 años; los pacientes diabéticos e hipertensos que tienen más de 10 años de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 tienen 40% menos probabilidad de estar controlados en relación a los que tienen menos de 10 años de diagnóstico y por último los pacientes diabéticos e hipertensos del turno vespertino tienen un 60% más de probabilidad de estar controlados en relación a los pacientes que están en el turno matutino (Tabla 12).

Tabla 12. Características de la enfermedad y su atención de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial usuarios de la UMF No. 1

	CASOS n= 151 f (%)	CONTROLES n= 273 f (%)	TOTAL N=424 f (%)	p	OR CRUDO	IC 95%
IMC						
Normal	29 (19.21)	51 (18.68)	80 (18.87)	0.62*	1	
Sobrepeso	61 (40.40)	99 (36.26)	160 (37.74)		1.08	.600 – 1.97
Obesidad	61 (40.40)	123 (45.05)	184 (43.40)		0.87	.487 – 1.57
Años de Dx de DM ($\bar{x} \pm SD$)	13.06 \pm 9.44	13.88 \pm 8.24	13.59 \pm 8.69	0.35**		
<10	74 (49)	102 (37.4)	176 (41.5)	0.02*	1	
10 >	77 (51)	171 (62.6)	248 (58.5)		0.62	.406 – .947
Años de Dx de HAS ($\bar{x} \pm SD$)	13.38 \pm 9.59	13.64 \pm 7.58	13.54 \pm 8.34	0.76**		
<10	75 (49.7)	104 (38.1)	179 (42.2)	0.02*	1	
10 >	76 (50.3)	169 (61.9)	245 (57.8)		0.62	.409 – .951
Tiempo de atención con médico (mediana)	1.00	1.00	1.00	0.61***		
> 1 año	57 (37.7)	95 (34.8)	152 (35.85)	0.54*	1	
1 año y más	94 (62.3)	178 (65.2)	272 (64.2)		0.88	.571 – 1.36
Turno						
Matutino	76 (50.33)	169 (61.90)	245 (57.78)	0.02*	1	
Vespertino	75 (49.67)	104 (38.10)	179 (42.22)		1.60	1.05 – 2.44

*chi cuadrada Pearson **t student muestras independientes ***U de Mann-Whitney

El 37.26% de los pacientes fueron de un estrato social medio, 26.42% del estrato medio – alto y el 36.32% del estrato alto, no se presentó asociación (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución de estrato social de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial usuarios de la UMF No. 1

ESTRATO	CASOS n= 151 f (%)	CONTROLES n= 273 f (%)	TOTAL N=424 f (%)	p	OR CRUDO	IC 95%
MEDIO	62 (41.06)	96 (35.16)	158 (37.26)	0.48*	1	
MEDIO – ALTO Y ALTO	89 (58.92)	177 (64.84)	266 (62.74)		0.77	.507 – 1.19

*chi cuadrada Pearson

Las carencias sociales que se presentaron en los diabéticos e hipertensos fueron rezago educativo (9.43%), calidad y espacio de la vivienda (5.42%) y acceso a la alimentación (1.42%), no se presentaron las carencias por acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social y a los servicios básicos de la vivienda, no se presentó asociación de ninguna carencia social (Tabla 14).

Tabla 14. Carencias sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial usuarios de la UMF No. 1

	CASOS n= 151 f (%)	CONTROLES n= 273 f (%)	TOTAL N=424 f (%)	p	OR CRUDO	IC 95%
Sin rezago Educativo	135 (89.40)	249 (91.21)	384 (90.57)	0.54*	1	
Con rezago Educativo	16 (10.60)	24 (8.79)	40 (9.43)		1.22	.588 – 2.50
Con calidad y espacio de la vivienda	143 (94.70)	258 (94.51)	401 (94.58)	0.93*	1	
Sin calidad y espacio de la vivienda	8 (5.30)	15 (5.49)	23 (5.42)		0.96	.344 – 2.48
Con Acceso a la alimentación	150 (99.34)	268 (98.17)	418 (98.58)	0.32*	1	
Sin Acceso a la alimentación	1 (0.66)	5 (1.83)	6 (1.42)		0.35	.007 – 3.24

*chi cuadrada Pearson

De acuerdo con la clasificación del CONEVAL (54) el 16.27% de los pacientes con diabetes e hipertensión están en la categoría de vulnerable por carencias sociales, el resto se encontró en la categoría de no pobre y no vulnerable, no se presentaron las categorías de población en situación de pobreza, pobreza moderada, pobreza extrema y vulnerable por ingresos, no se identificó asociación en esta variable (Tabla 15).

Tabla 15. Características socioeconómicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial usuarios de la UMF No. 1

	CASOS n= 151 f (%)	CONTROLES n= 273 f (%)	TOTAL N=424 f (%)	p	OR CRUDO	IC 95%
No pobre y no vulnerable	126 (83.45)	229 (83.89)	355 (83.73)	0.90*	1	
Vulnerable por carencias sociales	25 (16.55)	44 (16.11)	69 (16.27)		1.03	.576 – 1.81

*chi cuadrada Pearson

VII.8. Distribución y asociación cruda de las dimensiones de css con el control glucémico y presión arterial

La prueba de U de Mann Whitney muestra que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los casos y los controles, en 5 de 7 índices del DC. Solo se presentan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en los índices de armonía social y sentimiento de pertenencia (Tabla 16).

Tabla 16. Comparación de medianas prueba U de Mann Whitney de los índices de capital social en salud a nivel individual

Índices	CASOS n= 151		CONTROLES n= 273		p
	Suma de rango	Esperado	Suma de rango	Esperado	
Índice Normas Generalizadas					
Mediana	12		12		
Rangos	32862	32087.5	57238	58012.5	0.5102
Índice Armonía Social					
Mediana	15		15		
Rangos	29740	32087.5	60360	58012.5	0.0370

Índice Sentimiento de Pertenencia					
Mediana	12		12		
Rangos	29483	32087.5	60617	58012.5	0.0258
Índice Justicia Percibida					
Mediana	13		13		
Rangos	31745	32087.5	58355	58012.5	0.7657
Índice Apoyo					
Mediana	12		12		
Rangos	30922.5	32087.5	59177.5	58012.5	0.3216
Índice Confianza					
Mediana	14		14		
Rangos	32098.5	32087.5	58001.5	58012.5	0.9923
Índice Cognitivo					
Mediana	76		76		
Rangos	30403	32087.5	59697	58012.5	0.1630

En los índices del DE solo uno presenta diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) la acción colectiva. (Tabla 17).

Tabla 17. Comparación de medianas prueba U de Mann Whitney de los índices de capital social en salud a nivel comunitario

Índices	CASOS n= 151		CONTROLES n= 273		p
	Suma de rango	Esperado	Suma de rango	Esperado	
Índice Participación en Organizaciones					
Mediana	10		10		
Rangos	30364	32087.5	59736	58012.5	0.1458
Índice Unión a Instituciones					
Mediana	3		3		
Rangos	33717	32087.5	56383	58012.5	0.1050
Índice Frecuencia de la Acción					
Mediana	3		3		
Rangos	32005	32087.5	58095	58012.5	0.9350
Índice Tamaño de las Redes					
Mediana	3		3		
Rangos	32342	32087.5	57758	58012.5	0.7737
Índice Acción Colectiva					
Mediana	3		3		
Rangos	33598.5	32087.5	56501.5	58012.5	0.0230

Índice Grado de Ciudadanía					
Mediana	6			6	
Rangos	30039	32087.5	60061	58012.5	0.0717
Índice Diversidad					
Mediana	12		12		
Rangos	34171	32087.5	55929	58012.5	0.0790
Índice Unión a Grupos con Recursos					
Mediana	11		11		
Rangos	32820	32087.5	57280	58012.5	0.5408
Índice Unión a Grupos Paralelos					
Mediana	9		9		
Rangos	32146.5	32087.5	57953.5	58012.5	0.9598
Índice Comunitario					
Mediana	61		61		
Rangos	32648	32087.5	57452	58012.5	0.6426

La distribución de frecuencias en los índices de las dimensiones del DC se analizó en tres categorías: bajo (quintil 1 y 2), medio (quintil 3 y 4) alto (quintil 5). La dimensión de normas generalizadas tuvo el 44.4% para los casos y el 42.1% en los controles ubicándose en un nivel medio, la armonía social estuvo en el nivel alto el 46.4% en casos y 52.4% en controles, sentimiento de pertenencia para los controles se presentó en un nivel alto con el 42.1% y para los casos en un nivel bajo con el 47%, justicia percibida con el 48.3% para los casos y 45.8% para los controles presentando un nivel medio, apoyo con un nivel bajo para los casos con el 42.4% y para los controles en un nivel bajo y alto con el 38.5%, la dimensión de confianza se ubicó en un nivel alto con una distribución muy similar para ambos grupos con el 47% (Tabla 18).

Se calculó la asociación tomando como referente el nivel bajo, las dimensiones que resultaron asociadas fueron armonía social y sentimiento de pertenencia; los pacientes con un nivel medio de armonía social tienen 1.91 veces más probabilidad de tener un buen control glucémico y de presión arterial en comparación a los pacientes con un nivel bajo de armonía social, los pacientes con un nivel alto de armonía social tienen 1.61 veces más probabilidad de tener un buen control glucémico y de presión arterial en comparación a los pacientes con un nivel bajo

de armonía social; en la dimensión de sentimiento de pertenencia, los pacientes con un nivel alto de sentimiento de pertenencia tienen 1.81 veces más probabilidad de tener un buen control glucémico y de presión arterial en comparación a los pacientes con un nivel bajo de sentimiento de pertenencia (Tabla 18).

Tabla 18. Asociación de los índices de capital social en salud a nivel individual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial usuarios de la UMF No. 1

ÍNDICES	CASOS n= 151 f (%)	CONTROLES n= 273 f (%)	TOTAL N=424 f (%)	p*	OR CRUDO	IC 95%
Índice Normas Generalizadas						
Bajo (0 – 40)	48 (31.8)	97 (35.5)	145 (34.2)	0.73	1	
Medio (>40 – 80)	67 (44.4)	115 (42.1)	182 (42.9)		1.01	.608 – 1.68
Alto (>80)	36 (23.8)	61 (22.3)	97 (22.9)		1.19	.696 – 2.04
Índice Armonía Social						
Bajo (0 – 40)	70 (46.4)	143 (52.4)	213 (50.2)	0.04	1	
Medio (>40 – 80)	24 (15.9)	58 (21.2)	82 (19.3)		1.91	1.06 – 3.44
Alto (>80)	57 (37.7)	72 (26.4)	129 (30.4)		1.61	1.03 – 2.53
Índice Sentimiento de Pertenencia						
Bajo (0 – 40)	49 (32.5)	115 (42.1)	164 (38.7)	0.02	1	
Medio (>40 – 80)	31 (20.5)	66 (24.2)	97 (22.9)		1.64	.970 – 2.78
Alto (>80)	71 (47)	92 (33.7)	163 (38.4)		1.81	1.14 – 2.85
Índice Justicia Percibida						
Bajo (0 – 40)	16 (10.6)	30 (11)	46 (10.8)	0.87	1	
Medio (>40 – 80)	73 (48.3)	125 (45.8)	198 (46.7)		0.93	.466 – 1.78
Alto (>80)	62 (41.06)	118 (43.22)	180 (42.45)		1.01	.514 – 2.00
Índice Apoyo						
Bajo (0 – 40)	64 (42.4)	105 (38.5)	169 (39.9)	0.31	1	
Medio (>40 – 80)	40 (26.5)	63 (23.1)	103 (24.3)		0.96	.580 – 1.58
Alto (>80)	47 (31.1)	105 (38.5)	152 (35.8)		1.36	.857 – 2.16
Índice Confianza						
Bajo (0 – 40)	47 (31.1)	86 (31.5)	133 (31.4)	0.99	1	
Medio (>40 – 80)	32 (21.2)	58 (21.2)	90 (21.2)		0.99	.566 – 1.73
Alto (>80)	72 (47.7)	129 (47.3)	201 (47.4)		0.97	.620 – 1.54

*chi cuadrada Pearson

La distribución de frecuencias en los índices de las dimensiones del DE; las dimensiones de participación en organizaciones, frecuencia de la acción, tamaño de las redes y acción colectiva se ubicaron en el nivel bajo, la dimensión de participación en organización tuvo el 50.3% para casos y el 44.7% para controles, frecuencia de la acción con el 72.8% para los casos y 69.6% en los controles, tamaño de las redes presentó 80.1% para casos y 81% en los controles y acción colectiva con el 86.1% para casos y 93% en controles; la dimensión de unión a instituciones presentó el 66.2% para los casos y 72.5% para controles se ubicó en un nivel alto (Tabla 19).

La dimensión de grado de ciudadanía en un nivel bajo con el 65.6% para casos y 61.5% en controles. Las dimensiones que presentaron un nivel medio fueron: diversidad, unión a grupos paralelos y unión a grupos con recursos. La dimensión diversidad presentó el 41.1% para casos y el 45.8% para controles, unión a grupos con recursos tuvo el 51.7% para casos y 53.8% para controles y unión a grupos paralelos con el 57% para casos y el 56.8% para controles (Tabla 19a).

Se identificó asociación en el índice de acción colectiva, lo que significa que los pacientes con un nivel medio de acción colectiva tienen 56% menos probabilidad de tener un buen control glucémico y de presión arterial en comparación a los pacientes con un nivel bajo de acción colectiva (Tabla 19 y 19a).

Tabla 19. Asociación de los índices de capital social en salud a nivel comunitario de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial usuarios de la UMF No. 1

ÍNDICES	CASOS n= 151 f (%)	CONTROLES n= 273 f (%)	TOTAL N=424 f (%)	P*	OR CRUDO	IC 95%
Índice Participación en Organizaciones						
Bajo (0 – 40)	76 (50.3)	122 (44.7)	198 (46.7)	0.50	1	
Medio (>40 – 80)	47 (31.1)	98 (35.9)	145 (34.2)		1.29	.828 – 2.03
Alto (>80)	28 (18.5)	53 (19.4)	81 (19.1)		1.17	.687 – 2.02
Índice Unión a Instituciones						
Bajo (0 – 40)	100 (66.2)	198 (72.5)	298 (70.3)	0.27	1	
Medio (>40 – 80)	24 (15.9)	41 (15)	65 (15.3)		1.35	.665 – 2.76
Alto (>80)	27 (17.9)	34 (12.5)	61 (14.4)		1.57	.899 – 2.75

Índice Frecuencia de la Acción						
Bajo (0 – 40)	110 (72.8)	190 (69.6)	300 (70.8)	0.68	1	
Medio (>40 – 80)	30 (19.9)	57 (20.9)	87 (20.5)		1.10	.667 – 1.81
Alto (>80)	11 (7.3)	26 (9.5)	37 (8.7)		1.36	.651 – 2.87
Índice Tamaño de las Redes						
Bajo (0 – 40)	121 (80.1)	221 (81)	342 (80.7)	0.86	1	
Medio (>40 – 80)	25 (16.6)	41 (15)	66 (15.6)		0.89	.521 – 1.54
Alto (>80)	5 (3.3)	11 (4)	16 (3.8)		1.20	.409 – 3.54
Índice Acción Colectiva						
Bajo (0 – 40)	130 (86.1)	254 (93)	384 (90.6)	0.06	1	
Medio (>40 – 80)	15 (9.9)	13 (4.8)	28 (6.6)		0.44	.250 - .960
Alto (>80)	6 (4)	6 (2.2)	12 (2.8)		0.51	.162 – 1.61

*chi cuadrada Pearson

Tabla 19a. Asociación de los índices de capital social en salud a nivel comunitario de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial usuarios de la UMF No. 1 (continuación)

ÍNDICES	CASOS n= 151 f (%)	CONTROLES n= 273 f (%)	TOTAL N=424 f (%)	P*	OR CRUDO	IC 95%
Índice Grado de Ciudadanía						
Bajo (0 – 40)	99 (65.6)	168 (61.5)	267 (63)	0.71	1	
Medio (>40 – 80)	42 (27.8)	85 (31.1)	127 (30)		1.19	.764 – 1.86
Alto (>80)	10 (6.6)	20 (7.3)	30 (7.1)		1.17	.530 – 2.61
Índice Diversidad						
Bajo (0 – 40)	38 (25.2)	82 (30)	120 (28.3)	0.10	1	
Medio (>40 – 80)	62 (41.1)	125 (45.8)	187 (44.1)		0.93	.572 – 1.52
Alto (>80)	51 (33.8)	66 (24.2)	117 (27.6)		0.60	.353 – 1.01
Índice Unión a Grupos con Recursos						
Bajo (0 – 40)	35 (23.2)	65 (23.8)	100 (23.6)	0.80	1	
Medio (>40 – 80)	78 (51.7)	147 (53.8)	225 (53.1)		1.01	.619 – 1.66
Alto (>80)	38 (25.2)	61 (22.3)	99 (23.3)		0.86	.485 – 1.53
Índice Unión a Grupos Paralelos						
Bajo (0 – 40)	36 (23.8)	68 (24.9)	104 (24.5)	0.95	1	
Medio (>40 – 80)	86 (57)	155 (56.8)	241 (56.8)		0.95	.589 – 1.54
Alto (>80)	29 (19.2)	50 (18.3)	79 (18.6)		0.91	.496 – 1.68

*chi cuadrada Pearson

VIII.9. Modelo de regresión logística binaria de los índices de las dimensiones de CSS con el control glucémico y presión arterial

Se realizó el modelo de regresión logística binaria por dominio de CSS ajustando por las variables sociodemográficas, clínicas y de la atención, carencias sociales y socioeconómicas. Las dimensiones asociadas del DC fueron normas generalizadas, armonía social y sentimiento de pertenencia; en la dimensión de normas generalizadas, significa que los pacientes con un nivel alto de normas generalizadas tienen 2.65 veces más probabilidad de tener un buen control glucémico y de presión arterial en comparación a los pacientes con un nivel bajo de normas generalizadas (Tabla 20).

En el índice de armonía social, los pacientes con un nivel medio de armonía social tienen 1.84 veces más probabilidad de tener buen control glucémico y de presión arterial en comparación con los pacientes con un nivel bajo de armonía social. Los pacientes que presentan un nivel alto de armonía social tienen 2.29 veces más probabilidad de tener un buen control glucémico y de presión arterial tienen en comparación a los pacientes que con un nivel bajo de armonía social (Tabla 20).

Para el índice de sentimiento de pertenencia significa que los pacientes con un nivel medio de sentimiento de pertenencia tienen 1.92 veces más probabilidad de tener un adecuado control glucémico y de presión arterial en comparación a los pacientes con nivel bajo de armonía social. Los pacientes con un nivel alto de sentimiento de pertenencia tienen 1.98 veces más probabilidad de presentar un buen control glucémico y de presión arterial en comparación a los pacientes con un nivel bajo de sentimiento de pertenencia. (Tabla 20).

Del nivel comunitario la dimensión que se asoció fue unión a instituciones, los pacientes con un nivel alto de unión a instituciones tienen 2.55 veces más probabilidad de tener un buen control glucémico y de presión arterial en comparación a los pacientes con un nivel bajo de unión a instituciones (Tabla 20).

Se realizó la Prueba de Hosmer y Lemeshow para la bondad de ajuste de los modelos de regresión logística los cuales tuvieron $p > 0.05$ lo que significa que el modelo se ajusta a lo observado (Tabla 20).

Tabla 20. Modelo de regresión logística binaria de las dimensiones de capital social en salud a nivel individual y comunitario asociado al control de glucosa y presión arterial del paciente con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial usuarios de la UMF No. 1 N=424

NIVEL INDIVIDUAL	MODELO	
	OR _a	IC 95%
Índice Normas Generalizadas		
Bajo (0 – 40)	1	
Medio (>40 – 80)	0.87	.507 – 1.50
Alto (>80)	2.65	1.37 – 5.12
Índice Armonía Social		
Bajo (0 – 40)	1	
Medio (>40 – 80)	1.84	1.11 – 3.04
Alto (>80)	2.29	1.19 – 5.12
Índice Sentimiento de Pertenencia		
Bajo (0 – 40)	1	
Medio (>40 – 80)	1.92	1.05 – 3.50
Alto (>80)	1.98	1.14 – 3.45
NIVEL COMUNITARIO	OR _a	IC 95%
Índice Unión a Instituciones		
Bajo (0 – 40)	1	
Medio (>40 – 80)	1.53	.739 – 3.18
Alto (>80)	2.55	1.35 – 4.81

Modelo: ajustado por todas las variables (sociodemográficas, clínicas y de la atención, socioeconómicas y carencias sociales). Método Wald hacia atrás.

Prueba de Hosmer y Lemeshow: Modelo DC $\chi^2=10.61$ 8gl $p=0.225$ y Modelo DE $\chi^2=6.48$ 5gl $p=0.262$

Fuente: Encuestas

VIII.10. Impacto potencial de los índices de las dimensiones de CSS asociadas con el control glucémico y presión arterial

Se valoró el impacto potencial con el riesgo atribuible y riesgo atribuible poblacional de las dimensiones con OR_a normas generalizadas, armonía social y sentimiento de pertenencia del nivel individual (DC) y del nivel comunitario (DE) unión a instituciones (Tabla 21).

El 0.62 del riesgo de un paciente con un buen control glucémico y de presión arterial se le atribuiría a que el paciente presente un índice medio de reciprocidad y bienestar cooperativo (normas generalizadas); en un paciente con un adecuado control glucémico y de presión arterial el 0.45 del riesgo se le atribuiría a un índice medio al presentar una visión segura de su comunidad (armonía social). El 0.56 del riesgo en un paciente de un buen control glucémico y de presión arterial se le atribuiría a que el paciente presente un índice alto al presentar una visión segura de su comunidad (Tabla 21).

Para el índice de sentimiento de pertenencia significa, que el 0.47 del riesgo de un paciente con adecuado control glucémico y de presión arterial se le atribuiría a que el paciente presente un índice medio de actitudes a favor de la participación en grupos en un nivel medio (sentimiento de pertenencia). En un paciente con adecuado control glucémico y de presión arterial el 0.49 del riesgo se le atribuiría a un índice alto de actitudes a favor de la participación en grupos (Tabla 21).

En el nivel comunitario se puede interpretar el impacto de unión instituciones, el 0.60 del riesgo un paciente de un buen control glucémico y de presión arterial se le atribuiría a que el paciente presente un índice alto de vínculos en las instituciones (unión a instituciones) (Tabla 21).

En el impacto poblacional, el 0.23 del riesgo en toda la población de diabéticos e hipertensos usuarios de la UMF No.1 que residan en Pilar Blanco, Jardines de la Asunción y el Dorado con un adecuado control glucémico y de presión arterial se le atribuiría a que los pacientes presentaran un índice alto de reciprocidad y bienestar cooperativo (Tabla 21).

El 0.20 del riesgo en toda la población de diabéticos e hipertensos usuarios de la UMF No.1 que residan en Pilar Blanco, Jardines de la Asunción y el Dorado que tienen un buen control glucémico y presión arterial se le atribuiría a que los pacientes presenten en un índice medio en la visión segura de su comunidad. En toda la población de diabéticos e hipertensos usuarios de la UMF No.1 que residan en Pilar Blanco, Jardines de la Asunción y el Dorado que tienen un buen control glucémico y presión arterial el 0.24 del riesgo se le atribuiría a que los pacientes presenten en un índice alto una visión segura de su comunidad (Tabla 21).

El 0.20 del riesgo en toda la población de diabéticos e hipertensos usuarios de la UMF No.1 que residan en Pilar Blanco, Jardines de la Asunción y el Dorado que tienen un buen control glucémico y presión arterial se le atribuiría a que los pacientes presenten en un índice medio de actitudes a favor de la participación en grupos. En toda la población de diabéticos e hipertensos usuarios de la UMF No.1 que residan en Pilar Blanco, Jardines de la Asunción y el Dorado que tienen un buen control glucémico y presión arterial el 0.21 del riesgo se le atribuiría a que los pacientes presenten en un índice alto en las actitudes a favor de la participación en grupos (Tabla 21).

El 0.26 del riesgo en toda la población de diabéticos e hipertensos usuarios de la UMF No.1 que residan en Pilar Blanco, Jardines de la Asunción y el Dorado con un buen control glucémico y de presión arterial se le atribuiría a que el paciente presente en un índice alto vínculos en las instituciones (Tabla 21).

Tabla 21. Impacto potencial de las dimensiones de capital social en salud a nivel individual y comunitario asociado al control de glucémico y presión arterial del paciente con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial usuarios de la UMF No. 1 N=424

NIVEL INDIVIDUAL	RIESGO ATRIBUIBLE	
	RA	RAP
Índice Normas Generalizadas		
Medio	0.62	0.23
Índice Armonía Social		
Medio	0.45	0.20
Alto	0.56	0.24
Índice Sentimiento de Pertenencia		
Medio	0.47	0.20
Alto	0.49	0.21
NIVEL COMUNITARIO		
Índice Unión a Instituciones		
Alto	0.60	0.26

Fuente: Encuestas

IX. DISCUSIÓN

Se identificó asociación e impacto potencial en las dimensiones de normas generalizadas ($ORa=2.65$, $RA=0.62$, $RAP=0.23$), armonía social ($ORa=2.29$, $RA=0.46$, $RAP=0.46$), sentimiento de pertenencia ($ORa=1.98$, $RA=0.47$, $RAP=0.21$) y unión a instituciones ($ORa=2.55$, $RA=0.60$, $RAP=0.26$) de CSS con el control glucémico y presión arterial.

Existen instrumentos de capital social con limitaciones teóricas y metodológicas, algunos no presentan información de validez y confiabilidad (10, 93, 94). Con el enfoque teórico de Putnam (64, 95) y Kawachi (65, 96, 97) se desarrollaron otros instrumentos de capital social en salud, algunos evalúan dimensiones iguales a los desarrollados en el instrumento de este estudio, pero no todos presentan las

propiedades psicométricas y confiabilidad (1-8). Para superar estas limitaciones se logró construir, valorar la validez (contenido, aparente, constructo y criterio) y confiabilidad del instrumento de CSS.

El efecto de suelo y techo que presentaron las dimensiones del DC y el DE de CSS tiene consecuencias en la medición de las dimensiones (98, 99). El efecto de techo de las dimensiones del DC se atribuye a la deseabilidad social, que se ha concebido como un sesgo en la tendencia de respuesta (100, 101), puede ser visto como un rasgo de personalidad con un ajuste psicológico y ser más afín a buscar la conformidad de las demandas sociales y la aprobación social (102-104) que predispone al individuo a seguir las normas sociales en búsqueda de relaciones armoniosas que promuevan alto autoestima y un sentido de competencia (105-107). La deseabilidad social puede incrementar la validez de las mediciones (108, 109), se puede hipotetizar con un sesgo de información de tipo aleatorio que provoca una subestimación en la medición.

El efecto de suelo de las dimensiones del DE, se puede explicar desde la perspectiva de la organización de la sociedad a través de la teoría del desapego de Cumings y Henry, quienes proponen que a medida que se envejece se produce una reducción del interés vital por las actividades, como consecuencia disminuyen las interacciones sociales por el distanciamiento con el resto de las personas, una disminución de compromiso emocional y se apartan del resto de la sociedad (110).

Cuando se analiza la red social en la etapa de la vejez hay tres efectos acumulativos que contraen la red social personal del adulto mayor: la muerte, la migración o el debilitamiento de los miembros reduce los vínculos existentes; la disminución progresiva de las oportunidades así como de la motivación para establecer nuevos vínculos, dificulta la renovación de la red social y por último el decrecimiento de la energía necesaria para mantener activos los vínculos disminuye la posibilidad de conservar la red social (110, 111). Esto tiene como consecuencia una subestimación en la medición de los resultados por el sesgo de información aleatorio.

Existe consistencia de la presencia del efecto de suelo y techo en instrumentos que miden las percepciones de salud, los autores interpretan, que la falta del efecto de suelo representa la capacidad del instrumento para evaluar y discriminar a los pacientes con un mayor nivel de aquellos con niveles más bajos. La frecuencia de efecto techo encontrada en cada escala representa la posibilidad de que el instrumento tenga la sensibilidad para verificar las diferencias entre los pacientes con mayor nivel reportado (112-114).

La distribución de los ítems de CSS al utilizar una escala de likert es una variable ordinal y de acuerdo al teorema central del límite estudia el comportamiento de la suma de variables aleatorias, por lo tanto, cuando se realizó la suma de los ítems por cada dimensión y se crearon los índices de CSS, al no presentar esa característica la variable no podría asegurarse la convergencia hacia una distribución normal(115) que se basa en la normalidad teórica Gaussiana (116, 117).

La muestra para el análisis factorial inicial fue de $n+1$ de acuerdo a Nunnally(83), para el análisis factorial final se tomó una muestra de $5n$ tomando como modelo final el resultado del análisis factorial inicial. Para comprobar que el análisis y el tamaño de la muestra fuera adecuado se realizaron las pruebas de Bartlett y KMO, la prueba de Bartlett se basa en los valores propios de la matriz de la correlación y comprueba si la matriz residual es significativa después de haber extraído los factores (118), para ambos dominios la prueba resulto con significancia estadística y la prueba KMO el valor que debe superarse es 0.5 los dominios superaron ese valor mínimo.

Los resultados obtenidos del análisis factorial final son más altos en la varianza explicada por dominio de CSS (DC 81.22% y DE 95.39%) comparados con el DC está Kawachi con el 73.7% (65) y Paiva con 61.68% (97), hubo similitudes en las dimensiones (sentimiento de pertenencia, unión a instituciones, grado de ciudadanía, unión a grupos con recursos y diversidad) presentadas en este estudio;

existen otros instrumentos que no presentan las propiedades psicométricas(10, 93, 94). Los resultados en el puntaje alto de las dimensiones de CSS son congruentes con la teoría de Putnam ya que un elevado stock de capital social se asocia a mejores resultados de salud (7, 9), en este caso a mayor CSS mejor control glucémico y presión arterial.

La consistencia interna que presento el instrumento de CSS, DC:0.892 DE: 0.943 supero los valores de Onyx 0.84 (64), Chen 0.85 (119) y Kuovonen 0.88 (95). Significa que la confiabilidad del instrumento es adecuada, de acuerdo a la teoría psicométrica >0.70 (83). Algunos autores refieren que un alfa de Cronbach >0.90 indica una redundancia de los ítems(120), sin embargo, es mejor respetar las propiedades psicométricas que dejar con un ítem cada dimensión del dominio estructural ya que el resultado sería un alfa con rango de 0.940 - 0.942, lo importante es que no afecta la reproducibilidad del instrumento de CSS (121).

El capital social estructural se refiere a las acciones, mientras que el cognitivo se refiere a lo que la gente sienta respecto a las relaciones sociales (10) de acuerdo a la teoría, el capital social cognitivo puede ser visto como un resultado del capital social estructural (11), ya que la participación en las redes sociales lleva a la reciprocidad y la confianza (7), debido a esta explicación es importante ver la correlación entre las dimensiones de los dominios de CSS. Sin embargo, no se cuenta con un instrumento que sea valorado como un estándar de oro, por lo que se realizó la validez concurrente entre las dimensiones del DC y DE.

Dos dimensiones del DC que no se correlacionaron fueron armonía social y confianza, que idealmente se concibe la armonía social como un ideal social que rige no sólo la familia y las relaciones interpersonales, sino también las de los gobernantes y los gobernados. La confianza favorece el intercambio, la reciprocidad y el compromiso colectivo, el éxito de las cooperaciones pasadas refuerza el compromiso colectivo y desarrolla el gusto por la cooperación (9).

El que no se presentará esa situación ideal de las dimensiones puede explicarse con la descomposición del tejido social, ya que el tejido social está fundamentado en las interacciones entre las personas (122), que forman redes donde existe intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones. A nivel psicosocial se identificó que no hay conexiones lo que provoca una ausencia de relaciones de reciprocidad, cooperación y vecindad en su entorno inmediato (123).

Esta descomposición del tejido social adquiere relevancia ya que “la garantía de continuidad y consolidación de las experiencias organizativas están asociadas a los nexos que establezcan con el tejido de las relaciones cotidianas que preexisten en el barrio o zona. Los individuos que entran a formar parte de los grupos y organizaciones anticipan ya de relaciones (familia, vecindad, trabajo, religión): El tejido social es como una malla o una red bastante tupida que en algunos puntos está rota o desconectada y en otras se agolpan relaciones de cotidianidad” (124).

La distribución de las características sociodemográficas de la población como sexo, estado civil, edad y escolaridad son similares a las de la población derechohabiente del IMSS, el estado de Aguascalientes y México (82, 125). En las características clínicas y de la atención también se presentan similitudes en los años de diagnóstico con DM2 e HAS, el sobrepeso y la obesidad (56, 62).

La caracterización de acuerdo a el nivel de pobreza establecido por CONEVAL con cuatro categorías en el estudio se presentaron solo dos, los vulnerables por carencias sociales con el 25.3% en el estado y 26.3% en el país y los no pobres y no vulnerables, estos a nivel estatal y nacional se presentan en un 31% y 20.5% respectivamente (54). Estas diferencias pueden atribuirse a la situación del estado de Aguascalientes se posiciona en el segundo lugar con menor índice de pobreza extrema y en términos de pobreza en el lugar número 23 de los 32 estados de la república (54). El segundo lugar de eficiencia terminal en educación secundaria ocupa los primeros lugares con mejores índices de desarrollo y segundo lugar en

competitividad estatal (IMCO) (126). Debido a este desarrollo del estado se encuentran las diferencias en las carencias sociales y el nivel de pobreza.

En la comparación de medianas de las dimensiones de ambos dominios entre los casos y los controles solo se presentaron diferencias en las dimensiones de armonía social, sentimiento de pertenencia y acción colectiva esto puede deberse a que existen diferencias mayores de las esperadas por efecto del azar entre las variables (127).

Existe evidencia en diseños transversales comparativos de la asociación de CSS con la diabetes mellitus (33-36, 45) o con hipertensión arterial (32, 35), pero no se encontró evidencia de asociación con personas que tengan ambos padecimientos.

En la distribución de las dimensiones de CSS evaluadas en poblaciones estadounidenses, japonesas, árabes y finlandesa con la percepción de salud, hay similitudes en las dimensiones de normas generalizadas valoradas como reciprocidad con un rango que osciló de 11.5% a 40.6% (69), armonía social con el 50.4% (51), sentimiento de pertenencia con 41% y confianza con el 50% (50, 51) y se presentan diferencias en la distribución de apoyo social con el 62.7% (51), participación en organizaciones 33.3% (49) y diversidad con el 49.6% (50) el resto de las dimensiones del DC y DE no presentan información de la distribución ya que se valoran otras dimensiones que conceptual y teóricamente no son congruentes a las valoradas en el estudio. La diferencia en la distribución de las dimensiones puede deberse al efecto de suelo y techo que presentó el instrumento de CSS, además del contexto en el que se desarrolló la investigación.

Para el cálculo de los odds ratios se tomó como punto de referencia el nivel bajo presentado en los índices de las dimensiones del DC y DE esto como se mencionó anteriormente para evaluar el riesgo de tener un nivel alto de CSS, es debido a que en la teoría de CSS explica que a mayor capital social se asocia a mejores resultados de salud (7)

Se realizaron los modelos de regresión logística binaria para controlar los sesgos de confusión, las diferencias entre los OR_c y OR_a se observan en las distorsiones

causadas por las variables confusoras, al comparar la fuerza de asociación de las dimensiones de normas generalizadas (OR_c 1.19 y OR_a 2.65), armonía social (OR_c 1.91 y OR_a 1.84 nivel medio, OR_c 2.29 y OR_a 1.61 nivel alto), sentimiento de pertenencia (OR_c 1.64 y OR_a 1.92 nivel medio, OR_c 1.81 y OR_a 1.98 nivel bajo) y unión a instituciones (OR_c 1.57 y OR_a 2.55), se observan diferencias en la magnitud de la fuerza de asociación que demuestran que los OR_c estaban subestimados, con excepción de la dimensión de armonía social que estaba sobreestimada y este efecto se eliminó al controlar las variables confusoras. No todas las variables de la investigación resultaron ser confusoras, pero existe consistencia que, si lo son, por eso fueron tratadas como tal (32, 34-36, 45, 48, 50).

Las dimensiones en la teoría tienen una situación ideal que se puede explicar a través de la teoría de CSS. Las normas generalizadas pueden explicarse ya que la reciprocidad generalizada es la propensión general al hacer un favor al otro por anticipación del servicio que se necesitará un día. Esta norma de reciprocidad generalizada permite aproximar intereses individuales y colectivos por una serie de encadenamientos positivos (7). La armonía social puede explicarse ya que la percepción de la comunidad como un lugar para vivir, representa cómo el vecino conoce su fraccionamiento a través de los sentidos(19). El sentimiento de pertenencia al medir las actitudes relacionadas con la participación en organizaciones voluntarias (participación en clubes sociales o grupos políticos) y el compromiso cívico proporcionando ayuda a los demás(20). La unión a instituciones puede explicarse ya que las estructuras verticales ayudan a movilizar la solidaridad y puede ser utilizado para garantizar el flujo de información (7).

La medición obtenida no refleja del todo la realidad debido a la descomposición del tejido social, la deseabilidad social y la teoría del desapego (explicadas anteriormente) ya que, en los resultados de esta investigación en las dimensiones de normas generalizadas, armonía social, sentimiento de pertenencia y unión a instituciones fueron factor de riesgo, significa que tener un índice alto de las dimensiones de CSS, el paciente tiene más probabilidad de un adecuado control glucémico.

La prueba (Prueba de Hosmer y Lemeshow) de bondad de ajuste que se realizó para los modelos de regresión logística fueron no estadísticamente significativos, se atribuye a que al comparar las frecuencias observadas y esperadas de la variable dependiente e independiente para evaluar hasta qué punto el modelo se ajusta a los datos (127).

El impacto potencial de las dimensiones asociadas fue calculado mediante el RA y RAP, el riesgo atribuible fue útil para estimar la magnitud del control glucémico y de presión arterial del paciente expuesto al CSS y establecer el riesgo de un paciente que se deben a la exposición de las dimensiones.

El riesgo atribuible poblacional es el grado de riesgo que se atribuye a que toda la población (población blanco) como consecuencia de la exposición de CSS, esta medida es la más importante en términos de salud pública (128).

Es necesario analizar cada medida de impacto potencial ya que el RA representa “El riesgo individual que se debe a la exposición” y se expresa como el ahorro o beneficio que se obtiene en la tasa o riesgo de la enfermedad en los expuestos si se les suprimiera la exposición. El RAP representa “El riesgo que presenta toda la población como consecuencia de la exposición” y se expresa como el beneficio que se obtendría sobre las cifras del riesgo o las tasas, si se suprimiera la exposición al factor de riesgo (90). Es decir, los beneficios obtendrían en el control glucémico y de presión arterial al fomentar las normas generalizadas o la armonía social o el sentimiento de pertenencia o la unión a instituciones, se tendría que analizar la relación costo-efectividad al implementar la estrategia que mejore el control glucémico y de presión arterial, teniendo en cuenta la magnitud de expuestos o la población que sería beneficiada.

X. SESGOS Y LIMITACIONES

X.1. Sesgos de confusión

En este estudio se analizaron las variables confusoras (sociodemográficas, clínicas y de la atención y socioeconómicas) para evitar un falso efecto de una verdadera asociación entre las dimensiones de CSS y el control glucémico y de la presión arterial.

X.2 Sesgos de selección

En los diseños de casos y controles es común que se encuentre mayor número de casos que de controles, de acuerdo al marco muestral de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial se tuvo una pérdida del 30% de las unidades muestrales debido a la desactualización del censo que pudo deberse al cambio de domicilio, bajas y defunciones, por lo cual no se puede establecer la diferenciación entre los casos y controles y no se puede hipotetizar la dirección del sesgo.

X.3. Sesgos de información

En el proyecto de investigación para ambos grupos de estudio que son los casos y los controles se construyó un cuestionario válido y confiable.

Se trató de prevenir el sesgo del entrevistador, estandarizando a los entrevistadores de manera rigurosa mediante un manual operacional el cual contiene la explicación de cada sección del instrumento que se utilizó, la explicación por ítem, la forma en la que se debe codificar la respuesta del entrevistado y la forma en la que se puede preguntar al entrevistado si es que no comprendió el ítem, esto se evaluó mediante la confiabilidad inter observador con la prueba de kappa, obteniendo los resultados con un rango de 0.80 a 0.84 por lo que se puede concluir que el azar pudo influir en las mediciones, esto puede deberse a que se realizó seis meses después de la primera observación, en el que puede influir el sesgo de memoria del entrevistado para los resultados.

A pesar de estos resultados no afecta en la medición de las dimensiones que resultaron asociadas (normas generalizadas, armonía social, sentimiento de pertenencia y unión a instituciones) ya que la concordancia para estas dimensiones fue perfecta ($Kappa = 1$).

X.4. Limitaciones

Dificultad de constituir un grupo adecuado de casos debido a que el censo de la UMF No. 1 no se encuentran las actualizaciones de las cifras de glucosa y presión arterial.

El tamaño de muestra fue otra limitación ya que el poder de la muestra en las dimensiones que resultaron asociadas, normas generalizadas, armonía social, sentimiento de pertenencia y unión a instituciones el poder oscila en un rango de 65% a 67%, en el resto de dimensiones el poder es más bajo razón por la cual no se encontró asociación y estadísticamente no significativos. El tamaño de muestra ideal para encontrar asociación en el resto de las dimensiones de CSS es 666 casos y 1332 controles.

Otra limitación fue el efecto de techo y suelo que presentaron las dimensiones de CSS; las 6 dimensiones del DC y 4 del DE presentaron efecto de techo, representa el que el instrumento no tenga la sensibilidad para verificar entre los pacientes que reportaron mayor nivel en las dimensiones. El efecto de suelo lo presentaron 6 dimensiones del DE esto representa la capacidad del instrumento para evaluar y discriminar a los pacientes con un mayor nivel de aquellos con niveles más bajos reportados en las dimensiones.

Debido a que el estudio fue realizado dentro del IMSS en una unidad de medicina familiar y no fue un diseño basado en la población, por lo que se tiene la limitación de la validez externa del estudio.

XI. CONCLUSIONES

El instrumento de CSS tiene una adecuada validez y confiabilidad, se identificó la frecuencia y distribución de las dimensiones del DC y DE.

Se contesto la pregunta de investigación al valorar la fuerza de asociación e impacto potencial de las dimensiones de normas generalizadas, armonía social, sentimiento de pertenencia y unión a instituciones.

Se rechaza la hipótesis nula ya que, existe asociación de normas generalizadas, armonía social, sentimiento de pertenencia y unión a instituciones de CSS a nivel individual y comunitario con el control glucémico y de presión arterial.

El presente estudio también presenta fortalezas, una fortaleza es que es una investigación que valora al paciente con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Otra fortaleza es que se valora el riesgo atribuible y riesgo atribuible poblacional entre las dimensiones de capital social en salud y el control glucémico y de presión arterial.

Esta información puede utilizarse para futuras investigaciones debido al impacto potencial que se tendría si se interviene en cada una de las dimensiones de CSS que se identificaron, con una visión de costo – efectividad, para lograr que los pacientes diabéticos e hipertensos tengan un adecuado control glucémico y de presión arterial.

XII. REFERENCIAS

1. Marmot MG. Improvement of social environment to improve health. *The Lancet*. 1998;351(9095):57-60.
2. Bracht NF. *Health promotion at the community level: new advances*: Sage Publications; 1998.
3. Blas E, Kurup AS. *Equity, social determinants and public health programmes*: World Health Organization; 2010.
4. Sapag J, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):139-49.
5. Bourdieu P. The forms of capital.(1986). *Cultural theory: An anthology*. 2011:81-93.
6. Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*. 1988:S95-S120.
7. Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*: Princeton university press; 1994.
8. Carpiano RM. Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bourdieu and sociology help? *Social science & medicine*. 2006;62(1):165-75.
9. Putnam RD. The prosperous community: social capital and public life. *The american prospect*. 1993 (13).
10. Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health policy and planning*. 2002;17(1):106-11.
11. Engström K, Mattsson F, Järleborg A, Hallqvist J. Contextual social capital as a risk factor for poor self-rated health: a multilevel analysis. *Social science & medicine*. 2008;66(11):2268-80.
12. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. *Social capital and health*: Springer; 2008.
13. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American journal of public health*. 1999;89(8):1187-93.
14. Kobayashi T, Suzuki E, Noguchi M, Kawachi I, Takao S. Community-Level Social Capital and Psychological Distress among the Elderly in Japan: A Population-Based Study. *PLoS one*. 2015;10(11):e0142629.
15. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *American journal of public health*. 1997;87(9):1491-8.
16. Berkman LF, Kawachi I, Glymour M. *Social epidemiology*: Oxford University Press; 2014.
17. Uphoff N. Understanding social capital: learning from the analysis and experience of participation. *Social capital: A multifaceted perspective*. 2000:215-49.
18. Hendryx MS, Ahern MM, Lovrich NP, McCurdy AH. Access to health care and community social capital. *HEALTH SERVICES RESEARCH-CHICAGO-*. 2002;37(1):87-104.
19. De Silva M. *Context and composition? Social capital and maternal mental health in low income countries*: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2005.
20. Bryant PC-a, Norris D. *Measurement of social capital: The Canadian experience*. 2002.

21. Melton GB. Mental health and social justice: A vision for the 21st century. *American journal of orthopsychiatry*. 2003;73(3):245-7.
22. Durston J. Capital social: definiciones, controversias, tipologías. El capital social campesino en la gestión del desarrollo rural Díadas, equipos, puentes y escaleras Libros de la CEPAL. 2002 (69):15-42.
23. Williams E. Measuring religious social capital: The scale properties of the Williams Religious Social Capital Index (WRSCI) among cathedral congregations. *Journal of Beliefs & Values*. 2008;29(3):327-32.
24. Kemenade S. Social capital as a health determinant: How is it measured. Health Canada, Working Paper. 2003:02-8.
25. Stone W, Hughes J, editors. Measuring Social capital: Toward a standardised approach. Paper presented at the; 2002.
26. Gertler P, Levine DI, Moretti E. Is social capital the capital of the poor? The role of family and community in helping insure living standards against health shocks. *CESifo Economic Studies*. 2006;52(3):455-99.
27. Hoskins BL, Mascherini M. Measuring active citizenship through the development of a composite indicator. *Social Indicators Research*. 2009;90(3):459-88.
28. Vanhoutte B, Hooghe M. Integration in Social Networks as a form of Social Capital: Evidence from a Belgian survey on Social cohesion. status: published. 2009.
29. Sarhimaa A. Social Network Theory as a framework for studying minor Finnic languages with special reference to Karelian. *The Quasquicentennial of the Finno-Ugrian Society Helsinki*. 2009:161-90.
30. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama*. 2014;311(5):507-20.
31. Oviedo M, Espinosa F, Reyes H, Trejo J, Gil E. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med IMSS*. 2003;41(supl 1):27-46.
32. Malino C, Kershaw T, Angley M, Frederic R, Small M. Social Capital and Hypertension in Rural Haitian Women. *Maternal and child health journal*. 2014;18(10):2253-60.
33. Long JA, Field S, Armstrong K, Chang VW, Metlay JP. Social capital and glucose control. *Journal of community health*. 2010;35(5):519-26.
34. Farajzadegan Z, Jafari N, Nazer S, Keyvanara M, Zamani A. Social capital—a neglected issue in diabetes control: a cross-sectional survey in Iran. *Health & social care in the community*. 2013;21(1):98-103.
35. Scheffler RM, Brown TT, Syme L, Kawachi I, Tolstykh I, Iribarren C. Community-level social capital and recurrence of acute coronary syndrome. *Social science & medicine*. 2008;66(7):1603-13.
36. Riumallo-Herl CJ, Kawachi I, Avendano M. Social capital, mental health and biomarkers in Chile: assessing the effects of social capital in a middle-income country. *Social Science & Medicine*. 2014;105:47-58.
37. Wind TR, Fordham M, Komproue IH. Social capital and post-disaster mental health. *Global health action*. 2011;4.

38. Almedom AM. Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social science & medicine*. 2005;61(5):943-64.
39. Hawe P, Shiell A. Social capital and health promotion: a review. *Social science & medicine*. 2000;51(6):871-85.
40. Hu F, Hu B, Chen R, Ma Y, Niu L, Qin X, et al. A systematic review of social capital and chronic non-communicable diseases. *Bioscience trends*. 2014;8(6):290-6.
41. Hyypä MT, Mäki J. Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health education research*. 2003;18(6):770-9.
42. Sundquist J, Johansson S-E, Yang M, Sundquist K. Low linking social capital as a predictor of coronary heart disease in Sweden: a cohort study of 2.8 million people. *Social science & medicine*. 2006;62(4):954-63.
43. Muennig P, Cohen AK, Palmer A, Zhu W. The relationship between five different measures of structural social capital, medical examination outcomes, and mortality. *Social Science & Medicine*. 2013;85:18-26.
44. Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *Journal of Epidemiology*. 2012;22(3):179-87.
45. Holtgrave DR, Crosby R. Is social capital a protective factor against obesity and diabetes? Findings from an exploratory study. *Annals of epidemiology*. 2006;16(5):406-8.
46. Hu F, Niu L, Chen R, Ma Y, Qin X, Hu Z. The association between social capital and quality of life among type 2 diabetes patients in Anhui province, China: a cross-sectional study. *BMC public health*. 2015;15(1):786.
47. Flores EC, Carnero AM, Bayer AM. Social capital and chronic post-traumatic stress disorder among survivors of the 2007 earthquake in Pisco, Peru. *Social Science & Medicine*. 2014;101:9-17.
48. Lindén-Boström M, Persson C, Eriksson C. Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health-A population-based survey in Sweden. *BMC Public Health*. 2010;10(1):628.
49. Nyqvist F, Finnäs F, Jakobsson G, Koskinen S. The effect of social capital on health: The case of two language groups in Finland. *Health & Place*. 2008;14(2):347-60.
50. Kim D, Subramanian S, Gortmaker SL, Kawachi I. US state-and county-level social capital in relation to obesity and physical inactivity: a multilevel, multivariable analysis. *Social science & medicine*. 2006;63(4):1045-59.
51. Baron-Epel O, Weinstein R, Haviv-Mesika A, Garty-Sandalon N, Green MS. Individual-level analysis of social capital and health: a comparison of Arab and Jewish Israelis. *Social science & medicine*. 2008;66(4):900-10.
52. Kim D, Kawachi I. A multilevel analysis of key forms of community-and individual-level social capital as predictors of self-rated health in the United States. *Journal of Urban Health*. 2006;83(5):813-26.
53. Mohseni M, Lindstrom M. Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study. *Social science & medicine*. 2007;64(7):1373-83.
54. CONEVAL. *Medición de la Pobreza*. 2014.
55. FID. *Federación Internacional de la diabetes. ATLAS de la DIABETES. Séptima Edición* 2015.

56. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Resultados Nacionales Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2012.
57. Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso-Noverón N. Diabetes mellitus in Mexico: Status of the epidemic. *salud pública de méxico*. 2013;55:s129-s36.
58. WHO. World Health Organization. Mortalidad. Perfiles de Países 2010. Available from: http://www.who.int/nmh/countries/mex_es.pdf.
59. Bolaños RdIÁR, Shigematsu LMR, Ruíz JAJ, Márquez SAJ, Ávila MH. Costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México: análisis de microcosteo. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(6):412-20.
60. WHO. World Health Organization. Información general sobre la hipertensión en el mundo.[cited 2015]. 2013.
61. Parra-Carrillo JZ, Verdejo-Paris J, Lemus-Carmona EA, Saucedo-Sánchez N. Costo-efectividad del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial sistémica. *Trabajo*. 2009;20(3).
62. IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Planeación en Salud. Áreas de la Información Médica y Archivo Clínico. Indicadores Médicos. 2015.
63. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Assendelft WJ. Interventions to Improve the Management of Diabetes in Primary Care, Outpatient, and Community Settings A systematic review. *Diabetes care*. 2001;24(10):1821-33.
64. Onyx J, Bullen P. Measuring social capital in five communities. *The journal of applied behavioral science*. 2000;36(1):23-42.
65. Kawachi I, Kennedy BP, Wilkinson RG. Crime: social disorganization and relative deprivation. *Social science & medicine*. 1999;48(6):719-31.
66. Snelgrove JW, Pikhart H, Stafford M. A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from the British Household Panel Survey. *Social Science & Medicine*. 2009;68(11):1993-2001.
67. Kennelly B, O'Shea E, Garvey E. Social capital, life expectancy and mortality: a cross-national examination. *Social Science & Medicine*. 2003;56(12):2367-77.
68. Poortinga W. Perceptions of the environment, physical activity, and obesity. *Social science & medicine*. 2006;63(11):2835-46.
69. Yamaoka K. Social capital and health and well-being in East Asia: a population-based study. *Social science & medicine*. 2008;66(4):885-99.
70. Mellor JM, Milyo J. State social capital and individual health status. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2005;30(6):1101-30.
71. Schultz J, O'Brien AM, Tadesse B. Social capital and self-rated health: Results from the US 2006 social capital survey of one community. *Social Science & Medicine*. 2008;67(4):606-17.
72. Pollack CE, von dem Knesebeck O. Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany. *Health & place*. 2004;10(4):383-91.
73. Agampodi TC, Agampodi SB, Glozier N, Siribaddana S. Measurement of social capital in relation to health in low and middle income countries (LMIC): A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2015;128:95-104.

74. Baker MK, Simpson K, Lloyd B, Bauman AE, Singh MAF. Behavioral strategies in diabetes prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes research and clinical practice*. 2011;91(1):1-12.
75. Sarkisian CA, Brown AF, Norris KC, Wintz RL, Managione CM. A systematic review of diabetes self-care interventions for older, African American, or Latino adults. *The Diabetes Educator*. 2003;29(3):467-79.
76. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient education and counseling*. 2004;52(1):97-105.
77. Walsh JM, McDonald KM, Shojania KG, Sundaram V, Nayak S, Lewis R, et al. Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. *Medical care*. 2006;44(7):646-57.
78. Walker RJ, Smalls BL, Campbell JA, Williams JLS, Egede LE. Impact of social determinants of health on outcomes for type 2 diabetes: a systematic review. *Endocrine*. 2014;47(1):29-48.
79. Walker RJ, Smalls BL, Bonilha HS, Campbell JA, Egede LE. Behavioral interventions to improve glycemic control in African Americans with type 2 diabetes: a systematic review. *Ethn Dis*. 2013;23:401-8.
80. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KV. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes care*. 2001;24(3):561-87.
81. McLean DL, Simpson SH, McAlister FA, Tsuyuki RT. Treatment and blood pressure control in 47,964 people with diabetes and hypertension: a systematic review of observational studies. *Canadian Journal of Cardiology*. 2006;22(10):855-60.
82. INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo General de Población y Vivienda Aguascalientes. 2010.
83. Nunnally JCB, Arellano IHV. *Teoría psicométrica* 1995.
84. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*. 2008;6:27-36.
85. Carmines EG, Zeller RA. *Reliability and validity assessment*: Sage publications; 1979.
86. Abad F, Garrido J, Olea J, Ponsoda V. *Teoría Clásica de los Tests y la Teoría de la Respuesta al ítem*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. 2006.
87. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. *Investigación en educación médica*. 2013;2(5):55-60.
88. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and conducting mixed methods research*. 2007.
89. Bowling A. *Research methods in health: investigating health and health services*: McGraw-Hill Education (UK); 2014.
90. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiologic research: principles and quantitative methods*: John Wiley & Sons; 1982.
91. Miettinen OS. Proportion of disease caused or prevented by a given exposure, trait or intervention. *American journal of epidemiology*. 1974;99(5):325-32.
92. Miettinen O. Estimability and estimation in case-referent studies. *American journal of epidemiology*. 1976;103(2):226-35.

93. Seminar S. Social capital community benchmark survey: TNS Intersearch; 2000.
94. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*. 1997;277(5328):918-24.
95. Kouvonen A, Kivimäki M, Vahtera J, Oksanen T, Elovainio M, Cox T, et al. Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work. *BMC public health*. 2006;6(1):251.
96. Wang H, Schlesinger M, Wang H, Hsiao WC. The flip-side of social capital: the distinctive influences of trust and mistrust on health in rural China. *Social Science & Medicine*. 2009;68(1):133-42.
97. Paiva PCP, de Paiva HN, de Oliveira Filho PM, Lamounier JA, e Ferreira EF, Ferreira RC, et al. Development and validation of a social capital questionnaire for adolescent students (SCQ-AS). *PloS one*. 2014;9(8):e103785.
98. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of clinical epidemiology*. 2007;60(1):34-42.
99. McHorney CA, Tarlov AR. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? *Quality of Life Research*. 1995;4(4):293-307.
100. Edwards AL. The social desirability variable in personality assessment and research. 1957.
101. Cronbach LJ. Response sets and test validity. *Educational and psychological measurement*. 1946;6(4):475-94.
102. Adams GR, Ryan JH, Hoffman JJ, Dobson WR, Nielsen EC. Ego identity status, conformity behavior, and personality in late adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984;47(5):1091.
103. Allaman JD, Joyce CS, Crandall VC. The antecedents of social desirability response tendencies of children and young adults. *Child Development*. 1972:1135-60.
104. Fleming P, Zizzo DJ. Social desirability, approval and public good contribution. *Personality and Individual Differences*. 2011;51(3):258-62.
105. Paulhus DL. Measurement and control of response bias. 1991.
106. Paulhus DL. Interpersonal and intrapsychic adaptiveness of trait self-enhancement: A mixed blessing? *Journal of personality and social psychology*. 1998;74(5):1197.
107. Paulhus DL, Braun HI, Jackson DN, Wiley DE. Socially desirable responding: The evolution of a construct. The role of constructs in psychological and educational measurement. 2002;49459.
108. Ellingson JE, Sackett PR, Connelly BS. Personality assessment across selection and development contexts: insights into response distortion. *Journal of Applied Psychology*. 2007;92(2):386.
109. McCrae RR. Well-being scales do not measure social desirability. *Journal of Gerontology*. 1986;41(3):390-2.
110. Clemente MA. Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica [The relation between social supports networks and the process of human aging. Bibliographical review]. *Interdisciplinaria*. 2003;20(1).

111. Rook KS. Las redes sociales en la tercera edad: sopesando los efectos positivos y negativos para la salud y el bienestar.
112. Tzelepis F, Sanson-Fisher RW, Hall AE, Carey ML, Paul CL, Clinton-McHarg T. Development and psychometric evaluation of the Quality of Patient-Centered Cancer Care measure with hematological cancer survivors. *Cancer*. 2015;121(14):2383-92.
113. Pishkuhi MA, Salmaniyan S, Nedjat S, Zendedel K, Lari MA. Psychometric Properties of the Persian Version of Satisfaction with Care EORTC-in-patsat32 Questionnaire among Iranian Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014;15(23):10121-8.
114. Shi Q, Chesworth BM, Law M, Haynes RB, MacDermid JC. A modified evidence-based practice-knowledge, attitudes, behaviour and decisions/outcomes questionnaire is valid across multiple professions involved in pain management. *BMC medical education*. 2014;14(1):263.
115. Alvarado H, Batanero C. Significado del teorema central del límite en textos universitarios de probabilidad y estadística. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*. 2008;34(2):7-28.
116. Fletcher RHF, Suzanne W, Wagner EH, Lienas Massot B. *Epidemiología clínica: aspectos fundamentales* 1998.
117. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. *Epidemiología básica: OPS*; 1994.
118. Gorsuch RL. Exploratory factor analysis: Its role in item analysis. *Journal of personality assessment*. 1997;68(3):532-60.
119. Chen X, Stanton B, Gong J, Fang X, Li X. Personal Social Capital Scale: an instrument for health and behavioral research. *Health education research*. 2008;24(2):306-17.
120. Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of personality assessment*. 2003;80(1):99-103.
121. Díaz J. Los conceptos de normalidad y anormalidad desde la teoría de la representación social en el campo de la salud mental. México: Universidad Nacional Autónoma. Tesis para optar por el grado de licenciado en psicología; 1998.
122. Henao DFHA. *Comunicación y redes sociales: Universidad Nacional Abierta ya Distancia*; 1998.
123. Chávez Plazas YA, Falla Ramírez U. Realidades y falacias de la reconstrucción del tejido social en población desplazada. *Tabula rasa*. 2004 (2).
124. Torres VH, Bebbington A. ¿ Los municipios son agentes del cambio social? Reflexiones en torno al capital social y el desarrollo local en Ecuador. *Capital social en los Andes*. 2001:141.
125. IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social. Censo de Población Adscrita a Médico Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 1. 2016.
126. Aguascalientes GdEd. Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022. 2016.
127. Cáceres RÁ. *Estadística aplicada a las ciencias de la salud: Ediciones Díaz de Santos*; 2007.
128. Schlesselman JJ. *Case-control studies: design, conduct, analysis: Oxford University Press*; 1982.
129. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*. 1992;22(3):429-45.

130. Orviz S, Novoa T, Palacios M. Evaluación de las Habilidades Sociales en Rehabilitación Psicosocial. Evaluación en Rehabilitación Psicosocial Valladolid: FEARP. 2010.
131. Uchida Y, Kitayama S, Mesquita B, Reyes JAS, Morling B. Is perceived emotional support beneficial? Well-being and health in independent and interdependent cultures. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2008;34(6):741-54.
132. Smith MS, Wallston K. How to measure the value of health. *Health Education Research*. 1992;7(1):129-35.
133. Galabuzi G-E, Teelucksingh C. Social cohesion, social exclusion, social capital: Region of Peel, Human Services; 2010.

XIII. ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN CAPITAL SOCIAL EN SALUD

Concepto	Dominios	Dimensiones	Variabilidad	Indicadores	Escala	Ítems
<p>Las características de la organización social, tales como redes, normas y confianza, que facilitan la coordinación y cooperación para el beneficio mutuo(7).</p> <p>Control de la diabetes mellitus tipo 2: nivel de glucosa en sangre ≤ 130mg/dl.</p> <p>Control de la presión arterial: cifras de tensión arterial sistólica y diastólica ≤ 130/80mmHg</p>	<p>TIPOS DE CAPITAL social:</p> <p>A. COGNITIVO:</p> <p>Se deriva de procesos mentales y las ideas resultantes, reforzadas por la cultura y la ideología, normas, valores, actitudes y creencias que contribuyen al comportamiento cooperativo, incluyendo el control de la conducta de riesgo, la ayuda mutua, el apoyo, la confianza y los medios informales de intercambio de información(17).</p>	<p>El componente cognitivo cubre las percepciones de soporte, reciprocidad e intimidad.</p> <p>A.1.- Normas Generalizadas:</p> <p><i>Normas de reciprocidad entre los ciudadanos de una comunidad que determina el grado de conductas de cooperación y de beneficio mutuo para que se produzcan en la comunidad(18).</i></p>	<p>-Normas Generalizadas:</p> <p><i>grado de cooperación y de beneficio mutuo: Realizar acciones de manera recíproca entre los vecinos para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial(18).</i></p>	<p>Normas generalizadas:</p> <p><i>Se mide a través de la reciprocidad del bienestar cooperativo de la gente(18)</i></p> <p>Como él(la) vecino(a) a través de la cooperación que hay entre vecinos(as) pude mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial.</p>	<p>Escala de Likert</p> <p><i>Siempre,</i></p> <p><i>casi siempre,</i></p> <p><i>a veces si a veces no,</i></p> <p><i>rara vez,</i></p> <p><i>nunca</i></p>	<p>1.- ¿Si usted platica con sus vecinos(as) sobre la prevención de complicaciones de la diabetes e hipertensión arterial, usted les pediría a sus vecinos(as) que hicieran lo mismo con otros vecinos(as)?</p> <p>2.- Si usted platica con sus vecinos(as) para que acudan a las citas con su médico familiar para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial, ¿esperaría que sus vecinos(as) aconsejen lo mismo a otros(as) vecinos(as)?</p> <p>3.- ¿Usted se organizaría con sus vecinos(as) para promover comités vecinales que realizarán acciones para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?</p>
		<p>A.2.- Armonía Social:</p> <p><i>Sentirse como en casa en el barrio, percibir la comunidad como un lugar para vivir, apego al barrio, la integración comunitaria(19)</i></p>	<p>-Armonía Social:</p> <p><i>percibir la comunidad como un lugar para vivir(19).</i></p> <p>que representa como el vecino conoce su fraccionamiento a</p>	<p>-Armonía Social:</p> <p><i>Visión que tienen los (as) vecinos(as) de su comunidad y si es un buen lugar para vivir(19).</i></p>	<p>Escala de Likert</p> <p><i>Totalmente de acuerdo,</i></p> <p><i>Muy de acuerdo,</i></p> <p><i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo,</i></p>	<p>1.- Si usted realiza actividad física para mejorar el control de la diabetes e hipertensión en su fraccionamiento, ¿usted siente seguridad al realizarla?</p> <p>2.- De acuerdo con su experiencia en su fraccionamiento ¿usted puede conseguir los alimentos necesarios para tener una dieta saludable?</p>

			través de los sentidos. Percibir: Adquirir el primer conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos		<i>Muy en desacuerdo,</i> <i>Totalmente en desacuerdo</i>	3.- De acuerdo con su experiencia ¿Está usted de acuerdo que en su fraccionamiento hay espacios donde puede hacer actividad física para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?
		A.3.- Sentimiento de Pertenencia: <i>actitudes relacionadas con la participación en organizaciones voluntarias, participación en clubes sociales o grupos, políticos acción y el compromiso cívico, proporcionando ayuda a las demás(20)</i>	-Sentimiento de pertenencia: <i>Actitudes a favor o en contra de la participación en organizaciones voluntarias, o en clubes sociales o grupos que busquen promover la salud de la comunidad(20).</i>	Sentimiento de pertenencia Emociones y creencias que le provocan reacciones favorables o desfavorables al pertenecer a una organización o grupo social que promueva la salud de los (as) vecinos (as) diabéticos e hipertensos(20).	<i>Escala de Likert</i> <i>Totalmente de acuerdo,</i> <i>Muy de acuerdo,</i> <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo,</i> <i>Muy en desacuerdo,</i> <i>Totalmente en desacuerdo</i>	1.- ¿Le gustaría ser miembro de un grupo de promotores de la salud que busque mejorar el control de diabetes e hipertensión a través del fomento de actividad física entre los vecinos(as) del fraccionamiento? 2.- ¿Le gustaría ser miembro de un grupo de promotores que junto con instituciones de salud busque mejorar el control de diabetes e hipertensión a través de actividades que ayuden al cumplimiento del tratamiento médico? 3.- ¿Le gustaría ser miembro de un grupo de promotores de la salud que fomente los hábitos alimenticios saludables en su fraccionamiento para mejorar el control de diabetes e hipertensión?
		A.4.- Justicia Percibida: <i>Igualdad de oportunidades, igualdad y dignidad sin discriminación(21) Responsabilidad las acciones de quienes toman las decisiones en ambos sector público y privado para llevar a cabo políticas y prácticas que promueven y protegen de salud</i>	-Grado de Equidad Equidad de la atención en salud: Cuando se logra tener igual acceso a la atención en salud para una misma necesidad en salud, igual utilización de los servicios de salud para una misma necesidad en salud, e igual calidad de la atención en salud para una misma necesidad en salud(129).	Equidad en el acceso a la atención en salud: Igualdad de acceso a la atención en salud para una misma necesidad en salud en el paciente diabético. (Barreras de cobertura, barreras de sistema/demanda y barreras organizacionales) Equidad en la utilización de los servicios de salud: igual utilización de los servicios de salud para	<i>Escala de Likert</i> <i>Totalmente de acuerdo,</i> <i>Muy de acuerdo,</i> <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo,</i> <i>Muy en desacuerdo,</i> <i>Totalmente en desacuerdo</i>	1.- Si a sus vecinos(as) le agendan su cita mensualmente para control de la diabetes e hipertensión arterial, ¿usted también esperaría que le agenden su cita cada mes con su médico familiar? 2.- ¿Si a sus vecinos(as) con diabetes e hipertensión arterial su médico les informa cuáles son sus niveles de azúcar y presión arterial, ¿Usted también esperaría que su médico también le informará cuáles son sus niveles de azúcar y presión arterial? 3.- ¿Si a sus vecinos(as) con diabetes e hipertensión arterial su médico familiar les indica realizar una dieta saludable, ¿Usted esperaría que su médico familiar le indique una dieta saludable?

				<p>una misma necesidad en salud. (Frecuencia en la utilización)</p> <p>Equidad en la calidad de los servicios de salud: Igual calidad de los servicios de salud para una misma necesidad en salud. (Aspectos técnicos de la calidad de la atención)</p> <p>la igualdad de acceso a los servicios de salud, igualdad en la utilización de los servicios de salud e igual en la calidad de los servicios de salud. Responsabilidad las acciones de quienes toman las decisiones en ambos sector público y privado para llevar a cabo políticas y prácticas que promueven y protegen de salud.</p>		
		<p>A.5.- Apoyo: Las personas que participan activamente en sus comunidades familiares, y relaciones con la comunidad para tener mejor salud que las personas que no participan activamente(19).</p>	<p>✓ Apoyo Social: <i>Existencia o disponibilidad de personas en las que podemos confiar, la gente que nos hace saber que somos importantes(130).</i></p> <p>✓ Apoyo Emocional: <i>Muestras de empatía, amor y confianza(131)</i></p>	<p><i>* apoyo social que es la percepción de que hay un número suficiente de vecinos, a disposición de quien se puede acudir en tiempos de necesidad(130).</i></p> <p><i>*Apoyo emocional: muestras de identificación de los sentimientos de un vecino(a) con otro(a) vecino(a) y a través de las cuales las relaciones de amistad</i></p>	<p><i>Escala de Likert</i></p> <p><i>Totalmente de acuerdo,</i></p> <p><i>Muy de acuerdo,</i></p> <p><i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo,</i></p> <p><i>Muy en desacuerdo,</i></p> <p><i>Totalmente en desacuerdo</i></p>	<p>1.- ¿Usted considera que sus vecinos(as) le ayudarían al darle información que le ayude a cumplir con las indicaciones médicas de su tratamiento de la diabetes e hipertensión arterial?</p> <p>2.- ¿Usted considera que dentro de su fraccionamiento hay vecinos(as) que lo apoyan dándole ánimos para que cumpla con las indicaciones que le da el médico y tome sus medicamentos en la cantidad y horarios adecuados, con el propósito de mejorar su control de la diabetes e hipertensión arterial?</p> <p>3.- ¿Usted considera que dentro de su fraccionamiento hay vecinos(as) que le ayudarían a surtir una receta que le dio su médico familiar en la farmacia de su unidad de medicina familiar para que mantenga el control de la diabetes e hipertensión arterial?</p>

			<p>✓ Apoyo Instrumental: Comportamientos directamente dirigidos a solucionar el problema de la persona receptora(132)</p> <p>✓ Apoyo Informativo: Recibir información útil para afrontar el problema(132).</p>	<p>se forman y se mantienen(131). Apoyo instrumental comportamientos dirigidos a solucionar problemas importantes a través de la construcción de la esperanza, así como las creencias y el valor de los resultados al evaluar el potencial de la conducta(132). Apoyo informativo: que es la información útil que se recibe para afrontar un problema(132).</p>		
		<p>A.6.- Confianza: Actitud que se basa en el comportamiento que se espera de la otra persona que participa en la relación que se establece entre ambas. Tiene soporte cultural en el principio de la reciprocidad(22).</p>	<p>Reciprocidad como el principio fundamental que rige las relaciones institucionales formales e informales en una comunidad en el grado de confianza(22).</p>	<p>Grado en el que el(la) vecino(a) confía en las personas, instituciones y organizaciones para mejorar el control de su diabetes e hipertensión arterial(22)</p>	<p><i>Escala de Likert</i></p> <p><i>Mucho,</i></p> <p><i>Bastante,</i></p> <p><i>Ni bastante ni poco,</i></p> <p><i>Poco,</i></p> <p><i>Nada</i></p>	<p>1.- ¿Usted confía en las recomendaciones que le da el personal de salud de las unidades de medicina familiar como las enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, etc. para mejorar el control de su diabetes e hipertensión arterial?</p> <p>2.- ¿Usted confía en la información que le dan las instituciones de salud como el IMSS, ISSEA, DIF, etc. para mejorar el control de su diabetes e hipertensión arterial?</p> <p>3.- ¿Usted confía en la información que le dan los médicos en las clínicas u hospitales privados para mejorar el control de su diabetes e hipertensión arterial?</p>

	<p>B. ESTRUCTUR L:</p> <p>Los componentes estructurales de capital social son los roles, reglas, precedentes y procedimientos, así como una amplia variedad de redes que contribuyen a la cooperación. A nivel macro está determinado por las políticas de salud generales, los mecanismos para su implementación y los agentes que ejecutan institucionales. A nivel meso, factores de diversas redes en la entrega y difusión de mecanismos de servicios para obtener información relacionada con la salud(17).</p>	<p>B.1.- Participación de las organizaciones: <i>Organizaciones y redes, a través de los cuales los ciudadanos acceden a los procesos de toma de decisiones colectivas y que se traducen en políticas y programas sociales locales, densificando las relaciones sociales y mejorando la confianza y expectativas de beneficio mutuo(19).</i></p>	<p>-Participación de las organizaciones: Acceso a los procesos de toma de decisiones de las organizaciones y las redes(19).</p>	<p>-Participación de las organizaciones Que tanto participan los vecinos en la toma de decisiones dentro de las organizaciones y redes de apoyo que promuevan el control de la diabetes e hipertensión arterial(19).</p>	<p><i>Escala de Likert</i></p> <p><i>Totalmente de acuerdo,</i></p> <p><i>Muy de acuerdo,</i></p> <p><i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo,</i></p> <p><i>Muy en desacuerdo,</i></p> <p><i>Totalmente en desacuerdo</i></p>	<p>1.- ¿Considera que en el comité vecinal se toman en cuenta las opiniones de todos los vecinos(as) cuando se toman decisiones para mejorar el control de la diabetes e hipertensión de los vecinos(as)?</p> <p>2.- ¿Considera que cuando se toman decisiones para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial en las instituciones de salud, tienen valor las opiniones de todos los vecinos(as)?</p> <p>3.- ¿Considera usted que los vecinos(as) podrían formar grupos, junto con los comités vecinales, para que ayuden a los vecinos(as) a seguir las indicaciones de los tratamientos de la diabetes e hipertensión arterial en su fraccionamiento, para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?</p>
		<p>B.2.- Unión de las instituciones: <i>Vinculación de las personas con las autoridades(23).</i></p>	<p>-Unión de las Instituciones: <i>Forma en que los individuos son capaces de hacer los lazos con aquellos que provienen de un estrato social alto o más bajo que ellos(23).</i></p>	<p>-Unión a las instituciones Si los(as) vecinos(as) son capaces de establecer vínculos(Número de instituciones con los que se vincula) de colaboración con</p>	<p><i>Escala continua</i></p> <p><i>Número de instituciones con los que se vincula</i></p> <p><i>Escala de Likert</i></p> <p><i>Todas,</i></p> <p><i>Bastantes.</i></p>	<p>1.a. - ¿Con cuántas instituciones de salud participa o ha participado para promover la realización de actividad física en los(as) vecinos(as) con diabetes e hipertensión con el objetivo mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?</p> <p>2.a. - ¿Con cuántas instituciones participa o ha participado para promover hábitos alimenticios saludables en los(as) vecinos(as) con el objetivo de mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?</p>

				<p>instituciones de salud que promuevan estilos de vida saludables para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial y cómo valoran el número de instituciones (23).</p>	<p>Ni bastantes ni pocas.</p> <p>Pocas.</p> <p>Ninguna</p>	<p>3.a. - ¿En cuántas instituciones de salud participa o ha participado con el fin de mejorar la adherencia o el cumplimiento de las indicaciones del tratamiento médico para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial de los(as) vecinos(as) de su fraccionamiento?</p> <p>1.b.- ¿Cómo calificaría la cantidad de instituciones de salud en las que usted participa o ha participado para promover la realización de actividad física en los(as) vecinos(as) con el objetivo de mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?</p> <p>2.b.- ¿Cómo calificaría la cantidad de instituciones en las que participa o ha participado para promover hábitos alimenticios saludables en los(as) vecinos(as) con el objetivo de mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?</p> <p>3.b.- ¿Cómo calificaría la cantidad de instituciones en las que participa o ha participado con el fin de mejorar la adherencia o el cumplimiento de las indicaciones del tratamiento médico para mejorar el control de la diabetes e hipertensión en los vecinos(as) de su fraccionamiento?</p>
		<p>B.3.- Frecuencia de la acción: Número de veces que se relaciona con otros contactos y la calidad de la relación con la gente en sus círculos inmediatos(24).</p>	<p><u>-Frecuencia de la acción:</u> Número de veces que se relaciona con otros contactos y la calidad de la relación con la gente en sus círculos inmediatos (24).</p>	<p><u>Frecuencia de la acción</u> Número de veces que el paciente se relaciona con otros vecinos y la calidad de la relación con los vecinos de su fraccionamiento y cómo valora el número de veces que se reúne con sus vecinos(as)(24).</p>	<p><i>Escala continua</i> <u>Número de vínculos informales</u> Escala de Likert</p> <p>Totalmente suficientes,</p> <p>Muy suficientes,</p> <p>Ni muchas ni pocas,</p> <p>Poco suficientes,</p> <p>Totalmente insuficiente</p>	<p>1.a- ¿Cuántas veces durante los últimos 7 días platicó con sus vecinos(as) sobre formas de promover el cumplimiento del tratamiento médico de la diabetes e hipertensión arterial?</p> <p>2.a. - ¿Cuántas veces durante los últimos 7 días se ha reunido con sus vecinos(as) para platicar como se podría promover hábitos alimenticios recomendados para personas diabéticas e hipertensas y así mejorar su control?</p> <p>3.a. - ¿Cuántas veces durante los últimos 7 días se reunió con sus vecinos(as) para compartir información acerca de la actividad física que deben realizar personas con diabetes e hipertensión y mejorar su control?</p> <p>1.b.- ¿Cómo calificaría la cantidad de veces que durante los últimos 7 días platicó con sus vecinos(as) sobre las formas de promover el cumplimiento del tratamiento médico de la diabetes e hipertensión?</p> <p>2.b.- ¿Cómo calificaría la cantidad de veces que durante los últimos 7 días se reunió con sus vecinos(as) para platicar sobre formas de promover hábitos alimenticios recomendados para personas diabéticas e hipertensas y así mejorar su control?</p>

						3.b.- ¿Cómo calificaría la cantidad de veces que durante los últimos 7 días se reunió con sus vecinos(as) para compartir información acerca de la actividad física que deben realizar personas con diabetes e hipertensión y mejorar su control?
		B.4.- Tamaño de las redes: Se refiere al número de personas que mantienen un contacto social, esto también incluye aquellos miembros que estén sólo cuando se les necesita(25).	<u>Tamaño de las Redes:</u> Medidas de tamaño de la red, la densidad, la diversidad(25).	<u>Tamaño de las redes</u> Número de vecinos con quienes mantuvo un contacto social durante los últimos 7 días con el propósito de mejorar el control de la diabetes e hipertensión del (la) vecino(a), esto también incluye aquellos vecinos que estén sólo cuando se les necesita y cómo valora el número de referidos(25).	<i>Escala continua</i> <i>Número de miembros en el grupo</i> <i>Escala de Likert</i> <i>Muchos,</i> <i>Suficientes,</i> <i>Ni suficientes ni pocos,</i> <i>Pocos,</i> <i>Muy pocos</i>	1.a- ¿Durante los últimos 7 días a cuántos de sus vecinos(as) les pidió ayuda para mejorar el control de su diabetes e hipertensión? 2.a. - ¿Durante los últimos 7 días con cuántos de sus vecinos(as) ha participado para promover hábitos alimenticios saludables y que son recomendados para mejorar el control de la diabetes y la hipertensión arterial? 3.a. - ¿Durante los últimos 7 días con cuántos vecinos(as) ha participado promoviendo información sobre actividades para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial? 1.b.- ¿Cómo calificaría el número de vecinos(as) a quienes les pidió ayuda para mejorar el control de su diabetes e hipertensión arterial? 2.b.- ¿Cómo calificaría el número de vecinos(as) con quienes ha participado durante los últimos 7 días para promover hábitos alimenticios saludables que son recomendados para mejorar el control de la diabetes y la hipertensión arterial? 3.b.- ¿Cómo calificaría el número de vecinos(as) con quienes ha participado promoviendo información sobre actividades para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial durante los últimos 7 días?
		B.5.- Acción Colectiva: trata sobre la tendencia comunitaria hacia la cooperación en pos del bien común o al oportunismo(26).	<u>-Acción Colectiva:</u> Normas de la cooperación mutua, las medidas de tales normas se derivan de costumbres y tradiciones(26).	<u>Acción Colectiva:</u> Esfuerzos y cooperación de los vecinos(as) que buscan mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial de los(as) vecinos(as) y cómo valora el número de veces que se reunió con sus vecinos(as) referidos(26).	<i>Escala continua</i> <i>Número de veces</i> <i>Escala de Likert</i> <i>Muchas veces,</i> <i>Suficientes veces,</i> <i>Ni suficientes ni pocas,</i> <i>Pocas veces,</i> <i>Muy pocas veces</i>	1.a. - ¿Cuántas veces durante los últimos 3 meses usted, junto con sus vecinos(as) se reunieron para darles información a otros vecinos(as) con el fin de mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial? 2.a. - ¿Cuántas veces durante los últimos 3 meses usted, junto con vecinos(as) se reunieron para asistir a instituciones de salud y recibir información que mejore el control de la diabetes e hipertensión arterial? 3.a. - ¿Cuántas veces durante los últimos 3 meses, junto con sus vecinos(as), han acudido a pláticas de las instituciones de salud, que promuevan acciones para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?

						<p>1.b.- ¿Cómo calificaría el número de veces que se han reunido con sus vecinos(as) en los últimos 3 meses, para darles información a otros vecinos(as) con el fin de mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?</p> <p>2.b.- ¿Cómo calificaría el número de veces que se ha reunido con vecinos(as) en los últimos 3 meses, para asistir a instituciones de salud con el fin de recibir información y mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?</p> <p>3.b.- ¿Cómo calificaría el número de veces que junto con vecinos(as) asistió a pláticas de las instituciones de salud, que promovían acciones para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial de los(as) vecinos(as)?</p>
		<p>B.6.- Grado de Ciudadanía: se refiere a la capacidad voluntaria de los ciudadanos y comunidades que trabajan directamente entre sí, o por medio de representantes elegidos, para ejercer el poder económico, social y político en la búsqueda de objetivos comunes(27).</p>	<p><u>Grado de ciudadanía:</u> Capacidad voluntaria para trabajar entre sí o por medio de representantes y lograr un objetivo en común(27).</p>	<p><u>Grado de Ciudadanía</u> La capacidad de los(as) vecinos(as) para trabajar con el jefe delegacional y líderes comunitarios con el propósito de realizar acciones y gestiones que ayuden a mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial de los(as) vecinos(as)(27).</p>	<p><i>Escala de Likert</i></p> <p><i>Siempre,</i></p> <p><i>Casi siempre,</i></p> <p><i>A veces si a veces no,</i></p> <p><i>Rara vez,</i></p> <p><i>Nunca</i></p>	<p>1.- ¿Usted y sus vecinos(as) colaboran con el jefe delegacional y/o con líderes comunitarios para tramitar programas que promuevan buenos hábitos alimenticios en vecinos(as) con diabetes e hipertensión arterial?</p> <p>2.- ¿Usted y sus vecinos(as) colaboran con el jefe delegacional y/o con líderes comunitarios para tramitar ante las instituciones de salud que se mejore la atención médica con el fin de que los(as) vecinos(as) estén bien controlados de su diabetes e hipertensión arterial?</p> <p>3.- ¿Usted y sus vecinos(as) dialogan con el jefe delegacional y/o con líderes comunitarios sobre los problemas que tienen para mejorar el control de la diabetes y la hipertensión arterial de los(as) vecinos(as)?</p>
		<p>B.7.- Diversidad: el potencial de la generación de confianza social y bienestar subjetivo(28).</p>	<p><u>Diversidad:</u> Una variada red de vínculos débiles genera puentes del capital(28).</p>	<p><u>Diversidad</u> La variedad de vínculos entre diferentes grupos de diabéticos e hipertensos que tienen los(as) vecinos (as) con el propósito de mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial(28).</p>	<p><i>Escala de Likert</i></p> <p><i>Totalmente de acuerdo,</i></p> <p><i>Muy de acuerdo,</i></p> <p><i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo,</i></p> <p><i>Muy en desacuerdo,</i></p>	<p>1.- ¿Usted y sus vecinos(as) aceptarían que grupos de diabéticos e hipertensos que se reúnen en las instituciones de salud les impartieran pláticas sobre las actividades que les han ayudado a mejorar sus hábitos alimenticios con el fin de mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?</p> <p>2.- ¿Usted y sus vecinos(as) aceptarían que grupos de diabéticos e hipertensos que se reúnen en instituciones les impartieran pláticas sobre las acciones que les han ayudado a realizar actividades físicas que mejoren control de la diabetes e hipertensión arterial?</p> <p>3.- ¿Usted y sus vecinos(as) aceptarían que grupos de diabéticos e hipertensos que se reúnen en las</p>

					<i>Totalmente en desacuerdo</i>	instituciones de salud les impartieran pláticas sobre las actividades que les han ayudado a cumplir con las indicaciones del tratamiento médico con el fin de mejorar control de la diabetes e hipertensión arterial?
		B.8.- Unión a los grupos con recursos: Grado en el que el residente se integra en una red (o varias redes) dentro del vecindario(29)	<u>-Unión a los grupos con recursos:</u> grado de integración de las redes(29)	<u>Unión a los grupos con recursos</u> Percepción acerca de que tanto se siente integrado(a) (Grado de integración de las personas a las redes) al comité vecinal de su fraccionamiento para mejorar el control de la diabetes y la hipertensión arterial(29).	Escala de Likert Totalmente integrado, Muy integrado, Ni integrado ni desintegrado, Muy desintegrado, Totalmente desintegrado	1.- ¿Qué tan integrado(a) se siente usted en el grupo de vecinos para motivarse y transmitir información con los(as) vecinos(as) con el fin de mejorar el control de la diabetes mellitus? 2.- ¿Qué tan integrado(a) se siente usted en el grupo de vecinos como para motivarse y gestionar recursos con los(as) vecinos(as) para programas que mejoren el control de la diabetes e hipertensión arterial? 3.- ¿Qué tan integrado(a) se siente usted en el grupo de vecinos como para motivarse y promover la actividad física con los(as) vecinos(as) que les ayude a mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?
		B.9.- Unión a los grupos paralelos: <i>Se refiere a toda la gama de instituciones con los encontrados en la sociedad en general. Cuanto más completa institucionalmente esté una comunidad, en términos de negocios, iglesias, bancos y servicios sociales, más se puede ofrecer a la gente que llega y a los demás miembros ya establecidos, para aumentar la vinculación étnica y los lazos(133).</i>	<u>-Unión a los grupos paralelos:</u> <i>vínculos institucionales incluyen tanto la gente tiene relaciones con varias instituciones (por ejemplo, con el gobierno, corporaciones, etc.)(133)</i>	<u>Unión a los grupos Paralelos</u> Percepción de que tanto se siente integrado(grado de integración) a las instituciones de salud para que junto con el comité vecinal de salud mejoren el control de la diabetes e hipertensión arterial(133).	Escala de Likert Totalmente integrado, Muy integrado, Ni integrado ni desintegrado, Muy desintegrado, Totalmente desintegrado	1.- ¿El comité vecinal en el que usted participa que tan integrado se siente a las instituciones de salud que les haga sentir confianza para gestionar pláticas y los ayude a mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial? 2.- ¿El comité vecinal en el que usted participa que tan integrado se siente a las instituciones de salud que les haga sentir confianza para promover información para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial? 3.- ¿El comité vecinal en el que usted participa que tan integrado se siente a las instituciones de salud que les haga sentir confianza para realizar acciones y cumplir con las indicaciones médicas del tratamiento de la diabetes e hipertensión arterial?

**INSTRUMENTO CAPITAL SOCIAL EN SALUD CON EL CONTROL
GLUCEMICO Y PRESION ARTERIAL DEL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

CUESTIONARIO

IV. INDICADORES DE CARENCIA SOCIAL

	SI	NO
IV.1. Rezago educativo	1	2
IV.1.1.- ¿Tiene certificado de primaria?	1	2
IV.1.2.- ¿Tiene Certificado de secundaria?	1	2
IV.2. Carencia por acceso a los servicios de salud	1	2
IV.2.1.- ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito al seguro popular?	1	2
IV.2.2.- ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito al IMSS?	1	2
IV.2.3.- ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito al ISSTE?	1	2
IV.2.4.- ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito a PEMEX o Defensa marina?	1	2
IV.2.5.- ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito en alguna otra institución?	1	2
IV.2.6.- ¿Actualmente cuenta con acceso a consultorios y hospitales privados?	1	2
IV.3. Carencia por acceso a la seguridad social	1	2
IV.3.1.- ¿En su trabajo actual o en el trabajo de la persona a la que le proporcionan el seguro social, cuenta con incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad?	1	2
IV.3.2.- ¿Usted o el familiar que lo tiene inscrito al seguro social se encuentra afiliado por prestación en el trabajo?	1	2
IV.3.3.- ¿Está usted inscrito o afiliado por contratación propia?	1	2
IV.3.4.- ¿Usted o el familiar que lo tiene asegurado cuenta con pensión en caso de invalidez?	1	2
IV.3.5.- ¿Usted o el familiar que lo tiene asegurado cuenta con pensión en caso de fallecimiento?	1	2
IV.3.6.- ¿Usted o el familiar que lo tiene asegurado cuenta con SAR o AFORE?	1	2
IV.3.7.- ¿Usted cuenta con seguridad social por parte de su cónyuge?	1	2
IV.3.8.- ¿Algún hijo del jefe del hogar que pertenece a la población económicamente no activa, tiene acceso directo a la seguridad social y no es jubilado o pensionado?	1	2
IV.3.9.- ¿Algún hijo del jefe del hogar que pertenece a la población económicamente no activa, tiene acceso directo a la seguridad social y no es jubilado o pensionado y tiene más de 25 años?	1	2
IV.3.10.- ¿Es usted el padre o la madre de la persona del jefe del hogar y no es económicamente activa y el jefe tiene acceso directo a la seguridad social?	1	2
IV.3.11.- ¿Es usted el suegro del jefe de familia y no es económicamente activo y el cónyuge o el jefe de hogar tiene acceso a la seguridad social?	1	2
IV.3.12.- ¿Cuenta usted con servicios médicos de alguna institución de seguridad social por algún familiar del hogar o de otro hogar por muerte del asegurado?	1	2
IV.4. Carencia por calidad y espacio de la vivienda	SI	NO
IV.4.1.- ¿El material de la mayor parte de su vivienda es de tierra?	1	2
IV.4.2.- ¿El material de la mayor parte del piso de su vivienda es de cemento firme?	1	2
IV.4.3.- ¿El material de la mayor parte del piso de su vivienda es de madera, mosaico o recubrimiento?	1	2
IV.4.4.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de desechos?	1	2
IV.4.5.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de lámina de cartón?	1	2
IV.4.6.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de lámina metálica?	1	2
IV.4.7.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de asbesto?	1	2
IV.4.8.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de palma o paja?	1	2
IV.4.9.- ¿El material de la mayor parte de su techo es de madera o tejamanil?	1	2

IV.4.10.- ¿El material de la mayor parte de su techo es de teja?	1	2
IV.4.11.- ¿el material de la mayor parte de su vivienda es de terrado con vigería?	1	2
IV.4.12.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de concreto o viguetas con bovedilla?	1	2
IV.4.13.- ¿El material de la mayor parte de los muros o paredes de su casa son de desechos?	1	2
IV.4.14.- ¿la mayor parte de los muros de los muros de su vivienda de lámina de cartón?	1	2
IV.4.15.- ¿la mayor parte de los muros de su vivienda son de lámina de asbesto o metálico?	1	2
IV.4.16.- ¿la mayor parte de los muros de su vivienda son de carrizo bambú o palma?	1	2
IV.4.17.- ¿la mayor parte de los muros de su vivienda es de barro o bajareque?	1	2
IV.4.18.- ¿la mayor parte de los muros de su vivienda es de madera?	1	2
IV.4.19.- ¿la mayor parte de los muros de su vivienda es de adobe?	1	2
IV.4.20.- ¿la mayor parte de los muros de su vivienda es de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto?	1	2
IV.4.21.- ¿Cuántos cuartos se usan en su vivienda para dormir sin contar pasillos ni baños? Anote el número.		
IV.4.22.- ¿Cuántas personas duermen por cuarto? Anote el número		

IV.5. Carencia por acceso a los servicios a los servicios de básicos de la vivienda	SI	NO
IV.5.1.-¿su vivienda obtiene el agua de un pozo, río, lago, arroyo y otra?	1	2
IV.5.2.- ¿Su vivienda obtiene el agua de pipa?	1	2
IV.5.3.- ¿su vivienda obtiene el agua entubada que acarrear de otra vivienda?	1	2
IV.5.3.- ¿su vivienda obtiene el agua entubada de la llave pública o hidrante?	1	2
IV.5.3.- ¿su vivienda obtiene el agua entubada fuera de la vivienda, pero adentro del terreno?	1	2
IV.5.4.- ¿Usted obtiene el agua dentro de la vivienda?	1	2
IV.5.5.- ¿Su vivienda tiene drenaje?	1	2
IV.5.6.- ¿Su vivienda tiene drenaje o desagüe conectada a una tubería que va dar a un río, lago o mar?	1	2
IV.5.7.- ¿Su vivienda tiene drenaje o desagüe conectada a una tubería que va dar a una grieta o barranca?	1	2
IV.5.8.- ¿Su vivienda tiene drenaje o desagüe conectada a una fosa séptica?	1	2
IV.5.9.- ¿Su vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a la red pública?	1	2
IV.5.10.- ¿Su vivienda cuenta con luz eléctrica?	1	2
IV.5.11.- ¿Su vivienda cuenta con luz eléctrica del panel solar u otra fuente?	1	2
IV.5.12.- ¿Su vivienda cuenta con luz eléctrica de una planta particular?	1	2
IV.5.13.- ¿Su vivienda cuenta con luz eléctrica de servicio público?	1	2
IV.5.14.- ¿El combustible que más utiliza para cocinar es leña o carbón sin chimenea?	1	2
IV.5.15.- ¿El combustible que más utiliza para cocinar es leña o carbón con chimenea?	1	2
IV.5.16.- ¿El combustible que más utiliza para cocinar es gas de tanque?	1	2
IV.5.17.- ¿El combustible que más utiliza para cocinar es gas natural o de tubería?	1	2
IV.5.18.- ¿El combustible que más utiliza para cocinar es electricidad?	1	2
IV.6. Carencia por acceso a la alimentación	SI	NO
IV.6.1.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos se quedaron sin comida en el hogar?	1	2
IV.6.2.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?	1	2
IV.6.3.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos dejó de desayunar, comer o cenar?	1	2
IV.6.4.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?	1	2

IV.6.5.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que piensa que debía comer?	1	2
IV.6.6.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en una muy poca variedad de alimentos?	1	2
IV.6.7.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en una muy poca variedad de alimentos?	1	2
IV.6.8.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía comer?	1	2
IV.6.9.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad de comida servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?	1	2
IV.6.10.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos alguna vez algún menor de 18 años en su hogar se acostó con hambre?	1	2
IV.6.11.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió una vez al día o dejó de comer todo un día?	1	2

V. CUESTIONARIO CAPITAL SOCIAL EN SALUD EN EL CONTROL DE DIABETICOS E HIPERTENSOS

V. 1 Normas Generalizadas

PREGUNTAS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES SI A VECES NO	RARA VEZ	NUNCA
1.- ¿Si usted platica con sus vecinos(as) sobre la prevención de complicaciones de la diabetes e hipertensión arterial, usted les pediría a sus vecinos(as) que hicieran lo mismo con otros vecinos(as)?	5	4	3	2	1
2.- Si usted platica con sus vecinos(as) para que acudan a las citas con su médico familiar para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial, ¿esperaría que sus vecinos(as) aconsejen lo mismo a otros(as) vecinos(as)?	5	4	3	2	1
3.- ¿Usted se organizaría con sus vecinos(as) para promover comités vecinales que realizarán acciones para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1

V. 2 Armonía Social

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1.- Si usted realiza actividad física para mejorar el control de la diabetes e hipertensión en su fraccionamiento, ¿usted siente seguridad al realizarla?	5	4	3	2	1
2.- De acuerdo a su experiencia en su fraccionamiento ¿usted puede conseguir los alimentos necesarios para tener una dieta saludable?	5	4	3	2	1
3.- De acuerdo a su experiencia ¿Está usted de acuerdo que en su fraccionamiento hay espacios donde puede hacer actividad física para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1

V. 3 Sentimiento de Pertenencia

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1.- ¿Le gustaría ser miembro de un grupo de promotores de la salud que busque mejorar el control de diabetes e hipertensión a través del fomento de actividad física entre los vecinos(as) del fraccionamiento?	5	4	3	2	1
2.- ¿Le gustaría ser miembro de un grupo de promotores que junto con instituciones de salud busque mejorar el control de diabetes e hipertensión a través de actividades que ayuden al cumplimiento del tratamiento médico?	5	4	3	2	1
3.- ¿Le gustaría ser miembro de un grupo de promotores de la salud que fomente los hábitos alimenticios saludables en su fraccionamiento para mejorar el control de diabetes e hipertensión?	5	4	3	2	1

V. 4 Justicia Percibida

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1.- Si a sus vecinos(as) le agendan su cita mensualmente para control de la diabetes e hipertensión arterial, ¿usted también esperaría que le agenden su cita cada mes con su médico familiar?	1	2	3	4	5
2.- ¿Si a sus vecinos(as) con diabetes e hipertensión arterial su médico les informa cuáles son sus niveles de azúcar y presión arterial, ¿Usted también esperaría que su médico también le informará cuáles son sus niveles de azúcar y presión arterial?	5	4	3	2	1
3.- ¿Si a sus vecinos(as) con diabetes e hipertensión arterial su médico familiar les indica realizar una dieta saludable, ¿Usted esperaría que su médico familiar le indique una dieta saludable?	5	4	3	2	1

V. 5 Apoyo

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1.- ¿Usted considera que sus vecinos(as) le ayudarían al darle información que le ayude a cumplir con las indicaciones médicas de su tratamiento de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
2.- ¿Usted considera que dentro de su fraccionamiento hay vecinos(as) que lo apoyan dándole ánimos para que cumpla con las indicaciones que le da el médico y tome sus medicamentos en la cantidad y horarios adecuados, con el propósito de mejorar su control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
3.- ¿Usted considera que dentro de su fraccionamiento hay vecinos(as) que le ayudarían a surtir una receta que le dio su médico familiar en la farmacia de su unidad de medicina familiar para que mantenga el control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1

V. 6 Confianza

PREGUNTAS	MUCHO	BASTANTE	NI BASTANTE NI POCO	POCO	NADA
1.- ¿Usted confía en las recomendaciones que le da el personal de salud de las unidades de medicina familiar como las enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, etc. para mejorar el control de su diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
2.- ¿Usted confía en la información que le dan las instituciones de salud como el IMSS, ISSEA, DIF, etc. para mejorar el control de su diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
3.- ¿Usted confía en la información que le dan los médicos en las clínicas u hospitales privados para mejorar el control de su diabetes e hipertensión arterial?					

V. 7 Participación de las Organizaciones

Para iniciar esta sección se le dirá al vecino(a) que las siguientes preguntas se realizan bajo la suposición **que forma parte de un grupo de vecinos o un comité vecinal de diabéticos e hipertensos.**

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1.- ¿Considera que en el comité vecinal se toman en cuenta las opiniones de todos los vecinos(as) cuando se toman decisiones para mejorar el control de la diabetes e hipertensión de los vecinos(as)?	5	4	3	2	1
2.- ¿Considera que cuando se toman decisiones para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial en las instituciones de salud, tienen valor las opiniones de todos los vecinos(as)?	5	4	3	2	1
3.- ¿Considera usted que los vecinos(as) podrían formar grupos, junto con los comités vecinales, para que ayuden a los vecinos(as) a seguir las indicaciones de los tratamientos de la diabetes e hipertensión arterial en su fraccionamiento, para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1

V. 8 Unión de las Instituciones

PREGUNTAS	Numero	
1.a. - ¿Con cuántas instituciones de salud participa o ha participado para promover la realización de actividad física en los(as) vecinos(as) con diabetes e hipertensión con el objetivo mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?		
2.a. - ¿Con cuántas instituciones participa o ha participado para promover hábitos alimenticios saludables en los(as) vecinos(as) con el objetivo de mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?		
3.a. - ¿En cuántas instituciones de salud participa o ha participado con el fin de mejorar la adherencia o el cumplimiento de las indicaciones del tratamiento médico para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial de los(as) vecinos(as) de su fraccionamiento?		

PREGUNTAS	Numero				
	TODAS	BASTANTES	NI BASTANTES NI POCAS	POCAS	NINGUNA
1.b.- ¿Cómo calificaría la cantidad de instituciones de salud en las que usted participa o ha participado para promover la realización de actividad física en los(as) vecinos(as) con el objetivo de mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
2.b.- ¿Cómo calificaría la cantidad de instituciones en las que participa o ha participado para promover hábitos alimenticios saludables en los(as) vecinos(as) con el objetivo de mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
3.b.- ¿Cómo calificaría la cantidad de instituciones en las que participa o ha participado con el fin de mejorar la adherencia o el cumplimiento de las indicaciones del tratamiento médico para mejorar el control de la diabetes e hipertensión en los vecinos(as) de su fraccionamiento?	5	4	3	2	1

V. 9 Frecuencia de la Acción

PREGUNTAS	Numero	
1.a.- ¿Cuántas veces durante los últimos 7 días platicó con sus vecinos(as) sobre formas de promover el cumplimiento del tratamiento médico de la diabetes e hipertensión arterial?		
2.a. - ¿Cuántas veces durante los últimos 7 días se ha reunido con sus vecinos(as) para platicar como se podría promover hábitos alimenticios recomendados para personas diabéticas e hipertensas y así mejorar su control?		
3.a. - ¿Cuántas veces durante los últimos 7 días se reunió con sus vecinos(as) para compartir información acerca de la actividad física que deben realizar personas con diabetes e hipertensión y mejorar su control?		

PREGUNTAS	TOTALMENTE SUFICIENTES	MUY SUFICIENTES	NI MUCHAS NI POCAS	POCO SUFICIENTES	TOTALMENTE INSUFICIENTE
	1.b.- ¿Cómo calificaría la cantidad de veces que durante los últimos 7 días platicó con sus vecinos(as) sobre las formas de promover el cumplimiento del tratamiento médico de la diabetes e hipertensión?	5	4	3	2
2.b.- ¿Cómo calificaría la cantidad de veces que durante los últimos 7 días se reunió con sus vecinos(as) para platicar sobre formas de promover hábitos alimenticios recomendados para personas diabéticas e hipertensas y así mejorar su control?	5	4	3	2	1
3.b.- ¿Cómo calificaría la cantidad de veces que durante los últimos 7 días se reunió con sus vecinos(as) para compartir información acerca de la actividad física que deben realizar personas con diabetes e hipertensión y mejorar su control?	5	4	3	2	1

V. 10 Tamaño de las Redes

PREGUNTAS		Numero	
1.a- ¿Durante los últimos 7 días a cuántos de sus vecinos(as) les pidió ayuda para mejorar el control de su diabetes e hipertensión?			
2.a. - ¿Durante los últimos 7 días con cuántos de sus vecinos(as) ha participado para promover hábitos alimenticios saludables y que son recomendados para mejorar el control de la diabetes y la hipertensión arterial?			
3.a. - ¿Durante los últimos 7 días con cuántos vecinos(as) ha participado promoviendo información sobre actividades para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?			

PREGUNTAS	MUCHOS	SUFICIENTES	NI SUFICIENTES NI POCOS	POCOS	MUY POCOS
1.b.- ¿Cómo calificaría el número de vecinos(as) a quienes les pidió ayuda para mejorar el control de su diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
2.b.- ¿Cómo calificaría el número de vecinos(as) con quienes ha participado durante los últimos 7 días para promover hábitos alimenticios saludables que son recomendados para mejorar el control de la diabetes y la hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
3.b.- ¿Cómo calificaría el número de vecinos(as) con quienes ha participado promoviendo información sobre actividades para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial durante los últimos 7 días?	5	4	3	2	1

V. 11 Acción Colectiva

PREGUNTAS		Numero	
1.a. - ¿Cuántas veces durante los últimos 3 meses usted, junto con sus vecinos(as) se reunieron para darles información a otros vecinos(as) con el fin de mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?			
2.a. - ¿Cuántas veces durante los últimos 3 meses usted, junto con vecinos(as) se reunieron para asistir a instituciones de salud y recibir información que mejore el control de la diabetes e hipertensión arterial?			
3.a. - ¿Cuántas veces durante los últimos 3 meses, junto con sus vecinos(as), han acudido a pláticas de las instituciones de salud, que promuevan acciones para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?			

PREGUNTAS	MUCHAS VECES	SUFICIENTES VECES	NI SUFICIENTES NI POCOS	POCAS VECES	MUY POCAS VECES
1.b.- ¿Cómo calificaría el número de veces que se han reunido con sus vecinos(as) en los últimos 3 meses, para darles información a otros vecinos(as) con el fin de mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
2.b.- ¿Cómo calificaría el número de veces que se ha reunido con vecinos(as) en los últimos 3 meses, para asistir a instituciones de salud con el fin de recibir información y mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
3.b.- ¿Cómo calificaría el número de veces que junto con vecinos(as) asistió a pláticas de las instituciones de salud, que promovían acciones para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial de los(as) vecinos(as)?	5	4	3	2	1

V. 12 Grado de Ciudadanía

PREGUNTAS	Grado de Ciudadanía				
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES SI A VECES NO	RARA VEZ	NUNCA
1.- ¿Usted y sus vecinos(as) colaboran con el jefe delegacional y/o con líderes comunitarios para tramitar programas que promuevan buenos hábitos alimenticios en vecinos(as) con diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
2.- ¿Usted y sus vecinos(as) colaboran con el jefe delegacional y/o con líderes comunitarios para tramitar ante las instituciones de salud que se mejore la atención médica con el fin de que los(as) vecinos(as) estén bien controlados de su diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
3.- ¿Usted y sus vecinos(as) dialogan con el jefe delegacional y/o con líderes comunitarios sobre los problemas que tienen para mejorar el control de la diabetes y la hipertensión arterial de los(as) vecinos(as)?	5	4	3	2	1

V. 13 Diversidad

PREGUNTAS	Diversidad				
	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1.- ¿Usted y sus vecinos(as) aceptarían que grupos de diabéticos e hipertensos que se reúnen en las instituciones de salud les impartieran pláticas sobre las actividades que les han ayudado a mejorar sus hábitos alimenticios con el fin de mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
2.- ¿Usted y sus vecinos(as) aceptarían que grupos de diabéticos e hipertensos que se reúnen en instituciones les impartieran pláticas sobre las acciones que les han ayudado a realizar actividades físicas que mejoren control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
3.- ¿Usted y sus vecinos(as) aceptarían que grupos de diabéticos e hipertensos que se reúnen en las instituciones de salud les impartieran pláticas sobre las actividades que les han ayudado a cumplir con las indicaciones del tratamiento médico con el fin de mejorar control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1

V. 14 Unión a los Grupos con Recursos

Para iniciar esta sección se le dirá al vecino(a) que las siguientes preguntas se realizan bajo la suposición que forma parte de un grupo de vecinos o un comité vecinal de diabéticos e hipertensos.					
PREGUNTAS	Unión a los Grupos con Recursos				
	TOTALMENTE INTEGRADO	MUY INTEGRADO	NI INTEGRADO NI DESINTEGRADO	MUY DESINTEGRADO	TOTALMENTE DESINTEGRADO
1.- ¿Qué tan integrado(a) se siente usted en el grupo de vecinos para motivarse y transmitir información con los(as) vecinos(as) con el fin de mejorar el control de la diabetes mellitus?	5	4	3	2	1
2.- ¿Qué tan integrado(a) se siente usted en el grupo de vecinos como para motivarse y gestionar recursos con los(as) vecinos(as) para programas que mejoren el control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
3.- ¿Qué tan integrado(a) se siente usted en el grupo de vecinos como para motivarse y promover la actividad física con los(as) vecinos(as) que les ayude a mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1

V. 15 Unión a Grupos Paralelos

Para iniciar esta sección se le dirá al vecino(a) que las siguientes preguntas se realizan bajo la suposición que forma parte de un grupo de vecinos o un comité vecinal de diabéticos e hipertensos.					
PREGUNTAS	TOTALMENTE INTEGRADO	MUY INTEGRADO	NI INTEGRADO NI DESINTEGRADO	MUY DESINTEGRADO	TOTALMENTE DESINTEGRADO
1.- ¿El comité vecinal en el que usted participa que tan integrado se siente a las instituciones de salud que les haga sentir confianza para gestionar platicas y los ayude a mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
2.- ¿El comité vecinal en el que usted participa que tan integrado se siente a las instituciones de salud que les haga sentir confianza para promover información para mejorar el control de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1
3.- ¿El comité vecinal en el que usted participa que tan integrado se siente a las instituciones de salud que les haga sentir confianza para realizar acciones y cumplir con las indicaciones médicas del tratamiento de la diabetes e hipertensión arterial?	5	4	3	2	1



HOJA DE RESPUESTA
**CAPITAL SOCIAL EN SALUD CON EL CONTROL GLUCEMICO
Y PRESION ARTERIAL DEL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL**



I.- Ficha de identificación

Folio

Nombre:

Fecha de aplicación: Día Mes Año

Numero de Afiliación:

Domicilio:

Calle y Número

Colonia CP

Teléfono:

Fraccionamiento

1.- Pilar Blanco

2.- Jardines de la Asunción

3.- El Dorado

II. Características Socio demográficas

1.- Sexo del Paciente:

1. Masculino

2. Femenino

2.- Fecha de Nacimiento:

Día Mes Año

3.- Estado Civil:

1. Soltero(a)

2. Casado(a)

3. Unión libre

4. Divorciado(a)

5. Viudo(a)

6. Separado(a)

4.- Escolaridad del Paciente:

1. Analfabeta

2. Alfabeto sin escolaridad

3. Primaria

4. Secundaria

5. Bachillerato

6. Técnico

7. Profesional

8. Otro

III. Características de la Enfermedad y su Atención

1.- Unidad de Atención Médica:

2.- Número de Consultorio: 3.- Turno: 1.- Matutino 2.- Vespertino

4.- Tiempo que lleva atendándose con el mismo Medico:

Fecha en la que le Diagnosticaron:

5.- Diabetes: Mes Año

6.- Hipertensión: Mes Año

Mediciones del Paciente:

7.- Peso

8.- Talla

9.- IMC <25

18.- Circunferencia de cintura

(Mujeres < 80 cm, Hombres < 90cm)

10.- Tensión Arterial Sistólica

11.- Tensión Arterial Diastólica

≤ 130/80mmHg

Resultados de Laboratorio:

12.- Hb1Ac ≤7%

13.- Triglicéridos ≤ 150 mg/dL

14.- Colesterol Total ≤ 200 mg/dL

15.- LDL Colesterol ≤ 100 mg/dL

16.-Glucosa <130 mg/dL

IV. INDICADORES DE CARENCIA SOCIAL

IV.1. REZAGO EDUCATIVO

IV.1.1.- IV.1.2.-

IV.2. CARENCIA POR ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

IV.2.1.- IV.2.2.- IV.2.3.-
IV.2.4.- IV.2.5.- IV.2.6.-

IV.3. CARENCIA POR ACCESO A LA SEGURIDAD SOCIAL

IV.3.1.- IV.3.2.- IV.3.3.- IV.3.4.-
IV.3.5.- IV.3.6.- IV.3.7.- IV.3.8.-
IV.3.9.- IV.3.10.- IV.3.11.- IV.3.12.-

IV.4. CARENCIA POR CALIDAD Y ESPACIO DE LA VIVIENDA

IV.4.1.- IV.4.2.- IV.4.3.- IV.4.4.-
IV.4.5.- IV.4.6.- IV.4.7.- IV.4.8.-
IV.4.9.- IV.4.10.- IV.4.11.- IV.4.12.-
IV.4.13.- IV.4.14.- IV.4.15.- IV.4.16.-
IV.4.17.- IV.4.18.- IV.4.19.- IV.4.20.-
IV.4.21.- IV.4.22.-

IV.5. CARENCIA POR ACCESO A LOS SERVICIOS A LOS SERVICIOS DE BÁSICOS DE LA VIVIENDA

IV.5.1.- IV.5.2.- IV.5.3.- IV.5.3.-
IV.5.3.- IV.5.4.- IV.5.5.- IV.5.6.-
IV.5.7.- IV.5.8.- IV.5.9.- IV.5.10.-
IV.5.11.- IV.5.12.- IV.5.13.- IV.5.14.-
IV.5.15.- IV.5.16.- IV.5.17.- IV.5.18.-

IV.6. CARENCIA POR ACCESO A LA ALIMENTACIÓN

IV.6.1.- IV.6.2.- IV.6.3.- IV.6.4.-
IV.6.5.- IV.6.6.- IV.6.7.- IV.6.8.-
IV.6.9.- IV.6.10.- IV.6.11.-

V. CUESTIONARIO CAPITAL SOCIAL EN SALUD EN EL CONTROL DE DIABETICOS E HIPERTENSOS

V. 1 Normas Generalizadas

1.- 2.- 3.-
4.-

V. 2 Armonía Social

1.- 2.- 3.-

V. 3 Sentimiento de Pertenencia

1.- 2.- 3.-

4.-

V. 4 Justicia Percibida

1.- 2.- 3.-

V. 5 Apoyo

1.- 2.- 3.-

4.-

V. 6 Confianza

1.- 2.- 3.-

4.-

V. 7 Participación de las Organizaciones

1.- 2.- 3.-

V. 8 Unión de las Instituciones

1.a.- 2.a.- 3.a.-

1.b.- 2.b.- 3.b.-

V. 9 Frecuencia de la Acción

1.a.- 2.a.- 3.a.-

1.b.- 2.b.- 3.b.-

V. 10 Tamaño de las Redes

1.a.- 2.a.- 3.a.-

1.b.- 2.b.- 3.b.-

V. 11 Acción Colectiva

1.a.- 2.a.- 3.a.-

1.b.- 2.b.- 3.b.-

V. 12 Grado de Ciudadanía

1.- 2.- 3.-

V. 13 Diversidad

1.- 2.- 3.-

V. 14 Unión a los Grupos con Recursos

1.- 2.- 3.-

V. 15 Unión a Grupos Paralelos

1.- 2.- 3.-



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN**

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de servicio social "Dimensiones de capital social en salud individual y comunitario asociados al control glucémico y presión arterial del paciente con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial y su impacto potencial". Delegación Aguascalientes, hoy _____ de _____ de 2016. El trabajo tiene el número de registro R-2013-101-3.

El objetivo de este proyecto es Determinar la fuerza de asociación y el impacto potencial de las dimensiones de capital social a nivel individual y comunitario con el control glucémico y presión arterial de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, residente de los fraccionamientos Pilar Blanco o Jardines de la Asunción o el Dorado en Aguascalientes. Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar una encuesta el capital social individual y comunitario y su relación con el control de la diabetes e hipertensión. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en este proyecto, que son los siguientes:

1. Inconvenientes: Los posibles inconvenientes o molestias serán el tiempo que dedique en contestar los cuestionarios el cual se estima será de alrededor de 60 minutos y acudir a un examen de laboratorio en el que se le tomara una muestra sanguínea.
2. Beneficios: el beneficio derivado de su participación será el de contar con una evaluación laboratorial mas minuciosa de la que rutinariamente se le solicita y también se me explico que el estudio permitirá evaluar las dimensiones de Capital Social en Salud individual y comunitario asociados al control metabólico de pacientes diabéticos e hipertensos.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, así como también puedo dejar de contestar alguna pregunta de la que no quiera dar respuesta o de la tenga duda en responder.

Cualquier información que se deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial y anonimato.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autorizo que se tome la muestra.
 Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
 Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dr. Alfonso Martínez Hernández Jefe Delegacional de Servicios de Prestaciones Médicas. Tel. (449) 975 2200 Ext. 41110
Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar Tel. 4499117001, L.S.P. Carolina Quiñones Villalobos.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx o comisioneticainterno@gmail.com

Nombre y firma del participante

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene la carta de
consentimiento informado

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma