



## **PROYECTO:RED TEMATICA: AUTOMANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS**

### **1er INFORME: MEDICION BASAL**

**ENERO, 2017**

#### **EQUIPO COMITÉ TECNICO**

Dra. Isabel Peñarrieta de Córdova: Responsable Técnico del proyecto.

Dra. Olga Banda - Sede Victoria

Dra. Cynthia Ibarra - Sede Victoria

Dr Rodrigo León – Sede Tampico

Dra. Tranquilina Gutiérrez - Sede Tampico

Lic. Erika Ramos Cabrera- Sede Saltillo

Mg. Magdalena Delabra- Sede Saltillo

Dra. Melitta Cosme – Sede Lima-Perú

Lic. Sonia Santiago - Sede Lima-Perú

**financiado por CONACyT número 270842**

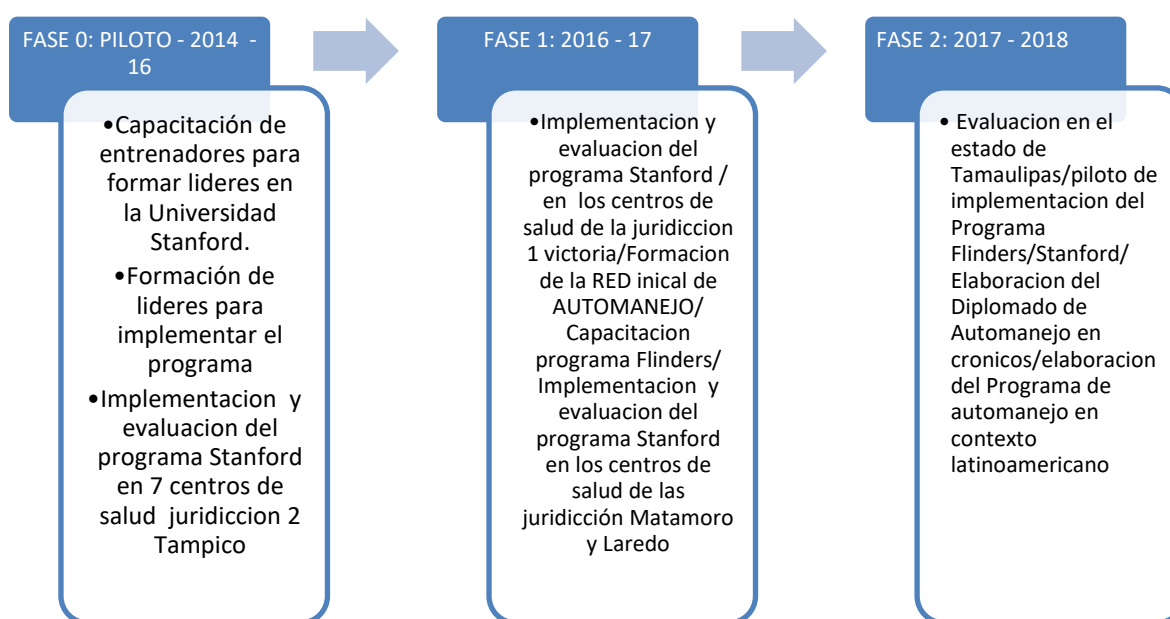


## INDICE

	<b>Página</b>
<b>I.- Resumen del proyecto</b>	<b>1</b>
<b>II.- Objetivo General</b>	<b>3</b>
<b>III.- Resumen de resultados del diagnóstico basal de la población de estudio</b>	<b>4</b>
<b>IV.- Descripción del proceso de implementación del programa Tomando el Control de su Salud</b>	<b>6</b>
<b>V.- Resultados</b>	<b>8</b>
<b>5.1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO:</b>	
	<b>8</b>
<b>5.1.1. Aspectos demográficos de la población de estudio</b>	
	<b>10</b>
<b>5.1.2 Apoyo social percibido por la población de estudio</b>	
	<b>12</b>
<b>5.1.3. Aspectos de su salud</b>	
<b>5. 2. RESULTADOS DE INDICADORES DE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE AUTOMANEJO:</b>	
	<b>14</b>
<b>5.2.1. Resultados en indicadores de situación de salud</b>	
	<b>25</b>
<b>5.2.2 Indicadores biológicos:</b>	
	<b>29</b>
<b>5.2.3. Comportamiento en automanejo y autoeficacia</b>	
	<b>37</b>
<b>5.2.4. Comportamiento en salud</b>	
	<b>45</b>
<b>5.2.5. Uso de servicios de salud</b>	

## I. RESUMEN DEL PROYECTO

El presente proyecto se realiza en tres fases:



- Se tiene hasta el momento la aceptación de la Secretaría de Salud del Estado para realizar el proyecto inicialmente en Tampico en la Jurisdicción N<sup>ro</sup>. 2, donde ya se ha realizado algunos estudios exploratorios del comportamiento del automanejo (2010- 2013) .
- En el 2015, se realiza la capacitación de 2 masters con certificación para formar líderes que implementen el Programa de Automanejo: Tomando control de su salud de la Universidad Stanford, se forman 14 líderes licenciadas en Enfermería certificadas para implementar dicho Programa. Se han realizado ya una evaluación de la efectividad de este programa en 7 centros

de salud y se está implementando actualmente en otros 8 centros de salud para evaluar la efectividad de dicho Programa.

Se aprobó el Proyecto de CATEDRA N<sup>ro</sup>. 949 de CONACyT con la incorporación de un investigador joven

- Se Implementó el Programa de Automanejo en 7 Centros de Salud en la Jurisdicción No. 1 Cd. Victoria, previa capacitación de 16 líderes todas enfermeras adscritas a los Centros de Salud, correspondientes a dicha Jurisdicción.
- En el 2016 se capacito a otras 16 líderes que están actualmente implementando el Programa. Actualmente se está evaluando la primera implementación de dicho Programa. Así mismo en Victoria se ha capacitado a 2 masters certificados para formar líderes que implementen el Programa de Stanford.
- En el 2016, se aprobó el Proyecto REDES TEMATICAS DE AUTOMANEJO DE ENFERMEADES CONICAS por CONACyT ,No. 270842, permitiendo la conformación inicial de esta red conformada por los masters y líderes capacitadas en el programa de Stanford. Se incluyeron en esta red a dos instituciones más: 1) Universidad de Coahuila–Facultad de Enfermería Saltillo y Jurisdicción de Salud de Saltillo con cuatro masters y 16 líderes certificados para implementar el Programa, y 2) al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Perú, con ambas instituciones se ha implementado el Programa de Stanford y está pendiente la evaluación.
- La Universidad Autónoma de Tamaulipas, quien lidera el presente proyecto tiene a su vez capacitado a 12 líderes y 6 masters para implementar el Programa Stanford; docentes de las dos facultades de enfermería que conforman la Red: Tampico y Victoria
- El presente informe corresponde a la línea basal de la intervención del Programa de Automanejo en en los centros de salud de las Jurisdicción de Victoria, Tampico y Saltillo y en los grupos de usuarios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Se realizarán las mediciones posteriores a la intervención que culminarán en agosto del presente año.

## II. Objetivo General

Fortalecer a través de la conformación de una red científica binacional (Perú y México) la generación de conocimientos sobre el automanejo de enfermedades crónicas y la atención de usuarios y familia del primer nivel de atención con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión y cáncer) a través de la evaluación de la implementación de dos programas en automanejo de crónicos.

### 2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conformar una red inicial en el campo de automanejo en enfermedades crónicas en latinoamerica
- Implementar y evaluar la efectividad del Programas Stanford: "Tomando Control de su Salud" en contexto latinoamericano
- Elaborar base de datos sobre automanejo en población mexicana y peruana
- Fortalecer las competencias de investigadores y profesionales de salud del primer nivel de atención en la implementación de programa de automanejo para enfermedades crónicas.
- Conformar una página web de la red: Automanejo en enfermedades crónicas
- Convertirnos en un referente nacional y latinoamericano en el campo de automanejo en enfermedades crónicas

### III. Resumen de Resultados del diagnóstico basal de la población de estudio

- **La población de estudio presenta las siguientes características socio demográficas:**

Es una población en su mayoría femenina, con rangos de edad desde 20 a 88 años de edad. La mitad de la población pertenece a una familia nuclear, con promedio de 4 miembros por familia. Más del 30% de la población presentan problemas de apoyo afectivo, siendo la sede de Perú quien presenta mayores porcentajes de disfunción familiar. El 79% presentan seguro popular o SIS para la población peruana y un 34% presentan más de una enfermedad crónica.

Con relación a los indicadores para evaluar la efectividad del programa, encontramos las siguientes características:

- **Con relación a la situación de salud:**

La percepción de su salud y calidad de vida es regular en la mayoría de la población, siendo en Perú los porcentajes más altos de una inadecuada percepción. El síntoma más reportado es el stress, el 47% presenta algún nivel de trastorno depresivo, Perú presenta el más alto porcentaje. El 25% presenta presión arterial alta, Victoria es el de mayor problema con el 30%. Niveles de glucosa capilar de una media de 142. Índice de masa corporal (IMC) el 72% presenta obesidad, Victoria y Tampico presentan los porcentajes por encima de 90%

- **Con relación a su comportamiento de automanejo de su enfermedad, autoeficacia y de su salud:**

La población presenta deficiente automanejo de su enfermedad, entre los aspectos más deficientes se encuentran: los conocimientos sobre su condición, tomar decisiones sobre su cuidado, comunicación con el médico, adherencia a su tratamiento, solicitar servicios que considera necesita, manejo de los efectos secundarios y un 20% esta inseguro de las indicaciones médicas, Perú presenta menos porcentajes de inseguridad. Presentan una autoeficacia aun deficiente, siendo Perú los puntajes más bajos. La mitad de la población no realiza ejercicios de estiramiento, la cuarta parte no realiza ejercicios aeróbicos.

- **Con relación al uso de los servicios de salud:**

El 41% presenta menos chequeos mensuales con el medico de los que debiera (menos de 6 en seis meses), el 10% reporta haber sido hospitalizado. Perú presenta mayores porcentajes con más noches de hospitalización. El 27% de Perú ha utilizado servicios de emergencias seguidos de Tampico con el 13%

#### **IV. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA: TOMANDO CONTROL DE SU SALUD**

Se presenta a continuación la relación de total Beneficiarios del Programa de Automanejo y líderes que implementaron el Programa: Tomando control de su salud en las cuatro sedes iniciales de la Red, previamente capacitados por las Master formadas al inicio del Proyecto REDES, capacitadas por la Universidad de Stanford.

Tabla 1: Beneficiarios y Líderes que implementaron el Programa de Automanejo

	Sede Tampico	Sede Victoria	Sede Saltillo	Sede Lima-Perú	Total
Total de beneficiarios usuarios de los servicios de salud	223	164	146	139	672
Total de líderes que implementaron el Programa	16	16	16	15	63
Total de Master training que forman Líderes	6	4	4	4	20

Las responsables en cada sede seleccionaron a los participantes del estudio invitándolos a participar en el programa de manera voluntaria. Se distribuyó el material educativo a cada centro de salud que incluye 30 láminas para cada sesión y el libro "Tomando Control de su Salud" a cada participante. El Programa



tomando control de su salud, se realiza en seis sesiones, una cada semana, con una duración de 2.5 horas cada sesión.

Los contenidos de las sesiones es la siguiente:

<b>ACTIVIDAD</b>	
<i>Sesión 1</i>	Actividad 1: Introducción al taller y resumen de responsabilidades
	Actividad 2: Presentaciones del grupo
	Actividad 3: Manejando sus síntomas
	Actividad 4: Importancia en la alimentación y el ejercicio
	Actividad 5: Durmiendo bien toda la noche
	Actividad 6: Formular planes de acción
	Actividad 7: Conclusión
<i>Sesión 2</i>	Actividad 1: Compartir experiencias/resolución de problemas
	Actividad 2: Una alimentación saludable
	Actividad 3: Ejercicios para su salud
	Actividad 4: Practica de los ejercicios
	Actividad 5: Evitando caídas y mejorando el equilibrio físico
	Actividad 6: Formular planes de acción
	Actividad 7: Conclusión
<i>Sesión 3</i>	Actividad 1: Compartir experiencias/Formular planes de acción
	Actividad 2: Elijiendo alimentos saludables
	Actividad 3: Tomando decisiones
	Actividad 4: Mejorando la respiración
	Actividad 5: Relajación muscular
	Actividad 6: Conclusión
<i>Sesión 4</i>	Actividad 1: Compartir experiencias/Formular planes de acción
	Actividad 2: Leer las etiquetas de nutrición
	Actividad 3 Como incrementar el ejercicio
	Actividad 4: Manejando la depresión
	Actividad 5 Pensando positivamente
	Actividad 6: Conclusión
<i>Sesión 5</i>	Actividad 1: Compartir experiencias/Formular planes de acción
	Actividad 2: Manteniendo un peso saludable
	Actividad 3: Mejorando la comunicación
	Actividad 4: Responsabilidades al tomar medicinas
	Actividad 5: Evaluando remedios caseros y otros tratamientos alternativos
	Actividad 6: Saber es poder
	Actividad 7: Conclusión
<i>Sesión 6</i>	Actividad 1: Compartir experiencias
	Actividad 2: Trabajando con su proveedor de salud
	Actividad 3 Practica de los ejercicios
	Actividad 4: Compartiendo éxitos
	Actividad 5: Planeando el futuro
	Actividad 6: Celebración de Graduación

## V RESULTADOS

### 5.1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO:

#### 5.1.1. Aspectos demográficos de la población de estudio

**Tabla 2 Aspectos demográficos de la población de estudio**

Aspectos demográficos	f	%
(n:672)		(100)
<b>Edad en años</b>	$\mu$ ( $\pm$ 55.5)	Rangos: Min: 20 Max:88
<b>Educación (años de estudio)</b>	$\mu$ : ( $\pm$ 7)	Rangos: Min:0 Max:18
<b>Sexo</b>		
Mujer	609	90,8
Varón	62	9,2
<b>Estado Civil</b>		
Casado	450	67,0
Viudo	85	12,6
Divorciado	43	6,4
Soltero	87	12,9
<b>Tipo de Familia</b>		
Nuclear	324	48,2
Nuclear modificada	81	12,1
Nuclear reconstituida	28	4,2
Extensa	112	17,1
Pareja	47	7,0
Atípica	63	9,4
No. de miembros en la familia	$\mu$ : 4	Rangos: Min:1 Max: 16

Como se puede observar en la tabla 1 el promedio de edad de la muestra de estudio fue de  $\mu=55$  años, casi en la totalidad fueron de sexo femenino (90%). Respecto a su estado civil, el 67% es casado y el resto no tenían pareja (viudo, divorciado, soltero), poco menos de la mitad de los participantes (48%) reporta ser miembro de una familia nuclear en la actualidad, con un promedio de 4 miembros por familia (el 5% solo cuentan con 1 miembro). Finalmente, otro dato interesante es que el promedio de años escolares cursados fue de  $\mu=7$  años de estudio

Su distribución por sedes presentan resultados similares a los descritos anteriormente (Tabla )

**Tabla 3 Aspectos demográficos de la población de estudio según sedes**

SEDE	EDAD		SEXO				TOTAL
	$\mu (\pm)$	Rangos: Min: Max:	MASCULINO		FEMENINO		
			fr	%	fr	%	
Tampico	56	20-86	17	8	206	92	223
Victoria	55	31-87	8	5	156	95	164
Saltillo	59	29-87	18	11	130	89	146
INEN (Lima)	50	21-82	21	15	117	84	140

### 5.1.2 Apoyo social percibido por la población de estudio

**Tabla 4. Apoyo social percibido.**

	<b>f</b>	<b>%</b>
	<b>(n: )</b>	<b>(100)</b>
<b>Apoyo confidencial</b>		
Escaso apoyo	115	17,2
Adecuado apoyo	554	82,8
<b>Apoyo afectivo</b>		
Escaso apoyo	274	40,9
Adecuado apoyo	396	59,1
<b>Apoyo social</b>		
Escaso apoyo	178	26,6
Adecuado apoyo	492	73,4
<b>Disfunción Familiar</b>		
Disfunción severa	83	12,3
Disfunción moderada	56	8,4
Disfunción leve	132	19,7
Normal	399	59,6

El apoyo social está dividido en 2 categorías: apoyo confidencial y apoyo afectivo, los resultados muestran que es en el apoyo efectivo el que presenta menor apoyo con el 41%.

En cuanto a funcionalidad familiar, se observa que casi la mitad de los encuestados (40%) perciben una disfunción de leve a severa.

### 5.1.2.1. Apoyo social percibido por la población de estudio por sedes

En las siguientes tablas, Corroboran el alto porcentaje en apoyo afectivo en las cuatro sedes, siendo la sede Perú la de mayor porcentaje. Con relación a la percepción de la funcionalidad familiar, la sede donde se percibe mayores problemas de funcionalidad familiar es la sede de Perú con el 25% de severa.

**Tabla 5 Apoyo social percibido.**

SEDE	Apoyo confidencial				Apoyo afectivo			
	Escaso		Adecuado		Escaso		Adecuado	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Tampico	48	21,5	175	78,5	99	<b>44,4</b>	124	55,6
Victoria	13	7,9	151	92,1	52	<b>31,7</b>	112	68,3
Saltillo	17	11,6	129	88,4	47	<b>32,2</b>	99	67,8
INEN (Lima)	37	26,4	99	70,7	76	<b>54,3</b>	61	43,6

**Tabla 6 Percepción de la Funcionalidad familiar**

SEDE	Disfunción severa		Disfunción moderada		Disfunción leve		Normal	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Tampico	21	9,4	24	10,8	42	18,8	136	61,0
Victoria	14	8,5	12	7,3	29	17,7	109	66,5
Saltillo	13	8,9	8	5,5	24	16,4	101	69,2
INEN (Lima)	35	<b>25,0</b>	12	8,6	37	26,4	53	37,9



### 5.1.3. Aspectos de su salud

La población representa a tres grupos diferentes con enfermedades crónicas, aunque se identificó un grupo en otras (obesidad, asma, artritis), no es objetivo del estudio comparar resultados entre grupos, solo se describen los resultados por cada sede, señalando algunas tendencias. Como es de esperar los usuarios de los centros de salud en México abarcan en su mayoría usuarios con enfermedades de diabetes e hipertensión, a diferencia de Perú que en su mayoría presentan el diagnóstico de cáncer. La mayoría presentan seguro popular o SIS para el caso peruano, (78,9) evidencia de que la mayoría es población con escasos recursos económicos. Sin embargo, en las sedes de Saltillo, Lima y Victoria hay usuarios que acuden a estos servicios con seguro social. Tabla

**Tabla 7 Aspectos de salud de la población de estudio**

<b>Aspectos de su salud</b>	<b>f (n:673)</b>	<b>% (100)</b>
<b>Dx actual</b>		
Diabetes	236	35
Hipertensión	251	37,2
Cáncer	87	13
Otros (Obesidad, asma, artritis)	99	14,8
<b>Años de Diagnóstico de la primera enfermedad</b>	$\mu: (\pm 9)$	
<b>Tipo de seguro</b>		
Seguro Popular (SIS)	531	78,9
Seguro social	90	13,4
Ninguno	21	3,1
Otros	28	4,2
<b>Más de una enfermedad</b>		
Una enfermedad	441	66,2
<b>Más de una enfermedad</b>	225	33,8

**Tabla 8 Distribución por sedes según Diagnostico medico**

	Tampico		INEN (Lima)		Saltillo		Victoria	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
<b>Diabetes</b>	<b>102</b>	<b>45.7</b>	<b>6</b>	<b>4.3</b>	<b>38</b>	<b>29.2</b>	<b>90</b>	<b>49.7</b>
<b>Hipertensión</b>	<b>108</b>	<b>48,4</b>	<b>12</b>	<b>8.6</b>	<b>46</b>	<b>35.3</b>	<b>85</b>	<b>46.9</b>
<b>Cáncer</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>87</b>	<b>62.5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Otros</b>	<b>13</b>	<b>5.8</b>	<b>34</b>	<b>24.4</b>	<b>46</b>	<b>35.3</b>	<b>6</b>	<b>3.3</b>
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

**Tabla 9 Tipo de seguro según sedes**

SEDE	Seguro Popular (SIS)		Ninguno		S.social		Otros	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
<b>Tampico</b>	210	94,2	3	1,3	5	2,2	5	2,2
<b>Victoria</b>	124	75,6	5	3,0	19	<b>11,6</b>	16	9,8
<b>Saltillo</b>	98	67,1	3	2,1	44	<b>30,1</b>	1	,7
<b>INEN (Lima)</b>	99	70,7	10	7,1	22	<b>15,7</b>	9	6



## 5. 2. RESULTADOS DE INDICADORES DE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE AUTOMANEJO:

Se considera tres aspectos en la evaluación de la efectividad del Programa:

1) Situación de salud, 2) comportamiento en automanejo y en salud y 3) uso de servicios de salud.

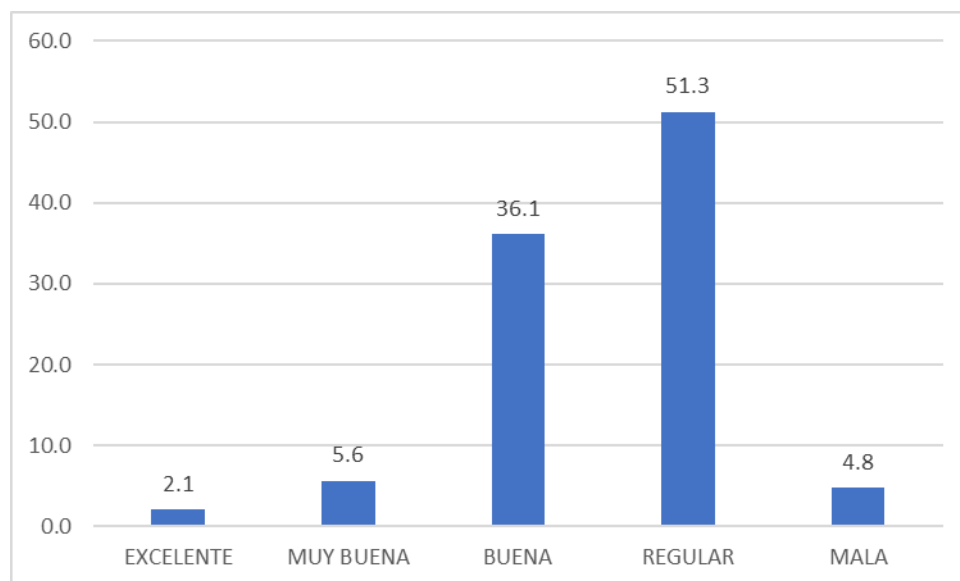
A continuación, se presentan las características basales presentadas por la población en estudio total y según sedes.

### 5.2.1. Resultados en indicadores de situación de salud

#### 5.2.1.1. Percepción de su salud

Más de la mitad de la población presentan una percepción de su salud regular ( 51 % )

**Grafica 1 : Percepción de su salud**

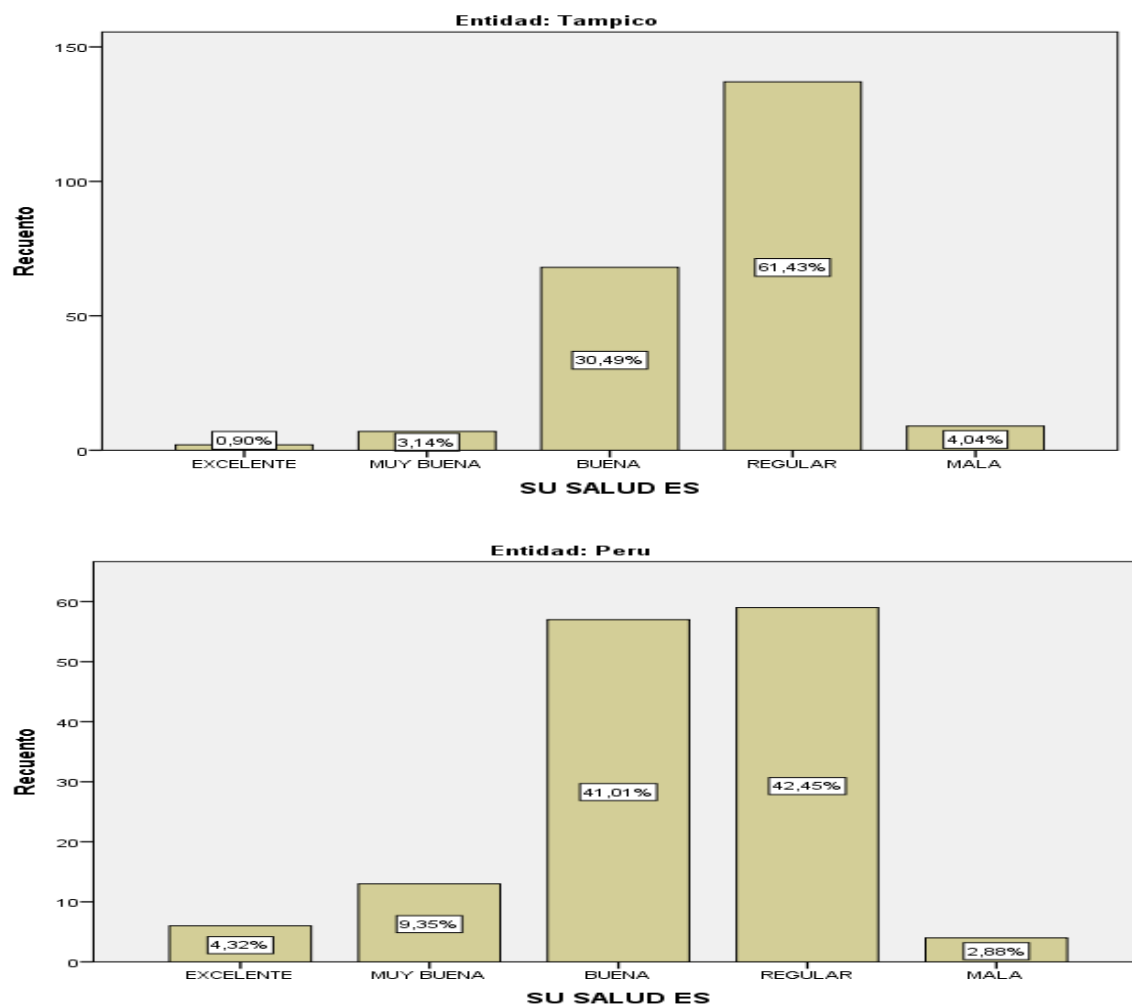


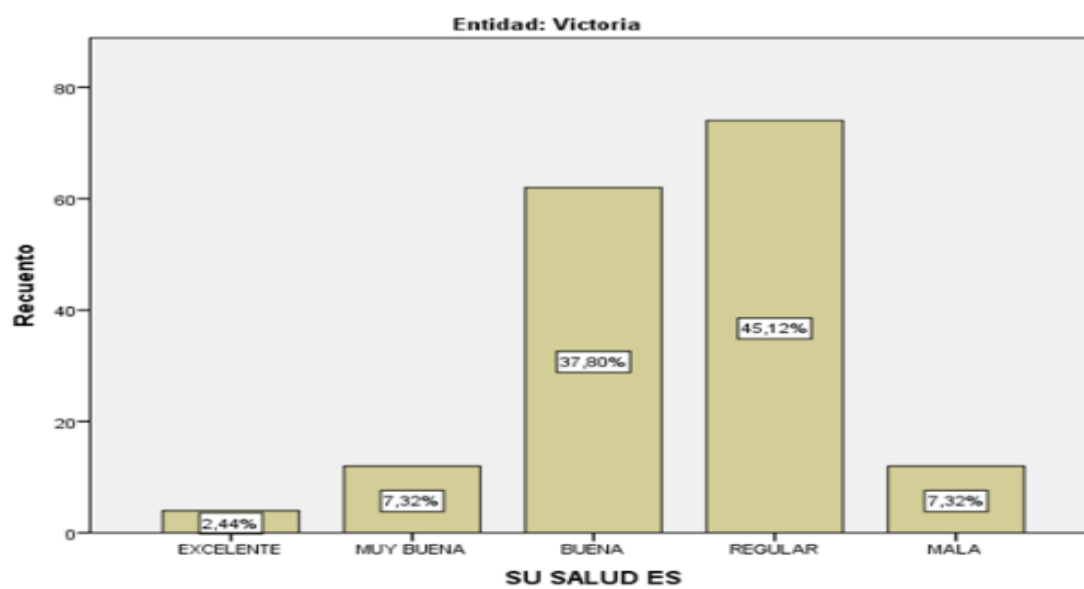
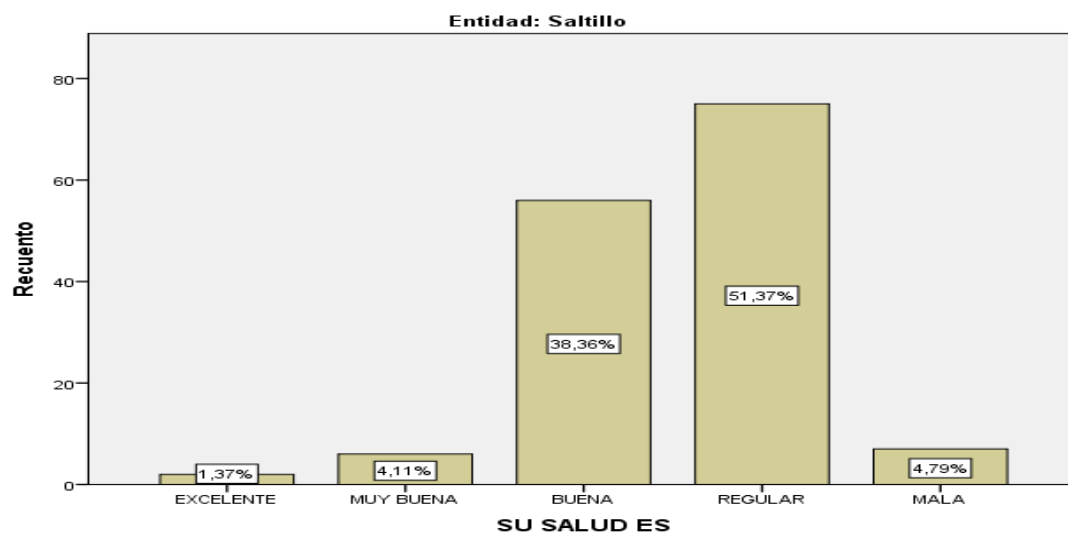


### - Percepción de su salud según sedes

En las cuatro sedes predomina la percepción de regular, el porcentaje para buena es ligeramente mayor en Tampico y Perú

**Grafica 2 Percepción de su salud según sedes**

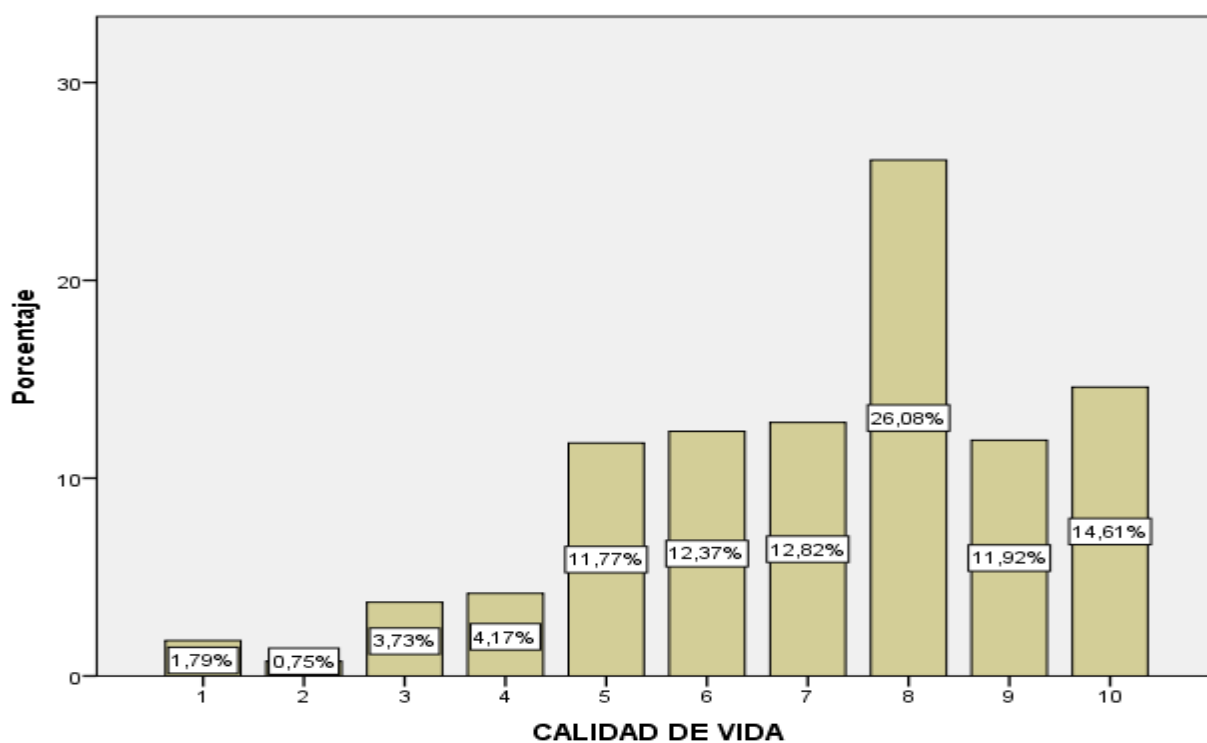




### 5.2.1.2. Percepción de su calidad de vida

La valoración va de 1 a 10, a más puntaje mejor percepción de su calidad de vida. El Grafico 2, muestra que un 22% percibe su calidad de vida por debajo de la mitad, indicando una deficiente percepción de su calidad de vida.

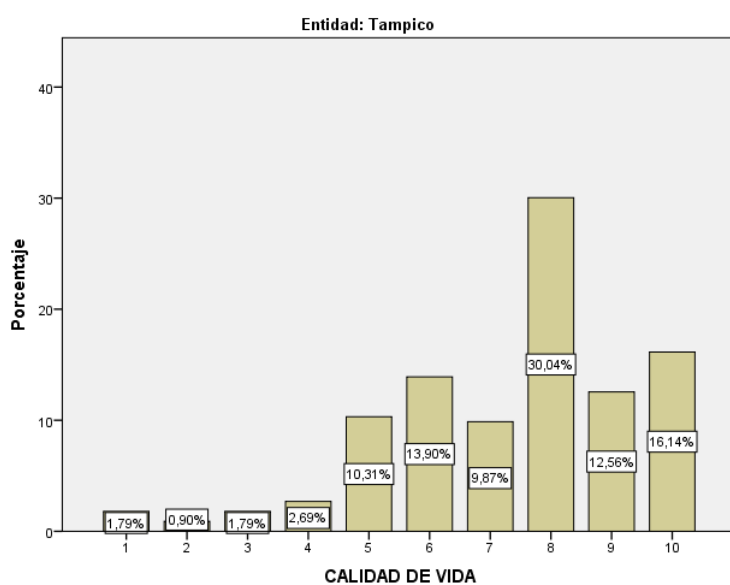
**Grafico 3 : Percepción de su calidad de vida**

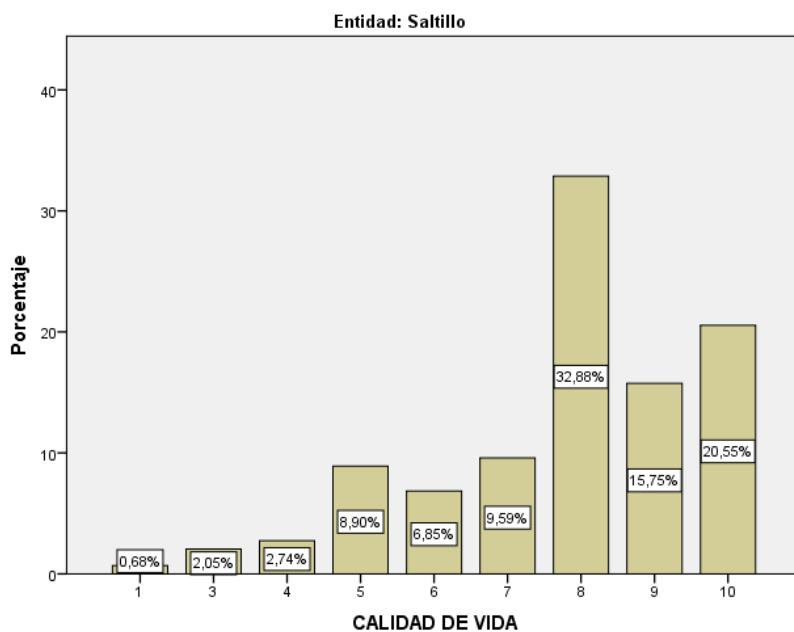
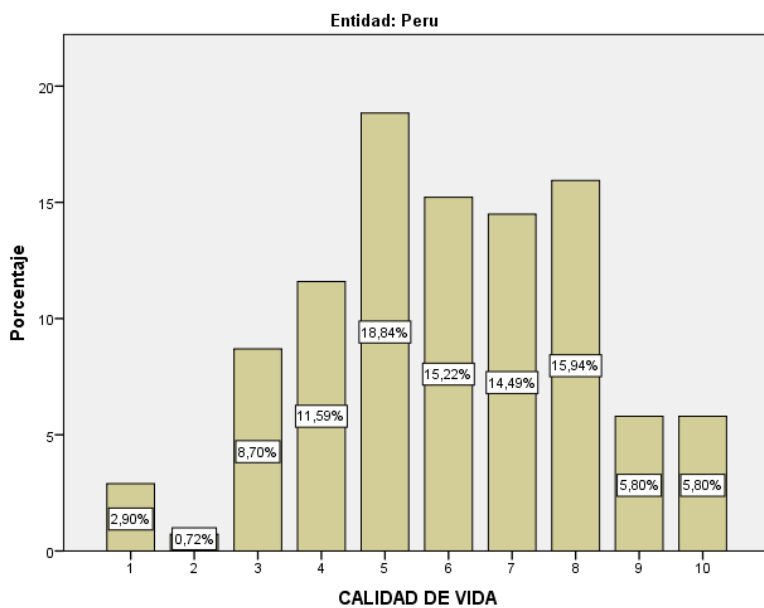


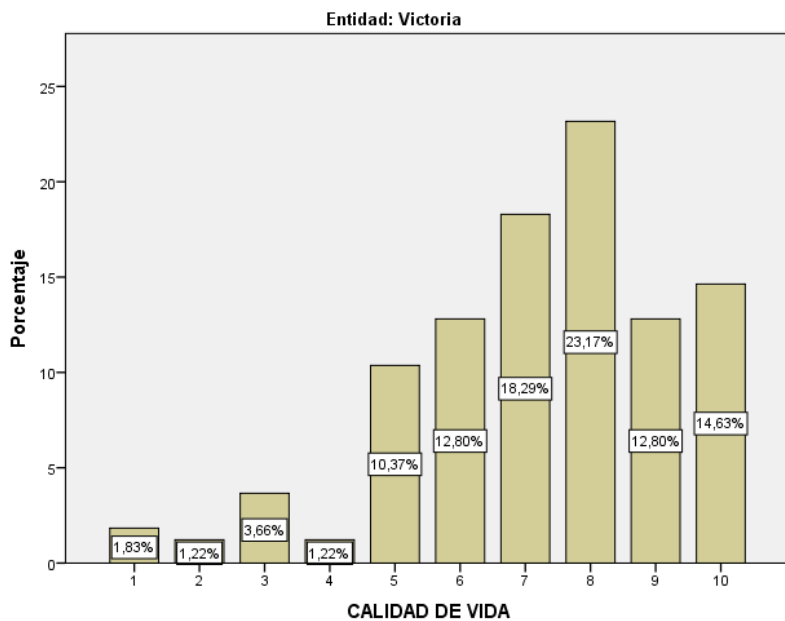
### - Percepción de su calidad de vida según sedes

El grupo que sobresale de los cuatro en términos de mayor porcentaje de una inadecuada calidad de vida es el grupo de Perú, en las otras 3 sedes de México son similares los resultados

**Grafico 4 : Percepción de su calidad de vida según sedes**



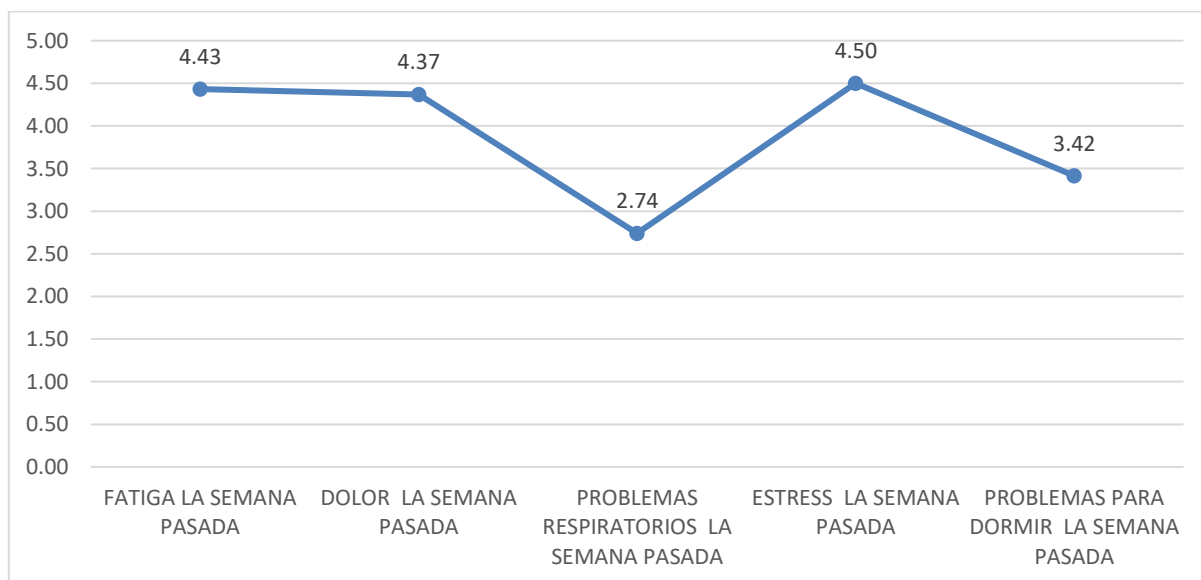




**5.2.1.3. Síntomas más comunes en condiciones crónicas:**

Los resultados en una escala de 1 al 10, donde 10 es mayores problemas, indican que la población refirió presentar mayores problemas en el estrés con una media de 4.5, seguido por la fatiga y el dolor con una media de 4.4 ,los problemas menor mencionados fueron los respiratorios y problemas para dormir

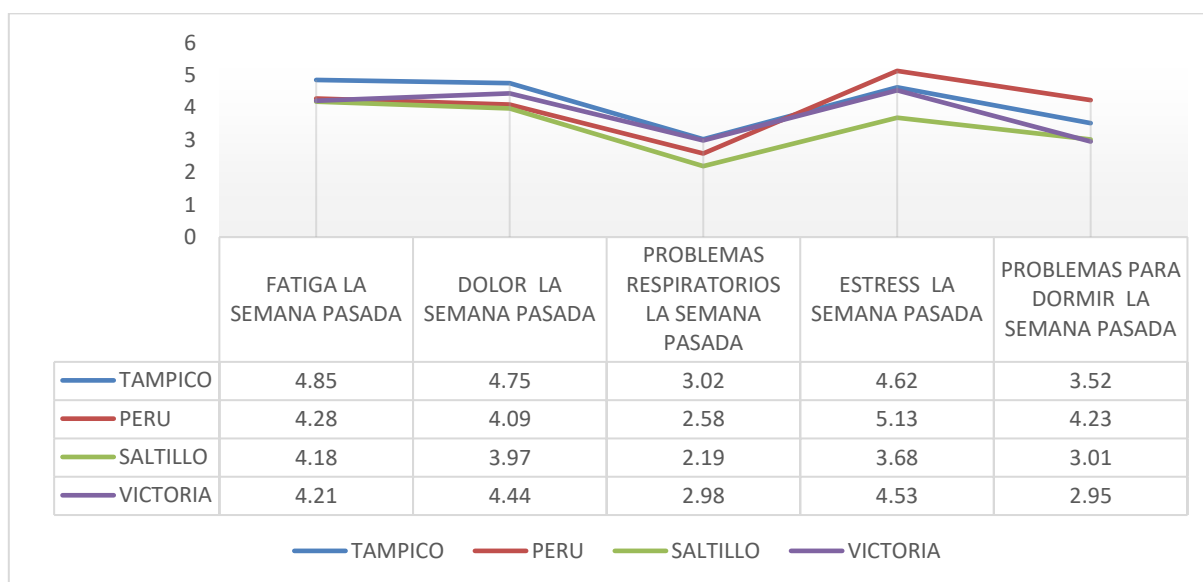
Grafico 5: Síntomas comunes en condiciones crónicas



- **Síntomas comunes en condiciones crónicas según sedes**

Se encontró resultados similares entre las cuatro sedes, con un ligero incremento en la media del problema del estrés para el caso peruano

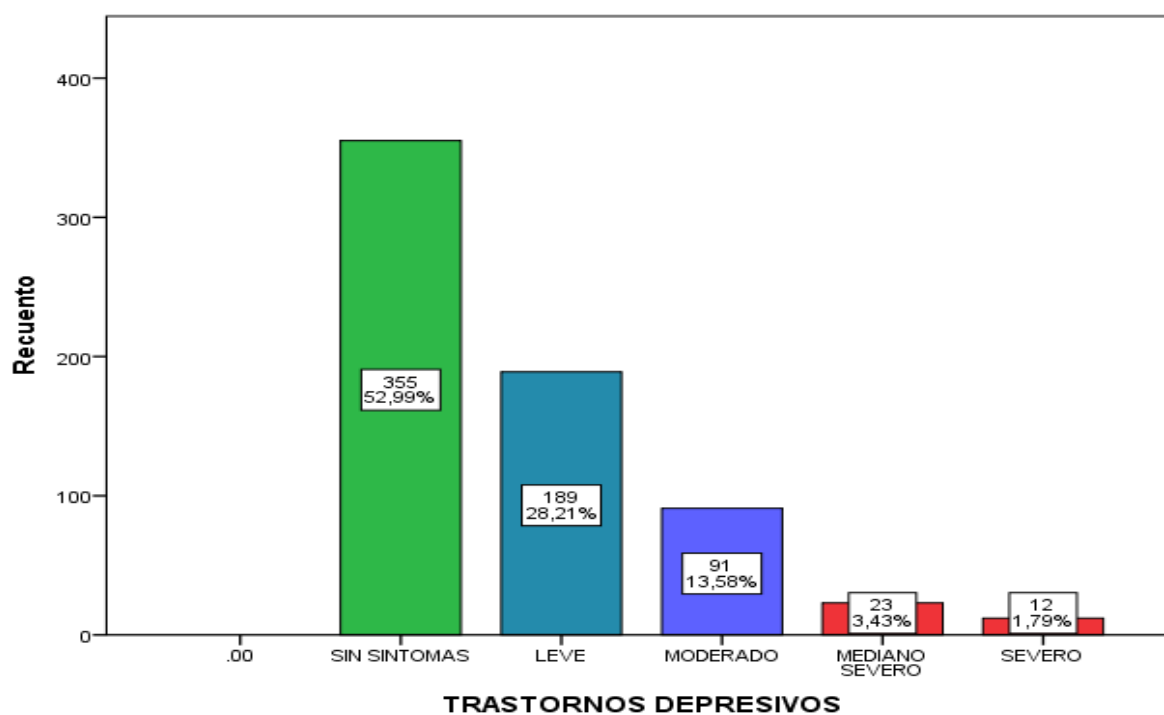
Grafica 6 Síntomas comunes en condiciones crónicas según sedes



#### 5.2.1.4. Trastorno depresivo:

El 47% de la población refiere presentar algún nivel de trastorno depresivo, el 19% alcanza niveles moderadamente severos

**Grafico 7: Trastorno depresivo**

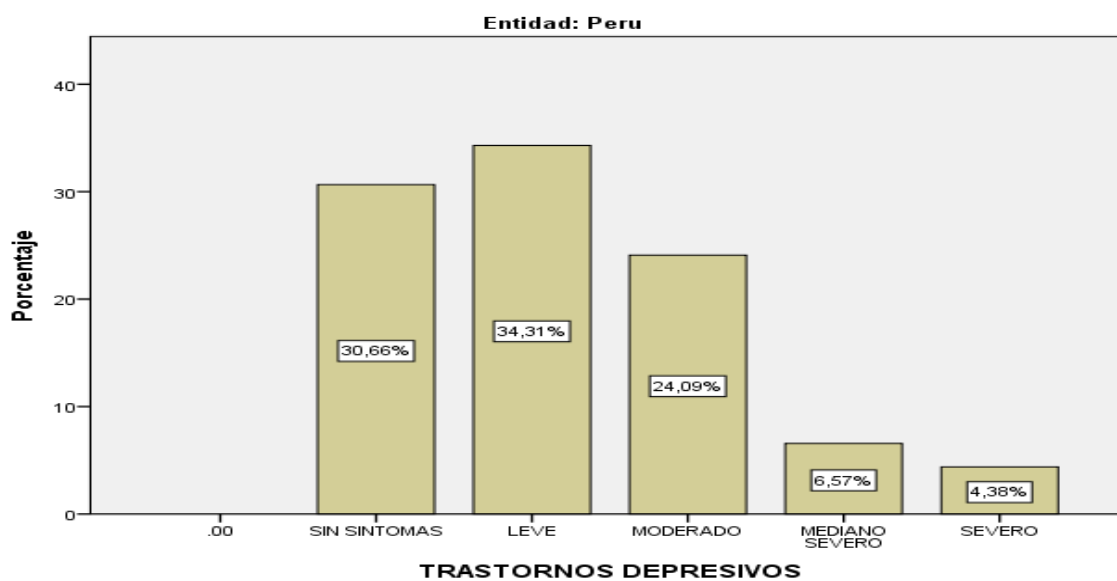
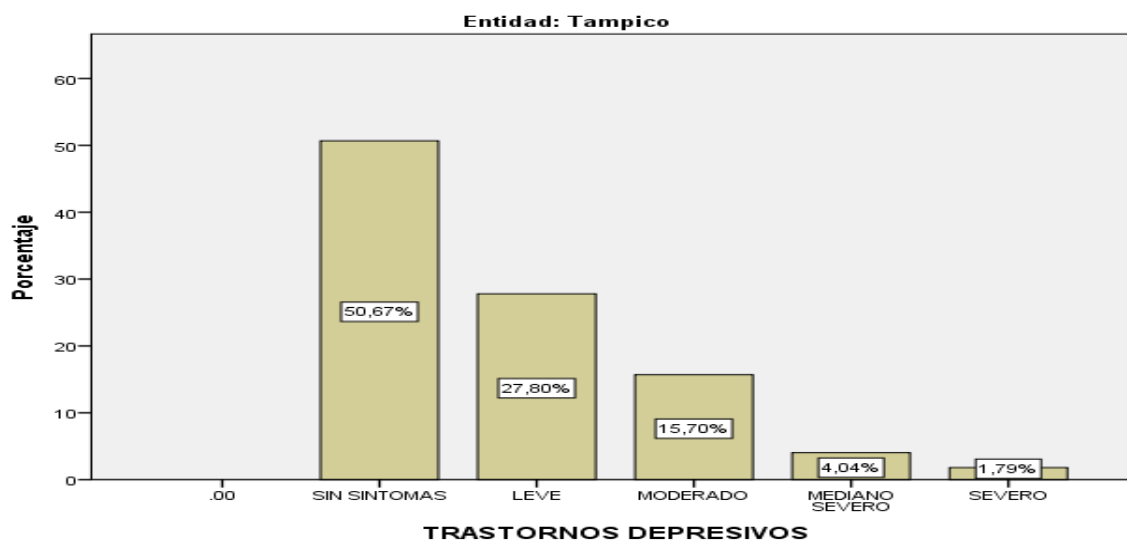


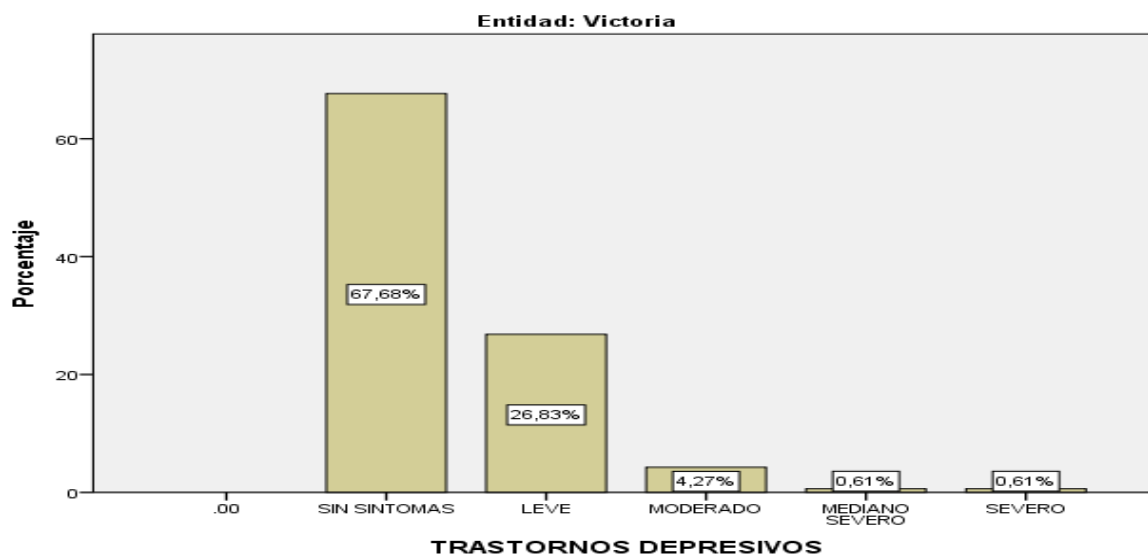
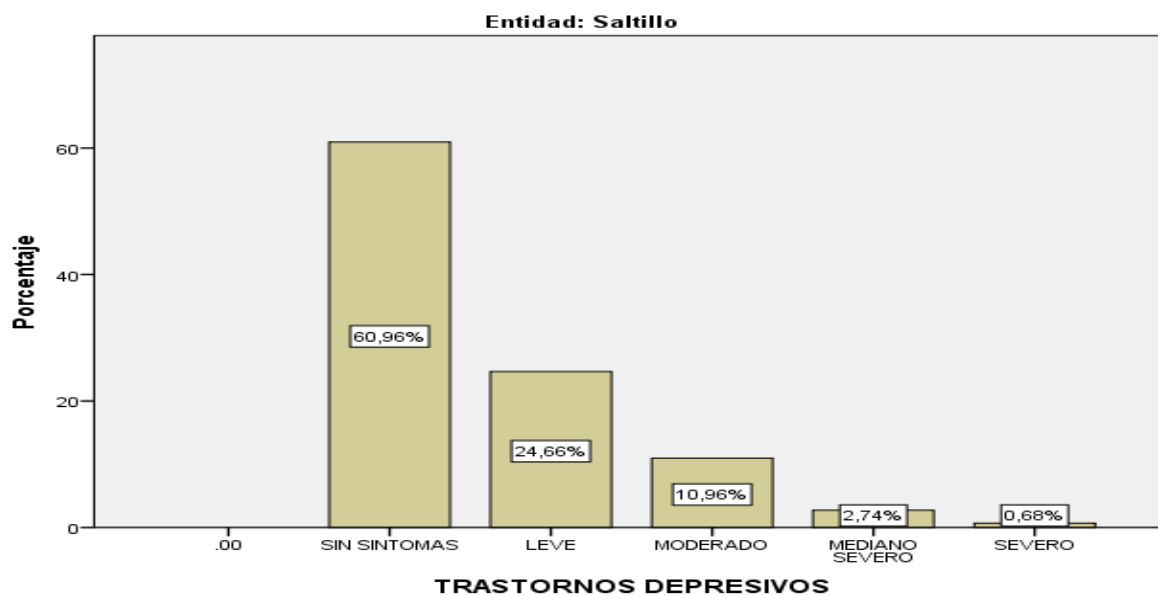


- **Trastorno depresivo según sedes**

Es la sede de Perú quienes presentan mayores problemas de trastornos depresivos en comparación con las otras sedes, solo el 30% no presento síntomas de depresión en comparación con las otras sedes que más de la mitad no presento síntomas.

**Grafico : Trastorno depresivo según sedes**





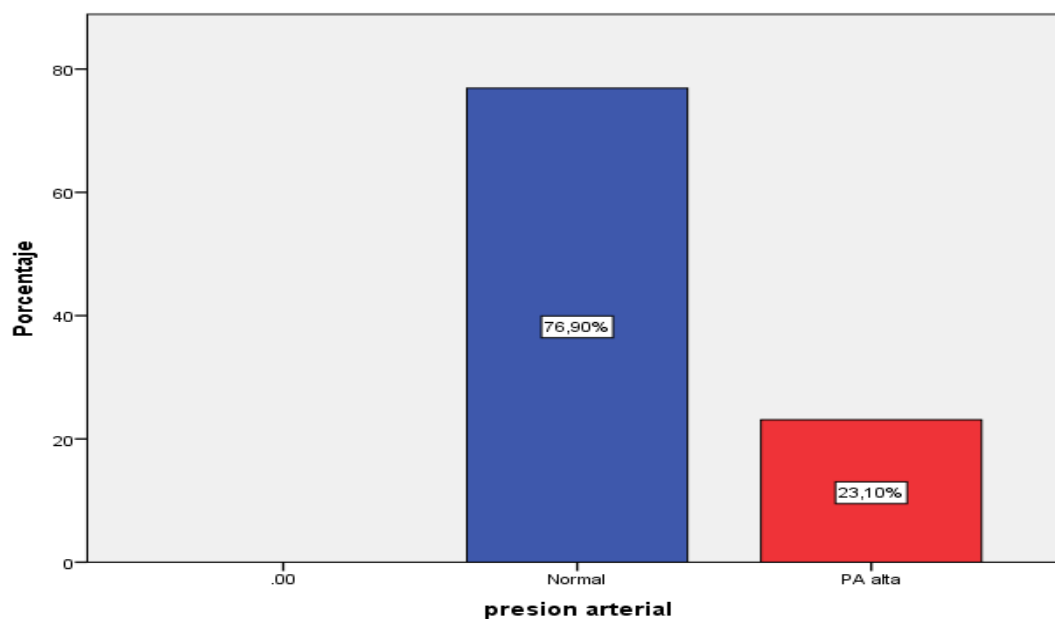
### 5.2.2 Indicadores biológicos:

Se consideraron indicadores que son tomados durante los controles de las personas en sus centros de salud, como: glucosa capilar, presión arterial y el IMC.

#### 1) Presión arterial

Con relación a la presión arterial, aproximadamente la cuarta parte de la población presenta problemas de presión alta, grafica 5:

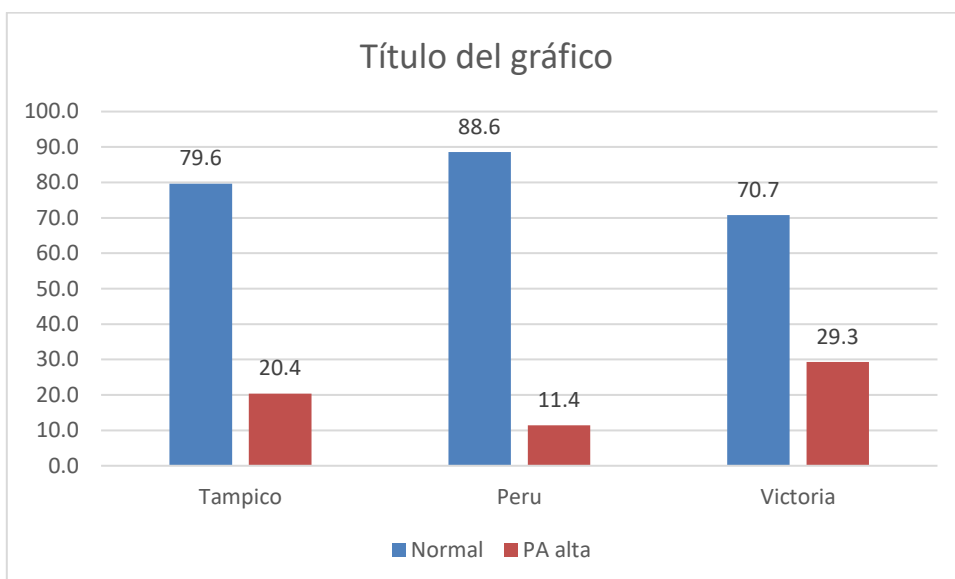
Grafico 9: Medidas de Presión Arterial



### - Presión arterial según sedes

Es la sede de Victoria quien presenta mayores porcentajes de presión alta, la de Perú es la que presenta menos porcentajes. No se incluyó a Saltillo por carecer de la información.

Grafico 10: Medidas de Presión Arterial según sedes



## 2) Niveles de Glucosa capilar

Los niveles de glucosa presentaron una media de 142, con rangos entre: 40 a 461, una desviación estándar de 62. Peru es la sede que presenta niveles más bajos de glucosa capilar

Tabla 10 Niveles de glucosa capilar en población de estudio

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
Tampico	68	461	144,72	71,139	5,060,699
Perú	80	295	127,67	82,769	6,850,667
Saltillo	40	327	138,88	64,179	4,119,003
Victoria	79	329	140,71	47,179	2,225,840
Pob. Total	40	461	142.27	62.434	3897.998

## 3) Índice de Masa corporal ( IMC)

El 72% presenta problemas de obesidad; Tampico y Victoria son las sedes que presentan mayores porcentajes de obesidad. Igual no se incluye a Saltillo por carecer de información, (Se utilizaron puntos de corte referidos por la OPS) (grafico 11).

Grafico 11: Índice de Masa Corporal

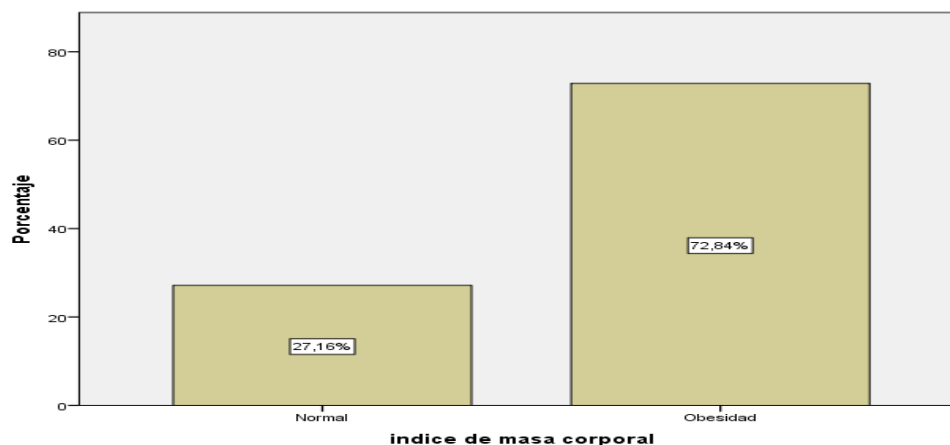
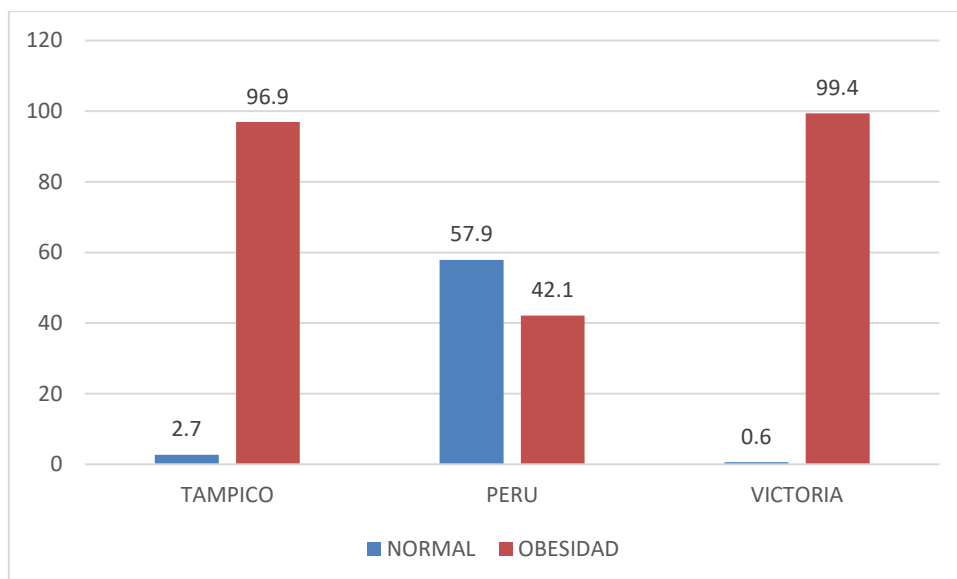


Grafico 12 IMC según sedes



### 5.2.3. Comportamiento en automanejo y autoeficacia

#### 5.2.3.1. Comportamiento en automanejo

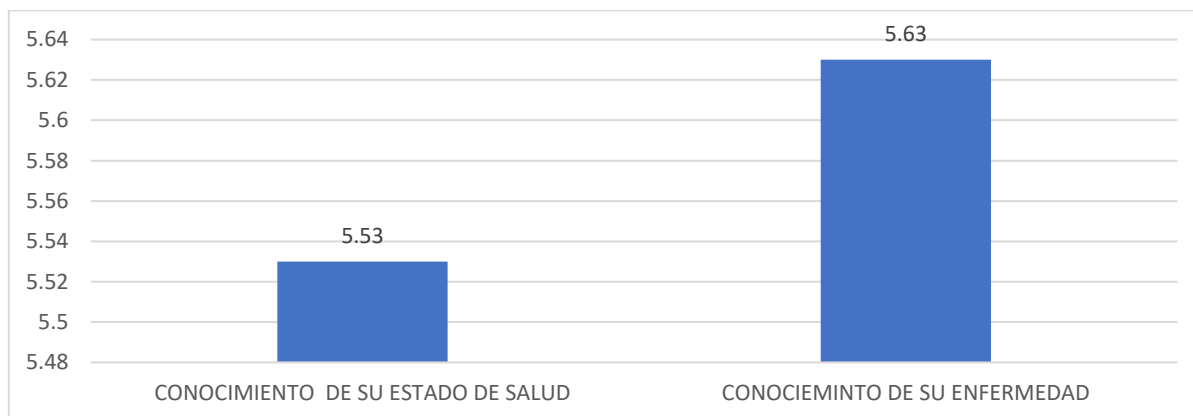
Se describe a continuación las dimensiones a través de las cuales se evalúa el el automanejo que fué evaluado con el instrumento “Partners in Health Scale” validado en contexto mexicano y peruano

1) **Conocimiento**, se refiere a que tanto conoce acerca de la condición en general, la descripción de la condición, que síntomas experimenta, el conocimiento de su tratamiento, para qué es el tratamiento, los efectos adversos del tratamiento y las consecuencias de no tomarlo. 2) **Adherencia**, incluye la toma de medicación, la decisión tomada sobre su estado de salud con el médico y comunicación con él, la asistencia y capacidad de solicitar citas médicas, si se mantiene al tanto y reconoce sobre los síntomas de alarma y si toma las medidas necesarias a las primeras señales de alarma cuando los síntomas empeoran.

3) **Manejo de signos y síntomas**, hace referencia si puede manejar los efectos secundarios de su condición con su actividad física diaria, mantiene el equilibrio de su estado de salud hacia como se siente, la interacción social a pesar de su condición y las estrategias tomadas para ayudar a adoptar un estilo de vida saludable. Describiremos cada una de estas dimensiones en la población global y por sedes

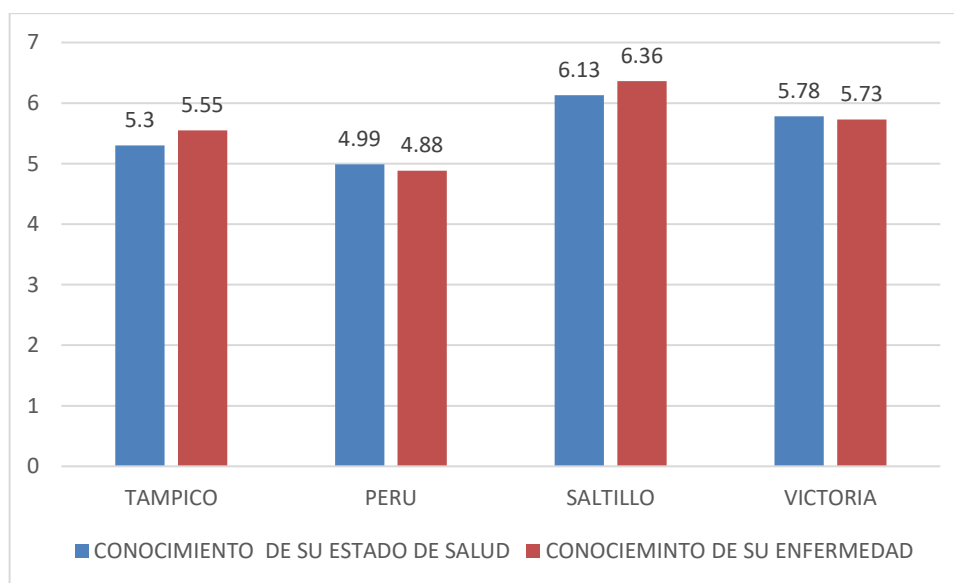
#### 1) **Conocimiento**

Los dos ítems que mide conocimiento presentan una media no mayor de 5, siendo ligeramente más alta el conocimiento de su enfermedad, No se alcanzó medias mayores de 5.

**Grafico 13 Conocimiento de su condición en la Población de estudio**

- **Conocimiento de su condición según sedes**

Los resultados según sedes son similares en las sedes de México, media de 5 de un total de 8; es en Perú donde se encuentran por debajo de 5

**Grafico 14 Conocimiento de su condición en la Población de estudio**



## 2) Adherencia

Como se mencionó al inicio de este acápite, la adherencia no mide solamente al tratamiento médico sino al comportamiento en general relacionado con su atención, como es el compartir las decisiones de su cuidado con el proveedor de salud, aspecto que se considera fundamental en el automanejo de su enfermedad, donde se espera que sea la persona quien tome sus decisiones en su cuidado, basado lógicamente de una información completa dado por su proveedor. Es precisamente esta área la de menor puntaje, así como la de ser capaz de solicitar servicios acordes a su cultura y necesidad percibida por el usuario. Se encontró en las cuatro sedes una media por debajo de 5. La de mayor puntaje fue la relacionada a la asistencia a las citas con una media de 7

Grafico 15 Adherencia en población de estudio

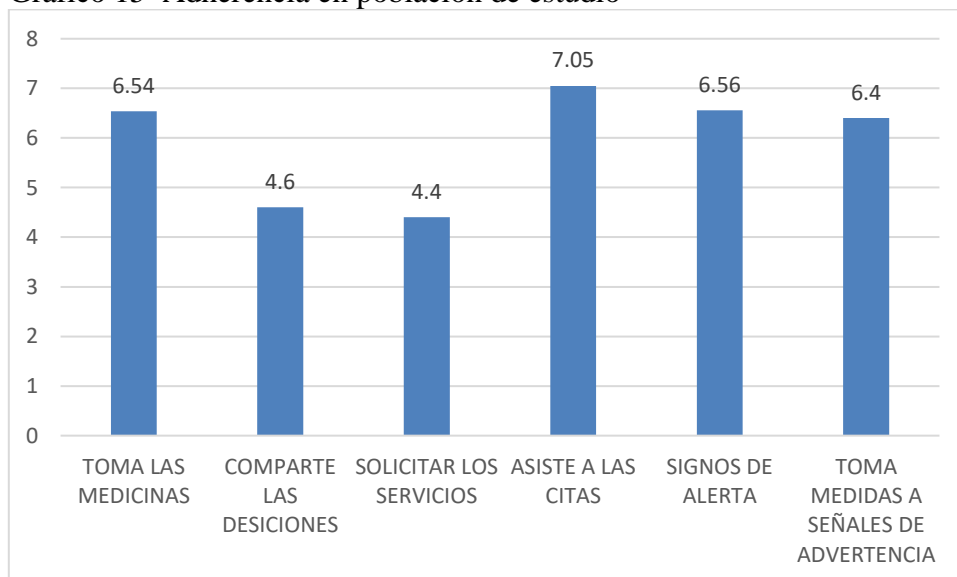
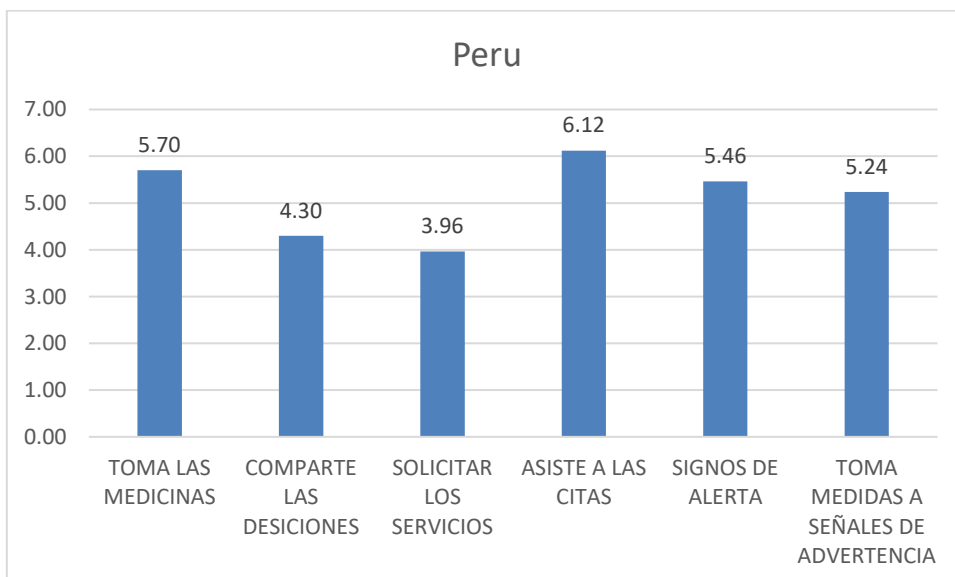
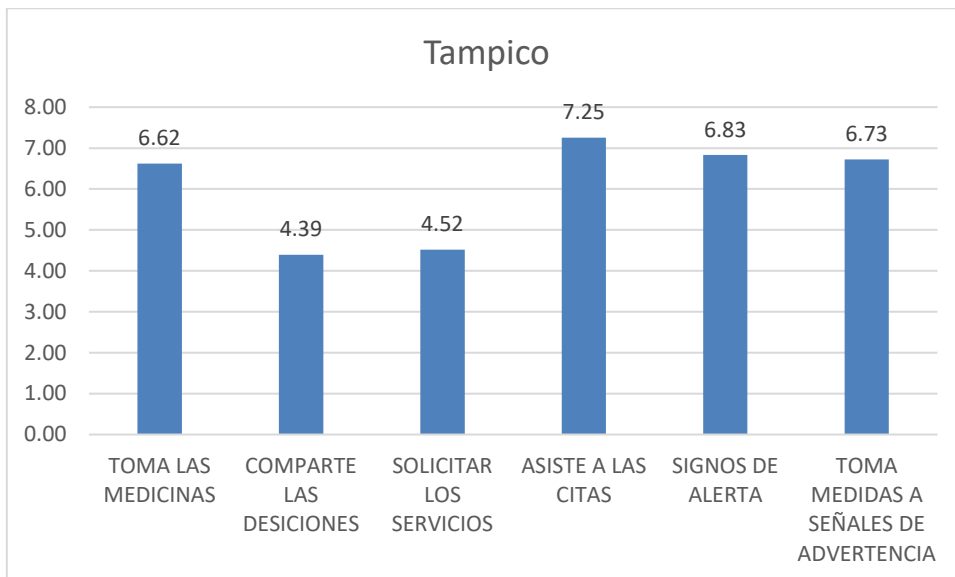
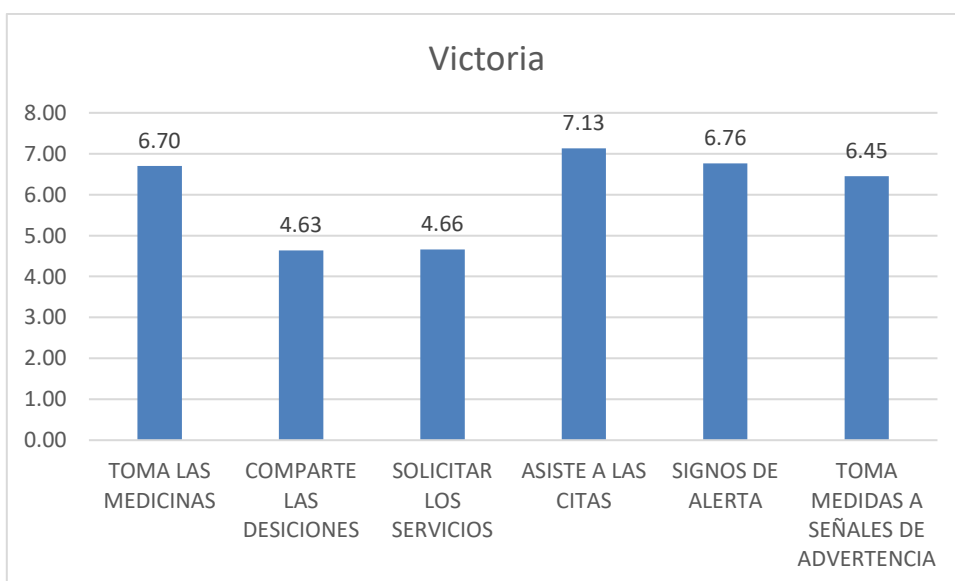
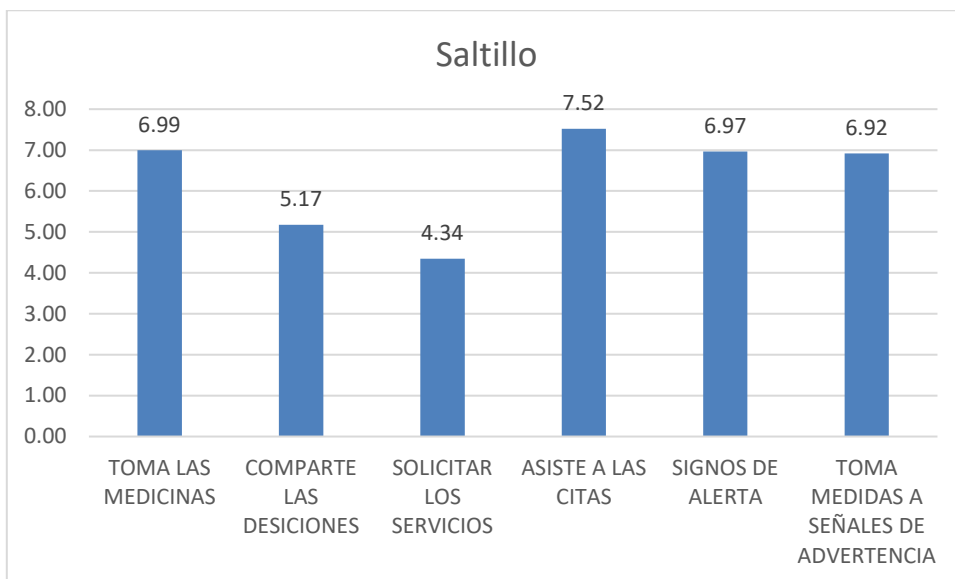


Grafico 16 Adherencia en población de estudio según sedes





### 3) Manejo de signos y síntomas

Esta es la dimensión que presento puntajes por encima de 5, sin embargo, no llegaron a presentar puntajes de 8. Es la sede de Perú la que presenta puntajes más bajos. El puntaje más bajo alcanzado en el relacionado al manejo de sus signos y síntomas.

Grafico 17 Manejo de sus signos y síntomas en la población de estudio

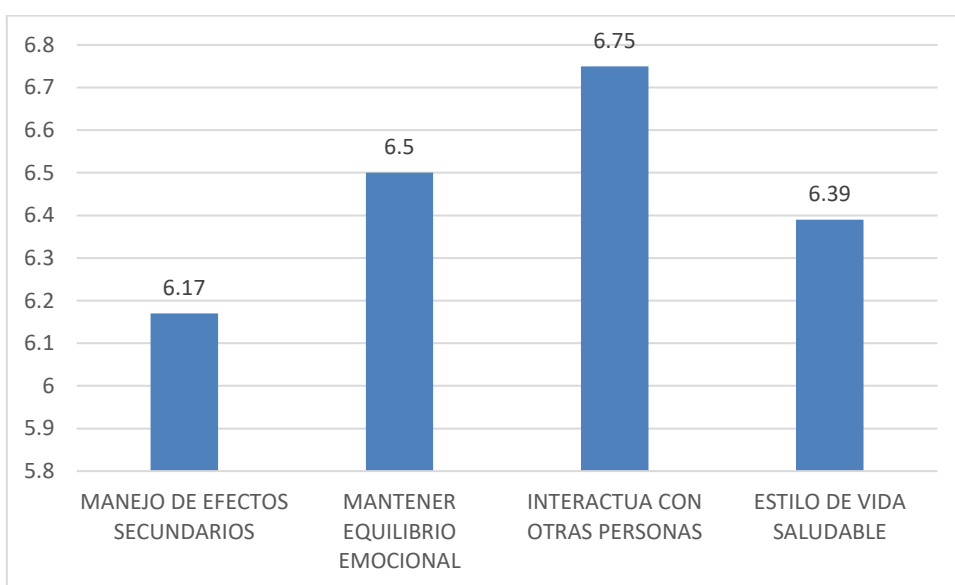
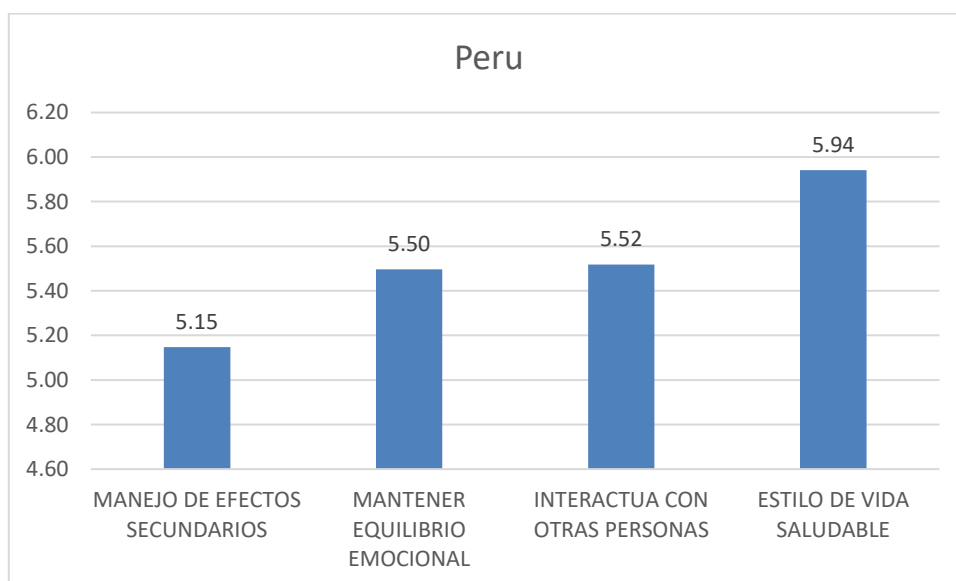
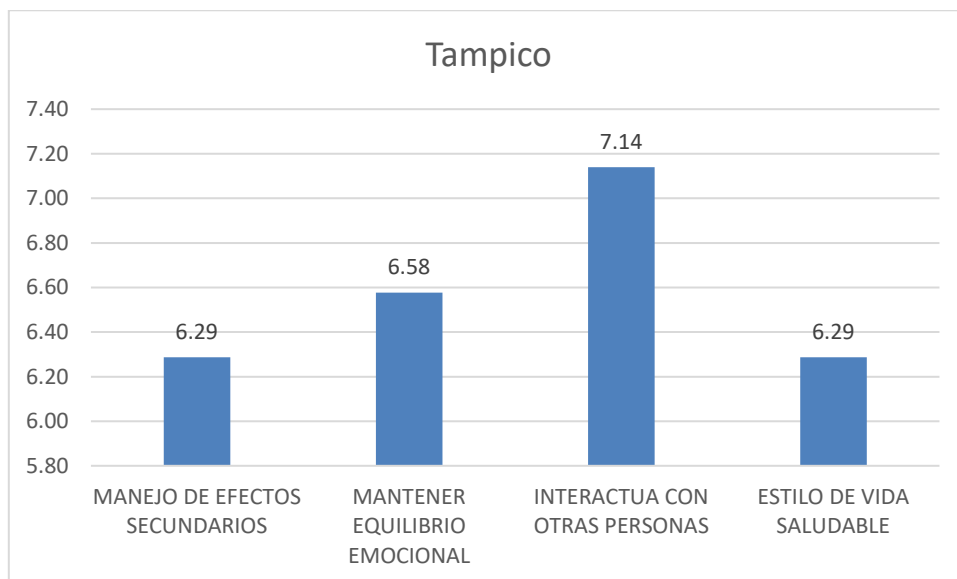
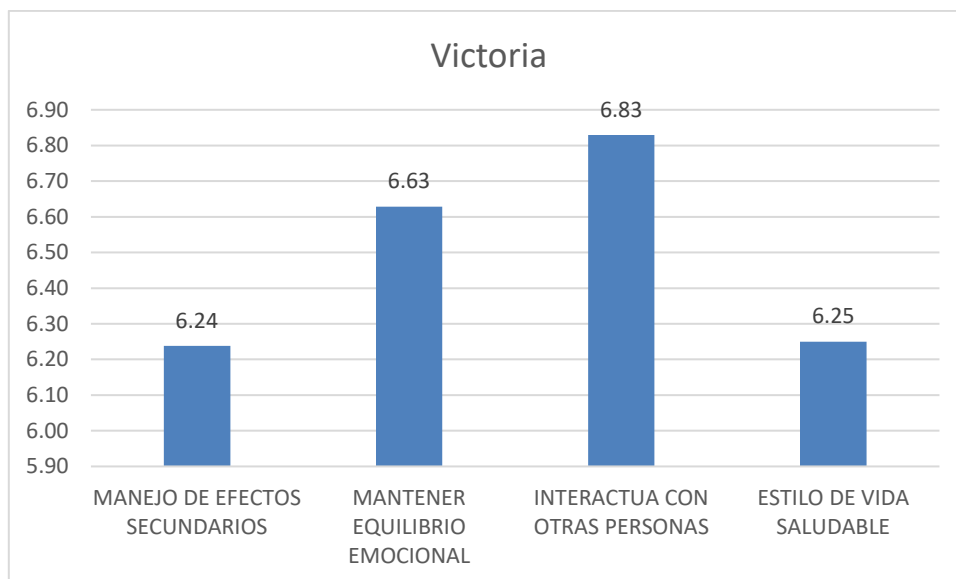
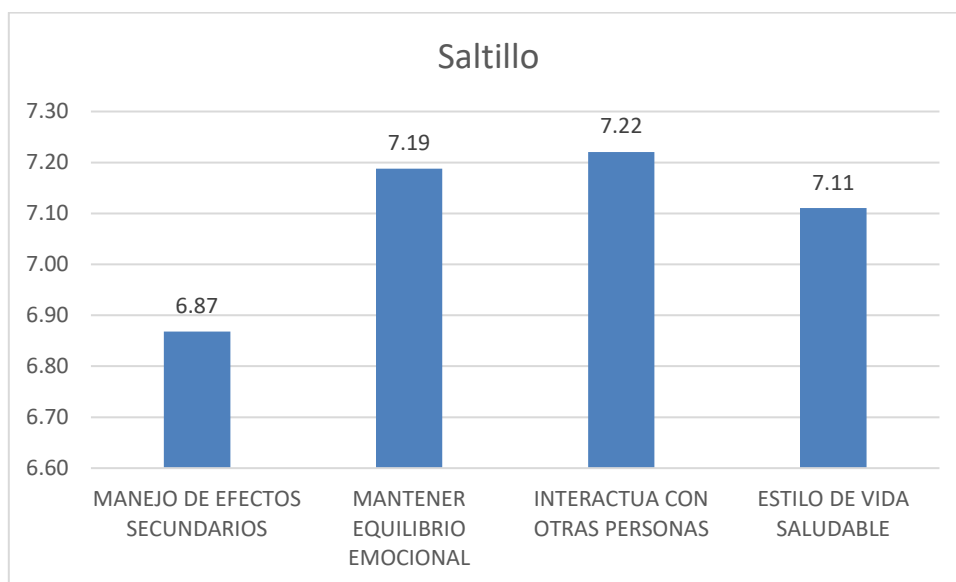


Grafico 18 Manejo de sus signos y síntomas en la población de estudio según sedes



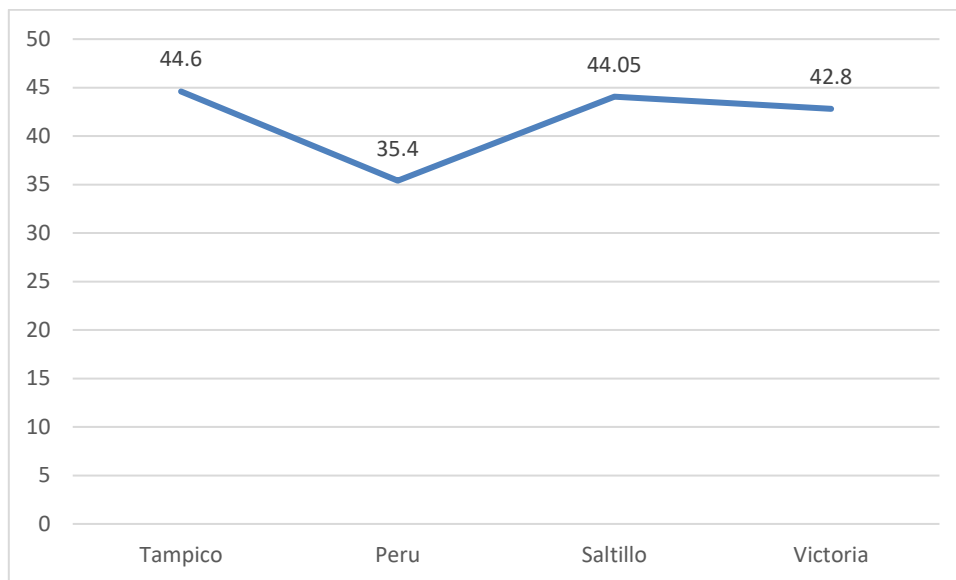


### 5.2.3.2. Autoeficacia

El instrumento aplicado ha sido aplicado por la Universidad de Stanford para evaluar la autoeficacia en condiciones crónicas, abarca varios dominios que son comunes en muchas enfermedades crónicas, control de síntomas, función de rol, funcionamiento emocional y comunicación con los médicos. Mide en una escala de 0 a 10 en cada ítem de un total de 6.

La población presento una media de 42. Según las sedes , Perú presento la media más baja.

Grafico 19 Autoeficacia en población de estudio



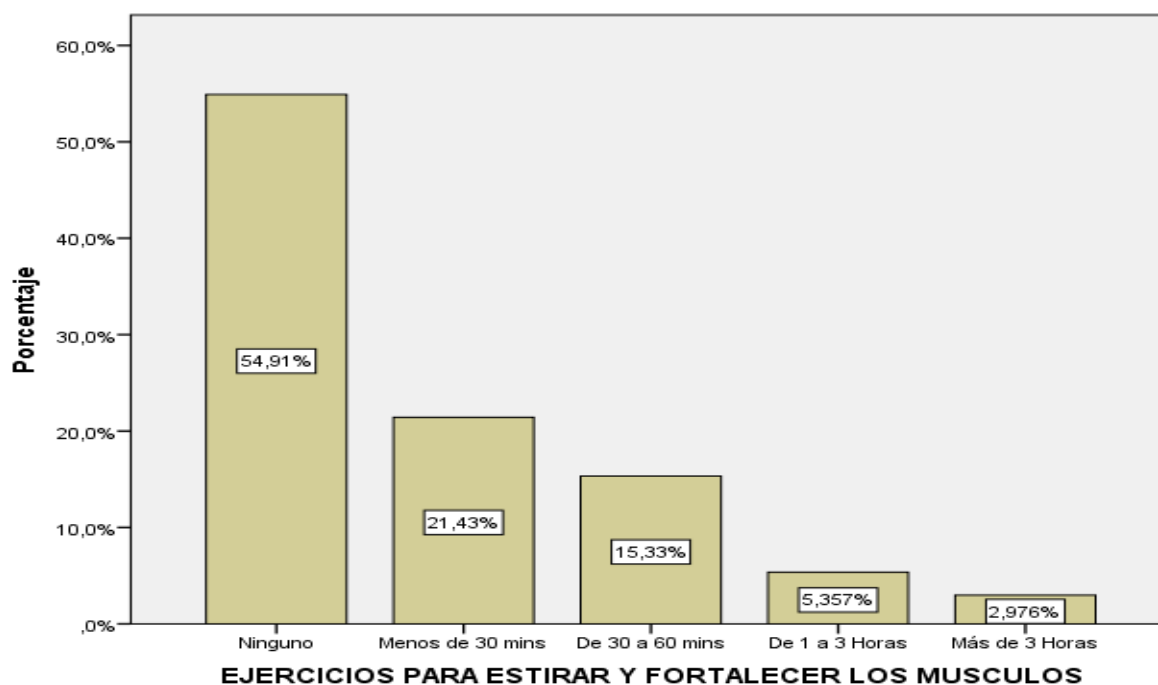
#### 5.2.4. Comportamiento en salud:

Se considera indicadores como: hacer ejercicios físicos, la comunicación con el médico y aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento médico.

##### 5.2.4.1. Práctica de ejercicio

Los resultados muestran que la mitad de la población no realiza algún tipo de ejercicio para estirar y fortalecer músculos.

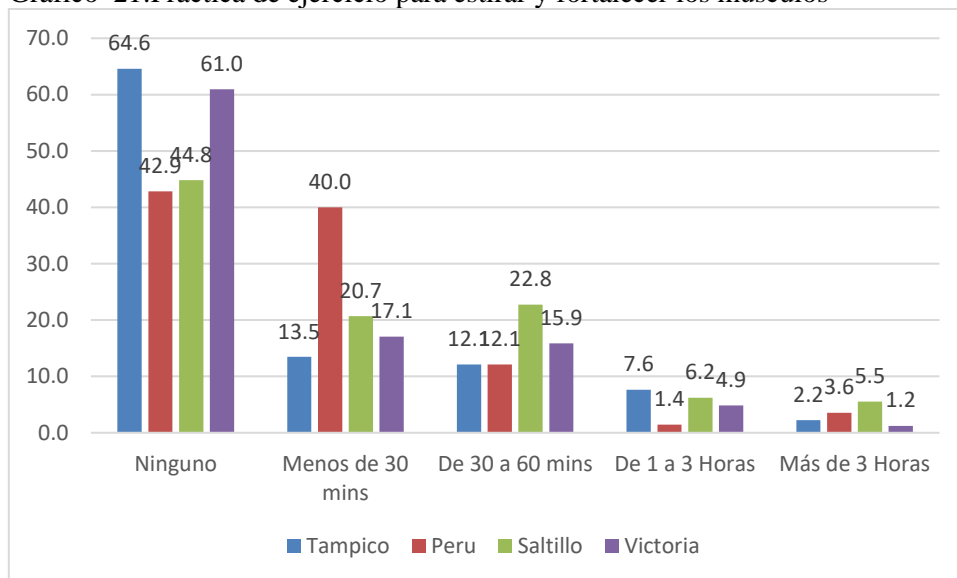
Grafico 20 :Práctica de ejercicio para estirar y fortalecer los músculos en la población



Los resultados según Sedes, muestran que Tampico y Victoria presentan los porcentajes más altos en no hacer este tipo de ejercicio



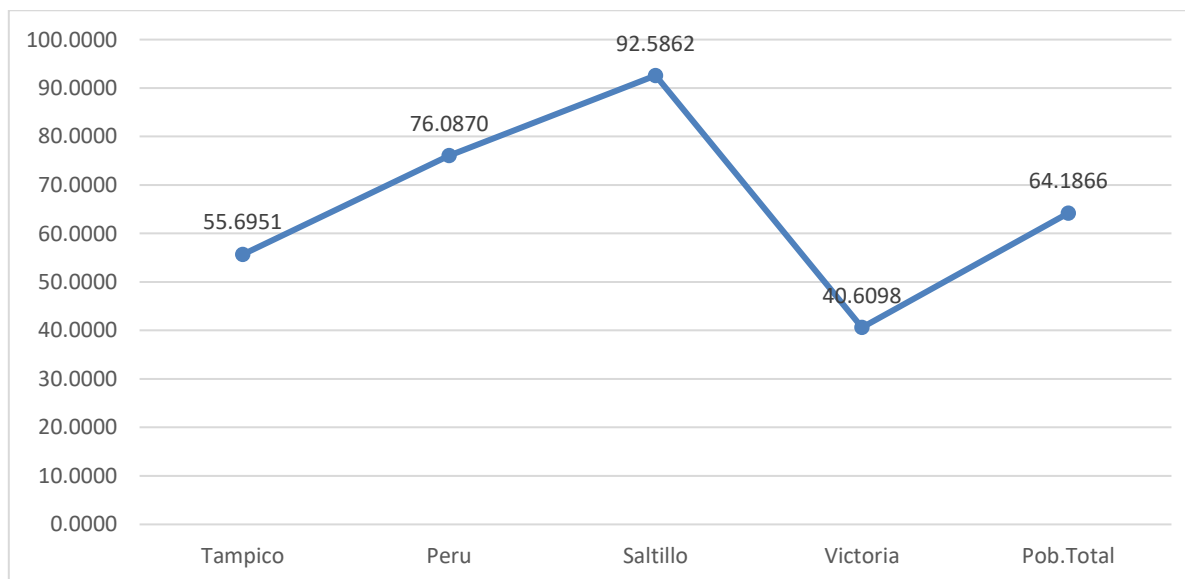
Gráfico 21: Práctica de ejercicio para estirar y fortalecer los músculos



**Ejercicios aeróbicos:**

26% no realiza ningún tipo de ejercicios aeróbicos, siendo las sedes Tampico y Victoria las que realizan menos minutos a la semana.

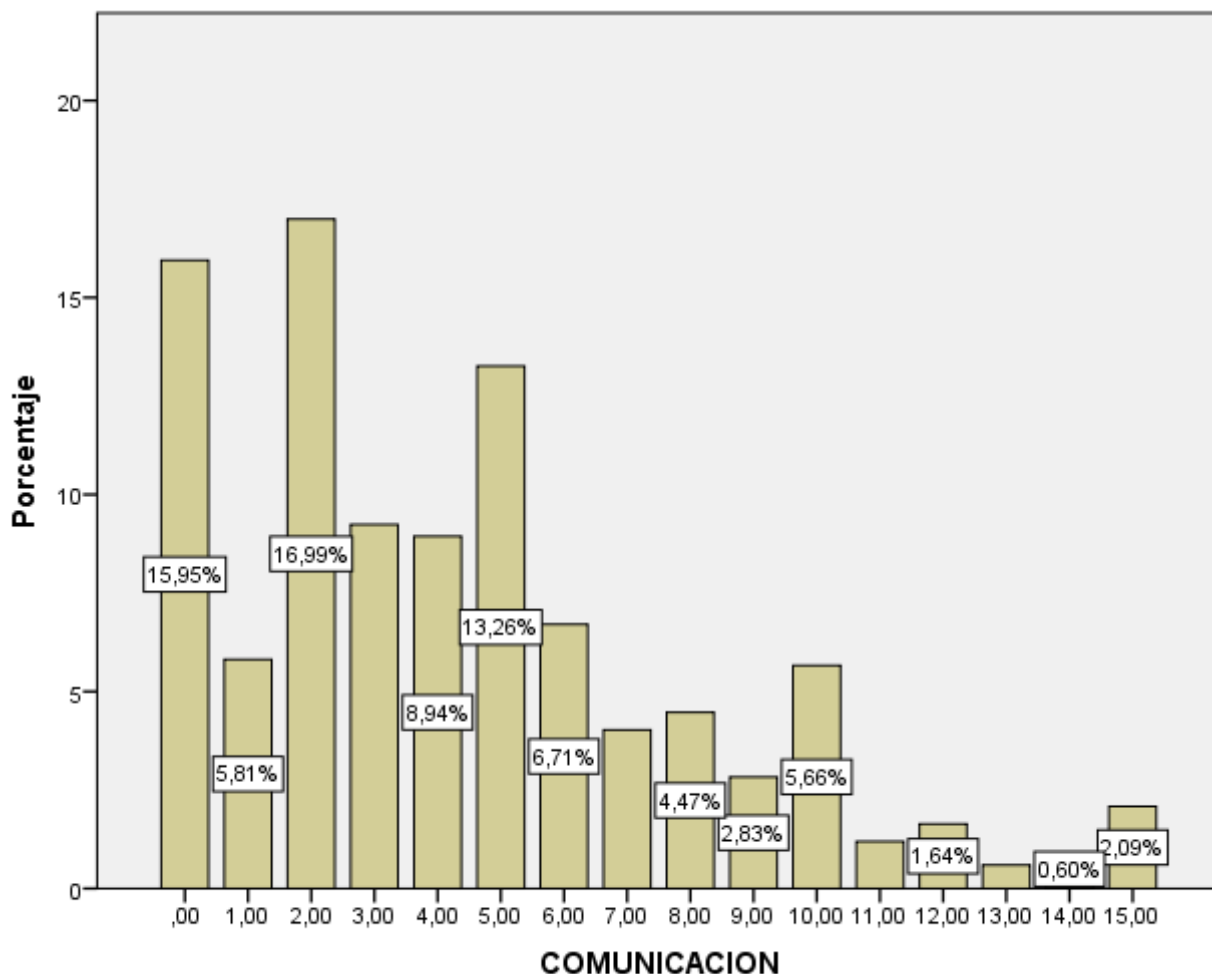
Gráfico 22: Ejercicios aeróbicos minutos a la semana



**5.2.4.2. Comunicación con el medico**

Es el resultante de la comunicación durante la consulta médica, como hacer preguntas acerca de las cosas que quiere saber y de las cosas que no entienden de su tratamiento, platican sobre problemas personales que pueden estar relacionados con su enfermedad. A mayor puntaje mejor comunicación. Menos del 5% alcanza porcentajes mayores, la mayoría presentan problemas de comunicación. Grafico 23:

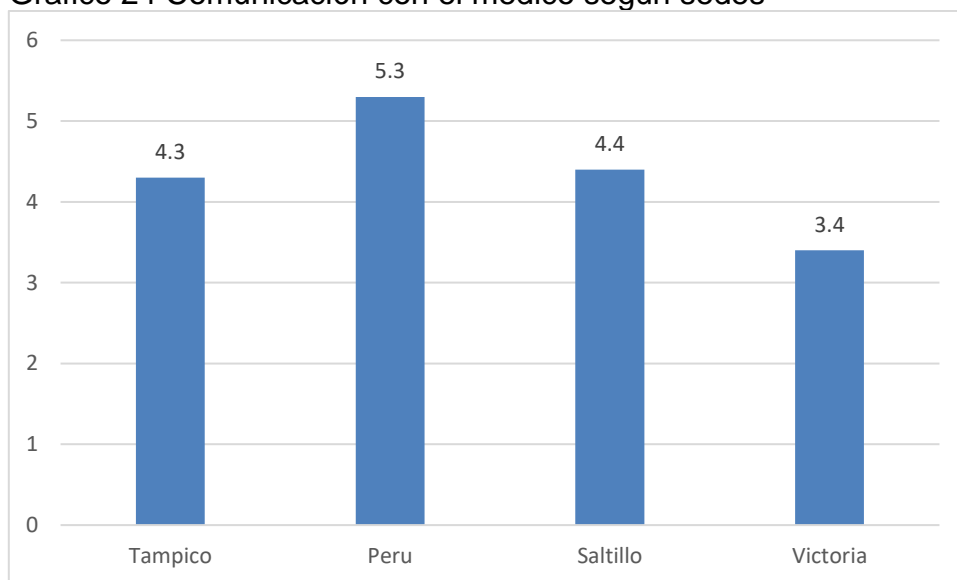
**Grafico 23 : Comunicación con el medico en la población total**



## Comunicación por sedes

De una escala de 1 al 15, ninguna sede supero el número 5, siendo la sede de menor puntaje Victoria.

Grafico 24 Comunicación con el medico según sedes

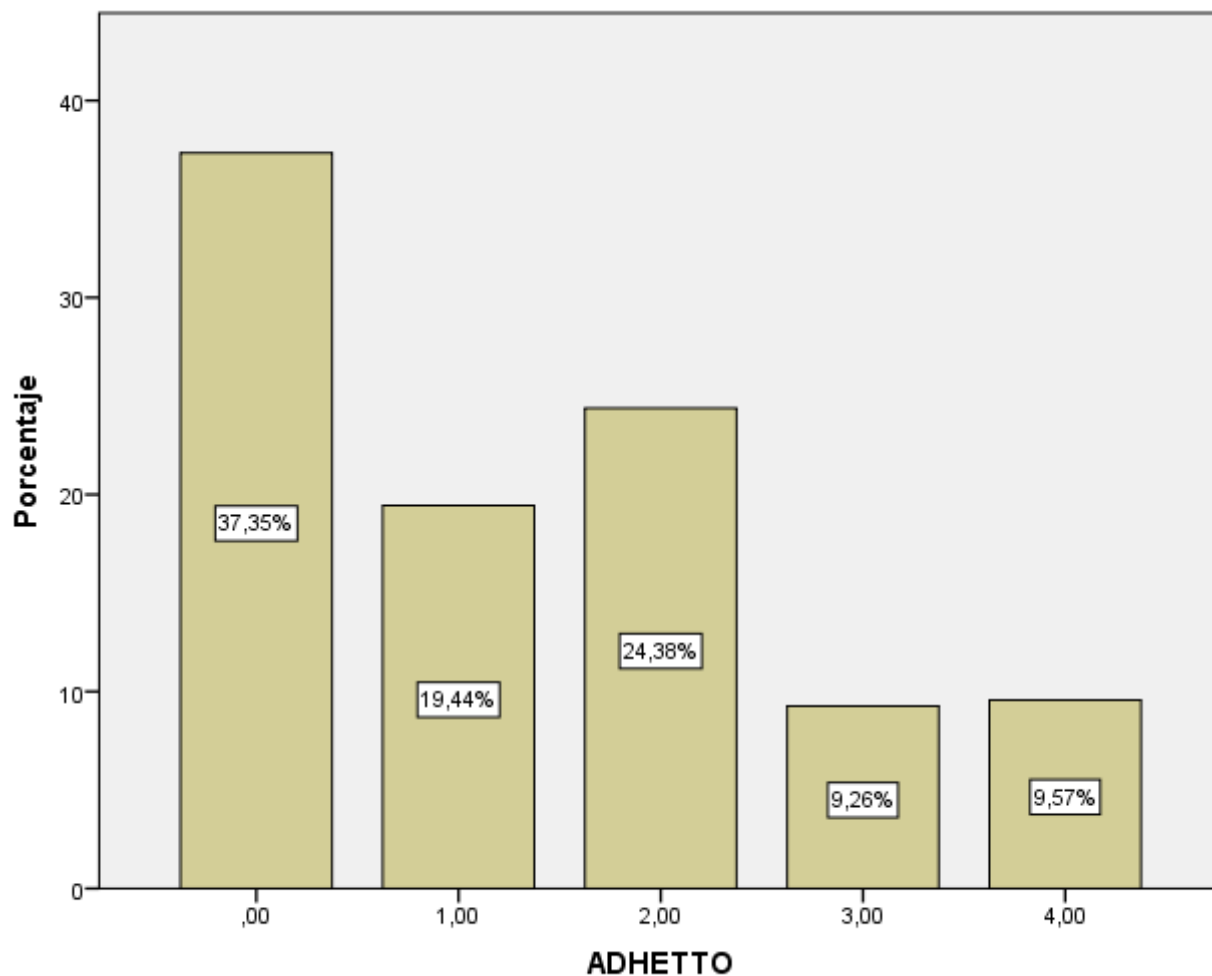


### 5.2.4.3. Adherencia al tratamiento medico

Las respuestas relacionadas con la toma de medicamentos indicados, si se le olvida tomarlos, la interpretación es entre más alto sea el puntaje total es mejor adherencia. Solo un 9% presenta niveles de adherencia aceptables.



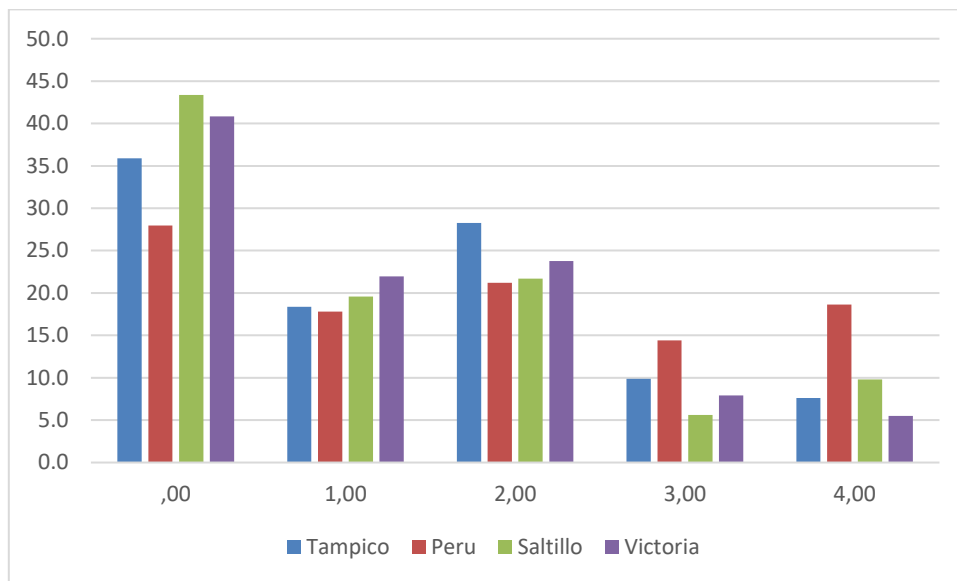
**Grafico 25 : Adherencia al tratamiento médico en población total de estudio**



#### **Adherencia al tratamiento médico Según sedes**

Los resultados evidencian este problema en todas las sedes, siendo en Perú el que presenta menores problemas

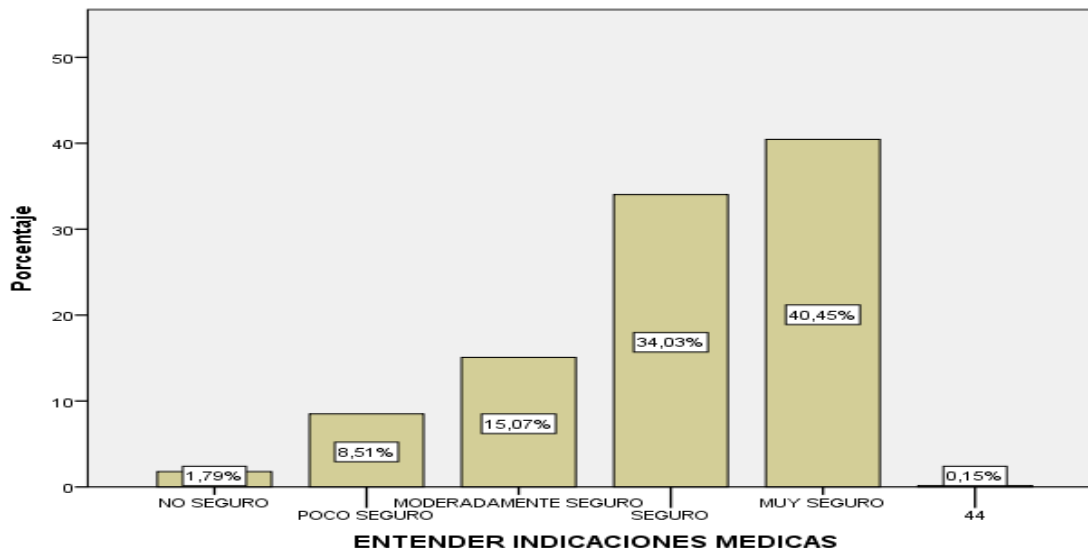
**Grafico 26 Adherencia al tratamiento médico Según sedes**



**5.2.4.4. Entender Indicaciones Médicas**

Un 20% de la población, presenta problemas de entender las indicaciones médicas, solo un 47% refiere estar muy seguro de haber entendido.

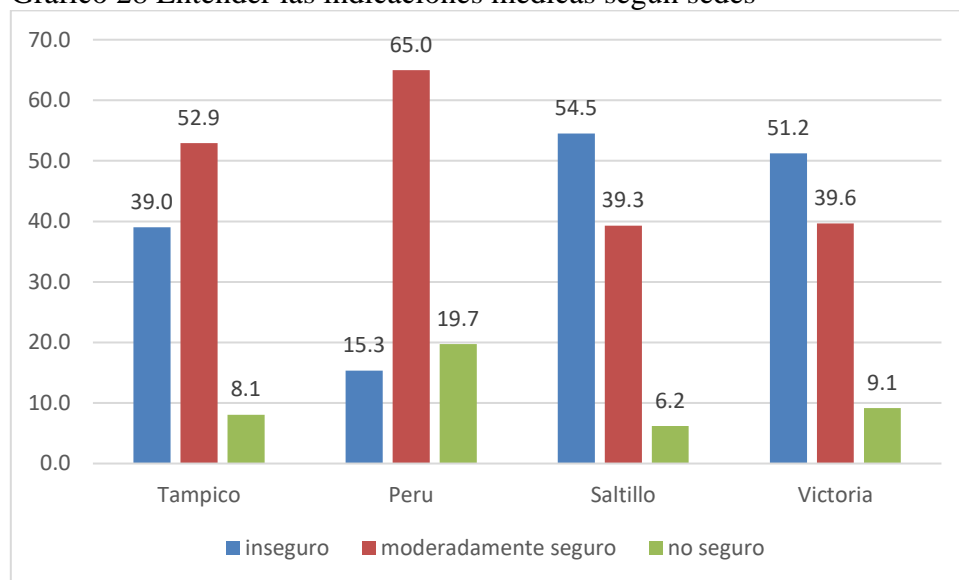
**Grafico 27 : Entender Indicaciones Médicas en la población total**



### Entender las indicaciones médicas según sedes

Los resultados muestran que es Perú donde presentan el menor porcentaje de estas inseguro con las indicaciones médicas con el 15% en comparación con las otras sedes que superan el 30%

Grafico 28 Entender las indicaciones médicas según sedes

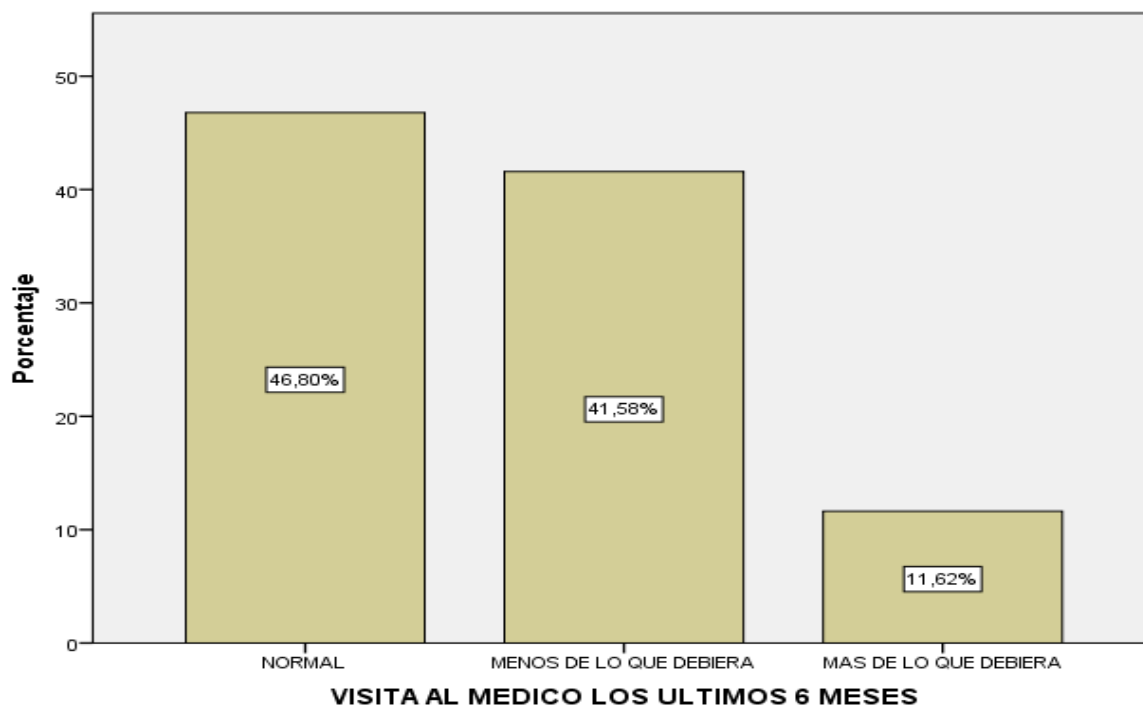


## 5.2.5. Uso de servicios de salud

### 5.2.5.1. Asistencia a las consultas programadas de control

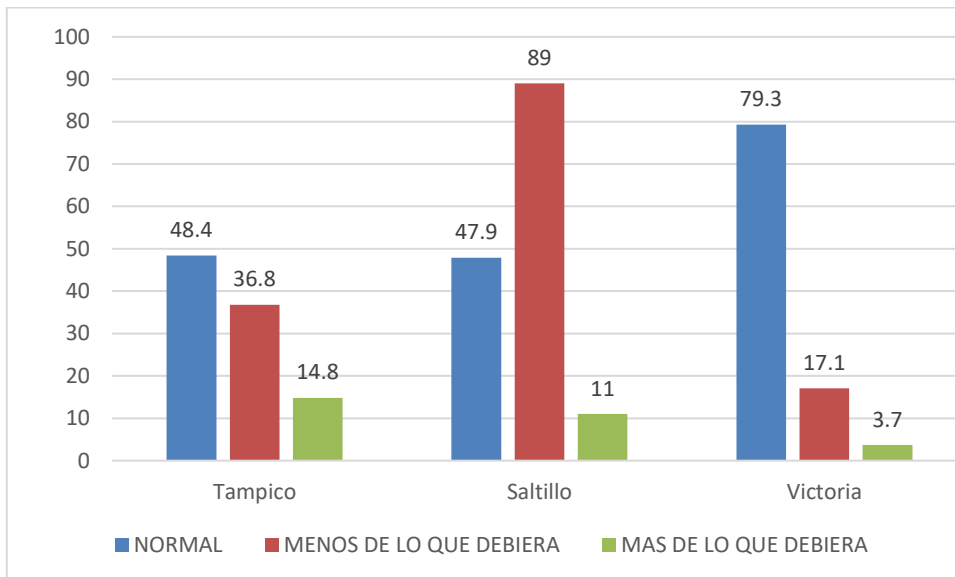
Durante los últimos 6 meses, cada usuario debe asistir una vez al mes a su control, de los cuales el 47% refirió haber asistido conforme lo programado, el 41% asistió menos de lo programado y el 12% más de lo programado. Grafico . Se excluyó a Perú por no corresponder esta clasificación.

Grafico 29: Asistencia a sus controles



Según sedes, destaca Saltillo en reportar asistencias menos de las que debiera. Grafico

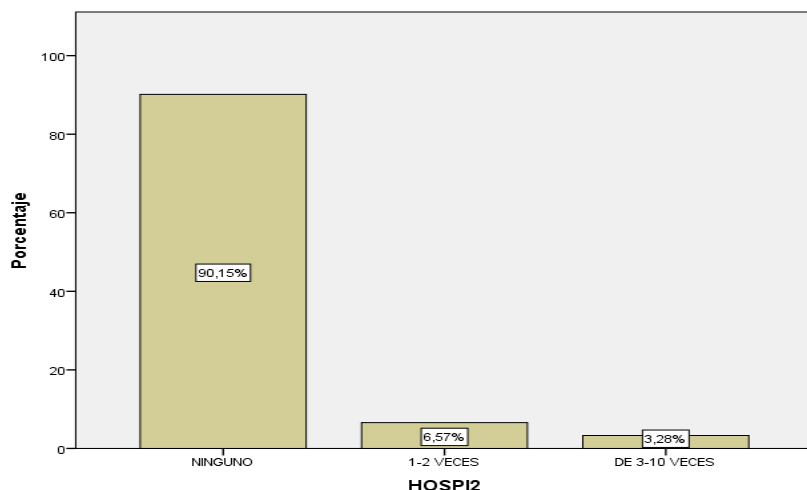
Grafico 30: Asistencia a sus controles según sedes



**5.2.5.2. Hospitalizaciones durante los últimos 6 meses**

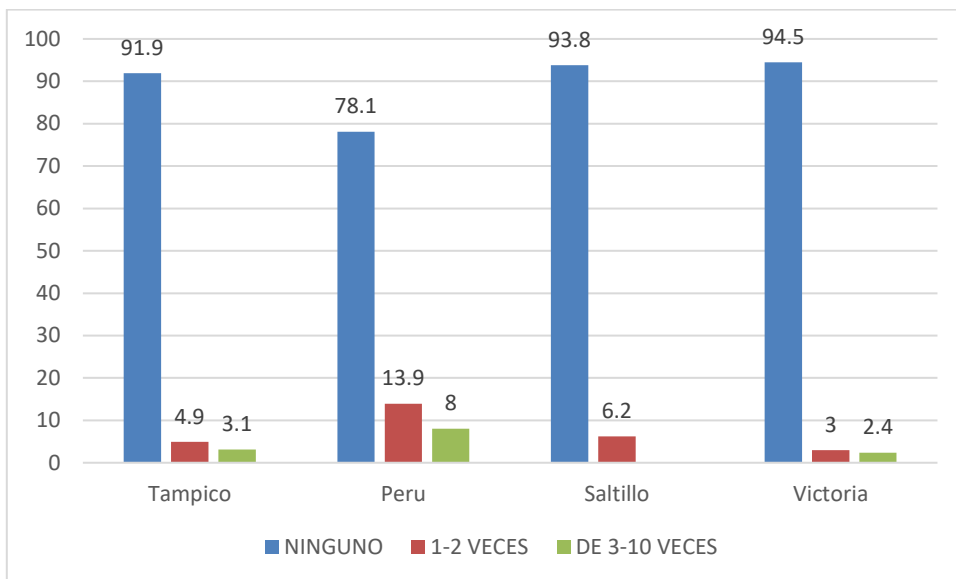
El 10% refirió haber estado hospitalizado los últimos 6 meses con un mínimo de dos veces.

Grafica 31: Hospitalizaciones los últimos 6 meses



Grafica 32: Hospitalizaciones los últimos 6 meses según sedes





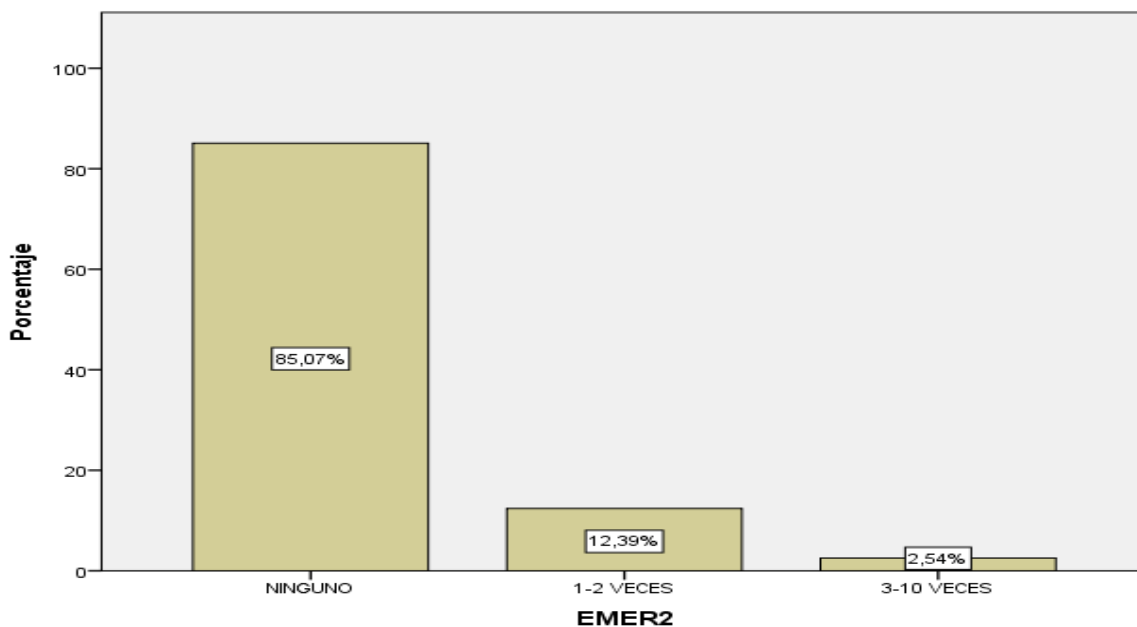
Es la sede de Perú la que presenta mayores porcentajes de hospitalización con el 14 % de una a dos veces, seguido de saltillo con el 6%

Del total que estuvieron hospitalizado, el 61% estuvo de una a dos noches, 14% de 4-11 noches y el 9% de 4 a más noches, siendo estas en la sede de Perú en su mayor porcentaje.

#### 5.2.5.3. Acudir a emergencias

Acudieron a emergencia el 13% al menos una vez, y el 3% más de tres veces

Grafico 33 Número de veces que acudieron a emergencia los últimos 6 meses



Según sedes es la sede de Peru quien reporta mayores porcentajes de uso de servicios de emergencias con el 27%,seguido de Tampico con el 13%

Grafica 34 : Número de veces que acudieron a emergencia los últimos 6 meses según sedes

