



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 23, ARAGON, D.F.**

**LA INFLUENCIA DE LAS REDES DE APOYO PARA EL APEGO EN EL
TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DIABETICOS E HIPERTENSOS EN UNA
UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. SOLIS MOTA ANABEL

MEXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**LA INFLUENCIA DE LAS REDES DE APOYO PARA EL APEGO EN EL
TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DIABETICOS E HIPERTENSOS EN UNA
UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SOLIS MOTA ANABEL

AUTORIZACIONES:

DRA. MICHELLE REMEDIOS DÍAZ VARGAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES SEDE UMF 23

DRA. . MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ASESOR DE TESIS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

DR. FRANCISCO JAVIER ANDRADE ANCIRA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 23 ARAGON

DR FELIPE REYES JIMENEZ
DIRECTOR DE LA UMF 23

**LA INFLUENCIA DE LAS REDES DE APOYO PARA EL APEGO EN EL
TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DIABETICOS E HIPERTENSOS EN UNA
UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. SOLIS MOTA ANABEL

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

Agradecimientos:

A mis profesores por su paciencia y optimismo, por haber hecho posible la realización de este trabajo.

A mis compañeras Asistentes Médicas de la UMF 40 por apoyarme en mi trabajo sin ningún interés.

A toda mi familia por apoyarme y darme ánimos desde el primer día.

ÍNDICE

Resumen	6
Introducción	7
Marco Teórico	10
Planteamiento del problema	23
Justificación	25
Objetivo	27
Hipótesis	27
Material y método	28
Resultados	33
Análisis	42
Conclusión	43
Recomendaciones	44
Referencias	45
Anexos	49

LA INFLUENCIA DE LAS REDES DE APOYO PARA EL APEGO EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Aguirre- García- M., ¹ Solís -Mota A. ²

ANTECEDENTES. El apoyo social puede favorecer la salud creando un ambiente que mejore el bienestar y la autoestima de la persona, y contribuir a amortiguar los efectos negativos de acontecimientos estresantes (enfermedad) que se producen en la vida del sujeto

.OBJETIVO GENERAL. Demostrar que las Redes de Apoyo influyeron para que el paciente diabético e hipertenso se apegue a su tratamiento

MATERIAL Y METODOS. Estudio transversal analítico de un total de 156 pacientes de una población adscrita a una unidad de medicina familiar que acudió a control de diabetes e hipertensión de más de un año de evolución a quienes previo consentimiento informado se les aplicó una entrevista estructurada que constó de varias escalas como Test de Batalla, Test de Morisky-Green, de Haynes-Sackett que determinaron el apego terapéutico del test de MOS para medir la percepción de apoyo social, salud, bienestar. Se utilizaron estadística descriptiva e inferencial X^2 .

RESULTADOS. Predominaron en el 67% mujeres, ocupación ama de casa en el 45.7%, estado civil casadas en el 58.4% y nivel escolar primaria en el 58.8%. En el apego al tratamiento el 78.7% lo llevaron a cabo. Respecto al test de MOS, la red de apoyo que se percibió predominantemente fue en el 51.3% con los amigos. De acuerdo al tipo de apoyo refirieron en el 76.8% apoyo afectivo, en el 72.7% apoyo material o instrumental y en el 73.8% red de ocio o distracción. En relación del apoyo social y el apego terapéutico tuvieron similitudes la percepción del apoyo en ambos grupos de apego y no apego en el 77.1%

CONCLUSIONES Aunque el apoyo familiar es percibido como importante para la adherencia terapéutica no fue un factor determinante en el estudio por lo que se sugiere ampliar el tamaño de la muestra, indagar más cualitativamente sobre el apoyo con énfasis en el familiar, y buscar otras variables tanto familiares como individuales que interfieran en el mismo..

PALABRAS CLAVE. Apego al tratamiento, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Redes de apoyo

1. Asesor Titular de Tesis, 2 Médico Residente de Curso Semipresencial de Especialización en Medicina familiar

INTRODUCCION:

Las enfermedades crónicas (EC) son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Su emergencia como problema de salud pública fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población. Los determinantes de la epidemia de EC tuvieron su origen en el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional.(1)

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular con una mayor prevalencia entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que en población no diabética. Más del 50% de pacientes con Diabetes Mellitus (DM) llegan a ser hipertensos, mientras que los hipertensos son propensos a desarrollar DM2.

El control de las cifras tensionales ha demostrado mejorar el pronóstico en pacientes con DM y HTA. Sin embargo, un obstáculo para conseguir un adecuado grado de control de ambos procesos lo constituye el incumplimiento farmacológico, que, en patología crónica cardiovascular (HTA, dislipidemias, DM) oscila entre el 40%-60% y el no farmacológico entre el 70% y el 95%. A pesar de esta elevada prevalencia, la detección del incumplimiento es muy difícil, no siendo del todo fiables ni las afirmaciones de los pacientes ni la opinión del médico por muy experimentado que sea (2).

Las EC son un grupo heterogéneo de padecimientos que contribuye a la mortalidad mediante un pequeño número de desenlaces (diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular cerebral). Los decesos son consecuencia de un proceso iniciado décadas antes. La evolución natural de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares puede modificarse con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia. Entre ellas se encuentran el sobrepeso y la obesidad, las concentraciones anormales de los lípidos sanguíneos, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada y el síndrome metabólico. Esta característica introduce oportunidades para la prevención, el desarrollo de herramientas pronósticas y la creación de modelos fármaco-económicos. Por ejemplo, al conocer las modificaciones de la prevalencia nacional de estas anomalías es posible pronosticar el daño de las EC y evaluar el efecto de las acciones preventivas. En consecuencia, la evolución natural de las EC permite la institución de programas

preventivos dirigidos a diferentes estratos de la población, con resultados cuantificables a mediano y largo plazo. El porcentaje de la población con un peso mayor al deseable (índice de masa corporal [IMC] $>25 \text{ kg/m}^2$) aumentó 13% en el periodo de 1994 a 2000 y el cambio fue mayor (33.5%) entre los años 2000 y 2006. La misma tendencia creciente se observó en la prevalencia del "síndrome metabólico", concepto que identifica los casos con mayor riesgo de desarrollar diabetes o enfermedad cardiovascular a mediano plazo. El porcentaje de los adultos con síndrome metabólico (definido por los criterios del Programa Nacional de Educación en Colesterol) se incrementó 27.8% entre 1994 y 2000 y 39.7% de los casos correspondió a menores de 40 años. Los datos sugieren que la contribución a la mortalidad de las EC aumentará a mediano plazo

Una derivación intermedia en la evolución natural de las EC es la diabetes de tipo 2, cuya atención es uno de los mayores retos del sistema de salud. La diabetes cambió de ser una enfermedad poco frecuente en México en los años 50's para convertirse, a partir del año 2000, en el principal problema de salud. La diabetes es la primera causa de muerte en las mujeres y la segunda en los hombres. El porcentaje de adultos con diabetes (diagnóstico previo establecido por un médico) creció 25% entre cada encuesta nacional (de 4 a 5.8% en el periodo de 1994 a 2000 y de 5.8 a 7% entre 2000 y 2006). Se ha proyectado que existirán 11.7 millones de mexicanos con diabetes en 2025.(3)(4)(5) La diabetes de tipo 2 es una de las principales causas de incapacidad prematura, ceguera, insuficiencia renal terminal y amputaciones no traumáticas. Es una de las 10 causas más frecuentes de hospitalización en adultos.(6)(7)

El último eslabón de la cadena se evalúa por el efecto de las EC sobre la mortalidad. El porcentaje de la mortalidad explicado por los desenlaces relacionados con las EC ha mostrado un crecimiento continuo. En sólo cuatro años (de 2000 a 2004), la proporción de la mortalidad general explicada por la diabetes y las enfermedades cardiovasculares se elevó de 24.9 a 28.7% en los hombres y de 33.7 a 37.8% en las mujeres. Como consecuencia, desde 2000 la cardiopatía isquémica y la diabetes son las dos causas de muerte más frecuentes en México.

Hay que tomar en cuenta que, "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades. La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social (Carta Fundacional de la OMS, 1948)

Es así como aspectos relativos al grado de integración o aislamiento en relación al medio social que rodea al individuo, ha motivado el desarrollo de teorías e investigaciones asociándolos a determinados problemas de salud (8).

Podemos definir múltiples factores condicionantes del cumplimiento terapéutico como los factores propios del paciente, del tratamiento, de la propia enfermedad, así como factores ligados a la relación médico paciente.

Los métodos que estudian el cumplimiento se dividen en directos e indirectos. Sin embargo, podríamos decir que en la actualidad no se dispone de ningún método que por sí sólo permita valorar todos los aspectos del cumplimiento. Los más utilizados en Atención Primaria (AP) son los métodos indirectos, ya que resultan sencillos y económicos, pero tienen el inconveniente de no ser objetivos, porque la información obtenida es proporcionada por los enfermos, familiares o el personal sanitario. Entre estos podríamos citar: juicio clínico del médico, asistencia a citas previas, valoración de la terapéutica alcanzada, valoración de los efectos secundarios, recuento de comprimidos, monitores electrónicos de medicación, métodos de cumplimiento auto-comunicado y conocimiento de la enfermedad por parte del enfermo

La OMS plantea cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica. Además de los factores relacionados con el tratamiento, con la enfermedad y con el paciente, los cuales aparecen de manera reiterada en la literatura anteriormente referida, se incluye y destaca, la influencia de factores socioeconómicos y los relacionados con el sistema o el equipo que presta los servicios de salud. Señala que si bien, el nivel socioeconómico, no se detecta como un factor de predicción de la adherencia terapéutica, se atribuye un efecto considerable a cuestiones como la pobreza, el analfabetismo y el desempleo. En relación con el sistema de asistencia sanitaria, apuntan las consecuencias de servicios de salud poco desarrollados, deficiencias en la distribución de medicamentos, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento y para lograr el apoyo de la comunidad (9).

MARCO TEORICO

Redes sociales, soporte social y salud:

Uno de los recursos derivados de las relaciones sociales y de relevante importancia en contextos relacionados con los procesos de salud - enfermedad, es el apoyo social (*social support*).

Desde el punto de vista de la Salud, cuando los profesionales utilizan o hacen referencia a la red social, se centran en los vínculos sociales con los que cuenta un individuo.

A través del análisis de la red social, se persigue abarcar una amplia gama de las relaciones sociales prestando atención a múltiples aspectos y efectos de esas relaciones, además de proporcionar un método para describir los caracteres estructurales de los vínculos sociales y analizar los distintos patrones de interacción. Desde el enfoque funcional de las redes sociales, el apoyo social se ha considerado como una función relacionada con el funcionamiento psicológico de los individuos, que es vehiculizada en el interior del marco estructural de la red

En nuestro contexto actual y desde la Salud Pública conceptos como la *prevención, promoción y rehabilitación* de la salud, sitúan en un lugar privilegiado a las personas, familias y a la propia comunidad como recursos naturales/informales disponibles que garantizan la continuidad de los servicios profesionales en salud.

Paralelamente, en los últimos años se han implantado grupos organizados de personas como los grupos de autoayuda cuyo papel principal es el de facilitar estrategias adaptativas frente a la enfermedad. Además en determinados periodos del ciclo vital como la ancianidad, la relación entre los individuos y los grupos sociales a los que pertenecen, permiten movilizar recursos psicológicos y materiales frente a situaciones indeseables como la incapacidad, soledad y/o enfermedad.

Desde el punto de vista de la intervención comunitaria en Salud, es necesario conocer la estructura social y los diferentes niveles de intervención comunitaria con el objetivo de potenciar, crear o complementar recursos que proporcionen apoyo social tanto a nivel individual-familiar como colectivo.

La Diabetes Mellitus como la Hipertensión arterial sistémica que entran dentro del rubro de enfermedades crónicas es de las patologías más característica de nuestros días. Cada vez es mayor la prevalencia de estas enfermedades así como son el cáncer, trastornos cardiovasculares, dislipidemia, etc. que están relacionadas con hábitos inadecuados de comportamiento (10,11).

El tratamiento eficaz de los casos afectados es la alternativa que ofrece la mayor factibilidad para reducir a corto plazo las consecuencias de las EC. Sin embargo, la atención de las EC es costosa, tardía y poco satisfactoria en muchos casos. El control de la diabetes lo ejemplifica. En los pacientes con diabetes estudiados en la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000), la diferencia de la concentración de glucosa entre los casos tratados y aquellos identificados durante la encuesta fue sólo de 35 mg/dl (196 ± 98 contra 231 ± 115 mg/dl, respectivamente). La falta de efectividad del tratamiento se explica por factores atribuibles al sistema de salud, al médico y al paciente. Existen diversas guías terapéuticas, si bien pocos médicos las conocen y las aplican. La complejidad de la enfermedad contribuye a la falta de eficacia terapéutica. La normalización de las concentraciones de colesterol, triglicéridos, colesterol-HDL y presión arterial y el uso regular de dosis bajas de ácido acetilsalicílico son parte indispensable del tratamiento. A ello hay que agregar la suspensión del tabaquismo y la corrección del exceso de peso. Como resultado, un elevado porcentaje de los casos requiere múltiples fármacos. Los montos resultantes del tratamiento son altos y su eficacia para prevenir las complicaciones crónicas es insuficiente.

La DMT2 se ha constituido en los últimos años en un problema prioritario de salud, que deriva no solamente en el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen, con la consecuente pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial debido a la incapacidad y la muerte., sino también en la demanda y el consumo de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios, por lo que los costos del tratamiento son altos para la economía de las instituciones del sistema nacional de salud, (12,13) si se tiene en cuenta que en México en el 2000 la DMT2 constituyó una de las principales causas de defunciones y egreso hospitalario. (14)

La diabetes costó 15118 millones de dólares al país durante 2000. El costo directo de su tratamiento fue de 1974 millones de dólares. Se emplearon 1108 millones en el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las complicaciones. Sin embargo, el mayor porcentaje del presupuesto se destinó al pago de las complicaciones crónicas o los costos indirectos debidos a la incapacidad prematura y la mortalidad. Estos datos demuestran que la inversión efectuada en el tratamiento no ha sido eficaz.

Es evidente que se requiere una conducta distinta a la vigente para confrontar el reto que representa la diabetes. La misma conclusión puede aplicarse a la atención de la hipertensión arterial y las dislipidemias.

Estos enfermos sufren un quiebro importante en su estado de salud, una de las variables esenciales de su calidad de vida y una vez diagnosticados como enfermos crónicos, éstos necesitan, como ya se ha mencionado, hacer un importante cambio en su estilo de vida; están obligados a seguir un régimen farmacológico estricto, ingiriendo varias tomas de medicación al día o incluso inyectándose insulina a diario como en el caso de los diabéticos. Además, la alimentación adquiere una gran importancia para mantener una buena calidad de vida y prevenir complicaciones provenientes de la malnutrición en estos pacientes. Por último, estas recomendaciones médicas pueden ir acompañadas de un plan de ejercicio físico diario al que el enfermo tendrá que dedicar parte de su tiempo. Por estos motivos, el seguimiento de las prescripciones terapéuticas es fundamental para el bienestar de las personas que padecen enfermedades crónicas. Sin embargo, no todas las personas diagnosticadas como enfermos crónicos siguen de forma sistemática las recomendaciones médicas para mantener un adecuado nivel de vida.

La adherencia al tratamiento puede ser definida como la coincidencia entre el comportamiento de una persona (tomar la medicación, seguir una dieta, realizar cambios en su estilo de vida, etc.) y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido de un profesional. Este concepto hace referencia a una gran diversidad de conductas, entre las cuales, se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con los profesionales de la salud, etc.

En el caso específico de la adherencia en pacientes crónicos, es evidente que se trata de un problema de importante repercusión social. Su interés se justifica por las consecuencias negativas que el incumplimiento terapéutico está ocasionando no sólo en los propios afectados, con el consiguiente agravamiento de sus enfermedades –en la práctica diaria entre un 30 y un 50% de los pacientes diagnosticados como enfermos crónicos no siguen las recomendaciones dictadas por los profesionales sanitarios, sino también, para sus familias, los médicos que les atienden y, en general, para el propio sistema de cuidado de salud

Adherencia Terapéutica

La adherencia terapéutica se considera el concepto más adecuado, dentro de los propuestos hasta el momento, para describir la respuesta positiva del paciente a la prescripción realizada por el facultativo, dado el sentido psicológico que este entraña. Se define como “una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.

El concepto de adherencia hace referencia a una gran diversidad de conductas, las que transitan desde formar parte en un programa de tratamiento y continuar con él, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, y acudir a las citas con los profesionales de salud.

La adherencia y sus problemas pueden ocurrir por ausencia, exceso o defecto en el seguimiento de la recomendación. Pueden suceder en cualquier momento – antes, al inicio, durante o al finalizar la recomendación– incluso la persona puede adherirse a ciertos aspectos de la prescripción, pero no a todos; o en algunos momentos o circunstancias, pero no en otros.

Este no es un fenómeno unitario, sino múltiple y complejo por los numerosos factores implicados como determinantes de la conducta de cumplimiento, entre los que se incluyen los aspectos psicosociales del paciente.

Dentro de ellos se reconocen las creencias del paciente asociadas a la percepción de amenaza a la salud ocasionadas por una enfermedad, la estimación del riesgo a enfermarse, la representación mental acerca de su enfermedad, sus expectativas, la motivación por su salud, los conocimientos acerca de la enfermedad, los afrontamientos y el apoyo social, entre otros.

Autores dedicados al estudio de los afrontamientos en enfermedades crónicas, apuntan que los factores que intervienen en la eficacia de los afrontamientos son: la diversidad y flexibilidad de las estrategias de cada sujeto, el nivel cultural e intelectual en general, las características personales (resistencia personal, autoestima), las características propias de la enfermedad, así como su valoración social y el apoyo social. La adherencia al tratamiento puede considerarse una forma de afrontamiento a la enfermedad, en tanto el paciente active recursos personales en función de minimizar los efectos del padecimiento.

La adherencia al tratamiento se ha intentado explicar desde características de personalidad y variables socio demográficas, desde modelos operantes y modelos socio cognitivos como el Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS) y la Teoría de la Acción Razonada (TAR), pero todos ellos parecen insuficientes.

La tendencia actualmente es explicar la adherencia a través de una serie de variables implicadas .Haynes llegó a citar más de doscientas variables que podían relacionarse con la adherencia. Después de revisar la literatura existente sobre el tema con detenimiento, he establecido siete grandes grupos:

1. Las creencias del paciente;
2. El tipo de enfermedad;
3. El tratamiento farmacológico (15);
4. La relación entre el paciente y los profesionales de la salud;
5. La información;
6. El apoyo social; y
7. Las variables de la Organización. (15, 16).

Ahora bien, con el objetivo de lograr una reducción en los niveles de morbilidad y mortalidad asociados con DM2, tanto organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud) como nacionales (Secretaría de Salud), han insistido en la importancia de promover estilos de vida más saludables (actividad física y dieta equilibrada) y de mejorar la calidad de vida de los pacientes y en particular de aquellos que han sufrido complicaciones. Es en este interés que el apoyo social (AS) desempeña una importante función.

El AS ha sido reconocido en numerosos estudios debido a que produce un efecto protector en la salud; la presencia e interacción con otras personas es capaz de reducir los efectos negativos del estrés . A través del AS se construyen vínculos compensatorios como factores protectores de los efectos negativos de los estresores sociales

El AS es un concepto multidimensional. con el fin de incluir todas sus dimensiones, el término ha sido definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas. Se ha sugerido que deben distinguirse dimensiones como dirección (recibido o provisto), disposición (disponible o ejecutado), forma de medición (descrito o evaluado), contenido (emocional, instrumental, informativo, evaluativo), y red social donde se encuentra (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, comunidad, y otros). Otros han sugerido que la definición y operacionalización del concepto de apoyo social debe contemplar tres grandes dimensiones: a) *Grado de integración social*: los análisis de redes sociales constituyen el abordaje predominante para explorar esta categoría. b) *Apoyo social percibido*: es decir, la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita. Si bien existe el riesgo de incurrir en confusión operacional entre el apoyo social y sus efectos, algunos autores han argumentado que es posible distinguir esta dimensión operativamente.

c) *Apoyo social provisto*: esto es, acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado.

House y col. han señalado que el concepto de apoyo social incluye dos diferentes estructuras de relaciones sociales, y tres tipos de *procesos sociales*. Los elementos *estructurales* son: a) el grado de integración/aislamiento, esto es la existencia y cantidad de relaciones sociales; y b) la estructura de la red social, esto es, las propiedades estructurales (densidad, reciprocidad, multiplicidad y otras), que caracteriza a un conjunto de relaciones sociales dado. Los tres procesos identificados son: a) el control social, esto es, la cualidad reguladora y/o controladora de las relaciones sociales; b) las demandas y conflictos relacionales, que se refiere a los aspectos negativos y conflictivos del apoyo social; c) el apoyo social en sí mismo, que se refiere a la asistencia emocional o instrumental de las relaciones sociales.

Finalmente, Vaux señala que el apoyo social como tal no es medible, pero identifica varios conceptos relacionados con el apoyo social que a su parecer sí se pueden medir, a saber: a) recursos de la red social de apoyo (conjunto de personas que rutinariamente asisten a un individuo en caso de necesidad); b) conductas de apoyo (actos específicos de apoyo); c) valoración del apoyo (evaluación subjetiva respecto a la cantidad y contenido de los recursos de apoyo

disponibles); d) orientación del apoyo (percepción sobre la utilidad y los riesgos de buscar y encontrar ayuda en una red social

El apoyo social puede favorecer la salud creando un ambiente que mejore el bienestar y la autoestima de la persona, y contribuir a amortiguar los efectos negativos de acontecimientos estresantes (enfermedad) que se producen en la vida del sujeto. Saber que se tiene acceso a personas competentes y que ofrecerán ayuda en el momento preciso, deviene elemento facilitador importante de la salud humana. Este apoyo puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, pues anima al paciente a mantener el régimen médico y ejecutar acciones para volver a la vida normal, y ayuda a proporcionarle un contraste entre la buena salud de los otros y la suya, que contribuya a motivarlo para poner en práctica la recomendación.

Un ejemplo claro de como se puede relacionar diferentes áreas del ámbito que rodea a los pacientes diabéticos y/o hipertenso es la llamada Declaración de Acapulco, una estrategia para la prevención de la diabetes y que es aplicable a la población general y las propias de población en riesgo. Las acciones dirigidas a la población general sólo pueden ser llevadas a la práctica con la intervención de entidades gubernamentales y con el consenso de la sociedad. Las modificaciones requeridas para la población en riesgo requieren de cambios en los servicios de salud, de entrenamiento del médico de primer contacto y de la educación de la población. Por ello, se requiere un esfuerzo conjunto de la comunidad médica, del gobierno y de la sociedad para confrontar la epidemia de diabetes.

Los miembros del Departamento de Endocrinología y Metabolismo del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán revisaron los métodos y resultados de los programas preventivos reportados en la literatura. (16,17,18,)

Éstos han sido evaluados en niños, sujetos en riesgo y en población general. Se seleccionaron los reportes publicados en revistas indexadas; las maniobras que se consideraron factibles en nuestro país fueron incluidas en un documento.

El manuscrito describe iniciativas a realizar en escuelas, sitios de trabajo, servicios de salud y en el gobierno. Es un exhorto a la sociedad a tomar una actitud proactiva en la prevención de la diabetes.

El documento fue sometido a la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, donde un grupo de reconocidos expertos lo revisó y recomendó su aprobación. La Sociedad presentó el documento a Sociedades e Instituciones reconocidas en México. El contenido del manuscrito fue presentado en la reunión anual de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología realizada en Acapulco en diciembre del 2004. Por ello, se le denominó como la "Declaración de Acapulco".

Contenido De La "Declaración De Acapulco"

Las acciones propuestas se estratifican en aplicables a los sujetos en alto riesgo de tener diabetes y a la población general.

Estrategias aplicables a sujetos en riesgo

Se consideran sujetos de alto riesgo a los pacientes con alguna de las siguientes condiciones:

- Familiares de primer grado de personas con diabetes.
- Exceso de peso (índice de masa corporal ≥ 25 kg/ m² en adultos o por arriba de la percentil 85 en niños)
- Intolerancia a la glucosa o glucosa anormal de ayuno.
- Hipertensión arterial ($\geq 140/90$ mm Hg).
- Colesterol–HDL ≤ 35 mg/dL y/o triglicéridos ≥ 150 mg/dL.
- Mujeres con historia de diabetes gestacional, complicaciones ginecoobstétricas o haber tenido un producto al nacer con peso mayor de 4 kg.
- Hiperuricemia.
- Síndrome de ovarios poliquísticos en mujeres con IMC ≥ 25 kg/m².
- Cardiopatía isquémica.
- Insuficiencia arterial de miembros inferiores o cerebrales.

Las acciones a realizar son: 1. Identificación:

- Los médicos que laboran en servicios de consulta externa de instituciones de primer y segundo niveles deberán ser capacitados para detectar por sistema estos casos.
- Las acciones se complementan con campañas de divulgación y detección, en las escuelas, de niños y adolescentes obesos.

2. Tratamiento:

- En todos los centros de atención primaria deberá existir personal capacitado para prescribir adecuadamente un programa de alimentación y de actividad física.
- Todos los médicos de primer contacto deberán certificarse como capaces para prescribir un programa de alimentación y ejercicio.
- En los hospitales donde se atiendan mujeres con diabetes gestacional deberá existir una infraestructura que asegure que, antes de terminar el embarazo, la mujer reciba la información adecuada para modificar su alimentación y estilo de vida a largo plazo.
- El tratamiento de la obesidad en sujetos con alto riesgo para el desarrollo de diabetes dejará de ser considerado como un tratamiento estético y deberá ser cubierto por las aseguradoras.
- Se pugna por crear estímulos fiscales que favorezcan el inicio y mantenimiento de actividades deportivas y la atención médica de estos casos. Además, se deberán modificar las leyes para garantizar que los sujetos identificados no sean excluidos de alguno de sus derechos.

Estrategias para población general

1. Acciones en el ámbito escolar.

a. Modificación de los programas educativos.

- Se propone incorporar, desde el primer año de primaria, información para que el niño sepa seleccionar sus alimentos, el ejercicio y las consecuencias a largo plazo del sobrepeso.

b. Creación de redes de salud escolar. Sus acciones incluyen:

- Cambios en los reglamentos escolares:
 - Certificación del profesor de educación física.
 - Evaluación externa de las clases de educación física.
 - Accesibilidad de las instalaciones deportivas escolares aun después del término del horario de clases.

- Prohibición del empleo del ejercicio como método de castigo.

- Incorporación de acciones que aumenten la cultura alimentaria (como el establecimiento de al menos dos clases de 30 minutos por semana sobre hábitos de alimentación en todos los grados escolares).

- Regulación de la calidad de los alimentos distribuidos en las escuelas.

- Prohibición de la distribución de alimentos con mínimo valor nutricional en sus instalaciones. Se definen como alimentos de mínimo valor nutricional como aquellos que aporten menos de 5% por ración de los requerimientos mínimos diarios de proteína, vitamina A, vitamina C o hierro.

- Implementación de programas de educación para la salud.

- Los profesores deberán recibir cursos de capacitación en promoción de la salud.

- Implementación de talleres en que se discute la conducta alimentaria y el ejercicio.

- Aumentar la actividad física de los educandos.

- Los alumnos deberán participar en clases de educación física por al menos 150 minutos a la semana divididos en al menos tres días.

- Instrucción sobre hábitos de alimentación.

- La escuela deberá contar con un sitio donde se vendan o distribuyan alimentos que permitan tener una alimentación balanceada.

- Entre los alimentos disponibles para la venta deberá incluirse por lo menos dos tipos de fruta y de verdura diariamente y cinco alimentos a la semana que incluyan pan integral, leguminosas o cereales. La leche que se distribuya debe ser baja en grasa.

- Las máquinas de autoservicio no deberán contener alimentos con mínimo valor nutricional y deberán incluir alimentos basados en frutas, verduras, cereales, leguminosas o lácteos bajos en grasas.

- Incorporación de profesionales de la salud y la familia en el proceso educativo.

- En caso de que la escuela cuente con una enfermera o médico, éstos deberán participar en las redes de salud.

2. Acciones en el ámbito laboral.

- Los centros de trabajo deberán de contar con anuncios que difundan los mensajes de salud.
- Los comedores deberán de seguir las normas descritas en párrafos previos para los comedores escolares.
- Se debe estimular la construcción de rampas y/o escaleras para sustituir el uso de elevadores. Su construcción puede ser apoyada con estímulos fiscales. Lo mismo será aplicable para la creación de gimnasios y canchas deportivas.

3. Acciones en la regulación de la industria alimentaria.

- Se propone la incorporación de etiquetas que identifiquen alimentos con alto contenido de grasas o calorías. Se definirá como un alimento con contenido alto en grasas aquel que tenga más de 30% de su contenido calórico en forma de grasa. Se definirá como alimento con contenido alto en calorías como aquel que aporte 300 calorías o más por ración.
- Los alimentos con mínimo valor nutricional (definidos como aquellos que aporten menos de 5% por ración de los requerimientos mínimos diarios de proteína, vitamina A, vitamina C o hierro) deberán ser identificables con etiquetas claramente visibles.
- Todos los restaurantes deberán contener al menos dos opciones de platillos con verduras como entrada en la comida principal. Los platillos que tengan más de 800 calorías deberán ser identificados en el menú. Los alimentos bajos en calorías también deberán ser identificados en el menú. La mantequilla, el pan y la sal estarán disponibles sólo a solicitud del comensal.

4. Acciones en los medios masivos de comunicación.

- Prohibición de anuncios en medios masivos de comunicación (radio y televisión) de productos con mínimo valor nutricional en el horario entre 2 y 9 pm.
- Marcas de alimentos con contenido alto de calorías o grasas no deben patrocinar actividades públicas relacionadas con la diversión de niños o adolescentes o eventos deportivo.

5. Acciones en la preparación del personal médico.

- Modificación de los programas curriculares de las carreras de Médico cirujano y

Lic. en enfermería para incluir la capacitación suficiente para que estos profesionales de la salud sean capaces de evaluar y modificar la dieta y la actividad física de un paciente.

- Inclusión en los programas académicos de las licenciaturas en trabajo social, administración, profesor de primaria, economía y comunicación de los conocimientos en salud suficientes para la difusión y aplicación de un estilo de vida saludable.

- Inclusión en los programas académicos de las licenciaturas en ingeniería industrial, ingeniería de alimentos de materias que despierten el interés para el diseño de alimentos saludables e instrumentos que permitan el aumento de la actividad física (ej. Juguete

6. Acciones en el ámbito fiscal.

- Estímulos fiscales deberán facilitar la producción, distribución, venta y consumo de verduras, frutas, leguminosas, alimentos ricos en fibra, cereales, quesos bajos en grasas, carnes magras. Lo mismo será aplicable para estimular la realización de actividades físicas. Los estímulos fiscales se aplicarán a escuelas de natación, gimnasios, deportivos, equipo o ropa deportivos.

- Restricciones fiscales deberán ser analizadas para los productores de alimentos de mínimo valor nutricional, alimentos ricos en grasas o calorías, juegos de video.(18)

Así de importante debe ser la prevención y el control de las enfermedades crónicas y degenerativas. Su crecimiento y letalidad lo justifican. El efecto social de estas anomalías será creciente, ya que afectan a individuos en edades productivas y representan costos elevados para el sector salud. Como resultado, contribuyen a la acentuación de la pobreza. (19, 20,21)

Es un exhorto a la sociedad mexicana para detener la epidemia creciente de diabetes. El documento resume acciones plausibles que potencialmente resultan en un estilo de vida saludable. La creación de una cultura alimentaria en la infancia, el aumento de la actividad física de la población, el entrenamiento del médico de primer contacto y la adecuación de los programas de las facultades de Medicina son elementos centrales de la propuesta. Las acciones pueden ser realizadas a bajo costo; el convencimiento de los individuos y la voluntad política son requeridos para el éxito

Por lo anterior, los objetivos de tales medidas son la prevención de nuevos casos y la disminución de la incidencia de las complicaciones en los casos afectados. La suma de ambas medidas permitirá obtener beneficios a corto, mediano y largo plazo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Las enfermedades crónico degenerativas como la Diabetes Mellitus como la hipertension arterial sistémica están consideradas como uno de los problemas principales de Salud Pública a nivel mundial. Existen 285 millones de personas con Diabetes Mellitus en todo el mundo, la prevalencia en el 2010 fue de 6.6% y se espera aumenta a 7.8% para el 2030.

La adherencia al tratamiento en enfermedades crónico degenerativas en los países desarrollados fluctúa alrededor del 50%, sin embargo en los países en vías de desarrollo el índice de adherencia es aún menor , tanto por la capacidad para adquirir medicamentos como para recibir atención médica.

El estudio CODE-2 (Costo de la diabetes en Europa tipo 2) halló que en Europa solo el 28% de los pacientes diabeticos logra un buen control glucemico; en Estados Unidos sólo el 2% de los adultos con diabetes cumple con la totalidad de las medidas recomendadas en un tratamiento integral, no solo farmacológico..(28) En estudios realizados en Estados Unidos con población de diabéticos usuarios de servicios de salud financiados por Medicaid se han encontrado tasas de adherencia al tratamiento del 70% siendo prevalentes las omisiones de dosis como la principal forma de no adherencia. Los factores que se han asociado con mayor fuerza a este desapego son la complejidad del tratamiento, la duración de la enfermedad y el tipo de atención médica recibida.

En México, la Diabetes como la Hipertensión constituyen una de las primeras causas de de morbi-mortalidad con importantes repercusiones economicas y sociales. En el 2002 , en el IMSS se implementaron programas con un enfoque participativo dirigido a los médicos familiares en relación con los 6 principales motivos de consulta externa en UMF, entre ellas figura la Diabetes Mellitus junto con la Hipertensión Arterial e Infecciones respiratorias agudas pues se calcula que solo el 21% de los médicos mexicanos otorgan atención apropiada a pacientes con este tipo de padecimientos.

La incidencia de estas patologías van en aumento y el diagnostico se está presentando en edades mas tempranas y en ocasiones el tratamiento no es el adecuado. Con base a la Encuesta Nacional de Salud del año 2000, de los sujetos con previo diagnostico de Diabetes , el 85 % recibía tratamiento, de éstos sólo el 6% recibía insulina , el 21% seguían adecuadamente el plan alimenticio y sólo el 6% mencionaron hacer ejercicio.

Así pues, la falta de apego del diabético e hipertenso representa costos económicos altos, ya que se calcula que más del 10% de los ingresos hospitalarios son por complicaciones asociadas en los casos de diabéticos descontrolados, sumado al costo de los fármacos no consumidos. Estas cifras, reflejan la necesidad de estudiar el grado de apego que presentan los pacientes así como la necesidad de profundizar sobre los factores asociados al mismo apego con el fin de detectar los puntos clave para los procesos de atención médica y la realización de programas de educación para la salud.(29,30)

Los servicios de salud enfrentan un gran reto que es lograr el apego al tratamiento y la total adherencia a las medidas integradas para el cuidado de la salud del paciente. Para ello, se requiere estudiar los factores sociales, culturales entre otros que se han identificado relacionados con la falta de apego.

El apoyo social puede favorecer la salud creando un ambiente que mejore el bienestar y la autoestima de la persona, y contribuir a amortiguar los efectos negativos de acontecimientos estresantes como es la enfermedad.. Saber que se tiene acceso a personas competentes y que ofrecerán ayuda en el momento preciso, son elemento facilitador importante de la salud humana. Este apoyo puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, pues anima al paciente a mantener el régimen médico y ejecutar acciones para volver a la vida normal, y ayuda a proporcionarle un contraste entre la buena salud de los otros y la suya, que contribuya a motivarlo para poner en práctica la recomendación.

Por lo anterior nos preguntamos

¿Cuál es la influencia que tienen las redes de apoyo para que los pacientes diabéticos e hipertensos se apeguen al tratamiento médico indicado?

JUSTIFICACION:

Las enfermedades crónicas, su impacto y tratamiento generalmente se han evaluado en términos de morbilidad y mortalidad; sin embargo, en los últimos años se ha despertado el interés de los clínicos e investigadores por evaluar la calidad de vida de las personas y el entorno que lo rodea, debido a que esta es una importante variable de resultados en las intervenciones del cuidado de la salud

La Diabetes Mellitus (DM) como la hipertensión arterial sistémica (HAS)) son padecimiento degenerativos crónicas más frecuentes de la población que podría afectar la calidad de vida de quienes la padecen; según estadísticas es un problema que abarca entre el 2 y el 5% de la población mundial. Además, se cree que en Latinoamérica la prevalencia de la DM aumentará en un 25% en los próximos 20 años.

A nivel mundial la Diabetes es responsable de una de cada 20 muertes y de la mitad de los casos de hipertensión. La atención de estas enfermedades cuesta a los sistemas de salud hasta el 15% del total de sus recursos, además de los costos derivados de las consecuencias en pérdida de productividad y competitividad ya que este padecimiento se presenta en la población en edad productiva, lo que hace a estas pérdidas considerables..

En México en 1922, el 11.8% de las defunciones correspondieron a enfermedades crónico degenerativas; en 1992, llegaron al 55%. Fue en la década de los años 70 cuando este incremento se hace más notable.

Entre las enfermedades crónicas degenerativas la DM2 muestra el ascenso más importante en los últimos años; en 1922 se registraron 368 defunciones por esta causa; en 1992, se observaron más de 29,000 fallecimientos y ocupó el 4° lugar de mortalidad. En 1998, se registraron 41,832 defunciones y en 2000, alrededor de 582 826 personas murieron por diabetes tipo 2 y ocupó el 3er. lugar como causa de muerte

Durante 2001, existían aproximadamente 5 millones de personas con esta enfermedad. La mayor parte muere antes de los 60 años o presentan alguna discapacidad antes de esa edad. Por muertes prematuras se pierden 264 mil años de vida saludable (AVISA) después de los 45 años y, por discapacidad se pierden 171 mil.

Los pacientes diabéticos en México viven en promedio 20 años con la enfermedad; este padecimiento se presenta entre los 35 y 40 años. Anualmente se registran alrededor de 300 mil personas diabéticas y fallecen 40 mil aproximadamente. Por cada diabético que muere se detectan 13 nuevos casos de enfermedad. La mortalidad por diabetes mellitus es mayor en los estados del Norte que en los del Sur, los del Centro tienen un comportamiento intermedio y el Distrito Federal se comporta como los Estados del Norte, es más frecuente en los grupos sociales con estilo de vida urbano. Se ha proyectado que existirán 11.7 millones de mexicanos con diabetes en 2025.

Así pues, cualquier estrategia de intervención, debe incidir en el fortalecer los vínculos de confianza con el personal de salud, la simplicidad de las intervenciones y la individualización de las técnicas empleadas. La falta de adherencia terapéutica es un problema de salud pública de primera magnitud, con una gran prevalencia en patologías crónicas y de causalidad multifactorial

Se debe individualizar qué tipo de estrategia es la más adecuada, teniendo en cuenta las circunstancias que rodean a cada paciente y su patología,

El costo-beneficio se verá reflejado cuando el paciente con el apoyo de ésta redes sociales se adhiera al plan de tratamiento. El costo será menor para las instituciones de salud y el beneficio para los pacientes. Pero qué pasa cuando crece el número de pacientes diabéticos e hipertensos? Cuando las instituciones de salud piden que en el área médica se trabaje para dar productividad por cantidad de trabajo y no por calidad? Por qué saturar con programas que nada más es de índole administrativo y no médico?.

Éste trabajo nos mostrará la importancia que tienen las redes de apoyo de la comunidad para con la comunidad.

Que todas las áreas multidisciplinarias tanto médicas, nutriólogos, trabajo social, la familia, el gobierno sean participes para prevenir y controlar el aumento de las enfermedades crónico degenerativas así como de sus complicaciones

OBJETIVO GENERAL

Demostrar la influencia que tienen las redes de apoyo sobre el apego al tratamiento del paciente hipertenso y diabético en una Unidad de Primer Nivel de Atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el perfil socio demográfico de los pacientes diabéticos e hipertensos que se medirá a través de un cuestionario personalizado y dirigido.
- Evaluar el apego al tratamiento en los pacientes diabéticos e hipertensos a través del test de Morisky-Green y Test Haynes-Sackett.
- Detallar las redes de apoyo que refieren los pacientes hipertensos y diabéticos a través del test de MOS.
- Asociar las redes de apoyo de los pacientes diabéticos e hipertensos y la adhesión al tratamiento a través de un cuestionario dirigido.

HIPOTESIS

Las redes de apoyo son factores que influyen para el apego al tratamiento de los pacientes diabéticos e hipertensos.

DISEÑO DEL ESTUDIO

SUJETOS, MATERIAL Y METODO

Características del lugar donde se realizara el estudio

Unidad de Medicina Familiar No. 40 de la Delegación Norte del Instituto Mexicano del Seguro social.

DISEÑO:

Estudio transversal analítico

GRUPO DE ESTUDIO

Pacientes con diabetes e hipertensión que acuden a control a la UMF No 40.

CRITERIOS DE INCLUSION: ser pacientes con Diabetes Mellitus tipo2 e hipertensos con más de un año de evolución.

Entre 30 a 60ª de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSION: pacientes que padezcan otro tipo de patologías agregadas, edad menor de 20años y mayores de 60años.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Que se desee retirar durante la encuesta

No conteste al menos el 90% de la encuesta

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

266 sujetos más 20% de pérdidas

La prevalencia esperada es de 0.40 con un nivel de confianza del 95%

N=266

Formula (26): $N = 4 z^2 p (1-p) \div W^2$

MUESTREO: estratificado por consultorios

VARIABLES DE ESTUDIO			
Variable	Tipo	Definición	Operacionalización
Apego a tratamiento	Dependiente Nominal dicotómica	colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida	Se medirá a través de los test: Batalla, Morisky-Green, Haynes-Sackett. Que determinarán Presencia o ausencia
Redes sociales	Independiente Nominal dicotómica	grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otra personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia	Se aplicará el Test de MOSS que determina Presencia o Ausencia

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS			
Variable	Escala de medición	Definición	Operacionalización
Edad	Cuantitativa continua	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Pregunta en cuestionario
Sexo	Cualitativa nominal Dicotómica	Condición fenotípica para poder diferenciar un hombre de una mujer	Colocando en el cuestionario una F si es del sexo femenino y una M si es masculino
Estado civil	Cualitativa nominal	Situación de las personas físicas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes	Casado, soltero, unión libre, divorciado, viudo

Escolaridad	cualitativa nominal	Nivel máximo de estudios que tiene una persona	Primaria, secundaria, preparatoria, universidad Otra (especificar)
Ocupación	cualitativa nominal	Actividad que realiza la persona destinando cierta cantidad de tiempo para realizarla, por la cual puede recibir o no remuneración de cualquier tipo	Empleada, ama de casa, obrera, profesionista, estudiantes, Otro (especificar)

VARIABLES DE CONFUSION

Variable	Escala de medición	Definición	Operacionalización
Actividad física	Cualitativa Nominal	Actividad que realiza la persona para ayudar al acondicionamiento físico del cuerpo	Pregunta dirigida: Realiza Actividad física mas de 3 veces/ semana Si No
Dieta	Cualitativa nominal	es el conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos	Pregunta dirigida Consume alimentos sin sal Si No Consume alimentos sin grasa Si No Consume alimentos con azúcar Si No

PROCEDIMIENTO

Previo consentimiento informado y explicación de los objetivos de estudio a los pacientes que cubrieron los criterios de inclusión se les realizó una encuesta dirigida, conformada de dos partes:

La primera indagó factores socio demográficos como son edad, sexo, estado civil, ocupación.

La segunda parte exploró el apego terapéutico a través de 4 cuestionarios (ver anexos):

-Test de Batalla conformado de 3 ítems el cual analizó el conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad

-Test de Morisky-Green el cual valoró si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica y tiene 4 ítems. Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debió ser afirmativa.

-Test de Haynes-Sackett, también denominado cuestionario de comunicación del auto-cumplimiento el cual consistió en realizar al paciente una pregunta con respecto al número de tabletas que consume al día indicado por su médico y el número real de tabletas tomadas. Si la respuesta fue afirmativa se solicitó al paciente el número medio de tabletas olvidadas en un periodo de tiempo y se determinó el porcentaje con respecto al número de tabletas indicado. Se consideró buena adherencia en aquel paciente que declaró haber tomado una cantidad de tabletas $\geq y \leq 110\%$ de los prescritos

-Test de MOS de apoyo social conformado de un primer ítem que informó sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems midieron cuatro escalas:

- Apoyo emocional: ítems 2, 3, 4, 8, 9, 13, 16,17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.

- Ayuda material o instrumental: ítems 2, 3,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11,14 y 18. Puntuación Máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un Mínimo de 19

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Una vez realizada las encuestas se codificaron las variables y se capturaron en el programa estadístico SPSS versión 20 para realizar las tablas de contingencia de 2x2. .

CONSIDERACIONES ETICAS

En la elaboración de este proyecto se consideraron los principios éticos para las investigaciones Médicas en seres humanos , contenida en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964, enmendada en Tokio , Japón en 1975 y ratificadas en la 52ª asamblea General realizada en Edimburgo, Escocia .Octubre del 2000 corresponde al apartado II , investigación Biomédica no Terapéutica con Humanos (investigación Biomédica no clínica).

De acuerdo a la base legal con el fundamento de la ley general de salud , titulo quinto , capitulo único, artículos 96,100 (fracciones I;II;III;IV;V;VI;VII), Artículo 102 (fracciones I;II;III;IV;V).

Con fundamento en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y considerando el titulo primero , Capitulo único, artículos 3ro y 5to , Titulo Segundo, Capitulo Primero, Artículos 13,14 (fracciones V,VI,VII), Artículo 17, Fracción I que al pie dice: Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas , psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, artículos 113,114,115,116 y 119

RESULTADOS

Los datos que se presentan en este estudio nos muestran que de los 267 pacientes que conformaron la población adscrita a la UMF NO.40 predominó en el 67% (n179) mujeres, la ocupación ama de casa en el 45.7% (n 122), el estado civil casado en el 58.4% (n156) y nivel escolar primaria en el 58.8% (n157). Cuadro1

CUADRO 1. Perfil socio demográfico de pacientes diabéticos e hipertensos de laUMF40 del IMSS

Variables	n	%
SEXO		
• Femenino	179	67.0
• Masculino	88	33.0
OCUPACION		
• Ama de casa	122	45.7
• Obrero	23	8.6
• Empleado	55	20.6
• Jubilado	54	20.2
• Microempresario	2	7.0
• Comerciante	11	4.1
ESTADO CIVIL		
• Soltero	25	9.4
• Casado	156	58.4
• Unión libre	21	7.9
• Divorciado	48	18.0
• Divorciado	17	6.4
ESCOLARIDAD		
• Analfabeta	4	1.5
• Primaria	157	58.8
• Secundaria	47	17.6
• Preparatoria	24	9.0
• Carrera técnica	20	7.5
• Licenciatura	15	5.6

Fuente: instrumento utilizado durante la recolección de datos n. sujetos con la característica de interés.

En el cuadro 2 muestra que el 60.3% (n161) no realiza actividad física y de los pacientes que si realizan ejercicio predominó el caminar en el 24.3% (n71) seguida de acondicionamiento físico en el 2.2% (n6) y correr en el 1.5% (n4).

CUADRO 2. Tipo de actividad física referida por los pacientes diabéticos e hipertensos en estudio de la UMF 40 del IMSS

variables	N	%
Ejercicio		
• Si	106	39.7
• No	161	60.3
Tipo de ejercicio		
• Ninguno	171	64.0
• Acondicionamiento físico	6	2.2
• Aerobics	1	0.4
• Baile	2	0.8
• Bicicleta	3	1.1
• Caminar	71	24.3
• Cargar	2	0.7
• Correr	4	1.5
• futbol	1	0.4
• Gimnasia	1	0.4
• nadar	4	1.1
• yoga	1	0.4

Fuente: instrumento utilizado durante la recolección de datos
n: sujetos con la característica de interés

En el cuadro 3 se observa que dentro de los hábitos alimenticios reportaron en el 53.9% (n144) ingerir dieta rica en sal, en el 55.8% (n149) ingieren alimentos bajos en grasa y en el 53.2% (n142) baja en carbohidratos.

CUADRO 3. Tipo de alimentación referida por los pacientes diabéticos e hipertensos en estudio de la UMF 40 del IMSS

Variables	N	%
Dieta Hiposódica		
• Si	123	46.1
• No	144	53.9
Dieta sin grasa		
• Si	149	55.8
• No	118	44.2
Dieta sin carbohidratos		
• Si	142	53.2
• no	125	46.8

Fuente: instrumento utilizado durante la recolección de datos
n: sujetos con la característica de interés

En el cuadro 5 con respecto al test de MOS, la red de apoyo se percibió en el 51.3% (n137) con los amigos. De acuerdo al tipo de apoyo refirieron en el 76.8% (n205) apoyo **afectivo**, en el 72.7% (n194) fue **apoyo material o instrumental**, en el 73.8% (n197) **red de ocio o distracción**. De forma global en el 75.7% (n202) fueron los que contaron con **apoyo social**

CUADRO 5.- Apoyo social con la que cuenta la población en estudio de la UMF 40 Del IMSS con respecto a TEST DE MOS

Variable	N	%
TIPO DE RED		
• Ninguna red	25	9.4
• Amigos	137	51.3
• Familiares	105	39.3
APOYO EMOCIONAL/AFECTIVO		
• Si	205	76.8
• No	62	23.2
APOYO MATERIAL O INSTRUMENTAL		
• Si	194	72.7
• No	73	27.3
RELACIONES SOCIALES DE OCIO Y DISTRACCION		
• Si	197	73.8
• No	70	26.2
INDICE GLOBAL		
• SI	202	75.7
• NO	65	24.3

Fuente: instrumento utilizado durante la recolección de datos
n: sujetos con la característica de interés.

En el cuadro 6 se observa que en quienes percibieron apego terapéutico con respecto al perfil socio demográfico predominó en el 66.7%(n140) mujeres, en el 44.3% (93) amas de casa, en el 60%(126) casados y en el 56.7%(n119) escolaridad primaria.

Cuadro 6. Relación el Apego Terapéutico según el perfil socio demográfico

Variables	APEGO TERAPEUTICO	
	Si	no
SEXO		
• Femenino	66.7%(n140)	68.4%8(n39)
• Masculino	33.3%(n70)	31.6%(n18)
OCUPACION		
• Ama de casa	44.3&(n93)	50.9%(n29)
• Obrero	9.0%(n19)	7.0%(n122)
• Empleado	21.4%(n45)	17.5%(n10)
• Jubilado	19.5%(n41)	22.8%(n13)
• Microempresario	1.0%(n2)	0.0%(n0)
• Comerciante	4.8%(n10)	1.8%(1)
ESTADO CIVIL		
• Soltero	10.5%(n22)	5.3%(n 3)
• Casado	60.0%(n126)	52.6%(n 30)
• Unión libre	5.7%(n12)	15.8%(n 9)
• Viudo	17.1%(n36)	21.1%(n 12)
• Divorciado	6.7%(n14)	5.3%(n 3)
ESCOLARIDAD		
• Analfabeta	1.4%(n3)	1.8%(n1)
• Primaria	56.7%(n119)	66.7%(n38)
• Secundaria	19.5%(n41)	10.5%(n6)
• Preparatoria	8.6%(n18)	10.5%(n6)
• Carrera técnica	7.1%(n15)	8.8%(n5)
• Licenciatura	6.7%(n14)	1.8%(n1)

Fuente: instrumento utilizado durante la recolección de datos
n: sujetos con la característica de interés.

En el cuadro 4 se observa que en el apego al tratamiento sólo el 78.7% (n210) lo llevan a cabo.

CUADRO 4.- El Apego a Tratamiento de los pacientes Diabéticos e Hipertensos en un estudio de la UMF 40 Del IMSS

Variable	N	%
APEGO		
• SI	210	78.7
• NO	57	21.3

Fuente: instrumento utilizado durante la recolección de datos
n: sujetos con la característica de interés.

En cuadro 7 se observa que en ambos grupos de apego y no apego predominó la no realización de actividad física en 78.9% (n=160) y 60% (n=45) respectivamente.

Cuadro 7. Relación del apego terapéutico según el tipo de actividad física

Variables	APEGO TERAPEUTICO	
	si	No
Tipo de ejercicio		
• Ninguno	78.9%(n160)	60.0%(n45)
• Acondicionamiento físico	1.0%(n2)	7.0%(n4)
• Aerobics	0.0%(n0)	1.8%(n1)
• Baile	0.5%(n1)	0.0%(n0)
• Bicicleta	1.4%(3)	0.0%(n0)
• Caminar	2.9%(n6)	0,0%(n0)
• Cargar	1.0%(n2)	0.0%(n0)
• Correr	1.4%(n3)	1.8%(n1)
• futbol	0.5%(n1)	0.0%(n0)
• Gimnasia	0,5%(n1)	0.0%(n0)
• nadar	1.4%(n3)	0.0%(n0)
• yoga	0.5%(n1)	0.0%(n0)

Fuente: instrumento utilizado durante la recolección de datos
n: sujetos con la característica de interés

En el cuadro 8 se observa que los que tuvieron apego terapéutico refirieron en 52.4% (n=110) no consumir sal, en el 58.6%(n=123) no ingerir grasas y en el 55.7% (n=117) no consumió carbohidratos .

Cuadro 8. Relación de tipo de dieta y el apego terapéutico

Variables	Apego Terapéutico	
	Si	No
Dieta Hiposódica		
• Si	47.6%(n100)	40.4%(n23)
• No	52.4%(n110)	59.6%(n34)
Dieta sin grasa		
• Si	58.6%(n123)	45.6%(n20)
• No	41.4%(n87)	54.4%(n0)
Dieta sin carbohidratos		
• Si	55.7%(n117)	43.9%(n25)
• No	44.3%(n93)	56.1(32)

Fuente: instrumento utilizado durante la recolección de datos.
n; sujetos con la característica de interés.

En el cuadro 9 se ve que en relación del apoyo social y el apego terapéutico tuvieron similitudes la percepción del apoyo en ambos grupos de apego y no apego el 77.1%(n=162) Vs 70.2%(n=40) con una p no significativa de 0.18 .

Cuadro 9. Relación del cumplimiento terapéutico cuando se cuenta con apoyo social (índice global).

		Apego Terapéutico		
		Si	No	P
Apoyo	• SI	77.1 % (n162)	70.2% (n40)	0.18
Social	• NO	22.9% (n48)	29.8% (n17)	

Fuente: instrumento utilizado durante la recolección de datos.
n. sujetos con la característica de interés.

ANALISIS

En el presente estudio se trabajo con una muestra de 266 pacientes diabéticos e hipertensos a quienes se aplicó una encuesta estructurada para medir la adherencia al tratamiento con respecto al tipo de apoyo social con el que contaba cada paciente

El apoyo afectivo predominó tanto en los pacientes que si y no tenían adherencia al tratamiento. El estudio mostro que más de la mitad de los pacientes perciben apoyo social de sus amigos el cual no se asocio con el apego al tratamiento.

Según Stefano Vinaccia et a (28) quien realizo un estudio en donde el objetivo era analizar el apoyo social y la adherencia al tratamiento antihipertensivo utilizando una muestra no aleatoria de 152 pacientes hipertensos observó que los puntos que conforman el MOS (Apoyo Social, Apoyo Instrumental, Interacción Social, Apoyo Afectivo y Apoyo Emocional) tuvieron puntajes altos con respecto al punto de corte diseñado para cada dimensión, es de resaltar que, sólo el Apoyo Emocional tuvo el más alto impacto en la percepción de apoyo siendo similar al nuestro estudio donde predominó el Apoyo Afectivo.

Diversas investigaciones muestran la relevancia que le da el paciente con enfermedad crónica a los aspectos psicosociales con respecto a la adhesión al tratamiento. Según Marín y Rodríguez (2001), la adhesión al tratamiento se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo.

Abello, Madariaga y Hoyos (1997) encontraron además en diferentes investigaciones que el apoyo emocional recibido por compadres-comadres y vecinos es importante en momentos de crisis, ya que este apoyo es considerado una demostración de cariño y afecto. Similares hallazgos han sido descritos por Díaz-Guerrero (1986) en México, en donde acuñó el término “grey sostén”, para explicar redes de apoyo y redes de ayuda emocional vistas como importantes dispositivos para el logro de la salud y el bienestar psicológico, sobresaliendo en nuestro estudio que los amigos es el grupo en el que nuestra población de estudio encontró mayor apoyo.

El diagnóstico de enfermedad crónica cambia la forma en que la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando el auto esquema (autoconcepto, autoeficacia, autoestima y autoimagen) desde el momento del diagnóstico. Ciertamente, algunas enfermedades son mucho más amenazantes que otras, por cuanto implican algunos cambios en los estilos de vida, como es el caso de la hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus. La adaptación a la enfermedad dependerá de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los patrones de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas y enfermedades crónicas asociadas. Todos estos factores, en algunos casos, podrán permitir o no a los pacientes con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tener una buena calidad de vida.

CONCLUSIÓN

El estudio demostró el predominio de un bajo perfil socio demográfico observándose que más de la mitad de la población estudiada no lleva dieta ni realiza actividad física acorde a su padecimiento así mismo no se encontró asociación entre la percepción de apoyo social y apego terapéutico ya que en ambos grupos dos terceras partes refirieron sentir apoyo por parte de los amigos en las diversas formas afectivo, instrumental y de distracción u ocio.

Por lo tanto, el apoyo social no influye en el apego terapéutica ya que múltiples variables pueden verse asociadas como la estabilidad familiar, el apoyo familiar, nivel socioeconómico, entre otros.

RECOMENDACIONES

La adherencia a los tratamientos y la prevención de la aparición y progresión de los factores de riesgo en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, son objetivos que demandan un cambio sostenido en las conductas de las personas frente al cuidado de su salud. Es aquí donde el modelo de atención tradicional encuentra una barrera difícil de salvar. Es evidente que no basta con que el médico entregue las indicaciones adecuadas a cada paciente en una consulta que, con suerte, se prolonga por 20 minutos. Es durante el período intermedio entre una consulta y la próxima donde realmente se pone en juego la efectividad del tratamiento y la prevención del daño en salud. Es necesario dotar a la atención primaria de las herramientas para interactuar con las personas, familias y comunidad tomando en cuenta el factor biopsicosocial que esto conlleva.

También la promoción de hábitos saludables en la población escolar y grupo familiar podría generar un efecto en el corto plazo en la población infantil y juvenil y en el largo plazo en la edad adulta .por lo que no es suficiente inculcar solo la actividad física como una materia más en el área escolar si no también como valdría la pena de tener una materia en el aspecto de la promoción a la salud, evitar el consumo de comida chatarra en las escuelas .

Sugerir y comprometer a las empresas por lo menos que los trabajadores reciban talleres para el cuidado de la salud, promover por lo menos 30 minutos de ejercicio dentro de la jornada laboral. Autorizar a sus trabajadores asistan a sus citas y no ponerles trabas para no acudir a sus valoraciones .Rinde mejor un trabajador sano que uno enfermo.

REFERENCIAS

- 1.-Córdova V, J; Barriguete M Esp; Lara, A M Esp; Barquera, S; Rosas Peralta, M. Las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Revista Salud Publica Mex ;Sept-Oct., 2008;50(5):419-427
- 2.- García Pérez, AM; Prados Torres, D; Sánchez de la Cuesta, F. Cumplimiento Terapéutico en pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 , Revista Medicina en familia, Semergen. 2004; 30: (30)02; 55-59.
- 3.- International Diabetes Federation, 3th 2008, Bruselas, Bélgica
Disponibile en [http://: www.eatlas.idf.org](http://www.eatlas.idf.org)
- 4.-Olaiz, Gustavo: Rivera, Juan ; Shamah, Teresa. Encuestas Nacional de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud, 2da edición. Cuernavaca, Morelos
- 5.-Olaiz-Fernández G, Rojas R, Aguilar-Salinas CA, Rauda J, Villalpando S. Diabetes Mellitus en adultos mexicanos Diabetes Mellitus en adultos mexicanos: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Revista de Salud Publica, Mexico. 2007 (39)3. Págs.331-337.
- 6.-Ortiz, Manuel, Ortiz, Eugenia; Gatica Alejandro; Gómez Daniela. Factores Psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus Revista terapia psicológica 2011, (29)1, 5-11.
- 7.-Rosa Matos La, Yadmila; Martin Alfonso, Libertad y BayarreA Veá, Héctor. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos; Rev Cubana Medicina General Integral ,.enero-marzo 2007,(23)1;0864-2125.
- 8.-Roser Fernández Peña.. Redes Sociales, Apoyo Social y Salud. Antropología social y cultural UAB, revista periférica núm. 3 ,Dic 2005, pág. 1-16

- 9.-María José Martos Méndez, José María; Pozo Muñoz, Carmen ;Morillejo, Enrique Alonso. "Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos". Boletín de Psicología 2008; (93) 59-77
- 10.-Tejada Tayabas, Luz María; Grimaldo Moreno, Blanca Estela, Maldonado Rodríguez, Olga. Percepción de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Revista Salud Pública y Nutrición (RESPyN) , Ene-Marzo 2006, (7) 1.págs 1-4.
- 11.-Zuart Alvarado, Rubén; Ruiz Morales, Héctor Josué; Vázquez Castellanos, José Luis; Martínez Torres Jorge; Linaldi Yépez Filiberto. Adherencia a hipoglucemiante en diabéticos de una UMF en la entidad de Chiapas..Revista Salud Publica y Nutrición RESPyN, vol. 2, núm. 4, Oct-Dic 2010 págs 1-5.
- 12.-Castro Sánchez, Ana Elisa, El Apoyo Social en la enfermedad crónica. El caso de los pacientes diabéticos. Revista Salud Pública y Nutrición (RESPyN), V7, Núm. 4, Oct-Dic 2006.
- 13.-Ortego Maté MC. La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. Educare v21, 2004; págs. 8. Disponible en:
<http://enfermeria21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando2.htm>
- 14.-Castañeda Sánchez O, López del Castillo Sánchez D, Araujo López A.. Apego Farmacológico en pacientes con hipertensión arterial en una UMF de Cd. Obregón Sonora. Archivos de Medicina Familiar, 10(1) ene-marzo 2008, págs. 3-6. Disponible en
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=50713090002>
- 15.-Vargas Flores; Ibáñez Reyes, Jiménez Rodríguez. Redes sociales de apoyo en el proceso de la enfermedad crónica. Revista electrónica de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala., (6)2, junio 2003. Págs. 1-5.
- 16.-Aguilar Salinas, C; Gómez Pérez, F. Declaración de Acapulco: Propuesta para la reducción de la incidencia de la diabetes en México, Rev. Investigación Clínica v58,(1), Ene- Feb., 2006, págs.. 71-77

17.-Bello MA., Molina SN, .Baja adhesividad de los usuarios diabéticos en relación a su tratamiento. Modulo I, Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y comunitaria y promoción, Chile, marzo-mayo 2007, págs. 1-11.

18.-Pech E, William S; Baeza J; Ravell M. Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Yucatán. Revista de especialidades Medico. Quirúrgicas 2010, vol. 15 (4), págs.211-215.

19.-González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porrás-Condey R, et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el sistema de protección social en salud de México..Salud .Pública. Mex, 2007 (49), Suplemento 1, S37-S52.

20.-Alonso MA, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Aylón R, Gangoso A, Martínez Adherencia terapéutica: Estrategia Práctica de Mejora. Revista Servicio Madrileño de Salud, (13) 8, 2006, págs.. 31-38.

21.-Piñero F, Gil V, Donis D, Orozco D, Pastor R, Merino J. D, Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. Atención Primaria 1997; 19: 372-375.

22.-Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Eds. P. Cumplimiento. En: Epidemiología Clínica, una ciencia básica para la medicina clínica. Madrid: Diaz de Santos 1989; págs.. 250 - 290.

23.-Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence . MedCare1986; 24: 1986; págs.67-74.

24.-Batalla C, Blanquer A, Ciurana R, García M, Cases E, a Pérez A et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. Atención Primaria 1984; 1: 185-191

25.-Hulley Stephen B., Cumming Steven R. Diseño de la Investigación Clínica. Edit. DOYMA, 1993, España. Apéndice 13B

26.-Vinnacia, Stefano, Ouiceno Japcy Margarita. Apoyo social y Adherencia al tratamiento antihipertensivo en paciente con diagnóstico de Hipertensión Arterial. Informes psicológicos #8, Enero- Dic. 2006, pág. 89-106.

27.- L. Alfonso. Frecuencia del cumplimiento del tratamiento Médico en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina Integral; 2003; 19 (2).

28.- Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción . Washington , D.C., OMSS; OPS; 2003.

Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>

29.- D´ Anella K.S. Cumplimiento del tratamiento médico: Aspectos psicosociales.

Disponible en <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/14886/1/capitulo10.pdf>

30.- Villareal – Ríos E, Paredes – Chaparro A. Control de los pacientes con diabetes tratados sólo con esquema farmacológico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (4): 303-308.

31.- Lerman Garber I. La atención del paciente más allá del primer nivel de atención. Salud Pública de México, 2007; 47 (1): 99-103.

32.- Hernández Samperi R, Fernández – Collado C. Metodología de la Investigación. 4ta edición, 2006. México, McGraw-Hill. Págs. 6-25.

33.- Lucumi, Diego, Gutiérrez, Alejandra, Moreno, José et al. Planeación Local para enfrentar el Desafío de las Enfermedades Crónicas en Pasto, Colombia. Rev. Salud pública, mar. /mayo 2008, vol.10, no.2, p.343-351.

34.- Fuentes González N, Ojeda Medina AA. Soporte y red social en el adulto maduro con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal. Biblioteca Las casas, 2007; 3(3). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0261.php>

35.- Vega Angarita OM, González Escobar, DS - Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermería Global, España, vol 16, junio 2009, págs. 1-11.

ANEXOS

Se realizaran 4 cuestionarios en la modalidad de entrevista personalizada (22,23,24,25,)

Test de Batalla

Analiza el conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad y dirigido esencialmente a Hipertensión y dislipidemia

Una respuesta incorrecta de las 3 siguientes conlleva falta de adherencia

- 1.- ¿Es una enfermedad para toda la vida?
- 2.- ¿se puede controlar con dieta y/o medicación?
- 3.- cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tener la presión alta elevada y la glucosa

Test de Morisky-Green

Valorar si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica

- 1.- ¿se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
- 2.- ¿tomas los medicamentos a las horas indicadas?
- 3.- cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos?
- 4.- si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomar el medicamento?

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no,si,no,no)

Test de Haynes-Sackett

También denominado cuestionario de comunicación del auto-cumplimiento. Consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta:

- 1.- la mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los medicamentos ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?

Si la respuesta es afirmativa se solicita al paciente el número medio de tabletas olvidadas en un periodo de tiempo y se determina el porcentaje con respecto al número de tabletas indicado. Se considera buena adherencia en aquel paciente que declara haber tomado una cantidad de tabletas \geq y \leq 110% de los prescritos.

Test de MOS de Apoyo Social

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

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

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: _____ ; _____

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes Tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	siempre
2.-alguien que le ayudé cuando tenga que estar en cama	1	2	3	4	5
3.-alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4.-alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5.-alguien que lo lleve al medico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6.-Alguien que le muestre amor afecto	1	2	3	4	5
7.-alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8.-alguien que le informe le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5

9.- alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo o de sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10.-alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11.-alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12.-alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13.-alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14.-alguien con quien hacer cosas y que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15.-alguien que le ayude en sus tareas domesticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16.-alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17alguien que le aconseje como	1	2	3	4	5

resolver sus problemas personales					
18.-alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19.-alguien quien comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20.-alguien a quien amar y hacerle sentir querido	1	2	3	4	5

El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems conforman cuatro escalas que miden:

- Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16,17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- Ayuda material o instrumental: ítems 2, 3,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7,11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19



CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

México D.F. a ____ de _____ del 2011.

Por medio del presente documento,
yo: _____ acepto participar en el

protocolo de investigación titulado: **LA INFLUENCIA DE LAS REDES DE APOYO PARA EL APEGO EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL De ATENCION.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número:

R-2011-3404-23

El objetivo del estudio es demostrar que las Redes de Apoyo influyen para que el paciente diabético e hipertenso se apegue a su tratamiento. Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar de forma clara, fidedigna y verídica los instrumentos que me sean proporcionados. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: No existe ningún riesgo, inconveniente o molestias al participar en el estudio. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto. El Investigador Responsable, me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del Participante

Testigo

Testigo

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

Investigador Responsable, Matrícula 10859357

Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: UMF 20 55 87 44 22 EXT 15368

CUESTIONARIO RELACIONADO A LA ADHERENCIA TERAPEUTICA

LEA CUIDADOSAMENTE LAS PREGUNTAS Y CONTESTE LO MAS CERCANO A SU VIVIR

1.-EDAD:		AÑOS
2.-ESCOLARIDAD (elija una opción marcando con una x)		
PRIMARIA	()	
SECUNDARIA	()	
PREPARATORIA	()	
CARRERA TECNICA O EQUIVALENTE	()	
LCENCIATURA	()	
3.-ESTADO CIVIL (elija una opción y marque con una x)		
SOLTERO		
CASADO		
UNION LIBRE		
VIUDO		
DIVORCIADO		
4.-OCUPACION (elija una opción y marque con una x)		
AMA DE CASA		
OBRERO		
EMPLEADO		
JUBILADO O PENSIONADO		
MICROEMPRESARIO		
COMERCIANTE		
5.-ES DIABETICO	SI	NO
DESDE CUANDO		años
6.-ES HIPERTENSO: _____	SI	NO
DESDE CUANDO		Años
7.-REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FISICA MAS DE 3VECES POR SEMANA	SI	NO
EN CASO AFIRMATIVO , MENCIONA CUAL		
8.-CONSUME ALIMENTOS SIN SAL?	SI	NO
9.-CONSUME ALIMENTOS SIN GRASA?	SI	NO
10.-CONSUME ALIMENTOS SIN AZUCAR?	SI	NO
11 ¿ Son una enfermedad para toda la vida?	SI	NO
12.- ¿se puede controlar con dieta y/o medicación	SI	NO
13.- cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tener la presión alta elevada y/o la glucosa		

Con respecto a sus medicamentos:	SI	NO
14.- ¿se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?		
15.- ¿toma los medicamentos a las horas indicadas?		
16.- cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos?		
17.- si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomar el medicamento?		
18.- La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los medicamentos ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?		
19.- ¿Cuántas pastillas en total debería de tomar al día?	Num.	
20.- De la cantidad anotada anteriormente, realmente cuantas pastillas se toma en 1 día	Num.	
Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:		
21.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? personas con la que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre	Num	
22.-Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos: amigos _____ ; familiares _____		
Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipo de ayuda ¿con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?		

Ponga una x sobre el cuadro de su respuesta

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	siempre
23.-alguien que le ayudé cuando tenga que estar en cama	1	2	3	4	5
24.-alguien con quien pueda contar cuando necesite	1	2	3	4	5

hablar					
25.-alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
26.-alguien que lo lleve al medico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
27.-Alguien que le muestre amor afecto	1	2	3	4	5
28.-alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
29.-alguien que le informe le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
30.- alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo o de sus preocupaciones	1	2	3	4	5
31.-alguien que le abrace	1	2	3	4	5
32.-alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
33.-alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
34.-alguien	1	2	3	4	5

cuyo consejo realmente desee					
35.-alguien con quien hacer cosas y que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
36.-alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
37.-alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
38.alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
39.-alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
40.-alguien quien comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
41.-alguien a quien amar y hacerle sentir querido	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACION