

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA



Grados de satisfacción de los pacientes que pertenecen a los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas Acreditados y No Acreditados en sus cambios de estilo de vida y control de la enfermedad

TESIS

Para obtener el grado de

MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA:

Iliana Lizcet Salgado Morán

DIRECTOR

Dr. Alfredo Renán González Ramírez

CO-DIRECTOR DE TESIS

Dr. Ahmed Ali Asadi González

Tijuana, Baja California, Noviembre del 2016

Tijuana, Baja California, a 22 de noviembre del 2016

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN CIANCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Haciendo fungido como Director de la tesis titulada **“Grados de satisfacción de los pacientes que pertenecen a los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas Acreditados y No Acreditados en sus cambios de estilo de vida y control de la enfermedad”**, elaborada por Iliana Lizcet Salgado Morán, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Alfredo Renán González Ramírez
Director de Tesis

C.c.p. Archivo

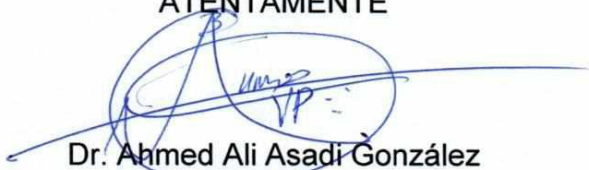
Tijuana, Baja California, a 22 de noviembre del 2016

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Haciendo fungido como Co-Director de la tesis titulada **“Grados de satisfacción de los pacientes que pertenecen a los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas Acreditados y No Acreditados en sus cambios de estilo de vida y control de la enfermedad”**, elaborada por Iliana Lizcet Salgado Morán, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Ahmed Ali Asadi González
Co-Director de Tesis

C.c.p. Archivo

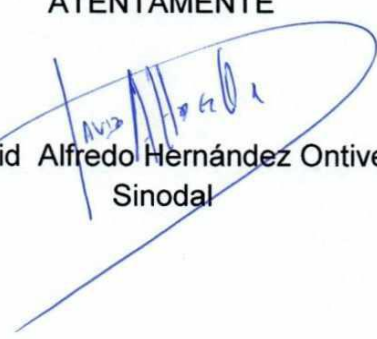
Tijuana, Baja California, a 24 noviembre del 2016

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN CIANCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Haciendo fungido como Sinodal de la tesis titulada **"Grados de satisfacción de los pacientes que pertenecen a los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas Acreditados y No Acreditados en sus cambios de estilo de vida y control de la enfermedad"**, elaborada por Iliana Lizcet Salgado Morán, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. David Alfredo Hernández Ontiveros
Sinodal

C.c.p. Archivo

DEDICATORIAS

A mi esposo **Carlos** con todo mi amor por su apoyo incondicional en todos los proyectos que inicio.

A mis hijas **Mariana y Andrea** por ser mi inspiración y mi motor para seguir superándome.

A mi familia, **mi padre querido Rodrigo, mi tío Enrique y a mi hermana Baude** por estar a mi lado y apoyarme en todo momento.

A mi inseparable amiga - hermana **Araceli** por su apoyo y orientación durante el desarrollo de esta tesis.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios**, por darme la fortaleza para seguir adelante, con todo y los obstáculos que se me presentan.

Al **Programa de Atención a la Salud del Adulto y el Anciano de la Jurisdicción de Servicios de salud Tijuana** por brindarme todas las facilidades para llevar a cabo este proyecto.

Al **Dr. Alfredo Renán González Ramírez**, quien con su paciencia, dedicación y profesionalismo hizo posible el desarrollo de esta tesis.

A mis **asesores** (Dr. Ahmed Ali Asadi González y Dr. David Alfredo Hernández Ontiveros) por su orientación metodológica y asesoramiento en el campo de la estadística.

A mis **maestros**, por sus enseñanzas durante todo el proceso de la maestría.

A la **Lic. Psic. Larizza Amaya León** por su orientación y asesoría en el desarrollo de este proyecto.

RESUMEN

Objetivo: Definir y comparar entre los Grupos de ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas acreditados y no acreditados de la Jurisdicción Tijuana el nivel de satisfacción de los pacientes con enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial y la Obesidad. **Material y Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, aplicativo y comparativo. Se seleccionaron por accesibilidad y por cumplir con los criterios de inclusión 160 pacientes de siete centros de salud, lo que corresponde a 108 pacientes, cifra final después de haber descalificado 4 por no haber llenado la encuesta correctamente y el resto por no acudir el día en que se aplicó la encuesta., el reclutamiento se realizó el día de su cita de reunión mensual para el GAM EC y control médico. **Resultado:** se observa que en ambos grupos no hay diferencias significativas, a excepción de algunos ítems del bloque de preguntas de instalación: orden y limpieza ($p=0.01$, $RM=0.082$, $IC\ 95\%=0.018-0.372$) y mantenimiento ($p=0.01$, $OR=0.212$, $IC\ 95\% =0.078-0.579$), ambos con una p significativa. **Conclusiones:** El nivel de satisfacción de los pacientes que integran los GA EC Acreditados y No Acreditados mostro que no hay diferencia significativa con respecto a su grado de satisfacción.

Objective: To identify and compare among Accredited and Non-Accredited Mutual Aid Groups of Chronic Diseases of Tijuana, the level of satisfaction of patients with illnesses such as Diabetes, Hypertension and Obesity. **Methods:** Transversal, Descriptive, Applicative and Comparative Study. We selected based on accessibility and to ability to comply with the inclusion criteria, 160 patients from 7 health centers, which corresponds to 108 patients, final amount, after disqualifying 4 for not completing correctly the survey and the rest for not attending the day the survey was administered, the recruitment was made the day of their monthly Mutual Aid Groups of Chronic Disease meeting and medical follow-up. **Results:** We observed that among both groups there are no significant difference, except on some items of the questions of the installation survey: order and cleaning ($p=0.01$, $OR=0.082$, $CI\ 95\%=0.018-0.372$) and maintenance ($p=0.01$, $OR=0.082$, $CI\ 95\%=0.018-0.372$), both with a significant p result. **Conclusions:** The level of satisfaction of the patient among Accredited and Non-Accredited Mutual Aid Groups of Chronic Diseases did not present any significant differences between their levels of satisfaction.

Tabla de Contenidos

CAPITULO I	9
1.1 INTRODUCCIÓN.....	9
1.2 ANTECEDENTES.....	12
1.2.1 ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS	12
1.2.2 GRUPOS DE AYUDA MUTUA (GAM).....	14
1.2.3 SATISFACCIÓN	18
1.2.4 CONTROL METABÓLICO	19
1.2.5 DIABETES MELLITUS	20
1.2.6 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	24
1.2.7 OBESIDAD.....	28
1.2.8 DISLIPIDEMIAS.....	30
1.3 JUSTIFICACIÓN	32
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	33
1.5 HIPÓTESIS.....	33
1.6 OBJETIVOS.....	34
1.6.1 OBJETIVO GENERAL.....	34
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
CAPITULO II	35
2.1 METODOLOGÍA	35
2.1.1 TIPO DE ESTUDIO	35
2.1.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	35
2.1.2 MUESTRA	36
2.1.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
2.1.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	37
2.1.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	37
2.1.6 PROCEDIMIENTO.....	37
2.1.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	40
CAPITULO III	41
3.1 RESULTADOS	41

CAPITULI IV.....	48
4.1 DISCUSIÓN.....	48
4.2 CONCLUSIONES.....	50
4.3 LIMITANTES.....	51
4.4 RECOMENDACIONES.....	51
REFERENCIAS.....	53
ANEXO.....	56

Grados de satisfacción de los pacientes que pertenecen a los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas Acreditados y No Acreditados en sus cambios de estilo de vida y control de la enfermedad

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Se define como enfermedad crónica al trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación en los estilos de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo, abarca a todos los grupos de edad, predominantemente adultos, ocasionando una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional de las personas que las padecen (1).

El incremento en la incidencia y morbi-mortalidad de diversas enfermedades crónicas ha impactado significativamente en la carga económica tanto del paciente, como de los familiares o la sociedad, demandando una mayor cantidad en los servicios de salud.

Las enfermedades crónicas, son aquellas que no se transmiten de persona a persona, además son de larga duración y evolución lenta (2).

El costo con base en esta demanda ha obligado al Sector Salud a implementar diversas estrategias para el control de estas enfermedades, tales como la hipertensión arterial, hiperlipidemias, diabetes mellitus y cáncer, se pueden mencionar algunas otras alteraciones presentes en sujetos portadores de síndrome metabólico (2) y las que una vez desarrolladas pueden evolucionar hacia algún tipo de incapacidad, o bien, causar la muerte (3).

Publicaciones recientes destacan que cada año 2.6 millones de personas mueren como consecuencia de sobrepeso u obesidad; 4.4 millones, por

niveles de colesterol total elevados, y 7.1 millones, debido a una tensión arterial elevada (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que 35 millones de las defunciones registradas a nivel mundial durante el 2005 fueron por una enfermedad crónica, la mitad de los fallecidos era de sexo femenino y el 29% menor de 60 años de edad; el 80% de las muertes por enfermedades crónicas no transmisibles se registra en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el total de defunciones por enfermedades crónicas no transmisibles aumente otro 17% en los próximos 10 años (2, 4).

Son múltiples los factores que influyen en el desarrollo de las enfermedades crónicas, tales como el ambiente, los estilos de vida, los hábitos, la herencia genética, los niveles de estrés, la calidad de vida, así como la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica; para un control adecuado es necesario tener en cuenta estos indicadores (3).

Es importante tomar en cuenta que la satisfacción juega un papel muy importante para el control de estas enfermedades, por lo que, definiré a la satisfacción como la valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando sus logros con sus expectativas, existen diversos estudios sobre el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida, que indican que el bienestar subjetivo está relacionado con diversas categorías de la vida personal, entre las que destacan la salud, la familia y la situación laboral, entre otras; de hecho, se coloca a la satisfacción personal y la felicidad por encima de las cuestiones materiales (5, 6).

Debido al impacto de las enfermedades crónicas en México, desde la década de los noventa la Secretaría de Salud, a través del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), ha implementado los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas (GAM EC), llamados entonces Clubs

de Diabéticos, siendo hasta 2004 cuando se documentaron resultados respecto a su utilidad (4, 7).

Lo que se busca con los GAM EC es que el paciente adquiriera estilos de vida saludables, conozca las características de la enfermedad, así como las complicaciones de las mismas, siendo corresponsable en el apego al manejo y el tratamiento para lograr una atención integral, realizando cambios en los aspectos psicosociales, nutricionales y ambientales, fomentando una mayor actividad física para lograr cambios significativos en el control y el manejo de su patología.

En la actualidad no existen estudios en Tijuana, B. C., sobre la percepción de los pacientes con enfermedades crónicas que participan en un GAM EC, en lo que concierne a los cambios en el comportamiento para la toma de conciencia en su autocuidado.

Por lo anterior, el presente estudio investigó la percepción de satisfacción de los pacientes que integran a los GAM EC que acuden a los centros de salud del Sector Salud de la ciudad de Tijuana, B. C., y sólo se consideró a los pacientes que sufren de enfermedades crónicas como diabetes, obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias

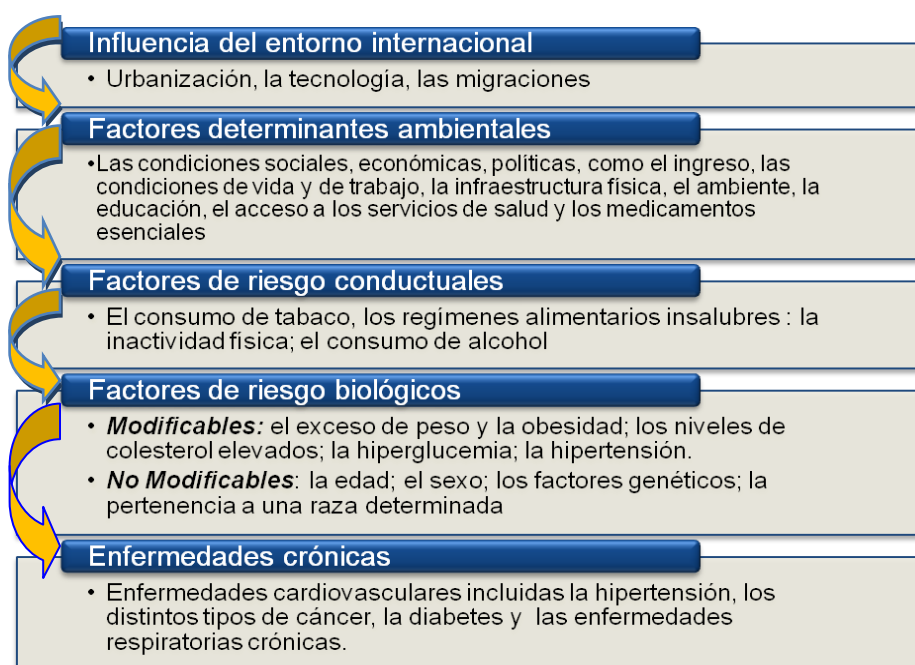
1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Las enfermedades crónicas no se transmiten de persona a persona, son de larga evolución, además de que comparten cuatro factores de riesgo: el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso y una alimentación poco sana (2).

Los factores determinantes clave de las enfermedades crónicas se ilustran en la siguiente tabla (8):

Tabla 1. Factores determinantes clave de las enfermedades crónicas.



Estrategia Regional para Enfermedades Crónicas. OPS 2007

Los cuatro tipos de Enfermedades Crónico Degenerativas asociados a los casos más frecuentes de defunción reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2005 correspondieron a:

- Enfermedades cardiovasculares, con 17,528,000 de muertes anuales a causa de enfermedades cardiovasculares.
- Cáncer en sus diversos tipos con 7,586,000 defunciones anuales.
- Enfermedades respiratorias crónicas con 4,057,000 de muertes anuales atribuidas a enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma.
- Y por diabetes se reportaron muertes en 1,125,000 de personas por año, sin embargo, las causas asociadas a esta patología correspondieron al 80% del total de las mismas (2).

La OMS en el año 2005 estimó que más de 35 millones de personas mueren por Enfermedades Crónicas cada año, y de estas el 80% suceden en países de ingresos bajos y medios.

En la República Mexicana, durante el año 2013, la Hipertensión Arterial ocupó el séptimo lugar como causa de enfermedad en la población general, y la Diabetes Mellitus tipo 2, el noveno; en el estado de Baja California podemos observar que estas dos patologías ocupan el quinto y sexto lugar respectivamente. Ver tabla 2 (9).

Tabla 2. Diez principales causas de enfermedad en México y Baja California reportadas en el 2013.

México	Baja California
1 Infecciones respiratorias agudas	1 Infecciones respiratorias agudas
2 Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	2 Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas
3 Infección de vías urinarias	3 Infección de vías urinarias
4 Úlceras, gastritis y duodenitis	4 Úlceras, gastritis y duodenitis
5 Gingivitis y enfermedades periodontales	5 Hipertensión arterial
6 Otitis media aguda	6 Diabetes mellitus no insulín dependiente (Tipo II)
7 Hipertensión arterial	7 Otitis media aguda
8 Conjuntivitis	8 Gingivitis y enfermedades
9 Diabetes mellitus no insulín dependiente (Tipo II)	9 Asma y estado asmático
10 Amebiasis intestinal	10 Varicela

Anuarios de morbilidad, información epidemiológica 2013/DGE

Con lo que respecta a la mortalidad a nivel nacional en la población general, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reporta que en el 2012 las principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos.

1.2.2 GRUPOS DE AYUDA MUTUA (GAM).

Los GAM o también llamados grupos de autoayuda surgen en Estados Unidos en 1935 a iniciativa de los fundadores de Alcohólicos Anónimos, quienes convencidos de que sólo a través de la fuerza que se da al interior de un grupo y de cada individuo se pueden combatir retos y enfermedades (10).

Los GAM en Enfermedades Crónicas (EC) fueron creados en el 2004 por la Secretaría de Salud de México a través del Programa de Salud del Adulto y el Anciano del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de

Enfermedades (CENAVECE), sin embargo, su existencia como grupo de apoyo para el control de pacientes portadores de enfermedades crónico degenerativas data desde los años noventa. Fue en el 2007 cuando se propuso una estrategia nacional en las actividades del grupo coordinadas por personal de las unidades de primer nivel de salud de la Secretaría de Salud (SS) a nivel nacional. La ayuda mutua es una condición natural del ser humano, consistente en el apoyo de otras personas ante una situación de enfermedad, peligro o ansiedad; es decir, buscar a otro individuo con los mismos altibajos emocionales o los mismos problemas para que, en la medida en que comparten sus experiencias, se pueda llegar al alivio mutuo (4, 7, 11).

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus (DM) define a los GAM como a la “organización en grupo de los propios pacientes, para facilitar su educación y autocuidado de la salud en las unidades del Sistema Nacional de Salud” (12).

Es importante mencionar que la finalidad del GAM EC es buscar un apego al tratamiento, cambios en los estilos de vida del paciente, llevar a cabo acciones cotidianas de autocontrol de su enfermedad, conocimiento del control de su enfermedad, así como prevención de las complicaciones, desarrollando habilidades individuales para su control, como son el automonitoreo de la glucosa, la presión arterial, la toma de medicamentos y la aplicación de insulina.

Existen tres tipos de GAM:

- Aquellos que se encuentran acreditados,
- Re-acreditados, y
- Acreditados con excelencia.

La jurisdicción de Tijuana de la SS para el 2015 tenía registrados treinta GAM EC, de los cuales tres se encuentran acreditados, uno re-acreditado y uno más acreditado con excelencia.

Para el logro de la acreditación se cumplieron los criterios establecidos por la SS, entre los que se destacan varias acciones como son control de la tensión arterial, evaluación antropométrica la cual incluye control de peso, medición de la circunferencia abdominal y talla, y la evaluación bioquímica en la que se realiza determinación de glucosa capilar y/o de la hemoglobina glicosilada a través de los criterios que se muestran en la tabla 3 (4).

Tabla 3. Criterios de acreditación, re-acreditación y acreditación con excelencia.

Criterio	Acreditación	Re-acreditación	Acreditación con Excelencia
Asistencia	85 %	80 %	80 %
Peso corporal	Disminución del 3% respecto al basal	Disminución del 5% respecto al basal	Disminución del 7% respecto al basal
Circunferencia de cintura	Disminución de 2 cm respecto al basal	Disminución de 2.5 cm respecto al basal	Disminución de 5 cm respecto al basal
Glucosa en ayunas	≤ 130 mg/dl	≤ 130 mg/dl	
Presión arterial	<140 / 90 mmHg	<130 / 85 mmHg	<130 / 85 mmHg
Hemoglobina Glicosilada	Una toma en el periodo	Una toma en el periodo	Hemoglobina Glicosilada <7%

Algunos GAM EC logran rebasar estos parámetros y se acreditan con excelencia, otros más no reúnen estos estándares, no se acreditan, sin embargo y a pesar de ello, siguen trabajando, siguen reclutando pacientes, y siguen registrándose; incluso se siguen formando más GAM EC.

Otros de los requisitos que deben cumplir son:

- ✓ Registro de los pacientes en un Acta Constitutiva.
- ✓ Contar con un mínimo de 20 integrantes, mayores de 20 años de edad, 75% de ellos con diagnóstico de Diabetes Mellitus 1 o 2 (pura o mixta), 10% de los participantes deberán estar sanos (que no se incluirán en la evaluación).
- ✓ Estar registrado en el Sistema de Información en Salud (SIS) así como en el Catálogo Estatal de GAM's activos.
- ✓ Capturar en el Sistema de Vigilancia de Estudio para Grupos de Ayuda Mutua (SIVEGAM) las metas de tratamiento de los últimos tres meses consecutivos y un mes basal, los valores de Hb A1c, los valores de Microalbuminuria, así como los hallazgos encontrados en la exploración de pies.

Una vez cubiertos todos estos requisitos se requiere de la validación de un fedatario designado por la SS, denominado Acreditador Federal que avale el proceso al momento de la acreditación (4).

1.2.3 SATISFACCIÓN

La satisfacción es definida como la valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando sus logros con sus expectativas. Desde este referente teórico, se han realizado una serie de investigaciones sobre el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida, que indican que el bienestar subjetivo está relacionado con diversas categorías de la vida personal, entre las que destacan la salud, la familia y la situación laboral, entre otras; de hecho, se coloca a la satisfacción personal y la felicidad por encima de las cuestiones materiales (5, 6).

Se ha demostrado en diversas investigaciones que las sociedades que presentan un mayor bienestar son las que muestran relaciones fuertes de apoyo social, de ahí la importancia no sólo de recibir ayuda sino también de brindarla (13).

Se considera que el apoyo instrumental o emocional y el apoyo social ofrecido y recibido son indispensables en el nivel de satisfacción para el bienestar del adulto mayor (14).

Toda percepción en el ser humano es real y tiene consecuencias, un ejemplo es la posible alteración en la confianza de las instituciones, o la forma en que se atienden los problemas. Las personas no siempre saben lo que les hace feliz, siendo un conflicto determinar la satisfacción o insatisfacción en las actividades cotidianas, por lo tanto centran su atención en tareas que sobresalen de lo común, como la atención a la salud en una unidad médica. Las reformas para juzgar subjetivamente la satisfacción son de gran interés cuando se cataloga como medición de progreso (15).

Los usuarios de los sistemas de servicios de salud ambulatorios y hospitalarios, han sido medidos en cuestión de satisfacción por medio de diferentes encuestas, por ejemplo, la ENSANUT 2012, que arrojó como

resultado que un 84.8% de los usuarios de los servicios de salud en México, calificaron la calidad de la atención como “buena” o “muy buena”. Otro ejemplo es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que en el 2009 mostraba que un 77 % de sus usuarios los evaluaba como “satisfechos” o “muy satisfechos” (16).

La atención de calidad ha sido el objetivo para los profesionales de la salud, los cuales con la ayuda de estrategias tratan de ofrecer la buena atención a más personas. Los programas estructurados buscan los apoyos de las instituciones de salud, para desarrollar uniformidad y calidad en la atención médica que se le otorga a la población (17).

1.2.4 CONTROL METABÓLICO

Los controles metabólicos y glucémico se refieren a la vigilancia y regulación de los índices bioquímicos que suelen medirse mediante procedimientos rutinarios de laboratorio, además de vigilar y corregir los factores de riesgo y los aspectos cotidianos de la enfermedad que alteran el bienestar. (18) Los criterios de control metabólico adecuado en pacientes diabéticos, según las sociedades científicas como la ADA (American Diabetes Association 2014), son glucemia basal y preprandial 70 – 130 mg/dl, glucemia postprandial <180 mg/dl, hemoglobina glicada < 7%, presión arterial sistólica/diastólica <140/80, HDL-colesterol >40 mg/dl en hombres y <50 en mujeres, LDL-colesterol <100 mg/dl, triglicéridos <150 mg/dl, no fumar y realizar ejercicio de intensidad moderada por 150 minutos/semana o actividad aeróbica vigorosa por 75 minutos/semana (19, 20).

1.2.5 DIABETES MELLITUS

La DM es un desorden metabólico caracterizado por la presencia de hiperglicemia debido a la deficiencia de secreción de insulina, deficiencia en la acción de la insulina o ambos (21). La clasificación está basada en las recomendaciones de la OMS y de la ADA.

De acuerdo a las guías europeas y canadienses para la diabetes, se han identificado cuatro categorías etiológicas principales de DM:

A) **La Diabetes Tipo 1 (DM1)** se caracteriza por una deficiencia de insulina debida a la destrucción de las células beta pancreáticas, que progresa hacia una deficiencia absoluta de insulina. Algunas personas pueden referirse a este tipo de diabetes como dependiente de insulina, la diabetes juvenil o la diabetes de inicio temprano, esta ocurre por lo general antes de los 40 años, a menudo en la edad adulta temprana o en la adolescencia. La diabetes tipo 1 no es tan común como la diabetes tipo 2, aproximadamente el 10% de todos los casos de diabetes son tipo 1, en comparación con otras etnias y grupos geográficos, la DM1 es más común entre los caucásicos (19, 21, 22).

B) **La Diabetes Tipo 2 (DM2)** se caracteriza por una combinación de Resistencia a la Insulina (RI) y fallo de las células beta, está asociada a importantes factores de riesgo, como la obesidad (típicamente de distribución abdominal) y el sedentarismo. La RI y la alteración de la secreción de insulina que causa hiperglucemia posprandial son características de la fase inicial de la DM2. Esto se sigue de una respuesta disminuida de insulina de segunda fase e hiperglucemia persistente en ayunas. La DM2 se

desarrolla típicamente en la segunda mitad de la vida y afecta a más del 90% de los adultos con DM; sin embargo, con el aumento de la obesidad entre los jóvenes, existe una tendencia hacia una disminución de la edad de inicio (21, 22).

C) **La DM gestacional** se desarrolla durante el embarazo; después del parto, en la mayoría de los casos se produce un retorno al estado euglucémico, pero persiste un riesgo elevado de sufrir DM2 franca en el futuro (21, 22).

D) **Otras formas específicas de DM** incluyen aquellas por defectos genéticos en la función de las células Beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, secundaria a otras enfermedades (fibrosis quística, pancreatitis, traumatismos o cirugía de páncreas), y la inducida por fármacos o sustancias químicas (como el tratamiento del VIH/SIDA o después de un trasplante de órganos) (19, 21, 22).

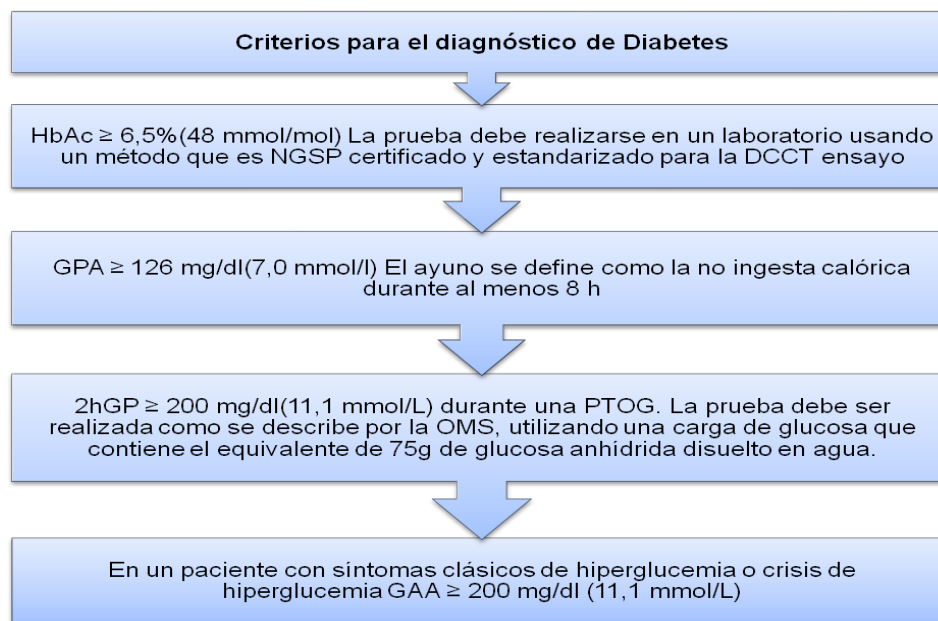
Los trastornos del metabolismo de la glucosa como la elevación de la glicemia en ayunas (Glucosa Alterada en Ayunas, GAA) e Intolerancia a la Glucosa (IG), a menudo conocidas como prediabetes, reflejan la historia natural de la progresión desde la normo glucemia a la DM2.

La hiperglucemia crónica en la DM se asocia con el daño a largo plazo de diferentes órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón, y los vasos sanguíneos (23). En su evolución existen circunstancias que comprometen el control glicémico de los pacientes y que desarrollan complicaciones agudas y crónicas. La DM está asociada con lesiones microvasculares (nefropatía, retinopatía y neuropatía) y macrovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral y enfermedad vascular periférica). Se considera la primera causa de ceguera, de insuficiencia renal

crónica y de amputación no traumática de miembros inferiores; además de condicionar muertes prematuras e implicar costos de atención y hospitalización (24).

Aunque hay cierta preocupación en cuanto a la sensibilidad para pronosticar DM, el diagnóstico es a través del análisis de glucosa en plasma, ya sea glucosa plasmática en ayunas o una prueba de tolerancia a la glucosa. Recientemente se añadió la glucohemoglobina como una tercera opción diagnóstica (19, 22).

Tabla 4. Criterios para el diagnóstico de Diabetes



2hGP: glucosa plasmática a las 2 h poscarga; GAA: glucosa alterada en ayunas; GPA: glucosa plasmática en ayunas; HbA1c: glucohemoglobina. (ADA 2014)

La epidemia de la DM es reconocida por la OMS como una amenaza mundial, señala que en el mundo existen entre 347 a 371 millones de personas con diabetes en el 2012 y se estima que para el 2030 habrá un incremento a 552 millones (1 de cada 10 adultos), esto equivale a 3 nuevos casos por segundo. En 2012 se registraron 1.5 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia (12, 21).

En México, la DM ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en las últimas décadas, con más de 70 mil muertes anuales; cabe señalar que, según la Dirección General de Información en Salud (DGIS), en el 2008 hubo 75,572 defunciones por complicaciones atribuibles a la diabetes que representaron una tasa de 70.8 por 100,000 habitantes, el 14% de las muertes del país. Un número mayor de defunciones en el grupo de las mujeres (39,913 muertes) comparado con el de los hombres (33,265), con una tasa 73.6 por 100,000 habitantes en mujeres y de 63.4 en hombres, diferencias importantes a considerar en las acciones preventivas, de detección, diagnóstico y tratamiento de este padecimiento (4).

La ENSANUT 2012 señala que en México la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2%, lo que muestra un incremento importante en comparación con la proporción reportada en la ENSANUT 2000 (5.8%) y en la ENSANUT 2006 (7%), en las personas de 50 a 59 años de edad se observó un incremento similar en hombres (19.1%) y en mujeres (19.4%) que habían sido diagnosticados con diabetes, para los grupos de 60 a 69 años se observó una prevalencia ligeramente mayor en mujeres que en hombres (26.3 y 24.1%, respectivamente) que se acentuó en el grupo de 70 a 79 años (27.4 y 21.5%, respectivamente).

Para el 2012, la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más en Baja California fue de 9.9%, mayor a la reportada en la ENSANUT del 2006 (8.7%, figura 4.16). En el caso de las mujeres 10.8% y en hombres 9.1%, con una razón mujer: hombre de 1.2. En ambos géneros se observó un incremento en la prevalencia de diagnóstico previo de diabetes a partir del grupo de 40 a 59 años de edad (13.5 y 19.7%, respectivamente), la cual es mayor en hombres de 60 años o más (28.7%) al igual que en mujeres de la misma edad (23.3%).

En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en Baja California se ubicó por arriba de la media nacional (9.2%).

1.2.6 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es definida por la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2010 “como al padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la Presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular, renal o diabetes”.

Según la OMS, una tensión arterial normal en adultos es de 120/ 80 mm Hg y se considera que una presión arterial alta o elevada es de 140/90 mm Hg. La NOM-030-SSA2-2010 clasifica la HAS por cifras, de acuerdo a los siguientes criterios que se muestran en la tabla 5.

Tabla 5. Clasificación de la HAS por la NOM-030-SSA2-2010

Categoría	Sistólica mmHg.	Diastólica mmHg.
Optima	< 120	< 80
Presión arterial normal	120 a 129	80 a 84
Presión arterial fronteriza*	130 a 139	85 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión 3	> 180	> 110
Hipertensión sistólica aislada	> 140	< 90

A la hipertensión arterial se le considera un predictor de morbilidad y mortalidad para enfermedades cardiovasculares, las más comunes son la enfermedad cerebrovascular, el infarto del miocardio, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia renal. Hay una gran diversidad en el tratamiento farmacológico para el control del paciente hipertenso, sin embargo, en muchos casos no se han implementado medidas no farmacológicas, por lo que en la mayoría no existe un control adecuado de las cifras tensionales, implicando un incremento en el riesgo de daño en los órganos blanco, la discapacidad, la repercusión en la economía familiar y el aumento en los costos de la atención en los sistemas de salud y en el país (25).

A nivel mundial, uno de cada tres adultos tiene la tensión arterial elevada, trastorno que causa aproximadamente el 80% de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía (2). La OMS estima que alrededor del 40% de los adultos mayores de 25 años en el mundo tiene hipertensión. En el 2008 se habían diagnosticado por hipertensión en el mundo aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1000 millones en el 2008 (26).

La prevalencia más alta de la hipertensión se observa en África (el 46% de los adultos) y la más baja en América (35%). En general, su prevalencia es menor

(35%) en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medios (40%), una diferencia que cabe atribuir al éxito de las políticas públicas multisectoriales y al mejor acceso a la atención de salud (2).

Aproximadamente entre 1.5 a 5% de los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a la hipertensión arterial sistémica. Por su parte, la cardiopatía isquémica afecta a hombres de edad mediana y avanzada; su mortalidad es 20% más alta que en las mujeres, siendo los mayores de 65 años los más afectados.

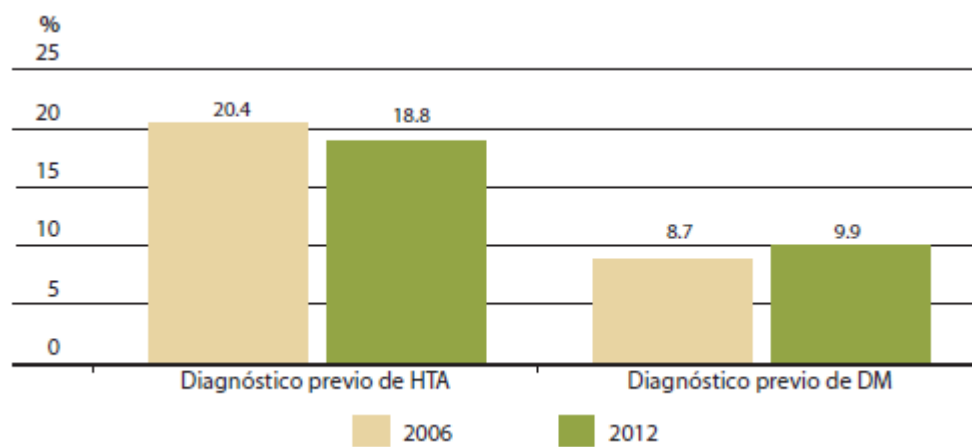
La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que durante los próximos diez años ocurrirán aproximadamente 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en América, de las cuales 2.4 millones pueden ser atribuidas a la hipertensión arterial, componente importante del riesgo cardiovascular (23).

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 se estima que en México hay 22.4 millones de adultos de 20 años o más que padecen hipertensión arterial, de los cuales únicamente 11.2 millones han sido diagnosticados por un médico. De estos mexicanos, 5.7 millones, además de haber sido diagnosticados, están en tratamiento (27). En contraste con los datos recolectados en el 2006, donde la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más en el estado de Baja California fue de 18.8%, con una diferencia de 1.6% respecto al 20.4% reportada en ENSANUT 2006. (Ver figura 1)

Para el 2012, la prevalencia de hipertensión arterial fue de 22.3% en mujeres y 15.2% en hombres, con una razón mujer: hombre de 1:0.7. En ambos se observó un incremento en la prevalencia de hipertensión arterial a partir de los 40 años (19.5% en hombres y 30.3% en mujeres), que aumentó

considerablemente en el grupo de 60 años o más (38.8% en hombres y 59.2% en mujeres).

Figura 1. Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años y más, Baja California, ENSANUT 2006 y 2012



En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo del estado de Baja California se ubicó arriba de la media nacional (15.9%) (28).

Se observa una mayor prevalencia de hipertensión arterial en mujeres debido a la presentación de la menopausia, que ocurre entre los 45 y los 55 años de edad, y viene determinada por una insuficiencia folicular ovárica. Durante este período se produce un descenso de los niveles de estrógenos ováricos, lo que provoca cambios físicos y metabólicos. El estrógeno endógeno actúa como un factor protector, al contribuir en el mantenimiento de la salud cardiovascular a través de efectos directos e indirectos (29).

Los estrógenos participan en muchas vías que regulan la Presión Arterial, como aumento de la biodisponibilidad del óxido nítrico endotelial, inhibición del

sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) y del sistema de las endotelinas, disminución de la actividad del sistema nervioso autonómico simpático, e inhibición de la proliferación de músculo liso vascular. A nivel renal, disminuyen la reabsorción tubular de sodio al inhibir el SRAA intrarrenal y aumentar la acción del óxido nítrico (30).

1.2.7 OBESIDAD

La OMS considera a la obesidad como una enfermedad sistémica, crónica y multifactorial que constituye un grave problema de salud pública, está relacionada a una epidemia global, no exclusiva de los países de altos ingresos y que impacta en todos los grupos de edad. Esto es debido a que genera un incremento en la morbilidad asociada y en los costos en salud, así como una disminución de la sobrevida y calidad de vida (31).

El sobrepeso y la obesidad son definidos por la OMS como una acumulación anormal o excesiva de grasa, el indicador más común que se utiliza para identificar el exceso de peso es el índice de masa corporal (IMC), que consiste en aplicar la fórmula de Quetelet:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla (m}^2\text{)}}$$

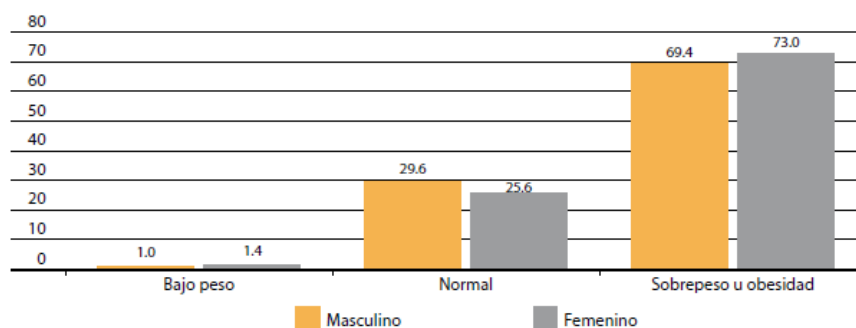
Se clasifica como sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25 y la obesidad cuando es igual o superior a 30. Ambos son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Desde 1980, la obesidad se ha incrementado a nivel mundial. En el 2014, 39% de las personas adultas de 18 años o más tenía sobrepeso, y el 13% eran

obesas. El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas que la insuficiencia ponderal (32).

De acuerdo con la ENSANUT 2012, los niveles actuales de sobrepeso y obesidad en la población mexicana representan una amenaza a la sustentabilidad de nuestro sistema de salud, por su asociación con las enfermedades no transmisibles y por el uso de recursos especializados y de mayor tecnología, que imponen a los servicios de salud altos costos para su atención. Esta encuesta señala que la prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad (IMC ≥ 25) es mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%), y que la prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30) es más alta en el sexo femenino que en el masculino. (Ver figura 2)

Figura 2. Distribución del estado nutricional de hombres y mujeres de 20 años o más de acuerdo a la clasificación del IMC, México, ENSANUT 2012.



En Baja California, la prevalencia de sobrepeso expresada por un IMC ≥ 25 , en mujeres fue de 73.8% y en hombres de 75.9%, mientras que la prevalencia de obesidad expresada con IMC ≥ 30 fue 24.0%, más alta en mujeres (43.8%) que en hombres (35.3%), en tanto la prevalencia de sobrepeso fue mayor en hombres (40.6%) que en mujeres (30.1%). La tendencia en la prevalencia de

sobrepeso y obesidad en los últimos seis años observa un incremento de 38.4% en obesidad, en el caso de los hombres, y de 19.0% en sobrepeso, en el caso de las mujeres (28).

El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública que afecta a 7 de cada 10 hombres y mujeres mayores de 20 años, estas cifras fueron similares a las reportadas en el ámbito nacional.

1.2.8 DISLIPIDEMIAS

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012 para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias, las definiremos como “la alteración de la concentración normal de los lípidos en la sangre donde se incluyen la elevación del colesterol total, la elevación de los triglicéridos, la disminución de la concentración de colesterol HDL (por sus siglas en inglés, High Density Lipoprotein), y el incremento del colesterol LDL (por sus siglas en inglés, Low Density Lipoprotein), siendo la más frecuente la hipoalfalipoproteinemia. Las dislipidemias pueden obedecer a causas genéticas o primarias, o a causas secundarias. En el caso particular de la hipercolesterolemia secundaria, se consideran como causas la Diabetes, la obesidad, el hipotiroidismo y el síndrome nefrótico” (33).

Según el Programa de Educación Nacional para el Colesterol, los niveles de colesterol deseables son cifras menores a 200 mg/dl, LDL-C menor de 100mg/dl, HDL-C entre 40 y 60mg/dl, y de Triglicéridos menor a 150 mg/dl (34).

Entre los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares que constituyen la primera causa de muerte, se encuentra la hipercolesterolemia, que ha ido en aumento principalmente por los cambios en

los hábitos higiénico-dietéticos por el mayor consumo de grasas saturadas, el sedentarismo, el tabaquismo, la diabetes y la hipertensión arterial (35).

En México se ha observado un incremento en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, llegando a constituir la primera causa. La aterosclerosis es una de las causas principales para el desarrollo de estas enfermedades, además de considerarse dentro de las tres primeras causas de muerte en México. Se suman a estas las dislipidemias como uno de los factores modificables de riesgo cardiovascular.

Tanto el consejo europeo como la Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología proponen clasificar a los pacientes con alteraciones en los lípidos como (35):

- 1.Hipercolesterolemia.
- 2.Hipertigliceridemia.
- 3.Hiperlipidemia mixta.
- 4.Hipoalfalipoproteinemia.

Según la ENSANUT 2012, en la República Mexicana se reporta que, de las personas que se realizaron la prueba de detección de colesterol, los que mostraron un resultado elevado fue del 13%, presentándose en un 3.6% en los grupos de 20 a 29 años y 24.7% en los de 60 a 69 años de edad, donde el 14.1% fue en mujeres y el 11.7% en hombres.

En cuanto a Baja California, se reporta que, de la población que se realizó la detección de colesterol, el 17.1% obtuvo un resultado elevado, de estos se observó una diferencia en la población de 40 a 59 años (25.2%), siendo un 22.8% en hombres y 27.6% en mujeres, y en la de 60 años o más 23.3%, que corresponde al 15.0% en hombres y 30.2% en mujeres (28).

Por lo expuesto y ante la inquietud de saber si los GAM EC son significativos para el apoyo del paciente con enfermedades crónicas en cuanto a cambio de hábitos de vida y de hacer conciencia de estos, las siguientes preguntas son resueltas en el transcurso de esta investigación.

1.3 JUSTIFICACIÓN

A pesar de la existencia de los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas (GAM EC), no todos los pacientes alcanzan el control metabólico de sus padecimientos (Diabetes Mellitis, Hipertensión Arterial, dislipidemias y obesidad), tampoco se sabe con exactitud el beneficio de los GAM EC y su relación con el control metabólico; además que la satisfacción en el ser humano es percibida al comparar sus logros con sus expectativas, lo que nos lleva a que si hay mayor satisfacción se puede considerar que el paciente lleva mejor control metabólico, por tal motivo, es importante conocer el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a un GAM EC con respecto al funcionamiento del mismo, a través de la aplicación de una encuesta de satisfacción que permita mejorar estos grupos de ayuda, los cuales fueron planeados con este fin.

Es importante conocer si la existencia de Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas tiene un impacto en la concientización y modificación de los factores de riesgo conductuales, biológicos y ambientales, así como en el control metabólico, con el objetivo de planear en un futuro proyectos preventivos que permitan no sobrepasar la demanda de atención médica

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2005 estimó que 35 millones de las defunciones registradas a nivel mundial fueron por una enfermedad crónica, la mitad de los fallecidos era de sexo femenino y el 29% menor de 60 años de edad; el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se registra en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el total de defunciones por enfermedades crónicas aumente otro 17% en los próximos 10 años. Debido al incremento en la incidencia y morbi-mortalidad de diversas enfermedades crónicas a nivel mundial, nacional y local, así como, al impacto social, económico y en la demanda de los servicios de salud, se implementaron los GAM EC como estrategia nacional para llevar al individuo a un mejor control metabólico. Por lo anterior surgen las siguientes preguntas:

¿Los GAM EC Acreditados y No Acreditados están satisfaciendo las necesidades de los pacientes para el mejoramiento de su calidad de vida?

¿Existe diferencia significativa entre los GAM acreditados y no acreditados en relación al grado de satisfacción de los pacientes con enfermedades crónicas registrados en los mismos?

1.5 HIPÓTESIS

El nivel de satisfacción de los pacientes con enfermedades crónicas que participan en los GAM EC acreditados es mayor con respecto al de los pacientes que participan en los GAM EC no acreditados.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBEJTIVO GENERAL

Definir y comparar entre los Grupos de ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas acreditados y no acreditados de la Jurisdicción Tijuana el nivel de satisfacción de los pacientes con enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial y la Obesidad.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes con enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial y la Obesidad, que participan en los Grupos de Ayuda Mutua acreditados y no acreditados.
2. Comparar el nivel de satisfacción de los pacientes con enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial y la Obesidad, que participan en los Grupos de Ayuda Mutua acreditados con respecto a los no acreditados.

CAPITULO II

2.1 METODOLOGÍA

2.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal, descriptivo, aplicativo y comparativo.

2.1.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

A nivel nacional en el Sistema Nominal de Información en Crónicas (SIC) hasta el 15 de abril de 2016 se registró un total de 1,536,663 pacientes con enfermedades crónicas de los cuales 876,825 tienen diagnóstico de diabetes, 1,006,837 con hipertensión, 523,351 con obesidad y 367,862 con dislipidemia. En el estado de Baja California hasta el 15 de abril de 2016 se registró un total de 32, 055 pacientes con enfermedades crónicas atendidos en las unidades de salud, de estos 18, 561 con diagnóstico de diabetes, 23,926 de hipertensión, 14,578 de obesidad y 9,507 de dislipidemia.

En la jurisdicción de servicios de salud Tijuana que conforman los municipios de Tijuana, Tecate y Rosarito , hasta el 15 de abril de 2016 se registró un total de 16,162 pacientes con enfermedades crónicas atendidos en 68 centros de salud; de estos 9,496 con diagnóstico de diabetes, 12,239 con hipertensión, 7,465 con obesidad y 5,303 con dislipidemias (36).

Durante el 2015 se registraron a 30 GAM EC conformado por un total de 600 pacientes, de estos 3 están acreditados y corresponden a los Centros de Salud Lázaro Cárdenas, Rubí y Herrera, 1 re-acreditado del Centro de Salud Mariano Matamoros y 1 acreditado con excelencia de Centro De Salud Tecate.

2.1.2 MUESTRA

El universo total de la población en estudio fue de 600 personas que integran los GAM EC acreditados y no acreditados, de los cuales 160 corresponden a ocho GAM EC distribuidos en seis centros de salud que son Cañón del Padre, Francisco Villa, Herrera, Mariano Matamoros, Rubí y Tecate, aclarando que los Centros de salud de la Herrera y Rubí cuentan con 2 GAM EC.

Para determinar el tamaño de muestra se utilizó la hoja de cálculo que se localiza en fisterra (37), donde se determinó el tamaño de la muestra con un nivel de confianza del 95% y una precisión de 4% para una población de 600 participantes, el resultado fue de 96 sujetos, en el presente estudio se encuestó a 108 pacientes, por lo que se consideró cubierta la muestra requerida.

Se seleccionaron por accesibilidad y por cumplir con los criterios de inclusión citados en párrafo posterior 160 pacientes de siete centros de salud, lo que corresponde a 108 pacientes, cifra final después de haber descalificado 4 por no haber llenado la encuesta correctamente y el resto por no acudir el día en que se aplicó la encuesta., el reclutamiento se realizó el día de su cita de reunión mensual para el GAM EC y control médico.

2.1.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Adultos de 20 años de edad o más, de sexo indistinto, con diagnóstico de DM1 o DM2.
- ✓ Que los integrantes del GAM EC tengan de manera aislada o conjunta el diagnóstico de DM1, DM2, Hipertensión Arterial, Obesidad y/o Dislipidemia.

- ✓ Que los integrantes pertenezcan a GAM EC con una antigüedad superior a los 6 meses.
- ✓ Que los integrantes del GAM EC radiquen en los Municipios de Playas de Rosarito, Tecate o Tijuana.
- ✓ Aceptar participar en el estudio.

2.1.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Pertenecer a un GAM EC de reciente creación (con una antigüedad menor a 1 año).
- ✓ Pacientes menores de 20 años de edad.

2.1.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Dependiente: Grados de Satisfacción.

Independiente: GAM EC Acreditados y No acreditados, se consideró a los acreditados como aquellos que cumplieron con los criterios establecidos anteriormente para su acreditación.

Intercurrentes: Influencia e impacto de interrelación médico paciente externo al GAM EC, la falta de medicamentos en las unidades de salud.

2.1.6 PROCEDIMIENTO

1.- Se seleccionó un cuestionario del Gobierno de Chile, que evaluó la satisfacción del programa de violencia familiar, se validó y adaptó a la población en estudio, integrado por 4 ítems, una pregunta subjetiva sobre

satisfacción general y un espacio para sugerencias el cual está conformado de las siguientes características:

- a. Encabezado: Incluye el título del proyecto, objetivo del estudio, finalidad, confidencialidad, instrucciones, centro de salud y si el GAM EC al que pertenece está Acreditado o No Acreditado.
- b. Información General: Consistente en 4 ítems, con preguntas cuantitativas, que investigarán en escala de actividades varias, el trabajo en grupos, las instalaciones y los resultados alcanzados en el paciente que pertenece al GAM EC, así como , una pregunta subjetiva sobre satisfacción general y un espacio para sugerencias, con una medición tipo Likert.
- c. Ítem 1: integrado por 6 preguntas de opción múltiple que evalúa la variedad de actividades, calidad y técnica profesional, calidad profesional y técnica del personal, tiempo de permanencia, estrategias de autocuidado y la comparación actual al día de ingreso al GAM EC.
- d. Ítem 2: compuesto por 9 preguntas de opción múltiple que evalúa la medida en que el personal de salud transmite sus conocimientos, el trato proporcionado por el personal de salud, la motivación para el desarrollo de la actividad por parte del personal de salud, el respeto de horarios y las fechas, la intensidad o ritmo de la actividad de acuerdo a los participantes, el interés del grupo por la actividad, la información recibida, el funcionamiento del grupo y el desarrollo de las sesiones.
- e. Ítem 3: evalúa 7 puntos de opción múltiple sobre las instalaciones que son orden y limpieza, iluminación, mantenimiento, ventilación, accesibilidad, seguridad y privacidad.
- f. Ítem 4: incluye 5 preguntas de opción múltiple que exploran si actualmente tiene más información sobre su enfermedad, conocimiento sobre las complicaciones de su enfermedad, conocimiento sobre el

control de su enfermedad, manejo de su alimentación de acuerdo a su enfermedad y la importancia de realizar actividad física.

- g. Pregunta subjetiva de opción múltiple sobre el grado de satisfacción frente al grupo.
- h. Sugerencias: espacio para que el paciente escriba sus recomendaciones para mejorar el funcionamiento de los GAMEC.
- i. Agradecimiento.

2.- Se capacitó a los encuestadores (nutriólogas, activador físico y promotora de salud) en la técnica a seguir para aplicar la encuesta, solicitar el consentimiento, explicar los objetivos del estudio, forma de cuidar la privacidad del encuestado y recabar los cuestionarios.

3.- Se seleccionaron por conveniencia a los sujetos de estudio que cumplieron con los criterios de inclusión. Se aplicó la encuesta durante las reuniones mensuales de dichos grupos.

- a. Se solicitó participación voluntaria, explicando el objetivo del estudio y el manejo de la información anónima.
- b. Se le hizo entrega del cuestionario con una pluma, dejando solo al paciente para que lo contestara, y en situaciones en que el paciente no supiera leer ni escribir el encuestador apoyó con la lectura de las preguntas y contestación del cuestionario.
- c. Al término el encuestado entregó al encuestador el cuestionario.
- d. El encuestador agradeció la participación de los pacientes.
- e. Se concentró el total de encuestas realizadas y se separaron en GAM EC acreditados y No acreditados.

4.- Se codificaron los cuestionarios para su captura en la base de datos SPSS ver. 21, y se pasó a la etapa de análisis estadístico.

2.1.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados de los cuestionarios se capturaron en el programa estadístico SPSS ver. 21, posteriormente se dicotomizaron las variables dependientes tomándose en cuenta que los valores del 1 al 3 corresponden al 1 (no satisfacción) y del 4 al 5 corresponden al 2 (satisfacción).

Se realizó análisis descriptivo de frecuencias y tablas de contingencia de todas las variables recaudadas en el cuestionario, además de las pruebas estadísticas de Chi cuadrada con todas las variables identificando el valor de significancia ($p < 0.05$) y la razón de momios.

CAPITULO III

3.1 RESULTADOS

Se aplicaron un total de 108 encuestas a pacientes pertenecientes a los GAM EC tanto Acreditados como No Acreditados, de las cuales 51 pacientes (47.2%) correspondieron a los GAM EC no acreditados y 57 pacientes (52.8%) a los GAM EC Acreditados. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la muestra total por GAM EC Acreditado y No Acreditado (n=108)

Acreditados	n	%
NO	51	47.2
SI	57	52.8

Participaron pacientes de ocho GAM EC de seis centros de salud C.S. Cañón del Padre, C.S. Francisco Villa, C.S. Herrera, C.S.Mariano Matamoros, C.S. Rubí y C.S.Tecate, en ellos existen cuatro GAM EC acreditados y cuatro no acreditados, tomando en cuenta que los centros de salud de Herrera y Rubí cuentan con dos GAM EC cada uno.

De los GAM EC no acreditados, el 25.5% de los pacientes correspondieron al C.S. del Cañón del Padre, el 31.4% de los pacientes al C.S. de Francisco Villa, el 19.6% de los pacientes al C.S. Herrera, y el 23.5% de los pacientes al C.S. Rubí y de los cuatro GAM EC Acreditados fueron el 22.8% de los pacientes al C.S. Herrera, el 22.8% de los pacientes al C.S. Mariano Matamoros, el 28.1% de los pacientes al C.S. Rubí y el 26.3% de los pacientes al C.S. Tecate. (Tabla 2)

Tabla 2. Número de pacientes participantes por centro de salud y por GAM EC Acreditado y No Acreditado

Centro de Salud	No		Acreditado Si		Total	
	n	%	n	%	n	%
C. Padre	13	25.5%	0	0.0%	13	12.0%
Fco. Villa	16	31.4%	0	0.0%	16	14.8%
Herrera	10	19.6%	13	22.8%	23	21.3%
M.Matamoros	0	0.0%	13	22.8%	13	12.0%
Rubi	12	23.5%	16	28.1%	28	25.9%
Tecate	0	0.0%	15	26.3%	15	13.9%
Total	51	100.0%	57	100.0%	108	100.0%

Al evaluar el ítem de actividades varias, nos encontramos que lo referente a la variedad de la actividad que ofrecen los centros de salud a los GAM EC, la encuesta reveló que el 56.5% de los encuestados contestaron que es muy buena. Con relación a las actividades de los participantes, 49.1% de ellos las evaluaron como muy buena y buena. Referente a la calidad profesional y técnica del personal del centro de salud, 55.6% de los encuestados respondieron que era muy buena. El tiempo de permanencia fue evaluado por el 60.2% de los encuestados como muy bueno. Las estrategias de autocuidado de mi salud entregadas en el GAM fueron evaluadas como muy buenas por el 60.2% de los encuestados. La valoración en cuanto a cómo se siente hoy en comparación al día de ingreso al GAM fue muy buena en un total del 75.9% de los encuestados.

El 55.6% de los participantes evaluaron como muy bueno como el personal de salud sabe transmitir sus conocimientos en el trabajo en grupo.

El trato proporcionado por el personal de salud a los participantes fue evaluado como muy bueno en un 57.4%. La motivación por parte del personal de salud en el desarrollo de las actividades fue calificado como muy buena por el 56.5% de los participantes. La medida en que se respetan los horarios y fechas establecidos el 43.5% de los participantes respondieron como muy bueno. El grado en que adecua la intensidad o ritmo de la actividad de acuerdo a las características de los participantes fue muy buena en el 42.6% de los participantes. El grado en que mantiene el interés del grupo por la actividad el 56.5% de los participantes respondieron que fue muy buena. La información recibida fue muy buena en el 76.9% de los participantes. La respuesta del 66.7% de los participantes acerca del funcionamiento del GAM fue muy buena y el desarrollo de las sesiones fueron muy buenas en el 71.3% de los participantes.

De acuerdo a las respuestas de las encuestas, el orden y limpieza es bueno en el 48.1%, la iluminación es buena en 59.3%, el mantenimiento es bueno en el 42 %, la ventilación es buena en el 39.8%, la accesibilidad es buena en el 51.9%, la seguridad es buena en el 47.2% y la privacidad es buena en 44.4%.

En el ítem de los resultados alcanzados en el paciente perteneciente al GAM, el 55.6% de ellos respondieron como resultados muy buenos ya que obtuvieron mayor información sobre su enfermedad, 51.9% de ellos evaluaron como muy bueno el conocimiento de las complicaciones de su enfermedad, el 47.2% de los participantes evaluaron como muy bueno el conocimiento de controlar su enfermedad, el 39.8% de los participantes consideraron que el recibir información nutricional adecuada para el control de su enfermedad les permite tener muy bueno el manejo de su alimentación de la misma y el 60.2% de ellos como muy bueno la importancia de realizar actividad física. (Tabla 3).

Se procedió a cruzar todas las variables con el factor de riesgo de no satisfacción con los GAM EC acreditados y no acreditados, resultados que se muestran en la tabla 4 y la tabla 5, donde se observa que en ambos grupos no hay diferencias significativas, a excepción de algunos ítems del bloque de preguntas de instalación como son orden y limpieza ($p=0.01$, $RM=0.082$, $IC\ 95\%=0.018-0.372$) y mantenimiento ($p=0.01$, $RM=0.212$, $IC\ 95\%=0.078-0.579$), ambos con una p significativa.

En cuanto al apartado de sugerencias que es un espacio para que el paciente escriba sus recomendaciones para mejorar el funcionamiento de los GAM EC sus respuestas fueron que desearían más actividades al mes, actividad física tres veces por semana, que la duración de las reuniones sea menor a dos horas, un lugar más amplio con ventilación (aire acondicionado o ventiladores), puntualidad para iniciar las sesiones, un activador físico y nutrióloga de manera constante, reuniones 2 veces al mes, capacitación y taller sobre cómo preparar alimentos de soya, buen trato por parte del personal médico y de enfermería, revisión de pies, toma de signos vitales temprano, baños limpios y con papel sanitario, asistencia y puntualidad de los mismos integrantes del GAM EC, tratar tema de violencia familiar y que no falte el abasto de medicamento y cuando se surta sea completo.

Tabla 3. Distribución de frecuencias de satisfacción general utilizando una escala Likert en pacientes que pertenecen a GAM EC acreditados y no acreditados (n=108)

Variable	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
1. ACTIVIDADES VARIAS					
1. La variedad de actividad que ofrece el Grupo de Ayuda Mutua es			3 (2.8%)	44 (40.7%)	61 (56.5%)
2. Las actividades en que participé fueron			1 (9.0%)	53 (49.1%)	53 (49.1%)
3. La calidad profesional y técnica del personal del centro fue			7 (6.5%)	41 (38.0%)	60 (55.6%)
4. El tiempo de permanencia en las sesiones del GAM fue			4 (3.7%)	39 (36.1%)	65 (60.2%)
5. Las estrategias de autocuidado de mi salud entregadas en el GAM fueron	1 (.9%)		6 (5.6%)	36 (33.3%)	65 (60.2%)
6. Valore cómo se siente hoy en comparación al día de ingreso al GAM			1 (.9%)	25 (23.1%)	82 (75.9%)
2. TRABAJO EN GRUPOS					
1. En qué medida el personal de salud sabe transmitir sus conocimientos			5 (4.6%)	43 (39.8%)	60 (55.6%)
2. Trato que proporciona el personal de salud a los participantes			5 (4.6%)	41 (38.0%)	62 (57.4%)
3. El personal de salud Motiva/interesa el desarrollo de la actividad	1 (.9%)	1 (.9%)	4 (3.7%)	41 (38.0%)	61 (56.5%)
4. En qué medida respeta los horarios y fechas establecidos		1 (.9%)	18 (16.7%)	42 (38.9%)	47 (43.5%)
5. Grado en que adecúa la intensidad o ritmo de la actividad a las características de las participantes en el grupo			17 (15.7%)	45 (41.7%)	46 (42.6%)
6. Grado en que mantiene el interés del grupo por la actividad			10 (9.3%)	37 (34.3%)	61 (56.5%)
7. como ha sido la información que ha recibido			3 (2.8%)	22 (20.4%)	83 (76.9%)
8. como considera ud. El funcionamiento del GAM			3 (2.8%)	33 (30.6%)	72 (66.7%)
9. Como considera el desarrollo de las sesiones				31 (28.7%)	77 (71.3%)
3. INSTALACIONES Y OTROS					
1. Orden y limpieza		3 (2.8%)	18 (16.7%)	52 (48.1%)	35 (32.4%)
2. Iluminación			6 (5.6%)	64 (59.3%)	38 (35.2%)
3. Mantenimiento		1 (.9%)	27 (25.0%)	42 (38.9%)	38 (35.2%)
4. Ventilación	1 (.9%)	11 (10.2%)	31 (28.7%)	43 (39.8%)	22 (20.4%)
5. Accesibilidad	1 (.9%)	5 (4.6%)	20 (18.5%)	56 (51.9%)	26 (24.1%)
6. Seguridad	1 (.9%)	2 (1.9%)	13 (12.0%)	51 (47.2%)	41 (38.0%)
7. Privacidad		3 (2.8%)	12 (11.1%)	45 (41.7%)	48 (44.4%)
4. RESPECTO DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS EN USTED AL PERTENECER AL GAM					
1. Tiene hoy más información sobre su enfermedad			13 (12.0%)	35 (32.4%)	60 (55.6%)
2. Conoce sobre las complicaciones de su enfermedad		3 (2.8%)	8 (7.4%)	41 (38.0%)	56 (51.9%)
3. Conoce la manera de cómo controlar su enfermedad		2 (1.9%)	15 (13.9%)	40 (37.0%)	51 (47.2%)
4. Maneja mejor el tipo de alimentación de acuerdo a su enfermedad	1 (.9%)	2 (1.9%)	23 (21.3%)	39 (36.1%)	43 (39.8%)
5. Conoce para que es importante realizar actividad física	2 (1.9%)		8 (7.4%)	33 (30.6%)	65 (60.2%)

TABLA 4. Resultados de Chi cuadrada examinando la no satisfacción de las variables independientes en relación con los pacientes que pertenecen GAM EC acreditados y no acreditados (n=108)

Variable	No Acreditado	Acreditado	Valor de P	OR	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
1. ACTIVIDADES VARIAS						
1. La variedad de actividad que ofrece el Grupo de Ayuda Mutua es	0 (0.0%)	3 (100%)	0.10	1.944	1.615	2.342
2. Las actividades en que participé fueron	0 (0.0%)	2 (100%)	0.18	1.927	1.604	2.315
3. La calidad profesional y técnica del personal del centro f	1 (14.3%)	6 (85.7%)	0.07	0.170	0.020	1.463
4. El tiempo de permanencia en las sesiones del GAM fue	2 (50%)	2 (50%)	0.91	1.122	0.152	8.272
5. Las estrategias de autocuidado de mi salud entregadas en el GAM fueron	1 (14.3%)	6 (85.7%)	0.07	0.170	0.020	1.463
6. Valore cómo se siente hoy en comparación al día de ingreso al GAM	0 (0.0%)	1 (100%)	0.34	1.911	1.595	2.289
2. TRABAJO EN GRUPOS						
1. En qué medida el personal de salud sabe transmitir sus conocimientos	1 (20.0%)	4 (80.0%)	0.21	0.265	0.029	2.452
2. Trato que proporciona el personal de salud a los participantes	2 (40.0%)	3 (60.0%)	0.74	0.735	0.118	4.582
3. El personal de salud Motiva/interesa el desarrollo de la actividad	2 (33.3%)	4 (66.7%)	0.48	0.541	0.095	3.085
4. En qué medida respeta los horarios y fechas establecidos	7 (36.8%)	12 (63.2%)	0.32	0.597	0.215	1.655
5. Grado en que adecúa la intensidad o ritmo de la actividad a las características de las participantes en el grupo	5 (29.4%)	12 (70.6%)	0.11	0.408	0.133	1.251
6. Grado en que mantiene el interés del grupo por la actividad	3 (30.0%)	7 (70.0%)	0.25	0.446	0.109	1.827
7. como ha sido la información que ha recibido	0 (0.0%)	3 (100%)	0.10	1.944	1.615	2.342
8. como considera ud. El funcionamiento del GAM	1 (33.3%)	2 (66.7%)	0.63	0.550	0.048	6.252
9. Como considera el desarrollo de las sesiones	0	0	0	0	0	0
3. INSTALACIONES Y OTROS						
1. Orden y limpieza	2 (9.5%)	19 (90.5%)	0.01	0.082	0.018	0.372
2. Iluminación	1 (16.7%)	5 (83.3%)	0.12	0.208	0.023	1.843
3. Mantenimiento	6 (21.4%)	22 (78.6%)	0.01	0.212	0.078	0.579
4. Ventilación	21 (48.8%)	22 (51.2%)	0.79	1.114	0.515	2.409
5. Accesibilidad	10 (38.5%)	16 (61.5%)	0.30	0.625	0.254	1.539
6. Seguridad	4 (25.0%)	12 (75.0%)	0.05	0.319	0.096	1.063
7. Privacidad	5 (33.3%)	10 (66.7%)	0.25	0.511	0.162	1.61
4. RESPECTO DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS EN USTED AL PERTENECER AL GAM						
1. Tiene hoy más información sobre su enfermedad	5 (38.5%)	8 (61.5%)	0.50	0.666	0.203	2.183
2. Conoce sobre las complicaciones de su enfermedad	5 (45.5%)	6 (54.5%)	0.90	0.924	0.264	3.231
3. Conoce la manera de cómo controlar su enfermedad	6 (35.3%)	11 (64.7%)	0.28	0.558	0.190	1.636
4. Maneja mejor el tipo de alimentación de acuerdo a su enfermedad	11 (42.3%)	15 (57.7%)	0.57	0.770	0.316	1.876
5. Conoce para que es importante realizar actividad física	6 (60.0%)	4 (40.0%)	0.40	1.767	0.469	6.654

Tabla 5. Resultados de Chi cuadrada examinando la no satisfacción de las variables independientes en relación con los pacientes que pertenecen GAM EC acreditados y no acreditados agrupados por grupos homogéneos de respuesta (n=108)

Variable	Acreditados	Sin Satisfacción	Con Satisfacción	P
1. ACTIVIDADES VARIAS	No	1 (2.0%)	50 (98%)	0.364
	Si	3 (5.3%)	54 (94.7%)	
	Total	4 (3.7%)	104 (96.3%)	
2. TRABAJO EN GRUPOS	No	2 (3.9%)	49 (96.1%)	0.307
	Si	5 (8.8%)	52 (91.2%)	
	Total	7 (6.5%)	101 (93.5%)	
3. INSTALACIONES Y OTROS	No	7 (13.7%)	44 (86.3%)	0.105
	Si	15 (26.3%)	42 (73.7%)	
	Total	22 (20.3%)	86 (79.7%)	
4. RESPECTO DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS EN USTED AL PERTENECER AL GAM	No	7 (13.7%)	44 (86.3%)	0.763
	Si	9 (15.8%)	48 (84.2%)	
	Total	15 (13.9%)	93 (86.1%)	

CAPITULO IV

4.1 DISCUSIÓN

Según nuestros resultados la satisfacción de las actividades varias del GAM EC Acreditados y No Acreditados fueron evaluadas como buenas y muy buenas, por lo que es de suma importancia que las intervenciones que se lleven a cabo sean para facilitar el adecuado funcionamiento del GAM EC, adaptando las estrategias a implementarse de una manera práctica y adecuada en cada una de las reuniones, considerando las prioridades y necesidades para lograr el o los objetivos. Además mantener la estabilidad de los integrantes y el respeto a la integridad humana de los participantes (10).

El trabajo en grupos obtuvo como resultado una $p = 0.307$, siendo no significativa para los GAM EC Acreditados y No Acreditados, la participación del personal de salud que funciona como soporte asistencial en los GAM EC permiten canalizar la información y otorgar una atención personalizada a los integrantes para coadyuvar el proceso de su enfermedad y favorecer la promoción de estilos de vida saludables y con esto lograr una mejor calidad de vida del paciente (4, 7, 10).

Las instalaciones no se han considerado en estudios anteriores, en el presente estudio se observó una diferencia significativa de $p = 0.01$ en lo que respecta a orden, limpieza y mantenimiento.

Es importante señalar que dentro de la finalidad del buen funcionamiento de un GAM es que el paciente cuente con los conocimientos suficientes para mejorar su calidad de vida y prevenir complicaciones; para que con esto se vea favorecido el control metabólico de los integrantes (4, 7).

Por lo anterior los resultados alcanzados en ambos GAM EC fueron evaluados como buenos y muy buenos, donde se destaca la importancia de incluir no solo la reducción de síntomas, sino también el incremento de la autoestima, la integración social, la honestidad, la aceptación y el amor a uno mismo, para que traiga como consecuencia el desarrollo de habilidades sociales más eficaces (10).

En México varias instituciones de gobierno como el Instituto del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSA) cuentan con grupos de apoyos los cuales son nombrados como Club de Diabéticos, Grupos de Apoyo para Diabéticos y GAM EC como estrategia para la educación de los pacientes en cuanto a su enfermedad y cambios en los estilos de vida, por lo que se ha mencionado en estudios previos que el hecho de pertenecer a un grupo de apoyo influye en un mejor control metabólico y de las complicaciones de su enfermedad en los pacientes que los integran (38).

Por último podemos observar que los integrantes de los GAM EC Acreditados y No Acreditados que fueron entrevistados, acudieron a su sesión entre 10 y 16 pacientes por sesión, cuando es bien sabido que cada GAM debe de estar conformado por 20 personas (4), esto llama la atención porque nos hace pensar que la inasistencia a las sesiones pudiera ser por insatisfacción u otros factores no contemplados en la evaluación de los resultados.

4.2 CONCLUSIONES

Ante la pregunta ¿Los GAM EC Acreditados y No Acreditados están satisfaciendo las necesidades de los pacientes para el mejoramiento de su calidad de vida? Se puede concluir que, la mayoría de los pacientes encuestados respondieron como buenas y muy buenas los resultados alcanzados a través de la información recibida sobre su enfermedad, así como, los cambios de estilos de vida (alimentación, actividad física, etc.), complicaciones y control de su enfermedad.

La segunda pregunta de investigación ¿Existe diferencia significativa entre los GAM EC Acreditados y No Acreditados en relación al grado de satisfacción de los pacientes con enfermedades crónicas registrados en los mismos? también es respondida en base a los resultados obtenidos en la encuesta, donde se observó que no existe diferencia significativa, por lo que la satisfacción no es un factor que influya para que los Grupos de Ayuda Mutua logren alcanzar la acreditación del mismo y con esto lograr el control metabólico (glucosa, tensión arterial, peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, hemoglobina glucosada, colesterol, triglicéridos), de los pacientes que lo integran.

Es importante no dejar de lado que surgieron otras inquietudes de los pacientes, que no se encontraban dentro de los ítems de la encuesta, aunque estos no influyen directamente en la satisfacción del paciente, son parte importante para que se logre el control metabólico del mismo y con esto la acreditación del grupo.

Por lo anterior sería de suma importancia integrar otras variables a evaluar en futuros estudios para obtener resultados estadísticamente significativos y así valorar el impacto de los GAM EC en la satisfacción de los pacientes.

Para finalizar, se puede concluir que la hipótesis bajo la cual se realizó el presente estudio fue comprobada, ya que la mayoría de los pacientes que integran los GA EC Acreditados y No Acreditados se encuentran sin diferencia significativa con respecto a su grado de satisfacción.

4.3 LIMITANTES

- La notable inasistencia de los integrantes de los GAM EC a sus sesiones mensuales.
- Falta de amplitud en las respuestas que conforman la encuesta.
- No haber incluido otras variables en la encuesta.
- No todos los GAM EC de la Jurisdicción Tijuana cuentan con activador físico y nutrióloga durante todo el año, ya que estos son contratados de manera temporal y solo se dispone de cada uno respectivamente. Por lo anterior es imposible cubrir las necesidades de todos los grupos.
- La falta de un psicólogo dentro del GAM EC, ya que es de suma importancia el apoyo emocional de los pacientes.

4.4 RECOMENDACIONES

- Es conveniente incluir otros estudios bioquímicos como la hemoglobina glicosilada lo que nos permite evaluar la evolución glicémica durante los últimos tres meses y con ello se puede tener una mejor información del control metabólico en cada paciente; con la ventaja que la toma se puede realizar a cualquier hora del día ya que no se altera la medición.

- Monitorización de la glucosa tanto en ayuno como postprandial.
- Llevar seguimiento de la actividad física para monitorizar el IMC.
- Registro de presión arterial, control lipídico, control glicémico.
- Registro de los cambios en los estilos de vida, enfocados preferentemente a los alimentos y actividad física, para con esto evaluar el impacto de los GAM EC con cada uno de los pacientes y no de manera grupal.
- Implementar una investigación cualitativa a través de entrevistas para obtener la información necesaria para determinar las necesidades específicas del paciente, ya que los ítems pueden ser útiles para la mejor comprensión de la situación.

Referencias Bibliográficas

1. Avellaneda A. IM, Torrent-Farnell, Ramón J.R. Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30:177-88.
2. OMS. Prevención de las Enfermedades Crónicas http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html 2015.
3. Vinaccia Stefano OLM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*. 2005;1(2):125-37.
4. Dra. Fernández - García Blanca Estela ea. E S T R A T E G I A GRUPOS DE AYUDA MUTUA ENFERMEDADES CRÓNICAS. E S T R A T E G I A GRUPOS DE AYUDA MUTUA ENFERMEDADES CRÓNICAS, Secretaria de Salud 2012. p. 7-26.
5. SUH EDaE. MEASURING QUALITY OF LIFE: ECONOMIC, SOCIAL, AND SUBJECTIVE INDICATORS. *Social Indicators Research*. 1997;40:189-216.
6. María O-LS. Apuntes para la conceptualización y la medición de la calidad de vida en México. *Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública*. 2008;49:1-39.
7. Lara - Esqueda Agustín A-CA, Aurora - Jiménez Rosa, Arceo -, Guzmán Mario V-MÓ. Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. *Archivos de Cardiología de México*. 2004;74(4):330-6.
8. Barceló Alberto ea. Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas. *Estrategia Regional para Enfermedades Crónicas, Organización Panamericana de la Salud*. 2007:6.
9. Epidemiología(DGE). DGd. Anuarios de morbilidad, información epidemiológica 2013/Dirección General de Epidemiología(DGE). www.epidemiologia.salud.gob.mx 2013.
10. Mandujano- Juárez Gabriela L-dIVG, Hernández -Carreño Leticia, Padilla- Loredó, Silvia. Educación para la salud en grupos de ayuda mutua para la promoción de estilos de vida saludables. *medwabe*. 2012;12(11):574.
11. Filgueira-Lois José L-Fl. Antropología y Salud Mental. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 32003. p. 6-21.
12. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, (2010).
13. Hornstein Gail A H-CM. The structuring of identity among midlife women as a function of their degree of involvement in employment. *Journal of Personality*. 1986;54:551-75.
14. Cadenas-Salazar Rosalía V-RE, Vargas-Daza Emma Rosa, Martínez-González Lidia, Galicia-Rodríguez Liliana. Relación entre apoyo social funcional y satisfacción vital del adulto mayor jubilado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009;47(3):311-4.
15. Mariano R. El bienestar subjetivo. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*. 2011;2(1):64-77.
16. Arellano -Gault David ea. Realidad, Datos y Espacio. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*. 2011;2(2):6-113.
17. Renán R-C. Perspectivas en el debate actual sobre el conocimiento para el desarrollo. *Colección Cuadernos de Desarrollo Humano Sostenible 7*. 2002:7-27.

18. Mejia - Medina José Israel H-TI, Moreno - Aguilera Fernando, Bazán - Castro Manuel. Asociación de factores de riesgo con el descontrol metabólico de Diabetes Mellitus, en pacientes de la clínica oriente del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2007;12(2):25-30.
19. Association AD. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. Diabetes Care. 2014;37(1):s14-s80.
20. Domínguez - Sánchez MP. Control Metabólico en Pacientes Diabéticos Tipo 2: grado de Control y nivel de Conocimientos (Estudio Azuer). Revista Clínica Médica Familiar. 2011;4(1): 32-41.
21. Advani Andrew ea. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes, Prediabetes and Metabolic Syndrome; Dyslipidemia; . Canadian Journal of Diabetes. 2013;37(1):S8-S16, S110.
22. Rydén Lars ea. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, en colaboración con la European Association for the Study of Diabetes. Revista Española de Cardiología 2014. p. 136.e1-e56.
23. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica., (2010).
24. Dr. González - Chávez Antonio ea. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. Guía de Práctica Clínica 2013. p. 6-55.
25. Favela - Pérez Eddie Alberto ea. Diagnóstico y Tratamiento de la HIPERTENSIÓN ARTERIAL en el Primer Nivel de Atención. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-076-08 2014. p. 7-77.
26. Margarita C. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Información general sobre la hipertensión en el mundo, Organización Mundial de la Salud 2013. p. 8-34.
27. Rojas Rosalba JA, Barquera Simón, Campos - Nonato Ismael,, Gutiérrez Juan Pablo H-BL. Diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 Resultados Nacionales 2012. p. 108-16.
28. Rojas Rosalba JA, Barquera Simón, Campos - Nonato Ismael,, Gutiérrez Juan Pablo H-BL. Diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 Baja California 2012. p. 58-62.
29. Otmara MDB-HMyMDG-B. LOS ESTRÓGENOS COMO PROTECTORES CARDIOVASCULARES. Medicentro Electrón. 2012;16(3):148-51.
30. Tagle Rodrigo AM, Valdés Gloria. Hipertensión arterial en la mujer adulta. Rev Med Chile. 2013;141:237-47.
31. Cano- Pérez Evaluz ea. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena. Guía de Práctica Clínica 2012. p. 3-82.
32. OMS. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/2015>.
33. NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias., (2012).
34. Vijayaraghavan K. Treatment of dyslipidemia in patients with type 2 diabetes. Vijayaraghavan Lipids in Health and Disease. 2010;9(144):3-12.

35. Canalizo - Miranda Elvia ea. Diagnóstico y Tratamiento de las Dislipidemias. Catálogo maestro de guías de práctica clínica:IMSS-233-092012. p. 3-57.
36. Transmisibles OMdEN. Sistema Nacional de Información en Crónicas (SIC) <http://oment.uanl.mx/tablero-de-control-de-enfermedades2015>.
37. Pita-Fernández. Determinación del tamaño muestral (https://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/tamano_muestral.xls)2010.
38. Avila - Sansores Grever DSG-API, Franco- Corona Brenda Eugenia. Grupos de Ayuda Mutua: ¿Son Eficaces en el Control Lipídico y Glucémico en la Diabetes? Desarrollo Cientif Enferm. 2011;19:10 a 4.

ANEXO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad/Mes	Año 2014-2					Año 2015-1					Año 2015-2					Año 2016-1				
	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
1.- Portada																				
2.- Resumen																				
3.- Introducción																				
4.- Antecedentes																				
5.- Metodología																				
5.1.- Tipo de estudio																				
5.2.- Universo de estudio																				
6.- Elaboración de instrumento																				
7.- Píleo de la encuesta																				
8.- Aplicación de la encuesta																				
9.- Resultados																				
9.1.- - Números																				
9.2.- - Gráficos																				
10.- Discusión																				
11.- Referencias																				
12.- Anexos																				
13.- Fecha de entrega																				

TEST SOBRE LA SATISFACCIÓN DE LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Esta encuesta se realiza con fines de investigación, todos los datos que nos proporciones serán totalmente anónimos, está diseñada para conocer el grado de satisfacción del funcionamiento de los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas.

INSTRUCCIONES. Llena los espacio con las respuestas que se te piden escribiendo o encerrando la respuesta con tu información personal.

Centro de Salud: _____ Fecha: _____

I.- Usted pertenece a un Grupo de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas:

Acreditado _____ No Acreditado _____

II. ACTIVIDADES VARIAS	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
1. La variedad de actividad que ofrece el Grupo de Ayuda Mutua es					
2. Las actividades en que participé fueron					
3. La calidad profesional y técnica del personal del centro fue					
4. El tiempo de permanencia en las sesiones del Grupo de Ayuda Mutua fue					
6. Las estrategias de auto cuidado de mi salud entregadas en el Grupo de Ayuda Mutua fueron					
8. ¿Cómo se siente hoy en comparación al día de ingreso al Grupo de Ayuda Mutua?					

III. TRABAJO EN GRUPOS	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
1. ¿En qué medida el personal de salud sabe transmitir sus conocimientos?					
2. Trato que proporciona el personal de salud a los participantes					
3. El personal de salud Motiva/interesa el desarrollo de la actividad					
4. ¿En qué medida respeta los horarios y fechas establecidos?					
5. Grado en que adecúa la intensidad o ritmo de la actividad a las características de las participantes en el grupo					
6. Grado en que mantiene el interés del grupo por la actividad					
7. ¿Cómo ha sido la información que ha recibido?					
8. ¿Cómo considera Ud. El funcionamiento del Grupo De Ayuda Mutua?					
9. ¿Cómo considera el desarrollo de las sesiones?					

IV. INSTALACIONES Y OTROS	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
1. Orden y limpieza					
2. Iluminación					
3. Mantenimiento					
4. Ventilación					
5. Accesibilidad					
6. Seguridad					
7. Privacidad					

V. RESPECTO DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS EN USTED AL PERTENECER AL GRUPO DE AYUDA MUTUA	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
1. Tiene hoy más información sobre su enfermedad					
2. Conoce sobre las complicaciones de su enfermedad					
3. Conoce la manera de cómo controlar su enfermedad					
4. Maneja mejor el tipo de alimentación de acuerdo a su enfermedad					
5. Conoce para que es importante realizar actividad física					

VI. Si pudiera resumir su grado de satisfacción frente al grupo, ¿cuál sería?	Bajo	Medio	Alto
---	------	-------	------

VII. De todas sus respuestas le gustaría hacer sugerencias para la mejora de los Grupos de Ayuda Mutua

Muchas Gracias!