



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Enfermería y Obstetricia

Doctorado en Ciencias de la Salud

**“EFECTO DE UN PROGRAMA DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN
PACIENTES CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRASMISIBLES”**

TESIS

Para Obtener el Grado de:
Doctor en Ciencias de la Salud

Presenta:

Mtro. Arturo Alejandro Domínguez López

Comité Tutorial:

Dr. Johannes Oudhof van Barneveld
Tutor Académico

Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes
Tutora Interna

Dra. Mirta Margarita Flores Galaz
Tutora Externa

Toluca, Estado de México, octubre de 2018



Agradecimientos

Agradezco a la vida que me dio la oportunidad de llevar a cabo el presente proyecto, a mi padre que me introyectó el pensamiento científico, a mi madre porque con su ejemplo aprendí a ser resiliente y responsable, a mi esposo con quien compartí todas las experiencias y detalles de esta investigación enfrentándonos juntos a todas las limitaciones geográficas, logísticas, medioambientales, económicas y emocionales que implica una Tesis con etapas y momentos tan flexibles y variantes. A mi hermana que me motivó y aconsejó en los momentos más difíciles del desarrollo de este trabajo. A los amigos y familiares que creyeron y fueron partícipes del proyecto y al personal administrativo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, sede del programa del doctorado, así como la Facultad de Ciencias de la Conducta, a la Facultad de Odontología, Facultad de Medicina y Centro de Investigación en Ciencias Médicas donde tuve la oportunidad de recibir instrucción de la mano de experimentados profesores.

Gracias a la doctora Guillermina San Juan López, por su aportación en desarrollo del Programa de Atención Primaria de Salud, por hablar con tanta pasión del Autocuidado y por haber sido mi principal instructora en estos temas y en lo que respecta a las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles.

Doy las más expresivas gracias a todos los pacientes que aceptaron participar en esta investigación. Gracias a las familias de mis tutores por su comprensión y apoyo durante la realización de este estudio y a todos los revisores que dieron su tiempo a la lectura al documento de manera cuidadosa y precisa. Finalmente, pero no menos importante, agradezco a las autoridades del Instituto de Salud del Estado de México que nos abrieron las puertas para contactar a los participantes. Y a los Comités de Bioética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas (CICMED) y del Instituto de Salud del Estado de México por dar revisión del cumplimiento de los reglamentos correspondientes.



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Enfermería y Obstetricia

Doctorado en Ciencias de la Salud

Fecha: 31 de agosto de 2018

DICTAMEN DE VOTOS APROBATORIOS TESIS

Los docentes que integran el **COMITÉ DE TUTORES** del maestro (a): Arturo Alejandro Domínguez López, egresado(a) del programa del Doctorado en Ciencias de la Salud de la generación 2015B-2018A, quien realizó el trabajo de tesis titulado: "EFECTO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES", bajo la Tutoría Académica del Dr. Johannes Oudhof van Barneveld, ha sido dirigido, revisado y discutido, por lo que se ha considerado **DICTAMINARLO COMO APROBADO**, ya que reúne los requisitos que exige el Artículo 75 del Reglamento de Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"

Tutor Académico

Dr. Johannes Oudhof van Barneveld

Tutor Interno

Dra. Norma Ivonne González Arratia
López Fuentes

Tutor Externo

Dra. Mirta Margarita Flores Galaz



ÍNDICE

	Página
<u>Introducción</u>	5
1. <u>Antecedentes</u>	5
2. <u>Planteamiento del problema</u>	8
3. <u>Justificación</u>	12
4. <u>Hipótesis</u>	13
5. Objetivos	
5.1 <u>Objetivo General</u>	16
5.2 <u>Objetivos específicos</u>	16
6. Diseño metodológico	
6.1 <u>Diseño del estudio</u>	17
6.2 <u>Universo y Muestra</u>	17
6.3 <u>Procedimiento</u>	19
6.4 <u>Criterios de inclusión</u>	20
6.5 <u>Criterios de exclusión</u>	21
6.6 <u>Criterios de eliminación</u>	21
6.7 <u>Instrumentos</u>	21
6.8 <u>Recolección de datos</u>	23
6.9 <u>Análisis de datos</u>	25
6.10 <u>Aspectos éticos</u>	25
7. Resultados	
7.1 <u>Artículo y/o capítulo de libro aceptado</u>	27
7.1.1 <u>Título del artículo y/o capítulo de libro aceptado</u>	27
7.1.2 <u>Página frontal del manuscrito</u>	27
7.1.3 <u>Carta de aceptación</u>	29
7.1.4 <u>Apartados del artículo</u>	30
<u>Introducción</u>	30
<u>Método</u>	52
<u>Instrumento</u>	53
<u>Procedimiento</u>	53
<u>Resultados</u>	55
<u>Discusión</u>	58

<u>Referencias</u>	63
7.2 <u>Artículo y/o capítulo de libro enviado</u>	44
7.2.1 <u>Título del artículo y/o capítulo de libro enviado</u>	44
7.2.2 <u>Carta de envío y/o recepción del artículo</u>	45
7.2.3 <u>Resumen</u>	46
7.2.4 <u>Apartados del artículo</u>	47
<u>Introducción</u>	47
<u>Método</u>	52
<u>Instrumento</u>	53
<u>Procedimiento</u>	53
<u>Resultados</u>	55
<u>Discusión</u>	58
<u>Referencias</u>	63
7.3 <u>Artículo y/o capítulo de libro enviado</u>	67
7.3.1 <u>Título del artículo y/o capítulo de libro enviado</u>	67
7.3.2 <u>Carta de envío y/o recepción del artículo</u>	68
7.3.3 <u>Resumen</u>	68
7.3.4 <u>Apartados del artículo</u>	70
<u>Introducción</u>	70
<u>Método</u>	73
<u>Instrumentos</u>	74
<u>Procedimiento</u>	75
<u>Resultados</u>	77
<u>Discusión</u>	79
<u>Referencias</u>	83
7.4 <u>Resultados adicionales</u>	86
8. <u>Discusión general</u>	112
9. <u>Conclusiones generales</u>	117
10. <u>Bibliohemerografía utilizada</u>	119
11. <u>Anexos</u>	123

Introducción

1. Antecedentes

Las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT) constituyen un problema creciente en todo el mundo (Rodríguez y García, 2018) y tuvieron su origen en los cambios que ha experimentado la mayor parte de la población mundial entre los que se destacan el control de enfermedades infecciosas, el incremento de la esperanza de vida y la adquisición de un modelo de vida occidental (Pupkin, 2012).

En cuanto al aumento de las incidencias de las ECNT en el caso de España, Moreno y Bosch (2013) corroboran lo que se ha mencionado anteriormente y lo expresa en los términos siguientes:

Las mejoras en el saneamiento, nutrición y condiciones generales de vida, especialmente desde finales del siglo XIX hasta la actualidad, han condicionado un acusado cambio en las causas de muerte, lo que ha provocado una disminución en las enfermedades infecciosas o transmisibles (agudas), mientras se ha situado destacadamente a la cabeza de este escalafón las denominadas enfermedades crónicas no transmisibles (p.12).

Aunque en la mayor parte de Europa desde hace más de medio siglo las condiciones socioeconómicas han permitido mejoras significativas en la calidad de vida de la población, esto ha supuesto una puerta a las ECNT que han avanzado en forma inversamente proporcional a la disminución de las enfermedades transmisibles, presentándose en forma de pandemia (Moreno y Bosch, 2013).

En América, más específicamente en Argentina, también hay preocupación por las ECNT siendo objeto de diversos estudios, entre los que se encuentra el de Marchionni, Caporale, Conconi y Porto (2011), quienes afirman que a través de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2005 se evalúa la prevalencia de "... el consumo de tabaco, consumo excesivo de alcohol, inactividad física, alimentación inadecuada, sobrepeso y obesidad" (p. 11) como factores decisivos en el aumento de la enfermedades no transmisibles.

La problemática no es distinta en Centroamérica tal como lo reseña la investigación de Valle de Z. (2010), desarrollada en El Salvador donde concluye que el sedentarismo es la tendencia en el padecimiento de ECNT en mujeres jóvenes salvadoreñas (18- 26 años de edad) de manera particular las de orden

cardiovascular, respiratorio e inmunológico. De igual forma señala que la educación sanitaria es una de las vías más expeditas para la prevención de las mismas.

Existen factores de riesgo psicológicos y sociales que intervienen en el incremento de estas enfermedades asociadas a hábitos y estilos de vida comunes en la sociedad moderna como: el creciente consumo de comidas rápidas, estrés, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, entre otros. Estos factores favorecen la presencia de enfermedades como son: el cáncer, la diabetes, la hipertensión arterial sistémica, el sobrepeso, la obesidad, la ansiedad y la depresión (Córdova et al. 2008).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) menciona que, en 1950, las principales causas de muerte en México eran por enfermedades infecciosas y parasitarias, mientras que en el 2015 estas mismas enfermedades son causa de muerte sólo en un 2.5% de los casos. Las defunciones que representan mayor peso porcentual se agrupan en las enfermedades del corazón (25.5%), nutricionales y metabólicas (17.5%) y tumores malignos (13%), teniendo en cuenta que el sobrepeso, obesidad y la hipertensión son los factores de riesgo para el desarrollo de las cardiopatías. En el siguiente cuadro se pueden apreciar las causas de defunción durante el 2015.

Cuadro 1

Causas de defunción: Valores absolutos y porcentaje que representa

Causas de defunción	Absolutos	Porcentaje respecto al total
Total	655 688	100.0
Enfermedades del sistema circulatorio	166 934	25.5
Enfermedades isquémicas del corazón	88 144	13.4
Enfermedades cerebrovasculares	34 106	5.2
Enfermedades hipertensivas	23 263	3.5
Otras	21 421	3.4
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	114 591	17.5
Diabetes mellitus	98 521	15.0
Desnutrición	7 037	1.1
Otras	9 033	1.4
Tumores (neoplasias)	85 201	13.0
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	6 903	1.0
Tumor maligno de la próstata	6 447	1.0
Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	6 333	1.0
Tumor maligno de la mama	6 304	1.0
Tumor maligno del estómago	6 065	0.9
Otras	53 149	8.1
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	68 577	10.4
Agresiones	20 762	3.2
Accidentes de transporte	16 645	2.5
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	6 425	1.0
Otras	24 745	3.7
Enfermedades del sistema digestivo	62 968	9.6
Enfermedades del hígado	35 718	5.4
Otras	27 250	4.2
Enfermedades del sistema respiratorio	55 485	8.5
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	26 069	4.0
Neumonía	18 813	2.9
Otras	10 603	1.6
Otras causas	101 932	15.5

Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad 2015. Base de datos.

A su vez, la Encuesta de salud y nutrición (ENSANUT) del 2012, aporta información acerca de la prevalencia del sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión; así como de las oportunidades para mejorar la calidad de la atención y programas que motiven el autocuidado y bienestar de los pacientes con este tipo de padecimientos (Romero et al., 2013) y concluye que “las enfermedades crónicas no transmisibles son el reto principal que enfrentan los sistemas nacionales de salud” (p. 421). Por tal motivo, el tratamiento y la prevención de las ECNT debe ser una prioridad a la hora de establecer políticas públicas en materia de salud.

Cada vez se tiene mayor entendimiento de que el entorno en el que se vive y los estilos de vida son factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes con ECNT. Una aceleración de la urbanización, la distribución desigual de la riqueza, la desigualdad y el envejecimiento de la población en general son determinantes que contribuyen a la incidencia y prevalencia de ECNT. Éstas tienen un origen en factores como el régimen alimentario poco saludable, consumo de sustancias que generan adicción como el alcohol y el tabaco, la falta de actividad física, higiene o descanso, entre otros (Rodríguez y García, 2018). Algunas de estas enfermedades son: cáncer, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias y cardiovasculares que constituyen las principales causas de mortalidad en América Latina, ocasionando 3 de cada 4 defunciones en esta zona geográfica. Las enfermedades cardíacas ocasionan 1.9 millones de muertes al año, el cáncer 1.1 millones y la diabetes 270 mil muertes por año en América Latina. La cantidad de muertes prematuras, es decir, de personas que mueren en edades por debajo de la esperanza de vida en un país, ronda en un millón y medio por año con consecuencias para el desarrollo económico y social de éstos países (Valenzuela et al., 2018).

En consecuencia, las ECNT se manifiestan de manera progresiva y paulatina, esto hace que el individuo no se encargue de ellas en su fase inicial, lo que provoca el alto riesgo de cronicidad y cuando aflora totalmente la enfermedad, los tratamientos y estragos en la salud son más complejos y costosos. Esto aunado a políticas de salud enfocadas en mayor medida a la terapéutica que en la prevención de los factores de riesgo que conllevan al desarrollo de este tipo de enfermedades difíciles de erradicar por las mismas razones. Sin embargo, se puede apostar a su prevención mediante planes o programas atención primaria de salud que coadyuven a mejorar la calidad de vida (Rodríguez y García, 2018).

2. Planteamiento del problema

Los hábitos de alimentación deficientes en México, como la ingesta insuficiente de frutas y verduras y el incremento en el consumo de comida chatarra, conllevan en la actualidad al incremento de enfermedades crónicas, entre las que destacan: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades del

corazón, elevación en las concentraciones sanguíneas de colesterol y triglicéridos, obesidad, entre otras (González y Osuna, 2018).

México se encuentra en un proceso de transición en las políticas de salud, educación y aplicación de tecnologías al alcance de población en general. Un mundo globalizado exige un ritmo de vida más rápido, lo que hace que se adopten estilos de vida no saludables como una vida sedentaria, comida rápida, un déficit en el descanso, poco tiempo para la convivencia familiar, consumo de bebidas alcohólicas a edades más tempranas, entre otros hábitos que dificultan el cuidado de la salud (Heras y Alberto, 2014).

Las enfermedades crónicas no trasmisibles, especialmente la diabetes Mellitus tipo 2, obesidad en cualquiera de sus tipos, hipertensión arterial sistémica, y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica no solamente están en aumento, sino que son responsables de un gran número de muertes a nivel mundial y nacional ocasionando alrededor de 36 de los 57 millones de fallecidos por enfermedades cardiovasculares en todo el mundo, pues más del 80% de las muertes por ECNT se producen en países de ingresos medios y bajos, como México (Lizaraso y Ruíz, 2016); actualmente el sistema de salud pública se encuentra saturado y no se puede dar solución a la problemática de los pacientes solamente desde el enfoque asistencial.

Las enfermedades infecto-contagiosas o de fácil transmisión en los países han sido suficientemente controladas gracias al control del paciente a través de tratamientos farmacológicos con antivirales, antibióticos y programas que incluyen esquemas de vacunación que llegan a todos los rincones del país. Sin embargo, la manera de hacer frente a las enfermedades crónicas no trasmisibles (ENTC) es a través de la educación en forma individual y grupal donde el paciente no deje la responsabilidad únicamente a los medicamentos, sino que aporte hábitos saludables como la alimentación, actividad física, descanso e higiene de acuerdo con diversos estudios como el de Ruíz-Mori (2014).

Existen programas enfocados hacia la prevención y tratamiento de las ECNT a nivel mundial, continental y local, que han permitidos tratar con eficacia esta situación con parámetros globales. Entre los programas de prevención globales establecidos está el Plan de acción propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), el cual consta de 9 metas y está diseñado para ser asumido por todos los Estados y Secretarías de dicha organización. Entre los objetivos del

plan se encuentran fortalecer los planes y programas de salud pública en materia de ECNT, además de los planes y políticas a nivel mundial y fomentar investigaciones que brinden aportes o soluciones a esta problemática social.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013) propone un modelo integral de atención al paciente con ECNT con énfasis en la atención primaria y el trabajo en equipo, es decir, un esfuerzo mancomunado entre los responsables de la salud pública a nivel sociopolítico y cultural y el contexto o comunidad donde habita el paciente. Estas acciones favorecen, en cierta forma, la capacidad del paciente ya que una estrategia global de prevención, promoviendo los esfuerzos en pro de la salud y atiende de manera puntual localidades de bajos recursos enfocándose en los factores de riesgo, que en la mayoría de los casos lo que ameritan es una reorientación.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2015) en su Manual para el manejo de las ECNT expone lo siguiente en cuanto a su Modelo de Cuidados Crónicos:

Además promueve una interacción productiva entre el paciente informado y proactivo y un equipo de salud bien preparado para producir mejores resultados. Con la incorporación de la Comunidad se puede estimular a las personas a participar en programas basados en las necesidades reales de la misma, favoreciendo la creación de redes sociales que promuevan acciones para la preservación de la salud, así como favorecer la creación de grupos de apoyo para casos específicos, a fin de aumentar el autocuidado (p. 10).

Al incorporar el entorno del paciente como parte de las técnicas de autocuidado, se amplía el abanico de posibilidades para el logro de resultados satisfactorios, por ejemplo, abordar casos específicos en grupos determinados, compartir experiencias exitosas, entre otros beneficios. Aunado a ello también está el hacer uso de las redes sociales, ya que son una estrategia de apoyo motivacional para el paciente, su entorno familiar y/o laboral. Una comunidad informada sabe la manera apropiada para brindar apoyo y bienestar a quien padece de una ECNT.

Esto apunta a la necesidad de establecer programas de salud encaminados a la prevención más que a la atención, por lo que esta investigación propone un programa psicoeducativo para que el paciente sea un participante activo dentro de este sistema, monitoreando y controlando sus indicadores de salud, poniendo atención en el autocuidado, adherencia al tratamiento, apoyo familiar,

afrontamiento al dolor y bienestar subjetivo, variables que se incluyeron en el programa.

Las preguntas de esta investigación fueron las siguientes:

1. ¿Es válido y confiable el Cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico de Soriano y Monsalve (2002) para su aplicación en una muestra mexicana?
2. ¿Existe relación estadísticamente significativa entre el bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico y el apoyo social percibido de la familia, respectivamente?
3. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles entre las variables de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, apoyo social percibido de la familia y bienestar psicológico por sexo?
4. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para mejorar la capacidad de agencia de autocuidado en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles?
5. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para incrementar la adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles?
6. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para mejorar el apoyo familiar en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles?
7. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para mejorar las estrategias de afrontamiento al dolor crónico en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles?
8. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para mejorar el bienestar subjetivo en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles?

3. Justificación

El sistema de salud en México tiene por objetivo la atención y curación de los enfermos y no enfatiza la prevención de las enfermedades ni la promoción de la salud. Es por esta razón que se diseñó un programa desde el enfoque de Atención Primaria de Salud al alcance de todas las personas tanto en ubicación geográfica como en costes económicos a largo plazo, pues el gasto sanitario es menor cuando menores son las complicaciones de las enfermedades crónicas.

De acuerdo con Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2017), es necesario un nuevo planteamiento en investigaciones que pertenezcan al campo de las Ciencias de la Salud desde un enfoque de atención primaria que implique la búsqueda del bienestar desde la prevención de las enfermedades, que evite que la población enferme hasta el cambio de perspectiva en las personas que ya están diagnosticadas con alguna ECNT, buscando crear una nueva perspectiva reflexiva por parte del enfermo crónico. Este tipo de estudios pueden ser precursoras también de programas educativos en donde el estudiante de pregrado y posgrado tenga una actitud crítica ante el sistema de salud actual y el abordaje clínico actual, que pocas veces dota al paciente de las herramientas necesarias para evitar que la población enferme.

En cuanto a la atención primaria de los pacientes con ECNT, se hace necesario contar con programas enfocados no tan solo al tratamiento sino a la prevención. Al respecto Jova et al. (2011) mencionan lo siguiente:

Los países han elaborado sus propias estrategias de acuerdo con sus sistemas de salud y han surgido diferentes modelos de atención a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, basados en el Modelo de Atención a Crónicos (CCM) desarrollado por Edward Wagner. Este trata de introducir un programa de calidad que mejore la atención ambulatoria en 6 áreas:

1. Autoayuda para el paciente con estas afecciones (participación de este y de su familia en el seguimiento global)
2. Soporte a la decisión profesional (guías clínicas y otros métodos)
3. Mejoras en la atención clínica (reparto de tareas y responsabilidades según necesidades del paciente)
4. Sistemas de información electrónica (para el seguimiento, la atención y la evaluación)
5. Cambios en la forma de trabajo (por ejemplo, incentivos para mejorar la calidad)
6. Participación comunitaria (para movilizar recursos no sanitarios) (p.16).

De lo citado se pueden observar las diferentes aristas que cada nación puede desarrollar de manera completa o parcial para atacar el flagelo de las ECNT en sus territorios y lograr la meta final que es la disminución de mortalidad causadas por éste.

De acuerdo con lo anterior, esta investigación generó nuevos conocimientos científicos respecto al efecto de la educación en salud de temas que tienen que ver con el autocuidado, adherencia al tratamiento, apoyo familiar, afrontamiento al dolor crónico y bienestar subjetivo en pacientes que presentan enfermedades crónicas no transmisibles. Asimismo, se amplió la información disponible respecto al análisis experimental en programas públicos y estos conocimientos podrán ser antecedentes de otras investigaciones como estudios de tipo longitudinal que permitan una mejor monitorización del paciente crónico, estudios de los que se tiene poca información actual en México.

4. Hipótesis

- H1: Es válido y confiable el Cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico de Soriano y Monsalve (2002) para su aplicación en una muestra mexicana.
- H0: No es válido y confiable el Cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico de Soriano y Monsalve (2002) para su aplicación en una muestra mexicana.
- H1: Existe relación directa, estadísticamente significativa entre el bienestar psicológico y las Estrategias de Afrontamiento ante el dolor crónico y el apoyo social percibido de la familia, respectivamente.
- H0: No existe relación directa, estadísticamente significativa entre el bienestar psicológico y las Estrategias de Afrontamiento ante el dolor crónico y el apoyo social percibido de la familia, respectivamente.
- H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles entre las variables de Estrategias de Afrontamiento ante el dolor crónico, apoyo social percibido de la familia y bienestar psicológico por sexo.
- H0: No existen diferencias estadísticamente significativas en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles entre las variables de

Estrategias de Afrontamiento ante el dolor crónico, apoyo social percibido de la familia y bienestar psicológico por sexo.

- H1: Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para mejorar la capacidad de agencia de autocuidado en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
- H0: No existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para mejorar la capacidad de agencia de autocuidado en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
- H1 Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para incrementar la adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
- H0: No existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para incrementar la adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
- H1: Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para mejorar el apoyo familiar en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
- H0: No existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para mejorar el apoyo familiar en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
- H1: Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para mejorar las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
- H0: No existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para mejorar las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

- H1: Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para mejorar el bienestar subjetivo en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
- H0: No existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para mejorar el bienestar subjetivo en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

5. Objetivos: general y específicos

5.1 Objetivo general

Medir el efecto de un programa de educación en salud basado en el enfoque de atención primaria de salud, destinado a la mejora su autocuidado, adherencia al tratamiento, apoyo familiar, afrontamiento al dolor crónico y bienestar subjetivo en pacientes del Estado de México, con enfermedades crónicas no transmisibles.

5.2 Objetivos específicos

1. Validar el Cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico de Soriano y Monsalve (2002) para su aplicación en una muestra mexicana.
2. Relacionar el bienestar psicológico con las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico y el apoyo social percibido de la familia, respectivamente.
3. Comparar los resultados entre las variables de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, apoyo social percibido de la familia y bienestar psicológico entre hombres y mujeres.
4. Diseñar un programa de Atención primaria de Salud con base en las variables planteadas.
5. Comparar la capacidad de agencia de autocuidado antes y después de la aplicación del programa.
6. Comparar el nivel de adherencia al tratamiento antes y después de la aplicación del programa.

7. Comparar el nivel de apoyo familiar antes y después de la aplicación del programa.
8. Comparar el nivel de las estrategias de afrontamiento al dolor crónico antes y después de la aplicación del programa.
9. Comparar el nivel de bienestar subjetivo antes y después de la aplicación del programa.

6. Diseño metodológico

6.1 Diseño del estudio

Se trabajó con un diseño pretest-postest con un grupo experimental de 188 participantes, cuyo objetivo fue valorar el efecto de las variables de estudio antes y después de la aplicación del programa con una duración de 14 sesiones semanales, para posteriormente hacer su respectiva comparación estadística (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

6.2 Universo y muestra

El tipo de muestreo fue intencional, dado que se seleccionaron a las personas que tuvieron posibilidad de formar parte de la muestra debido al acceso que se tiene de los pacientes.

Se estudió una muestra de 188 personas que comenzaron a recibir tratamiento para cualquiera de las enfermedades crónicas no transmisibles en cualquier institución del Estado de México: 53 hombres y 135 mujeres. La edad de los participantes osciló entre los 20 y 64 años de edad, con una $M= 34.68$ años y una $DE= 8.00$ y tienen las siguientes actividades laborales: 105 personas fueron amas de casa, 17 obreros, 16 empleados, 11 albañiles, 9 técnicos, 6 servidores públicos, 5 estudiantes, 5 comerciantes, 5 desempleados, 4 docentes, 3 choferes y 2 secretarias. En cuanto al nivel educativo, el 79% contaba con educación básica, el 16% con nivel medio superior y el 5% con licenciatura. En la tabla 1 se muestra el número de pacientes y las patologías que presentaron.

Tabla 1

Patologías y comorbilidades de los participantes en el estudio.

Patología	No. de participantes
Obesidad Grado 1	25
Obesidad Grado 2	10
Síndrome metabólico	18
Cáncer de mama+síndrome metabólico	2
EPOC + Obesidad grado 2	1
Hipertensión	17
Hipertensión + obesidad grado1	7
Hipertensión + obesidad grado2	6
Hipertensión + obesidad grado3	1
Diabetes Mellitus	9
Diabetes Mellitus + obesidad grado 1	48
Diabetes Mellitus + obesidad grado 2	23
Diabetes Mellitus + obesidad grado 3	1
Mieloma múltiple	1
Insuficiencia renal	3
Insuficiencia renal + diabetes	2
Cardiopatía congénita	1
Alergias	2
Alergias + obesidad grado 1	4
Alergias + obesidad grado 2	1
Lumbalgia	2
Lumbalgia + obesidad grado 1	1
Mioma uterino + sobrepeso	3
TOTAL	188

Cabe mencionar que el diagnóstico de los pacientes fue otorgado por un especialista previamente en un lapso no mayor de 12 meses.

6.3 Procedimiento

Se realizó una invitación en las instituciones de salud pública, sitios concurridos, oficinas del ayuntamiento, funcionarios públicos de otros sectores y escuelas para que participaran en los talleres de educación en salud, acordando las fechas y los horarios previamente con los responsables de cada sección municipal.

La mayoría de los participantes son habitantes del municipio de Tenancingo de Degollado, donde se contó con el apoyo de la regiduría de salud de esa entidad, ahí fueron convocados mediante una circular los funcionarios públicos de la entidad. La respuesta de las autoridades fue favorable y se realizó la solicitud simultáneamente en diversos municipios del Estado de México: Tenango del Valle. Asimismo, se convocó a los pacientes de Villa Guerrero, Almoloya de Juárez y Xonacatlán. Cada uno de los municipios ofreció los espacios necesarios tipo aulas con el mobiliario que consistió en mesas, butacas, pizarrón blanco y se adquirió el equipo correspondiente como: el sintetizador de audio, proyector para computadora, laptop, bocinas, micrófono, presentadores láser, baterías y cables. Asimismo, se obtuvieron las herramientas para realizar el programa de atención primaria de salud: papel bond, hojas blancas y de colores, plumones para pizarrón blanco, lápices de colores, bolígrafos y fotocopias.

En todos los casos se llevó a cabo la logística, que consistió en la reproducción del material para los pacientes, dípticos, además de la compra de lápices, hojas, pintarrón, rotafolios, papel bond, plumones, memoria usb, colores, fólders, entre otros. Y se adaptaron los espacios para colocar el proyector, bocinas y computadora para la presentación de diapositivas.

Durante la primera semana en cada municipio, se llevó a cabo la primera medición antes de la aplicación de la intervención. Luego de las 14 sesiones que contempla el programa, se citó a los pacientes para recoger su constancia de participación y ahí se aplicó el segundo cribado.

Cuadro 2

Pretest-programa-postest del programa de intervención

Pretest (O ₁)	Programa (X)	Postest (O ₂)
<ul style="list-style-type: none">• Escala para la valoración de la capacidad de agencia de Autocuidado (Manrique, Fernández y Velandia, 2009)• Escala de adherencia al tratamiento (Salinas, Espinosa y González, 2014)• Escala de Apoyo social percibido de la Familia y los amigos (Domínguez, Salas, Contreras y Procidano, 2010)• Cuestionario de Afrontamiento al dolor crónico (Soriano y Monsalve, 2002)• Cuestionario de Bienestar Subjetivo (González, 2013)	Programa psicológico con fundamento en el enfoque de atención primaria de salud.	<ul style="list-style-type: none">• Escala para la valoración de la capacidad de agencia de Autocuidado (Manrique, Fernández y Velandia, 2009)• Escala de adherencia al tratamiento (Salinas, Espinosa y González, 2014)• Escala de Apoyo social percibido de la Familia y los amigos (Domínguez, Salas, Contreras y Procidano, 2010)• Cuestionario de Afrontamiento al dolor crónico (Soriano y Monsalve, 2002)• Cuestionario de Bienestar Subjetivo (González, 2013)

6.4 Criterios de inclusión

1. Pacientes mayores de edad con alguna ECNT.
2. Que estuvieran recibiendo tratamiento en algún hospital dependiente de la Secretaría de Salud.
3. Que desearan voluntariamente participar en el programa.
4. Que después de ser informados de las características del programa y posibles riesgos, aceptaran firmar la carta de consentimiento informado para su inclusión en el programa.

6.5 Criterios de exclusión

1. Personas menores de edad.
2. Individuos con algún deterioro mental.
3. Personas que no estuvieron de acuerdo en llevar a cabo la entrevista psicológica y el cuestionario.
4. Quienes no dieron su consentimiento para participar en el programa.

6.6 Criterios de eliminación

1. Personas que no tuvieron más del 85% de asistencia no fueron incluidos en los análisis estadísticos. Sin embargo, no se les impidió la participación en los talleres.
2. Quienes incumplieron las reglas establecidas para ocupar las aulas dentro del hospital.
3. Escalas incompletas.

6.7. Instrumentos

Se aplicó la escala para la valoración de la capacidad de agencia de Autocuidado de Manrique, Fernández y Velandia, elaborada en Colombia en el 2009 con la validación para mexicanos, cuyo objetivo fue evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en las categorías de interacción social, consumo suficiente de alimentos, bienestar personal, promoción del funcionamiento y desarrollo personal y actividad y reposo.

La escala puede ser de aplicación individual o grupal para pacientes con ECNT, con una duración de 20 minutos. Tiene un total de 24 ítems con un formato de respuesta de 5 alternativas tipo Likert, donde el 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de agencia de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos. Los autores obtuvieron la validez de la escala a través de un análisis factorial por componentes principales indicando una estructura comprendida por 9 factores que explican 65.87% de la varianza total:

Adquisición de técnicas de autocuidado, Prevención de peligros contra la vida, funcionamiento y bienestar humanos, Prevención del funcionamiento y desarrollo humano entre grupos sociales, Equilibrio en el mantenimiento de una ingesta suficiente de comida, Búsqueda de ayuda para la conservación de técnicas de autocuidado, Operacionalización de técnicas de autocuidado, Mejoramiento de las técnicas de autocuidado, Equilibrio entre actividad y descanso y Equilibrio entre soledad y comunicación social. Araujo et al., 2013, comprueban la confiabilidad del instrumento presenta un alfa de Cronbach de 0.74 (Araujo et al., 2013, p. 670).

Asimismo, se hizo uso de la Escala de Adherencia al tratamiento de Rodríguez, Espinosa y González, diseñada en México en el 2014. Su objetivo es determinar la Adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas. El tiempo

de aplicación estimado es de 20 minutos y es aplicable a nivel grupal o individual para pacientes con enfermedades crónicas. La escala consiste en 24 reactivos con 3 alternativas de respuesta (siempre, algunas veces y nunca). La validez se obtuvo a través del análisis de varianza con rotación varimax y extracción de componentes principales con Kaiser, arrojó 7 componentes principales: apoyo del personal de salud y familiares, relación de confianza con el personal de salud, percepción de dificultades para llevar a cabo el tratamiento, percepción de vulnerabilidad y beneficios del tratamiento, cumplimiento de dieta e indicaciones médicas, opinión de otros para el seguimiento del tratamiento indicado y autoaceptación de la competencia para llevar el tratamiento, que explican el 58.765% del total de la varianza. La confiabilidad se analizó con la prueba alfa de Cronbach, obteniéndose un índice de 0.719.

El apoyo familiar fue medido a través de la escala de apoyo social percibido de la familia fue elaborada por Domínguez, Salas, Contreras y Procidano (2010). Esta escala es parte de un instrumento denominado “Escala de apoyo social percibido por la familia y amigos”, y se utilizó solamente el factor familia para fines de esta investigación. Los autores obtuvieron una varianza explicada para la escala de apoyo social percibido de la familia (PSS-Fa) de 48.5% y un alfa de Cronbach de 0.87 al ejecutar la prueba que busca evaluar el apoyo social vinculado a las relaciones familiares. Presenta 16 ítems con un formato de 3 respuestas: Si, No y No sé, otorgando 1 a opción: Si y 0 a las restantes opciones: No y No sé.

También se utilizó el Cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico de Soriano y Monsalve (2002), quienes elaboraron un cuestionario con 5 opciones de respuesta: Totalmente en desacuerdo = 0, más en desacuerdo que de acuerdo = 1, Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2, Mas de acuerdo que en desacuerdo = 3 y totalmente de acuerdo = 4. Se adaptó el cuestionario para población mexicana con 22 ítems que explicaron el 64% de la varianza total y un alfa de Cronbach de 0.83 mediante las técnicas de evaluación por jueces, entrevistas cognitivas, análisis factorial exploratorio y confirmatorio con una muestra diferente de la que fue estudiada en esta investigación. Se conservaron todos los factores originales con: 4 reactivos para creencias, 3 para autoafirmación, 3 de autocontrol mental, 3 de búsqueda de información, 3 de distracción y 4 de catarsis.

Asimismo, se utilizó la Escala de bienestar psicológico de González et al. (2013) que mide el bienestar en personas entre 15 y 45 años, basados en indicadores subjetivos y objetivos. La prueba consta de 29 ítems y 4 opciones de respuesta: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Los factores de la escala son: Crecimiento personal (6 ítems), relaciones positivas con otros (5 ítems), proyecto de vida (4 ítems), autoaceptación (4 ítems), planes a futuro (4 ítems), rechazo personal (3 ítems) y control personal (3 ítems). Se obtuvieron valores alfa por escala van de 0.74 a 0.83 y se explica el 60.51% de la varianza total con puntuaciones KMO de 0.991.

6.8 Recolección de datos

Se llevó a cabo la aplicación de un programa de educación en salud de 14 sesiones con el fin de mejorar la capacidad de agencia de autocuidado, adherencia al tratamiento, apoyo familiar, afrontamiento al dolor crónico y bienestar subjetivo en pacientes con alguna ECNT a través del enfoque de atención primaria de salud, comparando los resultados antes y después de la aplicación del programa.

Para la elaboración del programa, se realizó la revisión teórica de las variables de mayor interés en el estudio de pacientes con ECNT a partir del enfoque de Atención Primaria de Salud que implica la accesibilidad a toda la población independiente de sus recursos económicos y en el que se requiere que el personal de salud sea quien se acerque a la población. Se determinaron 5 principales variables principales: Autocuidado, Adherencia terapéutica, Apoyo social percibido de la familia y los amigos, Bienestar y Afrontamiento al Dolor Crónico. A partir de estas variables, se buscaron los temas a desarrollar y se elaboraron las cartas descriptivas para cada una de las 14 sesiones que comprende el programa de educación en salud.

El programa comprendió los siguientes temas conforme a los factores de los instrumentos de medición de las variables mencionadas:

1. Capacidad de agencia de Autocuidado:
 - 1.1. Adquisición de técnicas de autocuidado
 - 1.2. Prevención de peligros contra la vida, funcionamiento y bienestar humanos

- 1.3. Prevención del funcionamiento y desarrollo humano entre grupos sociales
- 1.4. Equilibrio en el mantenimiento de una ingesta suficiente de comida
- 1.5. Búsqueda de ayuda para la conservación de técnicas de autocuidado
- 1.6. Operacionalización de técnicas de autocuidado
- 1.7. Mejoramiento de las técnicas de autocuidado
- 1.8. Equilibrio entre actividad y descanso
- 1.9. Equilibrio entre soledad y comunicación social
2. Adherencia al tratamiento:
 - 2.1. Apoyo del personal de salud y familiares
 - 2.2. Relación de confianza con el personal de salud
 - 2.3. Percepción de dificultades para llevar a cabo el tratamiento
 - 2.4. Percepción de vulnerabilidad y beneficios del tratamiento
 - 2.5. Cumplimiento de dieta e indicaciones médicas
 - 2.6. Opinión de otros para el seguimiento del tratamiento indicado
 - 2.7. Autoaceptación de la competencia para llevar el tratamiento
3. Apoyo social percibido de la familia:
 - 3.1. Apoyo social percibido de la familia
4. Afrontamiento al dolor crónico:
 - 4.1. Creencias
 - 4.2. Catarsis
 - 4.3. Distracción
 - 4.4. Autoafirmación
 - 4.5. Autocontrol mental
 - 4.6. Búsqueda de información del padecimiento
5. Bienestar Subjetivo:
 - 5.1. Control personal
 - 5.2. Rechazo personal
 - 5.3. Planes a futuro
 - 5.4. Autoaceptación
 - 5.5. Propósito de vida
 - 5.6. Crecimiento personal

A cada una de las 14 sesiones se le dio un título accesible para toda la muestra meta, como se muestra a continuación:

1. Presentación del curso
2. La participación social en el mi entorno
3. Conservo mi salud a través del autocuidado
4. ¿Dónde busco información de mi padecimiento?
5. Cuido mi salud a través del plato del buen comer y la jarra del buen beber
6. El ejercicio y descanso para estar saludable
7. Estrategias para cumplir con mi tratamiento
8. Taller para la elaboración de autobiografía y plan de vida
9. Ejercicio vivencial de autoestima
10. Técnicas de control mental
11. Mi árbol genealógico
12. Estrategias para enfrentar mis malestares
13. Dinámica para observar mi desarrollo personal
14. Conclusión del curso

6.9 Análisis de datos

Para la validación del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, se determinó el índice Kaiser Olkin para verificar que el tamaño de la muestra fuera el adecuado, tomando en cuenta que los valores iguales o mayores a 0.80 son aceptables para efectuar el análisis factorial exploratorio (AFE). Se obtuvo un KMO de 0.80, por lo que se llevó a cabo el análisis. Para el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), se extrajeron aquellos ítems que tuvieron una carga factorial mayor a 0.40 y se trabajó con el método de componentes principales y rotación varimax para obtener evidencias de validez interna del instrumento. Se realizó la comparación de medias entre el grupo de hombres y mujeres mediante la prueba *t* de Student

Para el determinar el efecto del programa se hizo uso de la prueba estadística de la *t* de Student para muestras relacionadas, prueba que exige la dependencia entre las variables. En un primer período, las observaciones funcionaron como control para conocer los cambios que se suscitaron después de aplicar la variable experimental, tal como se mencionó en el aspecto 6.3 (González y Pérez, 2012).

Se aplicó un pretest (O_1). Posteriormente se llevó a cabo la aplicación de la variable independiente (el programa psicológico de atención primaria de salud)

y para culminar, se evaluó al paciente con un postest que midió las variables dependientes: capacidad de agencia de autocuidado, adherencia terapéutica, apoyo familiar, afrontamiento al dolor crónico y bienestar subjetivo (O₂). La eficiencia del programa se comprobó después de comparar los resultados del pretest contra los del postest. Las diferencias estadísticamente significativas son evidencia de la funcionalidad del programa.

6.10 Aspectos éticos

Los participantes en el presente estudio, aclararon todas sus dudas en una sesión previa donde se dio información del programa y se proporcionó por escrito la carta de consentimiento informado, detallando los aspectos básicos de la investigación. Asimismo, se hizo entrega del aviso de confidencialidad en donde se estipuló que toda la información desde el inicio de la intervención sería tratada de manera privada y únicamente para fines investigativos.

El protocolo de investigación fue revisado por el Comité de Bioética del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) quien determinó el cumplimiento de las normas establecidas en la Declaración de Helsinki (1964) que contiene los principios éticos para investigación de salud en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información, identificables en dicha declaración y en el artículo 98 de la Ley general de salud (2010) en donde se establecen las especificaciones de la comisión de ética y que garantizan la seguridad de los pacientes.

7. Resultados

7.1 Capítulo de libro aceptado

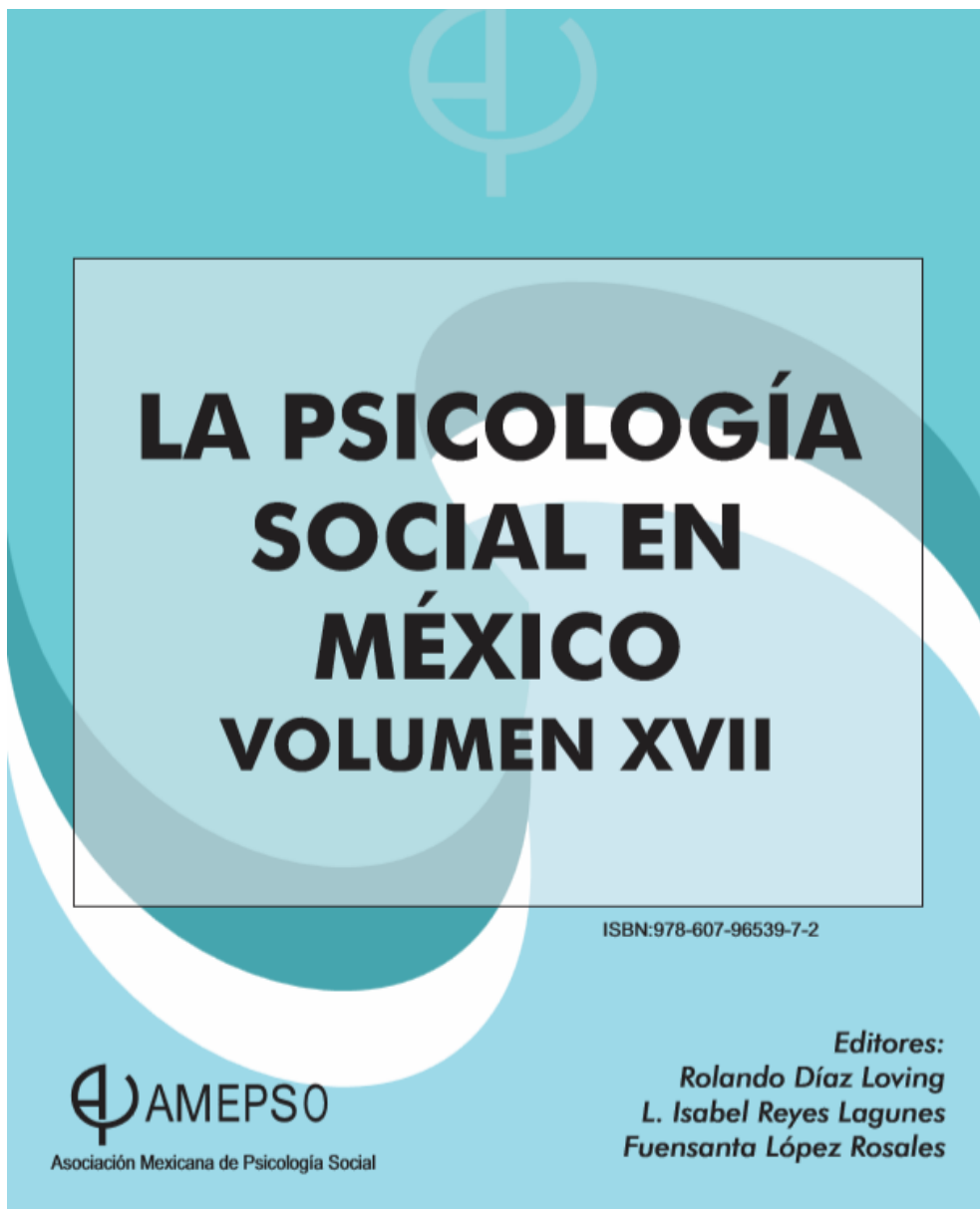
7.1.1 APOYO FAMILIAR, AFRONTAMIENTO AL DOLOR Y BIENESTAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES.

Arturo Alejandro Domínguez López¹, Johannes Oudhof van Barneveld*, Norma Ivonne González-Arratia López Fuentes* y Mirta Margarita Flores Galaz**

*Universidad Autónoma del Estado de México

**Universidad Autónoma de Yucatán

7.1.2 Página frontal del manuscrito



¹ e-mail: dandrosh@hotmail.com

Reservados todos los derechos. Esta prohibido, bajo las sanciones penales, y el resarcimiento civil previsto en las leyes, reproducir, registrar, o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de la Asociación Mexicana de Psicología Social (AMEPSO).

Coordinación Editorial

Sofía Rivera Aragón, Luz María Cruz Martínez, Fernando Méndez Rangel.
Pedro Wolfgang Velascio Matus, Claudia Iveth Jaen Cortés y Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco

Primera Edición 2018

© D.R. Asociación Mexicana de Psicología Social A.C.

ISBN: 978-607-96539-7-2

Impreso en Mexico

7.1.3 Carta de aceptación



XVII Congreso Mexicano de Psicología Social IX Congreso Internacional de Relaciones Personales VI Congreso Latinoamericano de Psicología Transcultural

México, Cd. Mex., marzo de 2018

Arturo Alejandro Domínguez López, Johannes Oudhof Barneveld, Norma Ivonne González-Arratia López Fuentes y Mirta Margarita Flores Galaz

PRESENTE (S)

Estimado(s) colega(s):

Después de haber revisado su aportación intitulada:

Apoyo familiar, afrontamiento al dolor y bienestar en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles

el Comité Científico ha aprobado su propuesta como

Parte de un Simposio

Así mismo, le informamos que el comité le anexa recomendaciones para ser incluidas en la versión final de su trabajo, el cual deberá enviar al correo (sofiar1@me.com) con fecha límite de 13 de abril de 2018.

Como es práctica común en los Congresos Internacionales, es requisito indispensable que, para su inclusión final en el programa y en el libro:

La Psicología Social en México, Volumen XVII

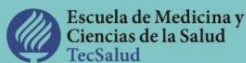
que será publicado, envíe copia del recibo de inscripción del primer autor al correo electrónico: sofiar1@me.com.

Sin más por el momento, aprovechamos la oportunidad para saludarlo y desearle un fructífero congreso.

ATENTAMENTE
COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Rolando Díaz Loving
PRESIDENTE DEL
COMITÉ CIENTÍFICO

Isabel Reyes Lagunes
SECRETARIA GENERAL DEL
COMITÉ CIENTÍFICO



www.amepso.org

22, 23 y 24 de Agosto de 2018 Monterrey, Nuevo León, México

7.1.4 Apartados del artículo

Introducción

En la actualidad, las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) son frecuentes, en parte debido a los cambios en los estilos de vida que implican sedentarismo, alimentación incorrecta, falta de sueño y adicciones. Cada vez es mayor la exposición a factores de riesgo además de los bajos niveles que se tienen en México de atención preventiva, lo que ha conllevado a que las necesidades de salud estén insatisfechas. La creciente demanda de comida rápida por falta de tiempo y una vida cada vez más exigente han llevado a la población en general a experimentar con dietas menos saludables. Se calcula que entre el 30% y 60% no realiza actividad física suficiente para quemar las calorías que consume diariamente, además de tener una ingesta calórica por encima de los valores recomendados y se estima que esta carga se incrementará en los años posteriores como consecuencia del envejecimiento poblacional. Se prevé un incremento considerable en enfermos de diabetes, cardiopatías y mortalidad por accidentes cerebrovasculares, entre otras (Heras y Alberto, 2014). A pesar de todo el esfuerzo que se ha hecho para combatirlos, no se han contemplado suficientemente las variables psicológicas que influyen en los pacientes con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles para conservar el bienestar (Banco de Epidemiología, 2011).

Mandujano et. al (2017) realizaron un estudio retrospectivo con enfermos crónicos y encontraron que la edad es un factor condicionante para el control de enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión dentro del primer nivel de atención de salud. Sin embargo otras variables como el sexo al que pertenecen los pacientes o la ayuda que proporcionan los familiares a los usuarios de los servicios públicos de salud influyen el bienestar del paciente (García-Gurrionero, 2014).

Caballero y Alonso (2011) abordan el impacto de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles desde varios aspectos, entre los que se destacan: las habilidades de cuidado de los familiares, la capacidad de hacer frente a sus padecimientos,

apoyo familiar, percepción del envejecimiento y bienestar subjetivo. Los autores afirman que, cuando se tiene una enfermedad crónica se es más vulnerable a perder el bienestar, dado a que las personas que padecen estas enfermedades se ven obligados a consumir medicamentos de por vida, puesto que la mayoría de las ECNT son silenciosas y no muestran sintomatología alguna al contraerlas. Alpi, Quiceno y Munévar (2016) evaluaron el bienestar en personas con Enfermedades crónicas No Trasmisibles en Perú y afirman que está íntimamente ligado a la calidad de vida de los pacientes y a la recuperación de sus funcionalidades. Los autores mencionan que “un paciente con suficiente apoyo familiar puede tener mayor bienestar en el transcurso de su vida, pues mediante el cuidado y afecto de los seres queridos mejoran los estados de ánimo y psicológico de los enfermos” (p. 45). Torres-Pinto, Carreño–Moreno y Chaparro-Díaz (2017) señalan que la falta de apoyo familiar para los pacientes con enfermedades crónicas da como resultado el estrés para el paciente y sus cuidadores además de que la institucionalización es más frecuente cuando se carece de la colaboración de la familia para proporcionar los cuidados más esenciales.

Otro de los temas de mayor relevancia en las ECNT es el afrontamiento al dolor y es por esta razón que cobran importancia las estrategias que tenga un paciente para hacerle frente. La Clasificación Internacional de las enfermedades en su versión número 10 define el dolor crónico como: “una sensación provocada por el sistema nervioso que indica la existencia de una lesión o un problema que necesita atención y su duración es mayor a seis meses” (Organización Panamericana de Salud, 2005, p.116). A su vez Flórez, García, Flórez y Díaz (2017) mencionan que “la utilización de estrategias combinadas para el manejo de pacientes con dolor crónico, ha demostrado eficacia en su recuperación” (p.96), además de que el acompañamiento psicológico coadyuva a disminuir el dolor crónico, motiva al paciente a la rehabilitación permitiéndole recuperar la movilidad y mejorando su calidad de vida.

Por otra parte, Chereji et al. (2016) estudiaron los factores psicológicos asociados al dolor crónico en algunas muestras de pacientes alemanes y

determinan que son necesarias las estrategias para enfrentarlo, así como el apoyo familiar para lograr el bienestar psicológico de una persona que padece una enfermedad crónica, de lo contrario se incrementa la probabilidad de agravar su padecimiento. Del mismo modo, Díaz et al. (2016) sostienen que las necesidades de apoyo de los cuidadores relacionadas con la red de apoyo familiar y el acompañamiento, son elementos clave para el bienestar del enfermo crónico. Asimismo, Arias (2015) relaciona el bienestar psicológico con el apoyo familiar en un estudio en personas de la tercera edad con enfermedades crónicas. La autora concluye que el apoyo que se tiene al interior de la familia es determinante para optimizar el bienestar en estos pacientes. Por otro lado, Soria (2016) determina la relación entre el apoyo familiar y las estrategias de afrontamiento y encuentran que "la familia funciona más como fuente de estrés que de apoyo" en el paciente con dolor crónico. Sin embargo conforme avanza la enfermedad se hace necesario que el paciente y la familia aprendan acerca de las estrategias para afrontar el dolor.

Por esta razón, el objetivo de este estudio fue relacionar los factores de la Escala de apoyo social percibido de la familia, de Domínguez-Espinosa, Salas, Contreras y Procidano, (2011), el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (Soriano y Monsalve, 2002) y la escala de Bienestar psicológico (González, Hernández y Lorig, 2013) en pacientes que reciben atención en hospitales públicos adscritos al Instituto de Salud del Estado de México. Asimismo, se hizo un análisis comparativo por sexos.

Esta investigación parte de la hipótesis de que existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y las estrategias ante el dolor crónico, así como el apoyo familiar y el bienestar psicológico de acuerdo con los hallazgos de Chereji et al. (2016) y Arias (2015). Del mismo modo se hipotetizan diferencias significativas estadísticamente entre hombres y mujeres tal como propone García-Gurrionero (2014).

Método

Participantes

El tipo de muestreo en la presente investigación fue no probabilístico y por conveniencia, pues se seleccionaron a las personas que tuvieron posibilidad de formar parte de la muestra debido a la factibilidad en el estudio. Se trabajó con pacientes con Enfermedades Crónicas no Trasmisibles como la obesidad, hipertensión, diabetes, cáncer de mama y factores de riesgo como las adicciones y el sobrepeso que reciben tratamiento en alguno de los hospitales del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) de la ciudad de Toluca, Estado de México. La muestra fue de 188 personas, 53 hombres y 135 mujeres. La edad de los participantes osciló entre los 20 y 64 años de edad, con una media de 34.68 años y una desviación estándar de 8.00 y tienen las siguientes actividades laborales: 105 personas fueron amas de casa, 17 obreros, 16 empleados, 11 albañiles, 9 técnicos, 6 servidores públicos, 5 estudiantes, 5 comerciantes, 5 desempleados, 4 docentes, 3 choferes y 2 secretarias. En cuanto al nivel educativo, el 79% contaba con educación básica, el 16% con nivel medio superior y el 5% con licenciatura.

Instrumentos

Se evaluaron el apoyo social percibido por la familia, el afrontamiento al dolor crónico y el bienestar subjetivo mediante las siguientes escalas:

La Escala de apoyo social percibido de la familia fue elaborada por Domínguez-Espinosa et al. (2011), quienes obtuvieron una varianza explicada para la escala de apoyo social percibido de la familia (PSS-Fa) de 48.5% y un alfa de Cronbach de 0.87 al ejecutar la prueba que busca evaluar el apoyo social vinculado a las relaciones familiares, presenta 16 ítems con un formato de 3 respuestas: Si, No y No sé, otorgando 1 a opción: Si y 0 a las restantes opciones: No y No sé. Cabe mencionar que esta escala es parte de un instrumento denominado “Escala de apoyo social percibido por la familia y amigos”, y se utilizó solamente el factor familia para fines de esta investigación.

También se utilizó el Cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico de Soriano y Monsalve (2002) elaboraron una escala para medir las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, con 5 opciones de respuesta: Totalmente en desacuerdo = 0, más en desacuerdo que de acuerdo = 1, Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2, Mas de acuerdo que en desacuerdo = 3 y totalmente de acuerdo = 4. Se adaptó el cuestionario para población mexicana con 23 ítems que explicaron el 64% de la varianza total y un alfa de Cronbach de 0.83 mediante las técnicas de evaluación por jueces, entrevistas cognitivas, análisis factorial exploratorio y confirmatorio con una muestra diferente de la que fue estudiada en esta investigación. Se conservaron todos los factores originales con: 4 reactivos para creencias, 3 para autoafirmación, 3 de autocontrol mental, 3 de búsqueda de información, 3 de distracción y 4 de catarsis.

Asimismo, se utilizó la Escala de bienestar psicológico de González et al. (2013) midieron el bienestar en personas entre 15 y 45 años, basados en indicadores subjetivos y objetivos. La prueba consta de 29 ítems y 4 opciones de respuestas: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Los factores de la escala son: Crecimiento personal (6 ítems), relaciones positivas con otros (5 ítems), proyecto de vida (4 ítems), autoaceptación (4 ítems), planes a futuro (4 ítems), rechazo personal (3 ítems) y control personal (3 ítems). Se obtuvieron valores alfa por escala van de 0.74 a 0.83 y Se explica el 60.51% de la varianza total con puntuaciones KMO de 0.991.

Procedimiento

Se solicitaron los permisos correspondientes para realizar la investigación dentro de las instalaciones de los hospitales adscritos al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y fue otorgado un espacio privado con todas las características necesarias para la aplicación individual de los cuestionarios.

La investigación fue enviada al Comité de Bioética del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) quien avaló el cumplimiento con las normas establecidas en la declaración de Helsinki que contiene los principios éticos para investigación de salud en seres humanos, incluida la investigación del material

humano y de información identificables (Declaración de Helsinki, 1964) y en el artículo 98 de la Ley general de salud (2010) en donde se establecen las especificaciones de la comisión de ética para garantizar la seguridad de los pacientes.

Todos los participantes tuvieron información suficiente acerca de la naturaleza de la investigación además de proporcionarles por escrito una carta de consentimiento informado en la que se detallan los objetivos, riesgos, complicaciones y temas que se abordaron durante el desarrollo del estudio.

Se extendió una invitación a los pacientes diagnosticados con alguna enfermedad crónica para colaborar voluntariamente en el estudio que consistió en la aplicación de la escala. Los participantes firmaron la carta de consentimiento informado y respondieron los ítems correspondientes a cada una de las escalas. Debido al nivel educativo de la muestra, las escalas fueron aplicadas de manera oral y las alternativas de respuesta se mostraron de manera impresa en fichas de trabajo de 21 por 12 centímetros para que el paciente señalara la opción con la que se sentía más identificado. Cada una de las escalas cuenta con reactivos positivos y negativos identificados por los autores de las mismas. Los reactivos negativos fueron calificados a la inversa para los análisis estadísticos.

Para establecer la relación entre la capacidad de afrontamiento ante el dolor crónico con el apoyo familiar percibido y el apoyo familiar y el bienestar psicológico, se llevaron a cabo las correlaciones de Pearson y se determinaron las medias y desviaciones estándar de cada uno de los factores de las escalas, con el paquete estadístico SPSS. Las pruebas estadísticas se efectuaron con un nivel de significancia de 0.05. Para realizar la comparación entre sexos se efectuó una t de student para grupos independientes.

Resultados

En la tabla 1 se muestran las medias y desviaciones estándar obtenidas por todos los participantes en las dimensiones del Cuestionario de estrategias de Afrontamiento ante el Dolor crónico (CAD), Apoyo Social percibido por la Familia (ASF) y Bienestar psicológico (BP). Se observa que los participantes de este estudio tienen una percepción positiva del apoyo familiar, tienen un proyecto de vida, planes a futuro y refieren un puntaje elevado de crecimiento personal. Sin embargo, los puntajes son menores en autocontrol y el rechazo que perciben de otras personas. Las estrategias de afrontamiento ante el dolor mayormente utilizadas son la búsqueda de información y autoafirmación, seguidas de catarsis, distracción, creencias y autocontrol.

Tabla 1

Medias y desviaciones estándar de los factores que integran las escalas

Factores	Media	Desviación estándar
Estrategias de Afrontamiento ante el Dolor crónico		
Creencias	3.66	1.08
Catarsis	3.82	0.92
Distracción	3.82	0.98
Búsqueda de Información	4.28	0.71
Autoafirmación	4.13	0.81
Autocontrol	3.58	0.95
Apoyo Social percibido de la Familia		
Apoyo Familiar	2.83	0.08
Bienestar psicológico		
Crecimiento personal	3.90	0.22
Relaciones con otros	3.61	0.40
Proyecto de vida	3.88	0.26
Autoaceptación	3.54	0.49
Planes a futuro	3.62	0.35
Rechazo personal	3.58	0.72
Control Personal	3.48	0.44

La tabla 2 muestra las correlaciones entre el apoyo familiar y las estrategias ante el dolor. Los factores que se relacionaron con la dimensión de apoyo familiar fueron: creencias, catarsis, búsqueda de información y autoafirmación. A pesar que las correlaciones son bajas, son estadísticamente significativas.

Tabla 2

Correlaciones entre Apoyo familiar y estrategias de afrontamiento ante el dolor.

Variables	Creencias	Catarsis	Distracción	Búsqueda de información	Autoafirmación	Autocontrol
Apoyo familiar	0.19**	0.26**	0.10	0.20**	0.25**	0.11

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

La tabla 3 muestra las correlaciones entre el apoyo familiar y el bienestar psicológico. El apoyo familiar se relaciona significativamente y de manera positiva con las relaciones con otros, la autoaceptación, los planes a futuro y control personal, así como de manera negativa con rechazo personal. La relación entre apoyo familiar y relaciones positivas con otros, planes a futuro y control personal son bajas, mientras que para apoyo familiar con autoaceptación y rechazo personal son moderadas.

Tabla 3

Correlaciones entre Apoyo familiar y bienestar psicológico

Variables	Crecimiento Personal	Relaciones Positivas	Proyecto de vida	Auto-aceptación	Planes a futuro	Rechazo personal	Control Personal
Apoyo familiar	0.11	0.29**	0.05	0.44**	0.28**	-0.53**	0.28**

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

También se establecieron comparaciones por sexo. Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las estrategias de afrontamiento al dolor: Las mujeres tienen puntuaciones más altas en Creencias, autoafirmación y crecimiento personal que los hombres, como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4

Datos comparativos para Apoyo familiar, Afrontamiento estrategias ante el dolor crónico y bienestar psicológico.

Factores	Hombres		Mujeres		t	p	Tamaño del efecto
	Media	D.E.	Media	D.E.			
Creencias	3.33	0.97	3.79	1.11	-2.67	0.006	0.46
Autoafirmación	3.93	0.96	4.21	0.74	-1.89	0.036	0.28
Crecimiento Personal	3.84	0.32	3.92	0.17	-1.77	0.024	0.08

Discusión

Los resultados muestran que, respecto a las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, los valores medios oscilan entre 3.58 y 3.82, excepto búsqueda de información con 4.28 y autocontrol con 3.58 que son estrategias activas. En esta muestra, los participantes prefirieron el uso de estrategias activas, que son la búsqueda de información y autocontrol como lo mencionan Flórez, García, Flórez y Díaz (2017). A su vez, el apoyo familiar tuvo un puntaje medio de 2.83. Es un puntaje medio contemplando el máximo de 5.00 y si los programas de salud prestan más atención a esta variable, los pacientes crónicos reducirán el estrés al que se enfrentan con sus padecimientos, de acuerdo con Torres-Pinto, Carreño-Moreno y Chaparro-Díaz (2017). Asimismo, el bienestar psicológico tuvo medias entre sus factores de entre 3.48 a 3.90 con un valor máximo de 5.00, lo que implica que están por encima del puntaje medio posible. La relación es significativa entre el apoyo familiar y el bienestar psicológico (González et al. 2013): relaciones positivas con otros, autoaceptación, planes a futuro, rechazo personal y control personal. Las personas más integradas al núcleo familiar poseen mayor bienestar subjetivo (Fachado, Méndez y González, 2013). Los resultados apoyan los hallazgos de Chereji et al. (2016) quienes identifican la relación entre el apoyo familiar y el bienestar psicológico en pacientes con enfermedades crónicas. Del mismo modo, Arias (2015) valoró el bienestar psicológico y el apoyo familiar y concluye que el apoyo que se tiene al interior de la familia es determinante para optimizar el bienestar en estos pacientes.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, los factores que se relacionaron con la dimensión de apoyo familiar fueron: creencias, catarsis, búsqueda de información y autoafirmación. Un estudio realizado en Colombia por Ceballos, Echeverri y Jiménez (2015) explica que los enfermos crónicos presentan aislamiento en las esferas familiar, social y laboral, por lo que es indispensable el apoyo de la familia para evitar el estrés en estas áreas además de potenciar las estrategias de afrontamiento en pacientes con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles. A su vez, Ávila, Cerón, Ramos y Velázquez (2013) mencionan una fuerte asociación entre el índice glicémico de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 y el apoyo familiar debido que la búsqueda de información de la enfermedad es más amplia. Por otra parte, Salvador (2016) identifica la catarsis y la autoafirmación como estrategias que fortalecen las redes de apoyo familiar e incluso implementa grupos de autoayuda para fomentar las estrategias mencionadas.

Al respecto, Ocampo, Romero, Saa, Herrera y Reyes (2016) hicieron un estudio con adultos mayores de la ciudad de Bogotá con padecimientos crónicos y mencionan que las personas que se apoyan en sus creencias tienen mayor percepción de redes de apoyo familiar, lo cual reafirma la importancia de los recursos familiares en los pacientes con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles. Núñez (2015) menciona que "Toda desesperación debe llevar a una acción que brinde salida a un estado de crisis" y considera que el individuo es capaz de llegar a la superación de la misma mediante la autoafirmación. Cuando un paciente es notificado del diagnóstico de una enfermedad que va a tener de por vida, es una crisis que requiere de la autoafirmación, entre otras estrategias, para hacer frente a su padecimiento. Por otra parte, Velásquez, Valz y Pedrao (2009) encontraron que el apoyo familiar da lugar al proceso de crecimiento personal, la exploración de nuevas experiencias y a la autoafirmación.

En cuanto a la comparación entre hombres y mujeres, Viñas et al. (2015) demuestran de manera consistente la diferencia por sexos en las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico. En la presente investigación, las mujeres

obtuvieron puntuaciones más altas en creencias, autoafirmación, crecimiento personal y proyecto de vida, que los hombres debido a que las mujeres utilizan más frecuentemente estrategias pasivas, mientras que los hombres tienden a ignorar los problemas o se los reservan para sí mismos (Soria, 2016). Tal circunstancia implica la necesidad de considerar las diferencias de sexo cuando se estudian las estrategias de afrontamiento de personas con ECNT.

REFERENCIAS

- Alpi, S. V., Quiceno, J. M., y Munévar, F. R. (2016). Calidad de vida en adultos jóvenes colombianos según el sexo: Un estudio descriptivo comparativo. *Salud y Sociedad, 6(2)*, 172-180.
- Arias, C. J. (2015). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional del Mar del plata, Mar del plata, Argentina.
- Ávila, L., Cerón, D., Ramos-Hernández, R. I. y Velázquez, L. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Médica de Chile, 141(2)*, 173-180.
- Banco de Epidemiología (2011). *Perfil epidemiológico del adulto mayor en México, 2010*. México: Secretaría de Salud.
- Caballero C. y Alonso L. (2011). Enfermedades crónicas no transmisibles: Es tiempo de pensar en ellas. *Revista de Salud Uninorte, 26(2)*, 7-9.
- Ceballos G. A., Echeverri A. A. y Jiménez M. P. (2015) Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta – Colombia. *Revista Facultad de Salud, 6(1)*, 27-33
- Chereji, E., Kern, S., Fuller, B., Morasco, B. J., Phelps, A. y Hauser, P. (2016). Chronic low back pain and psychological comorbidity: A review. *Open Medicine Journal, 9 (12)*, 55.

- Declaración de Helsinki (1964). *Asociación médica mundial. Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos*. Adoptada por la XVII Asamblea Mundial de la Asociación Médica Mundial. Helsinki, Finlandia.
- Díaz, L. C., Carreño, S. P., de Aldana, M. S. C., Benavides, F., Cardozo, C. L. N., Cardona, R. M. y Criado, M. L. (2016). La habilidad de cuidado del cuidador familiar en diferentes regiones de Colombia. *Revista UDCA Actualidad y Divulgación Científica*, 19(2), 24-37.
- Domínguez-Espinosa, A. D., Salas Menotti, I., Contreras Bravo, C. y Procidano, M. E. (2011). Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 125-137.
- Fachado, A., Menéndez, M., y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de Atención Primaria*, 19, 118-123.
- Flórez, C. P., García, A., Flórez, R. P. y Díaz, S. C. P. (2017). Programa de rehabilitación integral en pacientes con dolor crónico de espalda: un estudio de caso. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 13(1), 96-104.
- García-Gurrionero, A. (2014). *Monitorización permanente de la calidad percibida de los pacientes ingresados en el Hospital de Día del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital Universitario Central de Asturias* (Tesis de maestría en enfermería de urgencias y cuidados clínicos). Universidad de Oviedo, Asturias, España.
- González, V., Hernández, M. y Lorig, K. (2013). *Tomando control de su salud: Una guía para el manejo de las enfermedades del corazón, diabetes, asma, bronquitis, enfisema y otros problemas crónicos*. Bogotá: Bull Publishing Company.
- Heras, M., y Alberto, C. (2014). *Estudio comparativo de los factores cardiovasculares y sociodemográficos en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico hospitalizados en el Hospital*

Regional de Cajamarca durante el año 2013 (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, Perú.

Ley General de Salud (2010). *Ley General de Salud*. Cuarenta y uno bis: de la normatividad bioética. Capítulo I, Artículo, 98.

Mandujano, J. A., Gómez, T. G., de Córdova, M. I., Barrio, F., Hernández, R. C. y Martínez, M. D. (2017). La edad y sexo como factores condicionantes del control de enfermedad crónica en el primer nivel de atención: estudio retrospectivo. *Cuidado y Salud*, 2(2), 213-214.

Núñez, N. C. (2015). Raskolnikov: búsqueda de la autoafirmación desde la desesperación. *Cuadernos de Filosofía Latinoamericana*, 26(92), 154-164.

Ocampo, J. M., Romero, N., Saa, H. A., Herrera, J. A., y Reyes, C. A. (2016). Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. *Colombia Médica*, 37(2), 86-107.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: décima revisión: CIE-10*. Madrid: Ministerio de Sanidad de España.

Salvador, G. D. (2016). *Manual para la implementación de grupos de autoayuda y mutua ayuda para adolescentes en Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos y sus redes afectivas de apoyo en medio familiar o institucional no especializado*. Bogotá: Organización Internacional para las Migraciones.

Soria, L. A. (2016). *Mujer y salud: correlatos psicosociales del síndrome de la boca ardiente* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.

Soriano, J. y Monsalve, V. (2002). Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9(1), 13-22.

Torres-Pinto, X., Carreño–Moreno, S., y Chaparro-Díaz, L. (2017). Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 49(2), 35-64.

Velásquez C. D., Vaiz B. R. y Pedrao L. J. (2009) Factores de la satisfacción sobre el apoyo familiar del adolescente adicto en tratamiento. *Revista de Enfermería Herediana*, 2(1), 11-19

Viñas P. F., González, C.M., García M. Y., Malo C. S. y Casas A. F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31(1), 226-233.

7.2 Artículo y/o capítulo de libro aceptado

7.2.1 VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR CRÓNICO PARA UNA MUESTRA MEXICANA.

Autores:

Mtro. Arturo Alejandro Domínguez López
Doctorante de Ciencias de la Salud por la Universidad Autónoma del Estado de México; E-mail: info@dandrosh.com.mx

Dr. Johannes Oudhof van Barneveld
Integrante del Sistema Nacional de Investigadores en México. Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Dra. Norma Ivonne González-Arratia López Fuentes
Integrante del Sistema Nacional de Investigadores en México. Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Dra. Mirta Margarita Flores Galaz
Integrante del Sistema Nacional de Investigadores en México. Universidad Autónoma de Yucatán.

Dra. Lourdes Gabriela Villafaña Montiel
Universidad Autónoma del Estado de México, México.

7.2.2 Carta de envío y/o recepción del artículo

Toluca, México a 21 de Marzo de 2018

Estimado Arturo Alejandro Domínguez López
Alumno del Doctorado en Ciencias de la Salud
PRESENTE

Me complace notificarle que su capítulo titulado "**VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR CRÓNICO PARA UNA MUESTRA MEXICANA**" ha sido recibido en buenas condiciones y en breve será turnado para dictamen con los revisores propuestos y ser considerado para publicarlo en el libro **TEMAS SELECTOS DE BIOMEDICINA EN CIENCIAS DE LA SALUD: VOLÚMEN II.**

Por lo anterior recibirá notificación de los dictámenes en cuanto estén listos, aproximadamente dentro de 2 meses y medio.

Dr. en O. Rogelio J. Scougall Vilchis

Coordinador del Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Odontología "Dr. Keisaburo Miyata".

Facultad de Odontología, **UAEMex**

SNI Nivel 1

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4671-0748>

7.2.3 Resumen

La finalidad del estudio fue validar el Cuestionario de Afrontamiento ante el dolor crónico (CAD) para población mexicana. El instrumento ha probado ser válido y confiable para población española y fue desarrollado por Soriano y Monsalve en 2002. Esta escala consta de 31 reactivos con el objetivo de evaluar la capacidad de afrontamiento al dolor crónico mediante los factores de distracción, autoafirmación, catarsis, autocontrol mental, búsqueda de información y creencias. A partir de esta información se hizo un análisis por jueces y se entrevistaron 30 pacientes en hospitales públicos, con la finalidad de calificar la claridad y pertinencia de los reactivos. Después de este procedimiento se tuvieron 23 reactivos finales que fueron aplicados a una muestra de 143 pacientes con enfermedades crónicas, para determinar la validez y confiabilidad del cuestionario a través del análisis factorial exploratorio. Este proceso reveló una varianza total explicada de 66.27% y valores de alfa de Cronbach entre 0.72 y 0.97 para las 6 dimensiones. No se eliminó ningún reactivo. Adicionalmente se establecieron diferencias por sexo mediante la prueba *t* de Student la cual mostró diferencias estadísticamente significativas en autoafirmación y búsqueda de información. Los resultados indican que el Cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD) aplicada a pacientes mexicanos con enfermedades crónicas, cuenta con las propiedades psicométricas adecuadas para considerarse como una medida válida y confiable para futuras investigaciones.

Palabras claves: Validación, dolor crónico, estrategias de afrontamiento al dolor.

7.2.4 Apartados del artículo

Introducción

Uno de los temas de mayor relevancia cuando de las enfermedades crónicas se trata, es el dolor crónico, y es por esta razón que cobran importancia las estrategias que tenga un paciente para hacerle frente. La Clasificación Internacional de las enfermedades en su versión número 10 define el dolor crónico como: “una sensación provocada por el sistema nervioso que indica la existencia de una lesión o un problema que necesita atención y su duración es mayor a seis meses”^[1]. Asimismo, afrontamiento fue definido por Lázarus y Folkman como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”^[2].

Una persona con dolor crónico tiene mayor probabilidad de padecer enfermedades mentales si no se tienen las estrategias para vivir con los malestares propios de sus padecimientos^[3]. Por tanto, es necesario analizar los componentes psicológicos y sociales implicados en pacientes con esta condición.

En un estudio acerca de los factores psicológicos asociados al dolor crónico en algunas muestras de pacientes alemanes, se determina que son necesarias las estrategias para enfrentarlo, de lo contrario se incrementa la probabilidad de sufrir trastornos como la depresión, ansiedad, entre otros^[4]. Se consideran la catarsis y la distracción como estrategias de afrontamiento^[5]. Del mismo modo, la expresión de las emociones, sobre todo de la ira, juega un papel importante en el proceso terapéutico de una persona con dolor crónico^[6].

Dada la importancia de considerar las estrategias de afrontamiento al dolor en los pacientes con enfermedades crónicas, es necesario tomar en cuenta la manera de evaluar dichos comportamientos con los que enfrentan sus malestares. Las estrategias de afrontamiento al dolor se pueden evaluar clasificándolas en primarias y secundarias. Las primeras se enfocan en la solución de conflictos y están más relacionadas con una menor discapacidad, mientras las secundarias, como fantasías esperanzadoras y creencias, están asociadas a un mayor nivel de dolor. La distracción es parte de una estrategia adaptativa al dolor crónico^[7]. Se han analizado las variables que están implícitas en diversas escalas que miden el dolor crónico y se determina que las más importantes son: distracción, búsqueda de información y creencias^[8].

A continuación se presentan a manera de reseña, los principales instrumentos para la evaluación del dolor crónico, de acuerdo con un metaanálisis realizado en 2015^[9]:

El inventario “Vanderbilt Pain Management Inventory” de Brown y Nicassio fue elaborado a finales de los ochentas y consta de dos escalas y dos dimensiones en las que se evalúa la frecuencia con que los pacientes utilizan estrategias activas o pasivas de acuerdo con la intensidad del dolor. Otro cuestionario es el “Ways of Coping Questionnaire” de Lazarus y Folkman, que consta de 66 ítems clasificados en 7 dimensiones: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, soporte social, catarsis, evitación de problemas, pensamiento mágico y aislamiento social.

El “Coping Strategies Questionnaire” (CSQ) de Jensen y Linton cuenta con dos escalas en las que el sujeto debe estimar el grado de control que considera que

tiene sobre el dolor. La primera escala mide las estrategias centradas en el problema, que son: distracción, reinterpretación de las sensaciones dolorosas y catastrofismo. La segunda evalúa las estrategias centradas en el bienestar: ignorar las sensaciones dolorosas, rezar y esperar, auto-afirmaciones de afrontamiento, aumento de comportamientos para disminuir el dolor y aumento de actividad.

Jensen, Turner, Romano y Strom crearon el “Chronic Pain Coping Inventory” (CPCI) trabajaron con pacientes crónicos en Washington y validaron un instrumento que mide once estrategias de afrontamiento: protegerse, descansar, pedir ayuda, relajarse, persistir en la tarea, ejercicio, búsqueda de apoyo social, autoafirmaciones, uso de medicación opiácea, uso de anti-inflamatorios y uso de sedantes. Este instrumento ha demostrado validez interna y confiabilidad, sin embargo, con sus 65 ítems es considerado un instrumento excesivamente extenso y, como las escalas anteriores, es poco utilizado en la actualidad.

Más recientemente, se propuso el Cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD) para población española, inicialmente de 84 ítems clasificados en 6 factores: autoafirmación, búsqueda de información, creencias, distracción, catarsis y control mental, que a través de estudios piloto y análisis factorial exploratorio redujeron a un total de 31 reactivos. Este cuestionario fue creado a través de un minucioso análisis de las teorías de Lázarus y Folkman además de cuestionarios, verbalizaciones y experiencias clínicas de pacientes crónicos y ha demostrado validez y confiabilidad en el entorno donde se desarrolló la prueba ^[10].

Además, dicha escala muestra coherencia entre la definición de dolor crónico, las estrategias planteadas y las dimensiones bajo las que está construida la escala. El instrumento ha demostrado ser válido y confiable para su aplicación en población española, sin embargo, existe un déficit en el diseño de escalas que midan el afrontamiento al dolor crónico en México y sería aventurado aplicar la misma escala que fue creada y validada en España sin haber considerado que la lingüística del instrumento se adapte a la realidad sociocultural de los mexicanos, por lo que es necesaria la realización de estudios con muestras de pacientes que presenten padecimientos crónicos que puedan ocasionarles dolor crónico en este país.

El motivo por el que se hacen adaptaciones de una cultura a otra son diferentes: para realizar estudios comparativos entre países se requiere que los test estén adaptados para que los participantes encuentren condiciones similares de evaluación y dichas comparaciones sean válidas^[11]. El proceso de adaptación transcultural de un instrumento es complejo, y se necesita dar seguimiento a diversas directrices para evitar sesgos, además de que la comprobación empírica de la validez y la confiabilidad son indispensables para que el instrumento se considere bien adaptado. "Otras razones que llevan a la adaptación de instrumentos radican en que su practicidad y economía"^[12] además de que permiten la imparcialidad en la evaluación, eliminan sesgos y potencian la validez. También se considera necesario adaptar cualquier test a la población en la que se aplica para asegurar la evidencia empírica de las variables que se están midiendo, pues si bien implica la problemática tarea de verificar la equivalencia de sus propiedades métricas en otras culturas, asegura una teoría subyacente bien establecida ^[13].

Una prueba demuestra validez de contenido cuando se toman en cuenta las diferencias y semejanzas culturales de la población con la que se creó el instrumento y otra a la que se pretende aplicar ^[14]. Los instrumentos no son utilizables sin pasar por el proceso de adaptación porque existen diferencias interculturales entre las poblaciones que serán abordadas^[15].

En cuanto a las validaciones realizadas, el cuestionario de afrontamiento al dolor crónico se ha validado también para población colombiana ^[16] y más recientemente se realizó un estudio en Chile para adaptar el mismo instrumento obteniendo hallazgos de validez y confiabilidad ^[17]. Estos antecedentes en Latinoamérica comprueban que, si bien las experiencias que tienen los españoles frente al dolor crónico pueden ser verbalizadas o interpretadas de manera distinta para los latinoamericanos, las dimensiones propuestas han servido de guía para realizar investigación en estos países. Por otro lado, y debido a la existencia de diferencias lingüísticas y culturales entre México y España, se hace necesario llevar a cabo la adaptación de este instrumento para asegurar la comprensión del cuestionario de acuerdo con lo que trata de medir el instrumento original.

El Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico muestra una consistencia interna aceptable de cada factor entre 0.77 y 0.94 además de que es un instrumento de fácil aplicación en contextos como la salud pública y los autores han sugerido la aplicación en otras poblaciones para seguir demostrando su eficiencia ^[10]. Por esta razón, el objetivo principal del presente estudio fue adaptar el Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico en una muestra de pacientes mexicanos con enfermedades crónicas no transmisibles.

Existen diversas variables biológicas que han sido relacionadas con el afrontamiento al dolor crónico, como el sexo de los pacientes, pues “las mujeres tienden a presentar más alteraciones en el sueño y en mecanismos regulatorios del dolor” [18]. Del mismo modo, se ha encontrado que las mujeres con padecimientos crónicos se adaptan mejor al dolor al hacer uso de más estrategias para aliviar sus síntomas [19]. Por esta razón, el objetivo adicional de este estudio fue comparar las estrategias de afrontamiento por sexo.

Método

Participantes

Se definió el número de personas que integrarían la muestra, con base en el criterio que indica que son necesarias 5 personas por cada reactivo para proceder a la validación de un instrumento [20]. Se trabajó con una muestra de tipo no probabilística intencional de 143 personas de las que 54 fueron del sexo masculino y 89 del sexo femenino, de edades comprendidas entre los 24 y 65 años, con una media de 34.68 y desviación estándar de 8.00 con alguna enfermedad crónica diagnosticada y que reciben atención en hospitales públicos en la ciudad de Toluca, México.

Como criterios de inclusión se tomaron en cuenta a los pacientes que comprobaron ser mayores de edad, recibir consulta externa en los hospitales anteriormente mencionados, adscritos al Instituto de Salud del Estado de México. Todos los pacientes contaban con un diagnóstico de alguna Enfermedad Crónica No Trasmisible (ECNT) y decidieron participar voluntariamente el presente estudio.

Instrumento

El Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico es un instrumento que se realizó con una muestra española de 224 personas, cuyo objetivo es “evaluar la capacidad de afrontamiento al dolor crónico mediante los factores de distracción, autoafirmación, catarsis, autocontrol mental, búsqueda de información y creencias” [10]. Es autoaplicable para pacientes con enfermedades crónicas.

Dicha escala se compone por 31 reactivos con 5 opciones de respuesta con un puntaje que va desde 0 a 4 según la respuesta que otorgue el participante: Totalmente en desacuerdo, Más en desacuerdo que de acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Más de acuerdo que en desacuerdo y Totalmente de acuerdo.

Los 31 ítems que componen la escala se agrupan en 6 factores que en la muestra española explican el 63.8% de la varianza: autoafirmación, con 5 ítems; otros 5 ítems que evalúan la búsqueda de información dirigida al problema; 5 ítems para el factor creencias; 6 ítems que evalúan el factor de distracción; el factor catarsis está compuesto por 5 ítems y el de autocontrol mental por 5 ítems. En la misma muestra se obtuvieron puntajes del alfa de Cronbach que oscilan entre 0.74 y 0.94, valores aceptables para comprobar la confiabilidad del instrumento.

Procedimiento

De acuerdo al análisis por jueces y a la entrevista cognitiva, del instrumento original de 31 reactivos, se integraron los ítems 3, 22 y 25 en una sola oración porque presentaban similitudes. Lo mismo ocurrió con los reactivos 9, 13 y 29. Asimismo los ítems 1 y 10 y de la misma manera el 12 y 24. Se modificaron algunas palabras de determinados reactivos por ser confusas para la mayoría de

los pacientes, así como las opciones de respuesta que fueron calificadas de imprecisas.

Se extendió una invitación a los pacientes diagnosticados con alguna enfermedad crónica para colaborar voluntariamente en el estudio que consistió en la aplicación de la escala. La muestra final estuvo conformada por 143 pacientes del sector público que firmaron una carta de consentimiento informado y respondieron los 23 ítems finales. Los instrumentos fueron respondidos de forma individual y con ayuda del investigador mientras esperaban ser llamados a consulta de rutina dentro de los hospitales de distintas unidades médicas de la Ciudad de Toluca, México. Debido al nivel cultural de la muestra, el cuestionario fue aplicado oralmente y las alternativas de respuesta se mostraron de manera impresa en tarjetas con letras grandes para que el paciente señalara la opción con la que se sentía más identificado.

Análisis de datos

Se determinó el índice Kaiser Olkin para verificar que el tamaño de la muestra es el adecuado, tomando en cuenta que los valores iguales o mayores a 0.80 son aceptables para efectuar el análisis factorial exploratorio (AFE). Se obtuvo un KMO de 0.80, por lo que se llevó a cabo el análisis. Para el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), se extrajeron aquellos ítems que tuvieron una carga factorial mayor a 0.40 y se trabajó con el método de componentes principales y rotación varimax para obtener evidencias de validez interna del instrumento. Se realizó la comparación de medias entre el grupo de hombres y mujeres mediante la prueba t de Student.

Resultados

El procedimiento reveló un total de 23 reactivos para integrar el instrumento final.

Con el fin de simplificar el cuestionario, se eliminaron las cargas factoriales menores a 0.40 en cada una de las dimensiones del instrumento.

Para lograr el objetivo del presente estudio se realizó Análisis Factorial de tipo Exploratorio (AFE) para obtener indicadores de validez, así como el cálculo de la confiabilidad a través del Alfa de Cronbach, obteniendo valores entre 0.72 y 0.97 para cada una de las 6 dimensiones. Los valores Eigen fueron mayores a 1.00 para todos los factores. Se obtuvo una varianza total explicada de 66.27%. En la tabla 1 se muestran los valores de validez y confiabilidad del cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico compuesto por 23 ítems finales. Se observa la estructura factorial del instrumento con los reactivos que incluye cada factor. El factor Catarsis está conformado por los reactivos 3, 7, 8, 16 y 23. Al factor de creencias corresponden los ítems 9, 12 y 15. El factor Distracción está estructurado por los reactivos 14, 17 y 19. Búsqueda de información está compuesto por los ítems 5, 10, 13 y 21; Autoafirmación por los reactivos 2, 6 y 18 y 22; el factor Autocontrol por los ítems 1, 4, 11 y 20.

Tabla 1

Estructura factorial del Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico.

Factor	No. ítems	Valor Eigen	% varianza explicada	Varianza acumulada	Alfa de Cronbach
1.- Creencias	3	6.24	27.11	27.11	0.97
2.- Catarsis	5	2.29	9.93	37.04	0.83
3.- Distracción	3	2.05	8.93	45.97	0.74
4.-Búsqueda de información	4	1.94	8.45	54.42	0.72
5.- Autoafirmación	4	1.41	6.14	60.56	0.74
6.-Autocontrol	4	1.31	5.71	66.27	0.72

La tabla 2 muestra la distribución de ítems del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico con las cargas factoriales correspondientes a cada uno de ellos.

Tabla 2

Distribución de ítems del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico.

Reactivo	Carga
Factor: Creencias	
12.- Hablo con los demás de mi dolor, pues compartir mis sentimientos	.814
15.- Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que	.810
9.- Le platico a la gente de mis molestias físicas porque eso me ayuda a	.738
Factor: Catarsis	
23.- Busco el consejo de algún amigo o familiar para superar mi dolor.	.732
7.- Busco a alguien conocido que me comprenda y me ayude a sentir	.707
8.- Hago oración para encontrar solución a mis malestares.	.942
3.- Rezo para aliviar mis dolores.	.936
16.- Rezo para aliviar mis dolores.	.909
Factor: Distracción	
14.- Cuando tengo dolor, me entretengo con algo para pasar el tiempo.	.763
17.- Busco algo en qué pensar para distraerme.	.761
19.- Cuando tengo dolor me imagino algo agradable.	.655
Factor: Búsqueda de información	
10.- Me doy ánimos para aguantar el dolor.	

21.- Aunque me duela, procuro disimular mis malestares.	.801
13.- Pienso que tengo que ser fuerte y no darme por vencido.	.765
5.- Cuando tengo dolor no me rindo, lucho.	.710
Factor: Autoafirmación	
6.- Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del	.750
22.- Busco que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor.	.675
2.- Intento saber más sobre mi dolor para poder hacerle frente.	.641
18.- Hablo con quienes puedan hacer algo específico para disminuir	.607
Factor: Autocontrol	
4.- Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que	.834
20.- Pongo atención en alguna parte específica de mi cuerpo que me	.605
11.- Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo	.561
1.- Ignoro el dolor pensando en otra cosa.	.477

Con la finalidad de comparar las estrategias con las que se enfrentan al dolor crónico hombres y mujeres, se aplicó la *t* de Student y se determinó que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en los puntajes obtenidos en los factores de búsqueda de información y autoafirmación. Con respecto a la media, las mujeres puntúan más alto que los hombres en búsqueda de información, así como en autoafirmación, como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3

Comparación de afrontamiento ante el dolor crónico por sexo

Factores	Hombres n=57		Mujeres n=86		<i>t</i>	<i>p</i>
	Media	D.E	Media	D.E.		
1.- Creencias	1.95	1.14	1.89	1.13	0.288	0.774
2.- Catarsis	2.07	1.03	2.25	1.01	1.012	0.313
3.- Distracción	2.60	0.87	2.54	0.87	0.427	0.670
4.-Búsqueda de información	2.85	0.78	3.14	0.54	2.639	0.009
5.- Autoafirmación	2.43	0.83	2.83	0.67	3.171	0.002
6.-Autocontrol	1.94	0.76	2.10	0.70	1.243	0.216

Discusión

Mediante el análisis factorial exploratorio se encontró que el afrontamiento al dolor crónico es un constructo teórico de 6 dimensiones: creencias, catarsis, distracción, búsqueda de información, autoafirmación y control mental, tal como lo señalan los autores originales del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento ante el Dolor Crónico en una muestra española^[10], confirmando lo que explican estudios anteriores como las teorías de Lázarus y Folkman ^[2], quienes dividen las estrategias para enfrentar el dolor en pasivas o centradas en la enfermedad como las creencias, la catarsis y la distracción, y activas que están centradas en el bienestar como la búsqueda de información, autoafirmación y autocontrol mental.

Respecto a la estructura factorial, se conservó la misma que en la escala original, lo que puede deberse a que las estrategias que utiliza el ser humano para

hacerle frente a sus malestares son universales ^[21]. El dolor, y más aún el dolor crónico, es una fuente importante que produce estrés. El estrés tiene variables biológicas, sociales, cognitivas, emocionales y conductuales de acuerdo al modelo multidimensional del dolor y al transaccional del estrés que proponen Lázarus y Folkman. El orden que tienen los factores en esta investigación es muy similar al que se encontró en el cuestionario de estrategias ante el dolor crónico, cuando se elaboró por primera vez en 2002 y posteriormente en la segunda versión en 2004, excepto porque el factor de Autocontrol aparece en cuarto lugar en el instrumento original y en último lugar para la muestra mexicana. A su vez la búsqueda de información aparece en sexta posición para la muestra española y en cuarto lugar en la presente investigación. Esto puede deberse a que en España se han utilizado más ampliamente las estrategias de autocontrol emocional tales como la imaginación guiada, meditación, la atención plena o mindfulness, así como otras técnicas introspectivas en los programas de salud mental ^[22]. Estas estrategias son poco frecuentes en la población mexicana ^[23]. Sin embargo hacen falta estudios comparativos que determinen esta situación.

Las estrategias pasivas para enfrentar el dolor crónico explican la mayor cantidad de la varianza. El afrontamiento considera dos funciones: la centrada en el problema (estrategias pasivas), pretendiendo cambiar el desarrollo de la situación y la centrada en la emoción, pretendiendo alterar la repercusión emocional que la situación tiene en el individuo (estrategias activas) ^[24]. Es posible que las estrategias pasivas expliquen la mayor cantidad de la varianza porque son las primeras que utiliza una persona debido a que implican menos esfuerzo por parte del paciente. Sin embargo esto no demerita la función de las

estrategias activas, ya que éstas implican una mayor adaptación al dolor crónico y mejor ajuste a largo plazo ^[25].

Existen ocho estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico ^[24]: verbalización del dolor, autoafirmación, reinterpretar el dolor, esperanza, fe y plegarias, ignorar el dolor, distracción cognitiva y conductas distractoras. Para estos autores, los factores son muy similares, excepto porque descomponen la dimensión de *distracción* en las 3 últimas ya mencionadas y nombran el autocontrol y las creencias de diferente manera ^[26]. Aunque también hay una clasificación similar en la que se modifican los nombres de algunas dimensiones como la autoafirmación por autoinstrucciones y se añade la catastrofización como una estrategia desadaptativa de afrontamiento ante el dolor crónico ^[27].

La mayoría de los reactivos se mantuvieron en la misma dimensión que en el instrumento aplicado en España. Solamente el reactivo 1 (Ignoro el dolor pensando en otra cosa) que originalmente pertenecía a la dimensión de Distracción, encontró un mejor acomodo en Autocontrol para la muestra mexicana. Las técnicas de autocontrol mental son definidas como “los esfuerzos cognitivos que emplea un paciente para disminuir el dolor” ^[28], mientras que las distracciones son las acciones que evitan que una persona se centre en su dolor, por lo que es válido que este ítem se refiera al autocontrol porque pensar en algo diferente de sus malestares físicos supone un esfuerzo cognitivo para aminorarlos. Asimismo, el ítem número 23 (Busco el consejo de algún amigo o familiar para superar mi dolor) se refería a la Búsqueda de Información, sin embargo en este estudio se muestra que se interpretó como Catarsis. Para la muestra en la que se llevó a cabo esta investigación, la búsqueda del consejo no

se enfoca a que el amigo o familiar le den una solución precisa sino más bien en la descarga emocional que se tiene al expresar su dolor a alguien más.

Los resultados del comparativo de la muestra por sexos mostraron que las mujeres tienden más a enfrentar el dolor mediante la búsqueda de información y la autoafirmación que los hombres. Esto se explica porque las mujeres biológicamente tienden a presentar mayor adaptación al dolor utilizando mecanismos cognitivos para regularlo ^[29]. Del mismo modo, se ha encontrado que las mujeres con padecimientos crónicos se adaptan mejor al dolor al hacer uso de más estrategias para aliviar sus síntomas ^[19]. Se han observado también "frecuencias más altas de actividades sociales en las mujeres, así como correlaciones significativas entre las actividades sociales y los dominios psicológicos, sociales y medio ambientales" ^[29].

Con respecto a la validez del Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico, en el presente estudio se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación. Los resultados indican que el Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Crónico (CAD) aplicada a pacientes mexicanos con enfermedades crónicas no transmisibles cuenta con las propiedades psicométricas adecuadas para considerarse como una medida válida y confiable ^[13] lo que quiere decir que es aplicable en futuras investigaciones con la finalidad de medir las relaciones existentes entre otras variables sociodemográficas como la edad, sexo, nivel de estudios, entre otras. Los hallazgos psicométricos permiten considerarlo útil para su aplicación en pacientes mexicanos con enfermedades crónicas pues se tomaron en cuenta

todas las directrices que permiten la comprobación empírica de la validez y la confiabilidad ^[12].

Este estudio es una primera aproximación a la validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico, en México. El número participantes es reducido, por lo que se sugieren realizar más análisis con muestras mayores que permitan el uso de un análisis factorial confirmatorio ^[30].

Asimismo, se sugiere efectuar investigaciones en distintas zonas del país, debido a que la muestra obtenida es predominantemente del centro del país y pudieran existir expresiones lingüísticas más cercanas a otros contextos de la población mexicana. También se sugieren los análisis comparativos de acuerdo al padecimiento de los pacientes, considerando la heterogeneidad de síndromes de dolor crónico, la pluralidad de los diagnósticos médicos en donde está presente el dolor y el énfasis que se le da al dolor en determinadas enfermedades como es el caso del cáncer.

La muestra fue no probabilística de tipo intencional, ya que se realizó la invitación a todos los pacientes que reciben atención médica en los hospitales con alguna enfermedad crónica diagnosticada. Debido al tipo de muestreo, los resultados no pueden ser generalizados a toda la población.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: décima revisión: CIE-10. 2a ed. Madrid: Ministerio de Sanidad de España.
2. Lázarus, R., y Folkman, S. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998;54:466-475.
3. Howe, C., Stephens, K., Ratzliff, A., Unutzer, J., Katon, W., y Stephens, K. Chronic pain. Integrated care: creating effective mental and primary. *Health Care Teams*, 2016;1:153-154.
4. Chereji, E., Kern, S., Fuller, B., Morasco, B. J., Phelps, A. y Hauser, P. Chronic low back pain and psychological comorbidity: A review. *Open Medicine Journal*, 2016;9:12-55.
5. Pinto R. Calidad de vida, estrategias de afrontamiento y comorbilidad de pacientes con dolor crónico y neuropático de la CNS junio a noviembre. [Tesis doctoral]. San Simón: Universidad Mayor de San Simón; 2016.
6. Casado, M. I., y Urbano, M. P. Emociones negativas y dolor crónico. *Ansiedad y Estrés*, 2012;7:273-282.
7. Merlin, J., Walcott, M., Kerns, R., Bair, M., Burgio, K., y Turan, J. Pain Self-Management in HIV-infected Individuals with chronic pain: A qualitative study. *Pain Medicine*, 2015;16:706-714.
8. Lininger, B. Measurement properties of quality-adjusted life year (QALY) measures among older adults with chronic neck pain. [Tesis doctoral]. Minnesota: University of Minnesota; 2016.
9. Kato, T. Frequently used coping scales: A Meta-Analysis. *Stress and Health*, 2015;31:315-323.

10. Soriano, J., y Monsalve, V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 2004;11:27-34.
11. Hambleton, R., Merenda, P., y Spielberger, C. Adapting educational and psychological tests for crosscultural assessment. 1a ed. New Jersey: *Lawrence Erlbaum Publishers*; 2015; 32-45.
12. Cardoso C., Gómez-Conesa A., y Montesinos M. Methodology for the adaptation of evaluation instruments. *Fisioterapia: Revista de salud, discapacidad y terapéutica física*, 2010;32:247-264.
13. Fernández, A., Pérez E., Alderete, M., Richaud, M., y Fernández, M. ¿Construir o adaptar tests psicológicos?. *Evaluar*, 2011;10:60-74.
14. Van de Vijver, F. y Hambleton, R. Translating tests: Some practical guidelines. *Europe's Journal of Psychology*, 2006;1:89-9.
15. Muñoz, J., y Hambleton, R. Directrices para la traducción y adaptación de los test. *Papeles del Psicólogo*, 2006;66:63-70.
16. Barragán, J. A., y Almanza, G. Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*, 2013;13:322-335.
17. Torres, L., y Troncoso, S. Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos, pacientes reumáticos y un grupo control. *Revista latinoamericana de Psicología*, 2006;38:285-298.
18. Vásquez-Quintero, L. Impacto del dolor crónico en la calidad de vida de pacientes con fibromialgia. 1a ed. Colombia: *Handle with care*; 2015
19. González, V., Hernández, M., y Lorig, K. Tomando control de su salud: Una guía para el manejo de las enfermedades del corazón, diabetes,

- asma, bronquitis, enfisema y otros problemas crónicos. 1a ed. Bogotá: Bull Publishing Company; 2013.
20. Reidl, L., y Gómez-Peresmitré, G. (2013). Metodología de investigación en ciencias sociales. 3a ed. México: UNAM.
21. Queraltó, J. M. Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. Anuario de psicología. *The UB Journal of Psychology*, 2005;36:37-60.
22. Pascual, C. T. Meditación para el desarrollo de la conciencia interoceptiva en la percepción del dolor de la fibromialgia. *Medicina naturista*, 2015;9:28-32.
23. Hermsilla, A., y Sanhueza, O. Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. *Ciencia y enfermería*, 2015;21:11-21.
24. Penley, J., y Tomaka, J. Association among the Big Five, emotional responses and coping with stress. *Personality and Individual Differences*, 2002;32:1215-1228
25. Parra, M. J., Zarazaga, R. M. y Martínez, A. E. Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 2010;12:339-345.
26. Stoffel, M., Reis, D., Schwarz, D., y Schröder, A. Dimensions of coping in chronic pain patients: Factor analysis and cross-validation of the German version of the Coping Strategies Questionnaire (CSQ-D). *Rehabilitation psychology*, 2013;58:386-387.
27. Golightly, Y. M., Allen, K. D., Stechuchak, K. M., Coffman, C. J., y Keefe, F. J. Associations of coping strategies with diary based pain variables

- among Caucasian and African American patients with osteoarthritis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2015;22:101-108.
28. Weiss, N. H., Johnson, C. D., Contractor, A., Peasant, C., Swan, S. C., & Sullivan, T. P. Racial/ethnic differences moderate associations of coping strategies and posttraumatic stress disorder symptom clusters among women experiencing partner violence: a multigroup path analysis. *Anxiety, Stress & Coping*, 2017;30:347-36.
29. Zavarize, S. F., y Wechsler, S. M. Evaluación de las diferencias de género en las estrategias de afrontamiento del dolor lumbar. *Acta Colombiana de Psicología*, 2016;19:14-15.
30. Moscoso, S., Gil, J., y Rodríguez, R. Validez de constructo: el uso del análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*, 2010;12:442-446.

7.3 Artículo enviado

7.3.1 EFECTO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES

Autores:

Mtro. Arturo Alejandro Domínguez López

Doctorante de Ciencias de la Salud por la Universidad Autónoma del Estado de México.

E-mail: dandrosh@hotmail.com

Dirección: 3a Cerrada de Lomas Estrella 102-A. C.P. 51355. Zinacantepec, Estado de México, México.

Dr. Johannes Oudhof van Barneveld

Integrante del Sistema Nacional de Investigadores en México.

Universidad Autónoma del Estado de México, México.

E- mail: hansovb@hotmail.com

Dirección: Filiberto Gómez s/n, Barrio de Tlacopa, C.P. 50010. Toluca de Lerdo, Estado de México, México.

Dra. Norma Ivonne González-Arratia López Fuentes

Integrante del Sistema Nacional de Investigadores en México.

Universidad Autónoma del Estado de México, México.

E-mail: nigalf@yahoo.com.mx

Dirección: Filiberto Gómez s/n, Barrio de Tlacopa, C.P. 50010. Toluca de Lerdo, Estado de México, México.

Dra. Mirta Margarita Flores Galaz

Integrante del Sistema Nacional de Investigadores en México.

Universidad Autónoma de Yucatán.

E-mail: fgalaz@correo.uady.mx

Dirección: Km 1 Carretera Mérida, Tizimin, Cholul C.P. 97305. Mérida, Yucatán, México.


7.3.2 Carta de envío y/o recepción del artículo

Novo artigo (CSP_0950/18)

Cadernos de Saude Publica <cadernos@fiocruz.br>
Lun 14/05/2018, 01:18 PM
Usted: ☺

Prezado(a) Dr(a). Arturo Alejandro Domínguez López:

Confirmamos a submissão do seu artigo "EFECTO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES" (CSP_0950/18) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no link "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>



CSP - Cadernos de Saúde Pública - ensp.fiocruz.br

Publicação em Saúde Pública que debate sobre políticas públicas e fatores que afetam as condições de vida das populações e os cuidados de saúde.

www.ensp.fiocruz.br

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marília Sá Carvalho
Profª. Claudia Medina Coeli
Profª. Luciana Dias de Lima
Editoras

CSP Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

7.3.3 Resumen

RESUMEN

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son padecimientos de larga duración y su evolución es lenta. Actualmente el número de casos va en ascenso y representan la primera causa de muerte en México y a nivel mundial [1]. Los tratamientos suelen ser complejos y si la población no comienza a hacerse responsable, tomando en cuenta los hábitos saludables, las consecuencias serán mayores para los sistemas de salud y los propios pacientes [2]. Por ello se elaboró un programa con base en el enfoque de Atención Primaria de Salud, se sometió a análisis por expertos y se estableció una investigación con diseño pretest-postest que se llevó a cabo en los municipios ubicados en el valle de Toluca, en el centro del país con 188 pacientes que reciben tratamiento en las clínicas del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) que viven con ECNT. Las variables que se midieron fueron: la capacidad de agencia de autocuidado, adherencia al tratamiento, apoyo familiar, estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, y bienestar subjetivo. Durante la investigación se cuidaron los aspectos éticos que marca la Declaración de Helsinki [3]. A través de la prueba t de Student se realizó la comparación del pretest-postest y se observó una mejora significativa en todas las variables después de la aplicación del programa. Así se concluye que las intervenciones en temas de salud, tales como hábitos saludables en su vida diaria, cumplimiento de las prescripciones médicas, descanso, ejercicio y dieta son un apoyo significativo para las personas que viven con ECNT y desde el enfoque de

Atención primaria de Salud es más fácil llevar a cabo este tipo de programas en donde el propio paciente toma conciencia en la conservación de su homeostasis.

Palabras clave: Enfermedades crónicas, Programa de salud, Atención primaria, autocuidado y adherencia terapéutica.

ABSTRACT

Noncommunicable Chronic Diseases (NCDs) are long-term conditions and their evolution is slow. Currently the number of cases is on the rise and they represent the first cause of death in Mexico and worldwide ^[1]. In addition, the treatments are often complex and if the population doesn't do something to take responsibility, taking into account healthy habits, the consequences will be greater for the health systems and the patients themselves ^[2]. Therefore, a program based on the Primary Health Care approach was prepared, submitted to expert analysis and a pretest-posttest design research was established in the municipalities of Tenancingo de Degollado, Tenango del Valle, Villa Guerrero, Almoloya de Juárez and Xonacatlán. The research contemplated 188 patients receiving treatment in the clinics of the Health Institute of the State of Mexico (ISEM) living with NCDs. The variables that were measured are: Ability to self-care agency, adherence to treatment, family support, coping strategies for chronic pain, and subjective well-being. During the investigation, the ethical aspects of the Declaration of Helsinki were taken care account ^[3]. The Student's t-test was used to compare the pretest-posttest and a significant improvement was observed in all. It is concluded that interventions on health issues, such as healthy habits in daily life, compliance with medical prescriptions, rest, exercise and diet are a significant support for people living with NCDs and from the Primary Care focus of Health, it is easier to carry out this type of programs where the patient himself becomes aware of the conservation of his homeostasis.

Key words: Chronic diseases, Health Program, Primary care, self-care & therapeutic adherence.

7.3.4 Apartados del artículo

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un grupo heterogéneo de enfermedades que tienden a ser de larga duración, resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos y ambientales ^[4]. Son actualmente de los mayores retos a los que se enfrenta el sistema de salud debido a varios motivos: la creciente cantidad de personas afectadas en México, la contribución a la mortalidad y la necesidad de utilizar tratamientos complejos para la mejora del nivel de salud del sector de la población que vive con padecimientos tales como Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, síndrome metabólico, obesidad, entre otras ^[1].

Estas enfermedades, especialmente la Diabetes Mellitus tipo 2, Obesidad en cualquiera de sus tipos, Hipertensión Arterial Sistémica, y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica no solamente están en aumento, sino que son responsables de un gran número de muertes a nivel mundial y nacional ocasionando alrededor de 36 de los 57 millones de fallecidos por enfermedades cardiovasculares en todo el mundo, pues más del 80% de las muertes por ECNT se producen en países de ingresos medios y bajos, como México ^[5]. Actualmente el sistema de salud pública se encuentra saturado y no se puede dar solución a la problemática de los pacientes solamente desde el enfoque asistencial. Los decesos a causa de éstas son consecuencia de un proceso iniciado décadas antes.

El tratamiento farmacológico y asistencial es necesario para para reducir a corto plazo las consecuencias de las ECNT. Sin embargo, esta atención dentro de las instituciones de salud suele ser costosa, tardía y poco satisfactoria en muchos casos ^[6]. Sin embargo, su evolución puede ser modificada mediante acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia, sobretodo en el caso de la diabetes, obesidad, enfermedad obstructiva crónica, tabaquismo, síndrome metabólico y padecimientos cardiovasculares ^[2].

El manejo de las ECNT tiene su fundamento en distintos principios, como el enfoque de atención primaria de salud, que implica un proceso educativo para que el paciente entienda su padecimiento y establezca cambios significativos focalizados en las conductas saludables, acuda puntualmente a las evaluaciones médicas y utilice correctamente los múltiples fármacos para el control de los síntomas propios de su enfermedad. Todo ello con la participación del equipo de salud, su familia y el entorno donde se desenvuelve [7]. No obstante, las instituciones de salud pública en México no cuentan con la infraestructura para tal desafío pues se requiere de la participación de diversos profesionales de la salud como psicólogos, nutriólogos, preparadores físicos, enfermeros especializados, entre otros. Y debido a ello la participación del personal de salud se limita al tratamiento de las complicaciones presentes, sin prevenir otros factores de riesgo que conllevan las ECNT, ni se toman en cuenta las expectativas ni el compromiso del paciente para observar su tratamiento, lo que hace que el sistema de salud sea ineficiente y costoso porque el paciente no comprende los objetivos de la terapia [8]. A lo anterior se suman factores culturales que limitan la adherencia terapéutica y afectan el bienestar del individuo que vive con una ECNT [9].

Es preciso el desarrollo de programas encaminados a mejorar conductas de autocuidado, de lo contrario la mayor parte del presupuesto se destinará al pago de las complicaciones e incapacidades prematuras, como lo explica última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México [10]. Es necesario un nuevo planteamiento en investigaciones que pertenezcan al campo de las Ciencias de la Salud desde un enfoque de atención primaria que implique la búsqueda del bienestar desde la prevención de las enfermedades, que evite que la población enferme hasta el cambio de perspectiva en las personas que ya están diagnosticadas con alguna ECNT, buscando crear una nueva perspectiva reflexiva por parte del enfermo crónico [11]. Investigaciones de este estilo pueden ser precursoras también de programas educativos en donde el estudiante de pregrado y posgrado tenga una actitud crítica ante el sistema de salud actual y el abordaje clínico actual que no dota al paciente de las herramientas necesarias para evitar que la población enferme.

El autocuidado es una variable imprescindible a tomar en cuenta para evitar consecuencias en la salud del paciente con ECNT, pues se ha demostrado que el esfuerzo de los equipos multidisciplinarios que establecen el autocuidado en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas da como resultado el control de parámetros de salud como son la glucosa, presión sanguínea, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, entre otros. Esto a su vez se traduce en la disminución de complicaciones en dichas personas [12].

Asimismo, se ha explorado, a través de modelos transteóricos, la necesidad que tienen los pacientes que sufren de ECNT de fomentar la adherencia terapéutica que implica 5 etapas: la precontemplación, la contemplación, la preparación, la acción y manutención. Los pacientes que completan todas las etapas tienden a conservar la salud por más tiempo [13]. De la misma manera, se ha hecho necesaria la medición del bienestar en personas con ECNT, pues la terapéutica en general tiene como objetivo devolver la salud a un individuo, misma que implica el bienestar en 3 dimensiones: Física, psíquica y social [14].

También se ha señalado la necesidad de estudiar el apoyo familiar en los pacientes con enfermedades crónicas, pues la falta de éste da como resultado el estrés para el paciente y sus cuidadores además de que la institucionalización es más frecuente cuando se carece de la colaboración de la familia para proporcionar los cuidados más esenciales [15].

Del mismo modo, se ha comprobado que las personas que viven con ECNT y hacen uso de estrategias para afrontar el dolor crónico recuperan más rápidamente su salud física y psicológica. La utilización combinada de estas estrategias, además, motiva al paciente a la rehabilitación permitiéndole recuperar la movilidad y mejorando su calidad de vida [16].

Por ello, el objetivo general de este estudio fue medir el efecto de un programa de educación en salud basado en el enfoque de atención primaria de salud, destinado a la mejora su autocuidado, adherencia al tratamiento, apoyo familiar, afrontamiento al dolor crónico y bienestar subjetivo en pacientes del Estado de

México, con enfermedades crónicas no transmisibles. Por todo lo anterior se establece la siguiente hipótesis de investigación:

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para mejorar la capacidad de agencia de autocuidado, la adherencia al tratamiento, apoyo familiar, estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, y bienestar subjetivo en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con un diseño pretest-posttest con grupos experimentales de aproximadamente 25 personas por grupo para fines prácticos, cuyo objetivo fue valorar el efecto de las variables de estudio antes y después de la aplicación del programa, para luego hacer su respectiva comparación estadística ^[17].

El tipo de muestreo fue intencional, debido a que se seleccionaron a las personas que tienen posibilidad de formar parte de la muestra debido al acceso que se tiene de los pacientes de acuerdo con los criterios de inclusión que implicaron: ser pacientes mayores de edad que estuvieran recibiendo tratamiento por alguna enfermedad crónica no transmisible y que desearon participar voluntariamente en el programa. Cabe mencionar que las personas analfabetas fueron auxiliadas en el llenado de las cédulas e instrumentos correspondientes, por lo que la escolaridad no fungió como criterio de exclusión en ningún caso.

Se trabajó con pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles como la obesidad, hipertensión, diabetes, cáncer de mama y factores de riesgo como las adicciones y el sobrepeso que reciben tratamiento en alguno de los hospitales del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) de la ciudad de Toluca, Estado de México. La muestra estuvo conformada por 188 personas, 53 hombres y 135 mujeres. La edad de los participantes osciló entre los 20 y 64 años de edad, con una media de 34.68 años y una desviación estándar de 8.00 y tienen

las siguientes actividades laborales: 105 personas fueron amas de casa, 17 obreros, 16 empleados, 11 albañiles, 9 técnicos, 6 servidores públicos, 5 estudiantes, 5 comerciantes, 5 desempleados, 4 docentes, 3 choferes y 2 secretarias. En cuanto al nivel educativo, el 79% contaba con educación básica, el 16% con nivel medio superior y el 5% con licenciatura.

Instrumentos

Se utilizó la escala para la valoración de la capacidad de agencia de Autocuidado ^[18] validada para muestras mexicanas ^[19], cuyo objetivo fue evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en las categorías de interacción social, consumo suficiente de alimentos, bienestar personal, promoción del funcionamiento y desarrollo personal y actividad y reposo. Esta escala tiene un total de 24 ítems con un formato de respuesta de 5 alternativas tipo Likert, donde el 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de agencia de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos. La validez se obtuvo a través de un análisis factorial con rotación varimax y extracción de componentes principales e indica una estructura comprendida por 9 factores: Adquisición de técnicas de autocuidado, Prevención de riesgos que pongan en peligro la vida, Función de los grupos sociales, Equilibrio de la dieta, Búsqueda de ayuda, operacionalización de las actividades para el autocuidado, mejoramiento autocuidado, equilibrio entre actividad física y descanso y comunicación social. que explican 65.87% de la varianza total. La confiabilidad del instrumento presenta un alfa de Cronbach de 0.74.

Asimismo, se hizo uso de una Escala de Adherencia al tratamiento ^[20] diseñada en México. Su objetivo es determinar la Adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas. La escala consiste en 24 reactivos con 3 alternativas de respuesta (siempre, algunas veces y nunca). La validez se obtuvo a través del análisis de varianza con rotación varimax y extracción de componentes principales con Kaiser, arrojó 7 dimensiones que explican el 58.76% del total de la varianza: Apoyo del personal y familia, Confianza en personal salud, Percepción de dificultades, Percepción de vulnerabilidad, Cumplimiento de la dieta, Opinión externa en tratamiento y Autoaceptación de competencia del tratamiento. La confiabilidad se analizó con la prueba alfa de Cronbach, obteniéndose un índice de 0.72.

El apoyo familiar fue medido a través de la escala de apoyo social percibido de la familia ^[21], que cuenta con una varianza total explicada para la escala de apoyo social percibido de la familia (PSS-Fa) de 48.5% y un alfa de Cronbach de 0.87 al ejecutar la prueba que busca evaluar el apoyo social vinculado a las relaciones familiares; Presenta 16 ítems con un formato de 3 respuestas: Si, No y No sé, otorgando la opción: Si y 0 a las restantes opciones: No y No sé. Cabe mencionar que esta escala es parte de un instrumento

denominado “Escala de apoyo social percibido por la familia y amigos”, y se utilizó solamente el factor familia para fines de esta investigación.

También se utilizó el Cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico [22], una escala para medir las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico con 5 opciones de respuesta: Totalmente en desacuerdo = 0, más en desacuerdo que de acuerdo = 1, Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2, Mas de acuerdo que en desacuerdo = 3 y totalmente de acuerdo = 4. Se adaptó el cuestionario para población mexicana con 23 ítems que explicaron el 64% de la varianza total y un alfa de Cronbach de 0.83 mediante las técnicas de evaluación por jueces, entrevistas cognitivas, análisis factorial exploratorio y confirmatorio con una muestra diferente de la que fue estudiada en esta investigación. Se conservaron todos los factores originales con: 4 reactivos para creencias, 3 para autoafirmación, 3 de autocontrol mental, 3 de búsqueda de información, 3 de distracción y 4 de catarsis.

Asimismo, se utilizó la Escala de bienestar subjetivo [23] que mide el bienestar subjetivo en personas entre 15 y 45 años, basados en indicadores subjetivos y objetivos. La prueba consta de 29 ítems con 4 opciones de respuestas: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Los factores de la escala son: crecimiento personal (6 ítems), relaciones positivas con otros (5 ítems), proyecto de vida (4 ítems), autoaceptación (4 ítems), planes a futuro (4 ítems), rechazo personal (3 ítems) y control personal (3 ítems). Se obtuvieron valores alfa por escala van de 0.74 a 0.83 y Se explica el 60.51% de la varianza total.

Procedimiento

El enfoque de Atención Primaria de Salud contempla a la salud como un derecho humano, más allá de lo político y social y pone énfasis en las actividades para conseguir mejoras en cualquier ámbito que contemple la salud humana y que sean equitativas para la toda la población [24]. Con base en este enfoque se desarrolló un programa de educación en salud.

A partir de las dimensiones de cada instrumento, se buscaron los temas a desarrollar que abarcaran cada una de éstas y se elaboraron las cartas descriptivas para 14 sesiones que comprende el programa de educación en salud, contemplando dos sesiones para las dos

mediciones necesarias. Posteriormente se les dio un nombre sin tecnicismos y con un lenguaje apropiado para cualquier tipo de población. Los temas fueron los siguientes: 1.-Medición pretest, 2.-La participación social en el mi entorno, 3.-Conservo mi salud a través del autocuidado, 4.-¿Dónde busco información de mi padecimiento?, 5.-Cuido mi salud a través del plato del buen comer y la jarra del buen beber, 6.-El ejercicio y descanso para estar saludable, 7.-Estrategias para cumplir con mi tratamiento, 8.-Taller para la elaboración de autobiografía y plan de vida, 9.-Ejercicio vivencial de autoestima, 10.-Técnicas de control mental, 11.-Mi árbol genealógico, 12.-Estrategias para enfrentar mis malestares, 13.-Dinámica para observar mi desarrollo personal y 14.-Medición postest. El documento fue sometido a un análisis por parte de jueces expertos en salud pública y pedagogía quienes hicieron las observaciones correspondientes antes de la aplicación del programa. Se realizó una invitación en las instituciones de salud pública, sitios concurridos, oficinas gubernamentales y escuelas para que participaran en los talleres de educación en salud, acordando las fechas y horarios previamente con los responsables de cada sección municipal.

Se convocó a los pacientes de distintas instituciones de salud que residían en diversos municipios que pertenecen al Valle de Toluca. En cada municipio se prepararon los espacios necesarios como las aulas con el mobiliario preciso y se adquirieron los equipos y herramientas para realizar el programa de atención primaria de salud. En todos los casos se llevó a cabo la logística, que consistió en la reproducción del material para los pacientes. Se adaptaron los espacios para colocar el proyector, bocinas y computadora para la presentación de diapositivas.

Todo comenzó puntualmente y la primera semana en cada sitio, se llevó a cabo la aplicación del pretest. Al finalizar todas las sesiones, se citó a los pacientes para recoger su constancia de participación y ahí se aplicó el postest 4 meses después del pretest y finalmente se compararon ambos resultados para medir los cambios ocurridos en cada una de las variables: capacidad de agencia de autocuidado, adherencia terapéutica, apoyo familiar, afrontamiento al dolor crónico y bienestar subjetivo. La eficiencia del programa se evaluó después de comparar los resultados del pretest contra los del postest.

Todos los participantes tuvieron información suficiente acerca de la naturaleza de la investigación, existiendo para ello una plática informativa previa a las mediciones y aplicación del programa, además de proporcionarles por escrito una carta de consentimiento informado

en la que se detallan los objetivos, riesgos, complicaciones y temas que se abordaron durante el desarrollo de los talleres.

De la misma manera, se les entregó el aviso de la confidencialidad de sus datos personales y una carta de consentimiento informado, conforme a los principios éticos que marca la Declaración de Helsinki [3], en donde se estipula que toda la información otorgada desde el inicio de la intervención será tratada de manera privada y únicamente para fines investigativos. La participación de todas las personas que decidieron formar parte de la muestra fue de forma voluntaria y no se trabajó con pacientes menores de edad. Durante el desarrollo de los talleres se procuró un ambiente inclusivo, de responsabilidad en el cuidado de su salud y el respeto al valor fundamental de la dignidad y de la vida de todos los participantes.

Análisis de datos

Para el análisis estadístico se usó la prueba estadística de la *t* de Student para muestras relacionadas, prueba estadística en la que se exige dependencia entre las variables, que, en un primer período, las observaciones servirán de control para conocer los cambios que se susciten después de aplicar una variable experimental [25].

Resultados

Como se puede observar en la tabla 1, existe un puntaje mayor de las medias en la segunda medición con respecto a la primera, excepto en las variables de percepción de dificultades, *percepción de vulnerabilidad* y *rechazo personal* que son factores negativos, en donde el primer puntaje es el mayor. Y los valores de *t* y *p* en cada una de las variables indican que estas diferencias son estadísticamente significativas. Existe una mejora en las mediciones de todos los instrumentos: *autocuidado*, *adherencia terapéutica*, *creencias*, *catarsis*, *distracción*, *búsqueda de información*, *autoafirmación*, *autocontrol*, *apoyo familiar* y *bienestar*.

Tabla 1
Medias y desviaciones estándar de los instrumentos aplicados

Factores	Media (antes)	D.E. (antes)	Media (después)	D.E. (después)	t	p	Tamaño del efecto (d de Cohen)
Capacidad de agencia de Autocuidado							
Adquisición de técnicas	3.701	0.901	4.557	0.751	16.971	0.000	1.750
Prevención peligro vida	3.729	0.933	4.593	0.235	19.175	0.000	1.978
Función grupos sociales	3.919	0.912	4.638	0.687	13.817	0.000	1.425
Equilibrio dieta	3.903	0.983	4.582	0.762	14.145	0.000	1.459
Búsqueda de ayuda	3.706	1.031	4.539	0.829	15.623	0.000	1.611
Operacionalización	3.884	0.982	4.622	0.732	16.602	0.000	1.712
Mejoramiento autocuidado	2.947	0.623	4.143	0.644	24.431	0.000	2.520
Eq. Actividad física-descanso	2.611	0.932	3.904	0.781	22.972	0.000	2.369
Comunicación social	3.383	1.041	4.371	0.772	16.942	0.000	1.747
Adherencia al tratamiento							
Apoyo del personal y familia	2.672	0.161	2.838	0.228	8.361	0.000	0.862
Confianza en personal salud	2.877	0.193	2.983	0.221	5.002	0.000	0.516
Percepción dificultades	3.257	3.866	1.134	0.8274	6.744	0.000	0.696
Percepción vulnerabilidad	2.760	0.906	2.345	0.661	5.783	0.000	0.596
Cumplimiento de la dieta	2.681	0.343	2.956	0.275	8.441	0.000	0.870
Opinión externa en tratamiento	1.733	0.242	1.962	0.177	10.732	0.000	1.107
Autoaceptación del tratamiento	2.894	0.312	2.964	0.245	2.837	0.005	0.293
Estrategias de Afrontamiento ante el Dolor crónico							
Creencias	2.943	1.078	4.101	0.839	22.441	0.000	2.315
Catarsis	3.196	1.063	4.217	0.826	23.903	0.000	2.465
Distracción	3.228	1.065	4.232	0.842	20.461	0.000	2.110
Búsqueda de Información	3.782	0.936	4.504	0.754	17.145	0.000	1.768
Autoafirmación	3.525	0.932	4.382	0.693	23.016	0.000	2.374
Autocontrol	2.934	0.905	4.125	0.725	25.792	0.000	2.660
Apoyo Social percibido de la Familia							
Apoyo Familiar	2.772	0.141	2.867	0.058	9.303	0.000	0.960
Bienestar subjetivo							
Crecimiento personal	3.818	0.308	3.975	0.112	8.08	0.000	0.833
Relaciones con otros	3.375	0.443	3.847	0.246	18.50	0.000	1.908
Proyecto de vida	3.776	0.364	3.964	0.154	7.52	0.000	0.776
Autoaceptación	3.202	0.481	3.832	0.282	21.83	0.000	2.252
Planes a futuro	3.393	0.287	3.897	0.218	25.00	0.000	2.579
Rechazo personal	2.904	0.737	2.642	0.748	3.442	0.001	0.355
Control Personal	3.121	0.352	3.803	0.275	22.49	0.000	2.320

En lo que concierne a las medias de los factores del instrumento de *Autocuidado*, el *mejoramiento de autocuidado y equilibrio entre actividad física y descanso* tienen más de 1.00 de diferencia. En los factores de Adherencia al tratamiento, la *percepción de dificultades* es la que muestra una diferencia significativa con 2.00. En las estrategias de afrontamiento, los factores *creencias*, *catarsis*, *distracción* y *autocontrol* son los que presentaron más cambios. Por otro lado, el factor de *Autoaceptación del tratamiento* y el *apoyo familiar* de los instrumentos de *Adherencia terapéutica* y *Apoyo social percibido de la familia*, respectivamente, son los que sufrieron menos cambios.

Con respecto al tamaño del efecto, las variables de *autocuidado*, *estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico* y *bienestar subjetivo* tienen factores que se encuentran por encima de dos desviaciones estándar en el postest, en comparación con el pretest. En lo referente al autocuidado, los puntajes de los factores de *mejoramiento de autocuidado y equilibrio entre actividad física y descanso* tuvieron mayor efecto. Lo mismo ocurre con todas las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, excepto *búsqueda de información*. En relación con el bienestar subjetivo el mayor efecto lo tuvieron los factores de *autoaceptación*, *planes a futuro* y *control personal*.

Discusión

Respecto al autocuidado, el desarrollo del programa hizo énfasis en la prevención de peligros contra la vida, mejorar la relación con los demás, el cuidado de la dieta, el ejercicio y el descanso con actividades que implicaron hablar de la opinión que tuvieron los pacientes de sí mismos, identificaron los beneficios y desventajas de su estilo de vida actual y la obtuvieron información acerca de la búsqueda de apoyo social. Los resultados muestran que hubo diferencias estadísticamente significativas en los datos obtenidos antes y después de la intervención y se contemplaron todos los factores del instrumento haciendo énfasis en: *la adquisición*, *búsqueda*, *operacionalización* y *mejoramiento de técnicas de autocuidado*. "El autocuidado propicia un cambio de hábitos en cuanto a la alimentación, actividad física y descanso en los pacientes con enfermedades crónicas" ^[12], y además promueve la toma de responsabilidad sobre los padecimientos con los que tendrá que vivir una persona el resto de su vida. Junto con las estrategias de afrontamiento,

la variable de *autocuidado* es la que muestra mayores modificaciones puesto que en todas las sesiones se hizo hincapié en la importancia de llevar a cabo acciones para el cuidado personal.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, se habló de la importancia de las terapias farmacológicas y no farmacológicas, la asistencia a consultas, el respeto de los tiempos y horarios de las citas, la necesidad de confiar en el personal de salud y llevar una dieta conforme a las prescripciones nutricionales aunque eso implicara buscar la ayuda de sus familiares. Conforme a los resultados, se observan diferencias significativas estadísticamente en los datos obtenidos antes y después de la intervención. Los factores que se abordaron fueron: *la importancia de relación de confianza con el personal de salud, cumplimiento de dieta e ingesta suficientes, beneficios de llevar a cabo el tratamiento y equilibrio entre actividad física y descanso*. Es posible comprobar la relación entre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas y la mejora en los indicadores del estado de salud del individuo y advierten de la importancia de que el paciente se adhiera a las prescripciones del equipo de salud para recuperar el equilibrio del organismo ^[13]. El factor que más modificaciones sufrió fue la importancia de la opinión externa en el tratamiento, es decir, que posterior a los talleres, los pacientes escucharon más a sus familiares en el sentido de recordatorios de hábitos saludables, horarios de tomas de medicamentos, entre otras opiniones respecto a las prescripciones médicas del paciente.

En lo que respecta al apoyo familiar, el programa se enfocó a la solicitud de ayuda a los familiares aun cuando hubiera vergüenza o miedo al rechazo. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los datos obtenidos antes y después de la intervención que abordó el único factor del instrumento: *apoyo social percibido por la familia y comunicación social*. Se ha evaluado el bienestar en personas con Enfermedades crónicas No Trasmisibles en Perú y se afirma que está íntimamente ligado a la calidad de vida de los pacientes y a la recuperación de sus funcionalidades ^[14]. Los autores mencionan que “un paciente con suficiente apoyo familiar puede tener mayor bienestar en el transcurso de su vida, pues mediante el cuidado y afecto de los seres queridos mejoran los estados de ánimo y psicológico de los enfermos” ^[14]. También se ha señalado que la falta de apoyo familiar para los pacientes con enfermedades crónicas da como resultado el estrés para el paciente y sus cuidadores además de que la institucionalización es más frecuente cuando se

carece de la colaboración de la familia para proporcionar los cuidados más esenciales ^[15]. Cabe mencionar que esta variable fue la que menos modificaciones tuvo dentro del programa, posiblemente porque las familias de los pacientes no estuvieron implicadas en el trascurso de las sesiones.

Con relación al afrontamiento ante el dolor crónico, se encontraron diferencias significativas estadísticamente en los datos obtenidos antes y después de la intervención en la que se tomaron en cuenta cada uno de los factores del instrumento y se midió cada estrategia: *creencias, catarsis, distracción, búsqueda de información, autoafirmación y autocontrol mental*. La adquisición de herramientas que fortalezcan la capacidad de afrontamiento en las personas que transcurren por una enfermedad crónica, contribuye a la vida digna y al bienestar de dichos pacientes ^[16]. La estrategia que mayor incremento tuvo fue autocontrol, seguida de catarsis, autoafirmación, creencias, distracción y búsqueda de información. Este último factor fue el que menos diferencias mostró en parte porque no existió una actividad extra-clase en la que los pacientes buscaran información de sus padecimientos.

En lo que concierne al programa respecto al bienestar subjetivo, el participante realizó su autobiografía y mediante unas preguntas estructuró su plan de vida hasta obtenerlo como una redacción que leyó frente a sus compañeros. Al final de todos los talleres cada asistente que concluyó el programa recibió un reconocimiento y se realizó una convivencia en donde pudieron exponer los avances que subjetivamente apreciaban. En esta variable se encontraron diferencias estadísticamente significativas, mediante la prueba t de Student, en los datos obtenidos antes y después de la intervención que manejó factores como: *Desarrollo y bienestar humano, crecimiento personal, planes a futuro y propósito de vida*. La percepción negativa del bienestar en las personas con padecimientos crónicos es predictor de complicaciones a largo plazo pudiendo incluso generar estilos de vida poco saludables que lleven a los adultos enfermos a presentar más de una enfermedad crónica o pluripatología ^[26]. De ahí la importancia en el abordaje de estos temas en programas de salud enfocados a personas con ECNT. Los factores en donde hubo mayor diferencia fueron los *planes a futuro y la autoaceptación* que concuerdan más directamente con las dinámicas que se llevaron a cabo. Sin embargo, es recomendable una revisión en las actividades de los temas de *proyecto de vida* y

crecimiento personal, debido a que fueron los factores que donde menor incremento hubo.

Las limitantes para este estudio se presentaron desde la recolección de la muestra que se determinó de manera intencional, pues acudieron al llamado todas aquellas personas interesadas en la mejora de su salud. Asimismo, en todos los municipios hubo pacientes que no completaron el 100% de las sesiones, por lo que tuvieron que ser excluidos para el análisis de los resultados. De la misma forma ocurrió con quienes no cubrieron con los requisitos para formar parte de la muestra. Se preveía mayor número de participantes en todos los municipios e incluso llegar a algunas localidades donde fue imposible el acceso para los investigadores debido a obstáculos burocráticos.

A pesar de haber planeado de manera precisa las actividades del programa, hubo variables extrañas como no haber podido regresar a los lugares donde se aplicó el programa para dar un seguimiento más exhaustivo debido a la vigencia de los permisos, los recursos financieros y las características de la muestra.

Se sugiere tomar en cuenta las limitantes para el desarrollo de nuevas investigaciones acerca del tema y prever con suficiente antelación los permisos correspondientes con las autoridades políticas y sanitarias donde se pretenda llevar a cabo una investigación de esta índole.

Finalmente, se sugiere contemplar en estudios posteriores la intervención no sólo con el paciente sino de ser posible con familiares que constituyen su red de apoyo más próxima. Seguramente se encontrarían datos de interés para la elaboración y desarrollo de programas de Atención Primaria de Salud.

REFERENCIAS

1. Sánchez, S., Padilla, N. y García (2017). Comparación de la relación del estilo de vida con el sobrepeso y la obesidad en personas con y sin antecedentes heredofamiliares de diabetes tipo 2. *Jóvenes en la ciencia*, 3(2), 467-471.
2. Jordan E., Galea G., Tukuitonga C., Beaglehole R. (2015). Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*, 366(1); 1667-1671.
3. De Mundial, Asociación Médica (2013). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. The World Medical Association: Brasilia.
4. Rivera J., Barquera S., Gonzalez-Cossio T., Olaiz G. y Sepulveda J. (2014) Nutrition transition in Mexico and in other Latin American countries. *Nutrition Reviews*, 7(2), 149-157.
5. Lizaraso C. y Ruiz, E. (2016). Hacia una nueva medicina preventiva. *Horizonte Médico*, 16(2), 4-5.
6. Chauca, C., Sayda M., Yambay, C. y Verónica, I. (2018). Dimensiones de calidad de vida afectadas en los pacientes diabéticos. Distrito de salud Chambo-Riobamba, noviembre 2017–marzo 2018. 2018. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba.
7. Strong K., Mathers C., Leeder S. y Beaglehole R. (2015). Preventing chronic diseases: how many lives can we save. *Lancet Journals*, 366, 1578-1582.
8. Rivera-Gallardo T., Parra-Cabrera S. y Barriguete-Meléndez J. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para la osteoporosis. *Salud Pública de México* (4)7, 308-318.
9. Etzwiler D. (2017) Don't ignore the patients. *Diabetes Care* 24, 1840-1841.
10. Romero-Martínez, M., Shamah-Levy, T., Franco-Núñez, A., Villalpando, S., Cuevas-Nasu, L., Gutiérrez, J. P. y Rivera-Dommarco, J. Á. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura. *Salud pública de México*, 55, 332-340.

11. Julio, V. Vacarezza, M., Alvarez C. y Sosa A. (2017) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 34 (1), 11-14.
12. Gallardo, L. y Monroy, G. (2016). El autocuidado y las apps, agentes de cambio en enfermedades como sobrepeso, obesidad y diabetes. *Revista Digital Universitaria*, 18(8), 1-13.
13. García, P., y Lucas, V. (2013). *Etapas de cambio y adherencia terapéutica en mujeres con enfermedades crónicas no transmisibles durante un programa de atención multidisciplinaria*. (Tesis de doctorado inédito). Instituto Nacional de Salud Pública: México.
14. Alpi, S. V., Quiceno, J. M., y Munévar, F. R. (2016). Calidad de vida en adultos jóvenes colombianos según el sexo: Un estudio descriptivo comparativo. *Salud y Sociedad*, 6(2), 172-180.
15. Torres-Pinto, X., Carreño–Moreno, S., y Chaparro-Díaz, L. (2017). Factores que influyen en la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 49(2), 35-64.
16. Jiménez, E., Herrera, F., Sneider, A. y Arango, A. (2017). *Afrontamiento de los Pacientes con Enfermedad Crónica Diabetes Mellitus e Hta de la ESE Centro de Salud Ricaurte para el Año 2016* (Tesis de doctorado inédito). Universidad de Cundinamarca: República de Colombia.
17. Hernández, F., Fernández, C., y Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
18. Manrique F., Fernández A. y Velandia A. (2009). Análisis factorial de la Escala para la valoración de la capacidad de agencia de Autocuidado (ASA). *Aquichan*, 9(3), 222-235.
19. Araujo R., Acevedo-Treto M., Román-Carrillo M., Trejo-Ortiz P., Mollinedo-Montaño F. y Acuña F. (2013). Capacidad de agencia de autocuidado como estilo de vida saludable en pacientes con hipertensión arterial sistémica: Memorias del 14° seminario de Investigación. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.

20. Salinas, J., Espinoza V. y González H. (2014). Características psicométricas de una escala de adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus II e Hipertensión en una muestra de pacientes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 905.
21. Domínguez A., Salas M., Contreras C. y Procidano, F. (2010). Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 125-137.
22. Soriano J. y Monsalve V. (2002). Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9(1), 13-22.
23. González M. B. (2013). *Prácticas parentales, bienestar psicológico y conductas de riesgo en adolescentes*. (Tesis de doctorado inédito). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
24. Starfield, B. y Aspachs, J. P. (2011). Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson.
25. González M. y Pérez A. (2012). Estadística aplicada: *Una visión instrumental*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.
26. Jiménez, E. S. (2012). Capacidad funcional y bienestar subjetivo de los pacientes geriátricos del municipio Cerro. 2012. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 2(2), 1-9.

7.4 Resultados adicionales

El Programa de Atención Primaria de Salud para pacientes con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles fue presentado en el III Congreso Virtual Internacional de Enfermería en Salud Mental (2016) y es parte de las memorias de dicho evento editadas por psiquiatría.com con el ISBN 978-84-939483-8-3.

PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES.

Autores: Mtro. Arturo Alejandro Domínguez López², Dr. Johannes Oudhof van Barneveld³, Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes⁴, Dra. Dra. Mirta Margarita Flores Galaz⁵ y Dra. Lourdes Gabriela Villafaña Montiel⁶

Resumen:

En el contexto de salud actual, las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) son más frecuentes, en parte debido a los cambios en los estilos de vida que implican sedentarismo, alimentación incorrecta, falta de sueño, adicciones, entre otros.

Los padecimientos más frecuentes son las cardiopatías, enfermedades respiratorias, cáncer y diabetes. Todas estas enfermedades son de larga duración y evolucionan de forma lenta. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), Estas enfermedades matan a 38 millones de personas cada año y el 75% de estos fallecimientos se producen en países con ingresos medios y bajos. Es necesaria la educación en salud para evitar estilos de vida no saludables que ponen en riesgo a millones de personas en el mundo.

Por esta razón se hizo una revisión teórica de las variables que tendrían que estar presentes en para elaborar un programa desde el enfoque de Atención Primaria de Salud (accesible a toda la población independientemente de sus recursos económicos y zona geográfica donde se encuentren) y se determinaron 5 principales: Autocuidado, Adherencia terapéutica, Apoyo social percibido de la familia y los amigos, Bienestar y Afrontamiento al Dolor Crónico.

A partir de ahí se buscaron los temas a desarrollar y se elaboraron las cartas descriptivas para 14 sesiones que comprende el programa de educación en salud.

Este programa responde a un primer esfuerzo teórico de llevar la atención primaria dentro y fuera de las instituciones de salud y se pretende llevar a la práctica para probar su eficiencia.

Palabras clave: Atención primaria de salud, Programa de educación en salud, Autocuidado, Adherencia terapéutica, Apoyo social, Afrontamiento al Dolor Crónico.

² Doctorante de Ciencias de la Salud por la Universidad Autónoma del Estado de México;
E-mail: info@dandros.com.mx

³ Integrante del Sistema Nacional de Investigadores en México. Universidad Autónoma del Estado de México, México. E-mail: hansovb@hotmail.com

⁴ Integrante del Sistema Nacional de Investigadores en México. Universidad Autónoma del Estado de México, México. E-mail: nigalf@yahoo.com.mx

⁵ Integrante del Sistema Nacional de Investigadores en México. Universidad Autónoma de Yucatán;
E-mail: fgalaz@uady.mx

⁶ Integrante del Sistema Nacional de Investigadores en México. Universidad Autónoma del Estado de México, México. E-mail: gabyclinica@hotmail.com

Abstract:

In the context of current health, non-communicable chronic diseases (NCDs) are more frequent, partly due to changes in life styles involving physical inactivity, improper diet, lack of sleep, addiction, among others.

The most common diseases are heart disease, respiratory disease, cancer and diabetes. All of these diseases are long lasting and evolve slowly. According to the World Health Organization (WHO, 2014), these diseases kill 38 million people every year and 75% of these deaths are in countries with low and middle incomes. Health education is needed to avoid unhealthy life styles that threaten millions of people worldwide.

For this reason it is a theoretical review of the variables that would have to be present to develop a program from the approach of Primary Health Care (accessible to all people regardless of their economic resources and geographical area where they are) and it was determined by 5 variables: Self-care, therapeutic adherence, perceived social support from family and friends, Welfare and Coping with chronic pain.

From there, the subjects to develop were sought and descriptive letters into 14 health education program sessions.

This program responds to a first theoretical effort to bring primary care within and outside health institutions and is intended to implement to prove their efficiency.

Key words: Primary Health Care, Health education program, Self-care, Therapeutic adherence, Perceived social support, Welfare, Coping with Chronic Pain.

PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES.

El mundo está cambiando en diversos aspectos, desde el mayor uso de la tecnología que no había estado al alcance de tantas personas como ahora, un mercado globalizado, un ritmo de vida más acelerado y que demanda mayor eficiencia para salir adelante a la par del cambio en la dinámica familiar en donde cada vez son más hogares en donde tienen que trabajar ambos integrantes de la pareja. Estos cambios traen consigo la necesidad de adoptar estilos de vida más prácticos que implican una vida sedentaria, el consumo de comida rápida, falta de sueño, poca convivencia familiar, baja vigilancia de las actividades de los menores en la familia, consumo de alcohol y tabaco a edades más tempranas, entre otras pautas que dificultan el cuidado de la salud.

La esperanza de vida de las personas es cada vez mayor porque se tiene mayor acceso a los servicios de salud y los medicamentos también son más eficaces. Sin embargo si se descuidan aspectos tan importantes como el ejercicio, la higiene, alimentación y descanso se incrementa el riesgo a largo plazo enfermedades crónicas como la diabetes, obesidad o algunos tipos de cáncer. Estas enfermedades no se transmiten de persona a persona, aunque tampoco se niega el componente genético de las mismas. Tienden a ser de larga duración y evolucionan por lo general de manera lenta (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Los padecimientos más frecuentes dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son las cardiovasculares (como la cardiopatía isquémica), las enfermedades respiratorias (como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica), el cáncer y la diabetes mellitus tipo 2.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2014), estas enfermedades matan a 38 millones de personas cada año y el 75% de estos fallecimientos se producen en países con ingresos medios y bajos.

Por esta razón es necesario un enfoque que enseñe a las personas a evitar las conductas de riesgo que aumentan la probabilidad de morir a causa de alguna ECNT.

El enfoque de Atención Primaria de Salud implica "la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país" (OMS, 2013).

Por otra parte, Morilla, Morales, Fernández, Berrobianco y Delgado (2011) mencionan que: "El autocuidado y la adherencia a su medicación, conductas preventivas y desarrollo de estilos de vida saludables son componentes clave del abordaje de las enfermedades crónicas" (p. 52).

Caballero y Alonso (2011) abordan el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles desde varios aspectos, entre los que se destacan: la adherencia al tratamiento, las habilidades de cuidado de los familiares, capacitación acerca de la enfermedad, apoyo social, percepción del envejecimiento y bienestar. Además, comentan que para el 2015 morirán en el mundo 41 millones de personas debido a la falta de acciones efectivas que impidan la evolución de las enfermedades crónicas que padecen.

Sapag, Lange, Campos y Piette (2014) encontraron que en América Latina el 82.4% de los pacientes con enfermedades crónicas mostraron interés por conocer acerca de alternativas para cuidar su salud, como el autocuidado, cuidado por pares, cuidadores informales y telecuidado que son maneras de procurarse poco exploradas hasta el momento y por su parte, Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela (2006) propusieron un programa de intervención biopsicosocial para los pacientes con dolor crónico con muy buenos resultados.

La Secretaría de Salud de Santander (2011), ha puesto en marcha diversas investigaciones para realizar programas de vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, indicando estrategias de intervención en las comunidades y programas de prevención.

En este trabajo se desarrolla un programa de educación en salud basado en el enfoque de Atención Primaria de Salud para atender a las necesidades de los pacientes con las ECNT que más preocupan al sistema de salud actual como son la diabetes mellitus tipo 2, obesidad, hipertensión arterial sistémica y EPOC con una duración de 14 semanas.

Tomando en cuenta las variables estudiadas por diversos autores que han dedicado tiempo al estudio de las ECNT, se hizo una revisión cuidadosa para seleccionar los temas a desarrollar en el programa. Se dedican algunas páginas a la descripción de este análisis y posteriormente se presentan las cartas descriptivas que contienen la información de los objetivos de cada una de las sesiones, el tiempo de cada actividad, actividades a desarrollar, contenidos didácticos, material de apoyo y evaluación al final de cada sesión.

Para determinar los temas a incluirse en el programa, se llevó a cabo un análisis de los factores de instrumentos usados para medir las variables de Autocuidado, Adherencia al tratamiento, Apoyo social percibido por la familia y amigos, afrontamiento al dolor crónico y bienestar subjetivo como se muestra a continuación:

1. La Escala para la valoración de la capacidad de agencia de Autocuidado (Manrique, Fernández y Velandia, 2009) está conformada por los 9 factores que se enlistan a continuación:
 - 1.1. Adquisición de técnicas de autocuidado
 - 1.2. Prevención de peligros contra la vida, funcionamiento y bienestar humanos
 - 1.3. Prevención del funcionamiento y desarrollo humano entre grupos sociales
 - 1.4. Equilibrio en el mantenimiento de una ingesta suficiente de comida
 - 1.5. Búsqueda de ayuda para la conservación de técnicas de autocuidado
 - 1.6. Operacionalización de técnicas de autocuidado
 - 1.7. Mejoramiento de las técnicas de autocuidado
 - 1.8. Equilibrio entre actividad y descanso
 - 1.9. Equilibrio entre soledad y comunicación social
2. La escala de adherencia al tratamiento (Salinas, Espinosa y González, 2014) tiene los siguientes 7 factores:
 - 2.1. Apoyo del personal de salud y familiares

- 2.2. Relación de confianza con el personal de salud
 - 2.3. Percepción de dificultades para llevar a cabo el tratamiento
 - 2.4. Percepción de vulnerabilidad y beneficios del tratamiento
 - 2.5. Cumplimiento de dieta e indicaciones médicas
 - 2.6. Opinión de otros para el seguimiento del tratamiento indicado
 - 2.7. Autoaceptación de la competencia para llevar el tratamiento
3. La escala de apoyo social percibido de la familia y amigos (Domínguez, Salas, Contreras y Procidano, 2010) tiene los dos siguientes factores:
 - 3.1. Apoyo social percibido de la familia
 - 3.2. Apoyo social percibido de los amigos
4. El cuestionario de afrontamiento al dolor crónico (Soriano y Monsalve, 2002) está conformado por 6 factores, que son:
 - 4.1. Creencias
 - 4.2. Catarsis
 - 4.3. Distracción
 - 4.4. Autoafirmación
 - 4.5. Autocontrol mental
 - 4.6. Búsqueda de información del padecimiento
5. El cuestionario de Bienestar Subjetivo (González, 2013) consta de 6 factores:
 - 5.1. Control personal
 - 5.2. Rechazo personal
 - 5.3. Planes a futuro
 - 5.4. Autoaceptación
 - 5.5. Propósito de vida
 - 5.6. Crecimiento personal

Los temas para desarrollar el programa se derivan de los factores estudiados para medir cada una de las variables en cuestión. Debido a la gran cantidad de factores (treinta en total por todos los instrumentos), se decidieron englobar los factores similares en temas, como se muestra en la tabla 1, respetando los números de los esquemas numerados que ya se desarrollaron previamente. Los temas se clasificaron en doce sesiones y se agregó una sesión para una dinámica de presentación del curso y una más para la conclusión del mismo.

Debido a que el enfoque de atención primaria de salud es accesible a todas las personas sin importar su nivel educativo o estrato socioeconómico al que pertenezcan, los temas se renombraron para mayor simplicidad.

Finalmente, se reorganizaron los temas para lograr una secuencia lógica. Los primeros temas están más encaminados a la teoría, los últimos son ejercicios prácticos y se ubicaron juntos aquellos temas seriados para tener así mayor impacto en los contenidos.

Todo el proceso que dio origen a los títulos de las sesiones y a la seriación de las mismas para llevar a cabo en el programa de atención primaria de salud, se ilustra en la tabla de la siguiente página.

Este trabajo es un primer esfuerzo teórico que será llevado a la práctica con el fin de demostrar su eficiencia en un estudio comparativo que hará uso de las escalas mencionadas anteriormente.

Tabla 1.

Correspondencia de los temas del programa de atención primaria de salud con los factores de los instrumentos para medir las variables de capacidad de agencia de Autocuidado, adherencia al tratamiento, apoyo social percibido de la familia, afrontamiento al dolor crónico y bienestar subjetivo en el paciente con enfermedades crónicas no trasmisibles.

No. de Sesión	Factores de los instrumentos	Nombre del tema que engloba los factores	Título de la sesión en el programa de atención primaria de salud
Tema 1	1.3 Prevención del funcionamiento y desarrollo humano entre grupos sociales 1.9 Equilibrio entre soledad y comunicación social 2.6 Opinión de otros para el seguimiento del tratamiento indicado 3.2 Apoyo social percibido de los amigos	Desarrollo humano entre grupos sociales, comunicación, equilibrio entre soledad y comunicación social.	La participación social en el mi entorno
Tema 2	1.1 Adquisición de técnicas e autocuidado. 1.5 Búsqueda de ayuda para la conservación de técnicas de autocuidado. 1.6 Operacionalización de técnicas de autocuidado. 1.7 Mejoramiento de las técnicas de autocuidado	Adquisición, Búsqueda, operacionalización y mejoramiento de técnicas de autocuidado.	Conservo mi salud a través del autocuidado
Tema 3	2.2 Relación de confianza con el personal de salud 4.6 Búsqueda de información del padecimiento	La importancia de la relación de confianza con el personal de salud en la búsqueda de información del padecimiento.	¿Dónde busco información de mi padecimiento?
Tema 4	1.4 Equilibrio en el mantenimiento de una ingesta suficiente de comida 2.5 Cumplimiento de dieta e indicaciones médicas	Cumplimiento de la dieta e ingesta suficiente de comida.	Cuido mi salud a través del plato del buen comer y la jarra del buen beber
Tema 5	1.8.- Equilibrio entre la actividad física y descanso	Equilibrio entre la actividad física y descanso	El ejercicio y descanso para estar saludable
Tema 6	2.3 Percepción de dificultades para llevar a cabo el tratamiento 2.4 Percepción de vulnerabilidad y beneficios del tratamiento 2.7 Autoaceptación de la competencia para llevar a cabo el tratamiento	Percepción de vulnerabilidad del paciente, dificultades y beneficios para llevar a cabo el tratamiento	Estrategias para cumplir con mi tratamiento
Tema 7	5.3 Planes a futuro 5.5 Propósito de vida	Planes a futuro y propósito de vida	Taller para la elaboración de autobiografía y plan de vida
Tema 8	4.4 Autoafirmación 5.2 Rechazo personal 5.4 Autoaceptación	Autoaceptación y autoafirmación personal vs rechazo personal.	Ejercicio vivencial de autoestima
Tema 9	1.2 Prevención de peligros contra la vida, funcionamiento y bienestar humanos 4.5 Autocontrol mental 5.1 Control personal	Control personal y control mental para el buen funcionamiento y bienestar humanos.	Técnicas de control mental
Tema 10	2.1 Apoyo del personal de salud y familiares 3.1 Apoyo social percibido de la familia	Apoyo social percibido de la familia.	Mi árbol genealógico
Tema 11	4.1 Las creencias para enfrentar el dolor crónico 4.2 La catarsis para enfrentar el dolor crónico 4.3 La distracción para enfrentar el dolor crónico	Las creencias, catarsis y distracción, como estrategias para enfrentar el dolor crónico	Estrategias para enfrentar mis malestares
Tema 12	5.6 Crecimiento personal	Crecimiento personal	Dinámica para observar mi desarrollo personal

**CARTAS
DESCRIPTIVAS DEL
PROGRAMA**

Dinámica para la presentación del curso.**Dirigido a:** Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)**Modalidad:** Teórico y presencial**Responsable del curso:** M.P.G. Arturo Alejandro Domínguez López**Número de integrantes:** 25 personas como máximo**Sesión:** 1**Fecha:** Febrero 2017

Objetivo de aprendizaje:	Tiempo	Contenido didáctico	Actividades a desarrollar	Material de apoyo	Evaluación didáctica
El participante analizará la estructura general del curso, comunicará al grupo su interés por participar en el programa y registrará en forma de lista, los temas que se llevarán a cabo en las sesiones posteriores, empleando para ello el cuaderno de actividades.	60 minutos	-Presentación de la estructura general del curso. -Presentación personal de cada uno de los integrantes del grupo.	-El instructor explicará la estructura general del curso mediante rotafolios con esta información. -Los participantes se presentarán con sus compañeros mediante la dinámica de la telaraña ⁷ . - Preguntas: ¿Quién soy?, ¿Cuáles son mis gustos personales?, ¿Qué me motiva en la vida? y ¿Qué pretendo en el curso? ▲ Actividad extraclase: Elaborar un cuadro con el contenido general del curso.	Pintarrón Plumones para pizarrón blanco Libreta de trabajo Bola de estambre	Al finalizar la sesión se solicitará al grupo que coloque su extremo de estambre en el centro para que la bola se vuelva a enredar y por orden de participación contestará de manera individual y con sus propias palabras, ¿cuál es el objetivo general del curso?.

⁷ La dinámica de la telaraña (Gómez, 2007) consiste en que el expositor lanza una bola de estambre manteniendo un extremo en su mano, a una primera persona que deberá contestar 3 ó 4 preguntas para presentarse con el grupo y luego lanzarla una vez más quedándose con un trozo de estambre. Solamente se puede lanzar la bola a los participantes que no tengan algún extremo de estambre en las manos y al final se forma una telaraña y se concluye con la reflexión de que todos estamos conectados entre sí y por tanto es posible que necesitemos unos de otros en cualquier momento por lo que conviene estar bien comunicados y llevarse bien.

Tema 1: La participación social en el mi entorno.

Dirigido a: Pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT)

Modalidad: Teórico y presencial

Responsable del curso: M.P.G. Arturo Alejandro Domínguez López

Número de integrantes: 25 personas como máximo

Sesión: 2

Fecha: Febrero 2017

Objetivo de aprendizaje:	Tiempo	Contenido	Actividades a desarrollar	Material de apoyo	Evaluación didáctica
<p>El asistente expondrá la importancia de su participación social en el entorno donde se desarrolla, identificará su tipo de personalidad: introvertida o extrovertida y la manera de disfrutar su estancia en los grupos en donde elija convivir. Asimismo efectuará acciones para integrarse a los grupos sociales donde pertenece.</p>	<p>60 minutos</p>	<p>1.3 Funcionamiento y desarrollo entre grupos sociales.</p> <p>1.9 Equilibrio entre soledad y comunicación social.</p> <p>2.6 Opinión de otros para el seguimiento del tratamiento indicado.</p> <p>3.2 Apoyo social percibido de los amigos.</p>	<p>-El monitor expondrá los conceptos de introversión, extroversión, participación social, apoyo mutuo en la comunidad y familia, redes sociales y otros grupos, así como la importancia de todos estos grupos para integrarse en el entorno en donde se desenvuelve.</p> <p>-El asistente expondrá su punto de vista sobre la importancia que tiene integrarse a la sociedad y las dificultades que observa en sí mismo o en otros para que esto ocurra.</p> <p>▲ Actividad extraclase: Escribirle una carta a algún amigo, vecino o compañero de otro grupo al que pertenezca.</p>	<p>Pintarrón</p> <p>Plumones para pizarrón blanco</p> <p>Libreta de trabajo</p>	<p>El monitor entregará una pelota a un participante que irá circulando por el grupo hasta que se diga la palabra “ALTO”. Quien tenga la pelota en sus manos, contestará 1 de estas preguntas:</p> <p>-¿Soy introvertido o extrovertido y por qué?</p> <p>-¿Qué grupos existen para la convivencia?</p> <p>-¿Qué importancia tiene convivir con los grupos donde pertenezco?</p> <p>Quien conteste la pregunta elegirá a otro compañero para que conteste una pregunta diferente.</p>

Tema 2: Conservo mi salud a través del autocuidado

Dirigido a: Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Modalidad: Teórico y presencial

Responsable del curso: M.P.G. Arturo Alejandro Domínguez López

Número de integrantes: 25 personas como máximo

Sesión: 3

Fecha: Febrero 2017

Objetivo de Aprendizaje:	Tiempo	Contenido didáctico	Actividades a desarrollar	Material de apoyo	Evaluación didáctica
Que el participante analice las técnicas de autocuidado que ya tiene, integre aquellas que no posee y diseñe métodos de autocuidado basados en el programa “Pacient Actiu” del portal de salud de la comunidad.	60 minutos	1.1 Adquisición de técnicas de autocuidado. 1.5 Búsqueda de ayuda para conservación de técnicas de autocuidado. 1.6 Operacionalización de técnicas de autocuidado. 1.7 Mejoramiento de las técnicas de autocuidado.	-El expositor explicará el diagrama del autocuidado, su concepto y beneficios. - Intervalo para resolver dudas -Serie de 10 cortometrajes del programa “Pacient actiu” haciendo pausa de uno en uno para comentarios. ⁸ -Lluvia de ideas después de cada corto. ▲ Actividad extraclase: Lectura del caso real del autocuidado de una paciente con cáncer de mama contenido en el cuaderno de trabajo.	Computadora Proyector para diapositivas Diapositiva del diagrama Cortometrajes en DVD Bocinas Pintarrón Plumones para pizarrón blanco Fotocopias del caso real para pegar en la libreta Cuaderno de trabajo	Los participante se numerarán diciendo en voz alta el número que les corresponda y los que tengan número impar contestarán ¿Cuáles son las formas de autocuidado abordadas que poseen? y aquellos que tengan números pares contestarán ¿Qué estrategias de autocuidado les hacen falta adquirir?

⁸ Consejería de Salud Universal y Salud Pública. (15 de marzo de 2016). Programa Pacient Actiu para personas que padecen enfermedades crónicas. Recuperado de: <http://cuidatecv.es/videos/>

Tema 3: ¿Dónde busco información de mi padecimiento?**Dirigido a:** Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)**Modalidad:** Teórico y presencial**Responsable del curso:** M.P.G. Arturo Alejandro Domínguez López**Número de integrantes:** 25 personas como máximo**Sesión:** 4**Fecha:** Febrero 2017

Objetivo de Aprendizaje:	Tiempo	Contenido didáctico	Actividades a desarrollar	Recursos de apoyo	Evaluación didáctica
Que el participante adquiera información de su enfermedad, compare las opiniones de diferentes profesionales de salud y obtenga por cuenta propia datos de su padecimiento.	60 minutos	2.2 Relación de confianza con el personal de salud 4.6 Búsqueda de información del padecimiento	Panel de expertos integrado por un nutriólogo (a), un enfermero (a), un médico (a) y un psicólogo (a). Cada experto hablará en un primer momento de los principales padecimientos crónicos y cómo cuidarse (10 minutos) Finalmente, se abrirá un espacio de 20 minutos para la resolución de dudas, comentarios y propuestas para obtener información veraz. ▲ Actividad extraclase: Buscar información de su padecimiento y anotarla en el cuaderno de trabajo.	La participación de los profesionales de la salud que se ubicarán en el panel	Los participantes serán informados que al inicio de la siguiente sesión de solicitará al grupo que voluntariamente compartan sus experiencias en la búsqueda de información.

Tema 4: Cuido mi salud a través del plato del buen comer y la jarra del buen beber

Dirigido a: Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Modalidad: Teórico y presencial

Responsable del curso: M.P.G. Arturo Alejandro Domínguez López

Número de integrantes: 25 personas como máximo

Sesión: 5

Fecha: Febrero 2017

Objetivo de Aprendizaje:	Tiempo	Contenido didáctico	Actividades a desarrollar	Recursos de apoyo	Evaluación educativa
Que el participante identifique los alimentos básicos que integran una dieta correcta, balanceada, inocua y variada a través de esquemas de alimentación sana y sea capaz de incorporar esta información para experimentar un estilo de vida más saludable.	60 minutos	1.4 Equilibrio en el mantenimiento de una ingesta suficiente de comida 2.5 Cumplimiento de dieta e indicaciones médicas	-Explicación de los carteles que contienen los esquemas y los requisitos de una dieta correcta, balanceada, inocua y variada (20 minutos). -Integración del grupo en 5 equipos de trabajo donde tendrán que discutir y colocar 30 tarjetas en el lugar que les corresponda, según la explicación del esquema (20 minutos) ▲ Actividad extraclase: El llenado del esquema del plato y la jarra del bien comer en el cuaderno de trabajo.	2 Carteles con los esquemas completos del plato del buen comer y la jarra del buen beber Fotocopias de los esquemas para pegar en su cuaderno de trabajo. Contorno de los 10 esquemas, c/u en una hoja de rotafolio (5 del plato y 5 de la jarra) donde se colocarán las tarjetas	Dos integrantes de cada equipo explicarán una parte de los esquemas realizados en equipo (20 minutos.)

Tema 5: El ejercicio y descanso para estar saludable

Dirigido a: Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Modalidad: Teórico-práctico y presencial

Responsable del curso: M.P.G. Arturo Alejandro Domínguez López

Número de integrantes: 25 personas como máximo

Fecha: Marzo 2017

Sesión: 6

Objetivo de Aprendizaje:	Tiempo	Contenido didáctico	Actividades a desarrollar	Recursos de apoyo	Evaluación educativa
El participante identificará los signos para el cálculo del IMC, aprenderá a obtener este índice y lo empleará para elaborar un registro que se llenará a medida que realice ejercicio de manera habitual.	60 minutos	1.8 Equilibrio entre la actividad física y descanso.	<p>Desde la perspectiva anatómica y funcional del organismo humano, se explicará con una presentación de diapositivas la importancia del ejercicio físico y descanso adecuados.</p> <p>Los pacientes se tomarán medidas antropométricas por parejas y anotarán en un formato, su peso, talla, circunferencia de cintura, edad, sexo y padecimientos actuales.</p> <p>Una vez lleno el formato se les explicará cómo obtener su Índice de Masa Corporal (IMC) y con estos datos se analizarán en grupo las necesidades individuales de ejercicio y descanso, de acuerdo al programa “Chécate, mídete y muévete”</p> <p>▲ Actividad extraclase: Elaboración de un registro semanal, de las medidas antropométricas para ser llenado a medida que se haga ejercicio.</p>	Computadora Proyector para diapositivas Báscula Estadímetro portátil Cinta métrica Formato de parámetros de salud	De manera voluntaria se pedirá a los participantes que comenten de lo que se percataron durante esta dinámica para observar cómo integran esta experiencia a su vida personal.

Tema 6: Estrategias para cumplir con mi tratamiento**Dirigido a:** Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)**Modalidad:** Teórico-práctico y presencial**Responsable del curso:** M.P.G. Arturo Alejandro Domínguez López**Número de integrantes:** 25 personas como máximo**Sesión:** 7**Fecha:** Marzo 2017

Objetivo de Aprendizaje:	Tiempo	Contenido didáctico	Actividades a desarrollar	Recursos de apoyo	Evaluación educativa
El asistente se autoevaluará su capacidad de adherencia al tratamiento, elaborará un registro anecdótico de autoobservación le permitirá analizar los beneficios de un plan terapéutico con base en un programa de intervención psicosocial ⁹	60 minutos	2.3 Percepción de dificultades para llevar a cabo el tratamiento 2.4 Percepción de vulnerabilidad y beneficios del tratamiento 2.7 Autoaceptación de la competencia para llevar el tratamiento	Elaboración de: “una carta a mi cuerpo” agradeciendo y disculpándose por la forma en la que se le trata (15 minutos para elaboración y 15 minutos para integrar la experiencia) Exposición de las estrategias para mejorar la adherencia a través de un cuadro comparativo. ▲ Actividad extraclase: Elaboración de un registro anecdótico mensual de 5 rubros: medicamentos, dieta, ejercicio, descanso e higiene de acuerdo a las metas de su tratamiento, que comenzará desde la semana previa a esta sesión y se extenderá hasta un mes después de concluido el programa, para la autoobservación del plan.	Cuadro comparativo en rotafolio con las ventajas y desventajas de: -Recordatorios. -Mediciones. -Comunicación con personal de salud. -Apoyo por pares. -Autorrecompensas -Visualización de metas. Fotocopias de los rubros para la elaboración del registro anecdótico.	Se pedirá al asistente que incluya una columna para revisión semanal del registro anecdótico por parte del instructor.

⁹ Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535-547.

Tema 7: Taller para la elaboración de autobiografía y plan de vida
Dirigido a: Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)
Modalidad: Teórico-práctico y presencial
Responsable del curso: M.P.G. Arturo Alejandro Domínguez López
Número de integrantes: 25 personas como máximo
Fecha: Marzo 2017

Sesión: 8

Objetivo de Aprendizaje:	Tiempo	Contenido didáctico	Actividades a desarrollar	Recursos de apoyo	Evaluación educativa
<p>Que el participante elabore la autobiografía¹⁰ de su vida para desarrollar su autoconocimiento personal y, a partir de este referente, establecer metas realistas de acuerdo con sus experiencias personales previas en un esquema sintético de metas personales.¹¹</p>	<p>60 minutos</p>	<p>5.3 Planes a futuro.</p> <p>5.5 Propósito de vida.</p>	<p>Observación del video de Mafalda “plan de vida” (53 segundos) a manera de introducción.</p> <p>Explicación: Ventajas de tener un plan de vida.</p> <p>20 minutos para contestar brevemente las preguntas de un cuestionario para la redacción de la autobiografía contenidos en el cuaderno de trabajo.</p> <p>Explicación del cuadro de clasificación de metas personales</p> <p>10 minutos para llenar el cuadro.</p> <p>▲ Actividad extraclase: Redactar en el apartado correspondiente del cuaderno de trabajo, su autobiografía de forma textual y sencilla, con base en el cuestionario.</p>	<p>Proyector para diapositivas</p> <p>Computadora</p> <p>Bocinas</p> <p>Video de Mafalda</p> <p>Pintarrón</p> <p>Plumones para pizarrón blanco.</p> <p>Cuestionarios para la redacción de la autobiografía para pegar en el cuaderno</p> <p>Cuadros de clasificación de metas personales para pegar en el cuaderno</p> <p>Cuaderno de trabajo</p>	<p>La revisión del cuestionario previo a la redacción de la autobiografía.</p>

¹⁰ Madriz, G. (2004). *¿Quién eres?, ¿Quién soy?: La autobiografía en el relato de lo vivido*. A Parte Rei: revista de filosofía, (31), 11.

¹¹ Castañeda, L. (2008). *Un plan de vida para jóvenes: ¿qué harás con el resto de tu vida?*. México: Panorama editorial.

Tema 8: Ejercicio vivencial de autoestima**Dirigido a:** Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)**Modalidad:** Práctico y presencial**Responsable del curso:** M.P.G. Arturo Alejandro Domínguez López**Número de integrantes:** 25 personas como máximo**Sesión:** 9**Fecha:** Marzo 2017

Objetivo de Aprendizaje:	Tiempo	Contenido didáctico	Actividades a desarrollar	Recursos de apoyo	Evaluación educativa
Que el participante se reconozca a sí mismo y compare la idea que tiene otra persona de él/ella con la propia a fin de exprese verbalmente su sentir respecto a sus propios defectos y virtudes para incitar su autoaceptación a través de la técnica del autorretrato ¹² .	60 minutos	4.4 Autoafirmación 5.2 Rechazo personal 5.4 Auto-aceptación	<p>El participante será sensibilizado para la autopercepción mediante una imaginación guiada en donde primero se relajará, luego visualizará un escenario para que finalmente se observe a sí mismo.</p> <p>Los participantes se dividirán en 5 equipos y tomará cada quien una hoja en blanco para elaborar un autorretrato con colores y en la parte posterior de la hoja anotará 3 defectos que crea tener.</p> <p>Luego se procede a trabajar en parejas con un compañero con el que se conviva poco o sea desconocido, en donde se elaborará un retrato del compañero de trabajo (no de sí mismos) y en la parte de atrás se anotarán 3 virtudes que se piensa que tiene esa persona.</p> <p>Al final cada persona explica a su compañero de trabajo cómo se dibujó a sí mismo y por qué, y cómo dibujo al otro y las virtudes que percibió en él.</p> <p>▲ Actividad extraclase: Recortar y pegar sus dibujos en el espacio correspondiente del cuaderno de trabajo y describir brevemente en las líneas de abajo la experiencia que se tuvo.</p>	<p>Grabadora</p> <p>Hojas en blanco</p> <p>Lápices de grafito y lápices de colores (divididos en 5 botes para compartir en cada equipo)</p>	<p>Se comentarán las semejanzas y diferencias de las percepciones de forma grupal, así como las preguntas: ¿Cómo te sientes con los defectos y las virtudes que observaste durante este trabajo?, ¿Cómo sentiste la sesión de trabajo?, ¿Cómo asistente recibe un aplauso después de su participación.</p>

¹² Valdés, G. (2001). Programa de intervención para elevar los niveles de autoestima en alumnas educación básica. revista Estudios. 27, 65-73.

Tema 9: Técnicas de control mental**Dirigido a:** Pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT)**Modalidad:** Práctico y presencial**Responsable del curso:** M.P.G. Arturo Alejandro Domínguez López**Número de integrantes:** 25 personas como máximo**Sesión:** 10**Fecha:** Abril 2017

Objetivo de Aprendizaje:	Tiempo	Contenido didáctico	Actividades a desarrollar	Recursos de apoyo	Evaluación educativa
Que el participante identifique los aspectos que le producen estrés y emplee dos técnicas concretas para el control y manejo de la tensión.	60 minutos	4.5 Autocontrol mental 5.1 Control personal 1.2 Buen funcionamiento y bienestar humanos	Explicación de la importancia del control mental y la forma de lograrlo con relajación muscular progresiva de Jacobson (20 minutos) Ejercicio de relajación progresiva de Jacobson ¹³ (35 minutos). Ver anexo 3. Activación con 10 ejercicios dinámicos para liberar tensión ¹⁴ (35 minutos). Ver anexo 4. ▲ Actividad extraclase: Leer el texto “Reír, cantar y bailar” ¹⁵ contenido en el cuaderno de actividades.	Pintarrón Plumones para pizarrón blanco Grabadora CD con música de relajación Esencia relajante Meditación por escrito. Fotocopias de los ejercicios dinámicos.	Al finalizar la sesión se les pedirá a los participantes que deseen hacerlo que compartan su experiencia de manera verbal con el resto del grupo.

¹³ Payne R. (2005). *Técnicas de relajación*. Buenos Aires: Paidotribo. p.p. 28-30¹⁴ Cruz J. (2010). *Química del pensamiento*. México: Orión Editores. p.p. 63-67¹⁵ Ibarra L. (2013). *Aprende mejor con gimnasia cerebral*. México: Garnik Ediciones p.p. 112-113

Tema 10: Mi árbol genealógico**Dirigido a:** Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)**Modalidad:** Práctico y presencial**Responsable del curso:** M.P.G. Arturo Alejandro Domínguez López**Número de integrantes:** 25 personas como máximo**Sesión:** 11**Fecha:** Abril 2017

Objetivo de Aprendizaje:	Tiempo	Contenido didáctico	Actividades a desarrollar	Recursos de apoyo	Evaluación educativa
Que el participante analice las relaciones con su familia, identifique patrones de conducta en ella, reconozca su apoyo durante el proceso de su enfermedad y establezca nuevos esquemas cognitivos y afectivos en su medio familiar., a través de la técnica del árbol genealógico ¹⁶	60 minutos	2.1 Apoyo del personal de salud y familiares. 3.1 Apoyo social percibido de la familia	<p>El instructor dará una breve introducción acerca de la influencia de la familia en la formación de la personalidad y luego explicará las figuras básicas del familiograma.</p> <p>El participante elaborará su árbol genealógico con símbolos expuestos por el instructor. Se hará uso de un cuadrado rojo (para el paciente), cuadrados (que indican una figura masculina) y círculos (para la figura femenina. Se utilizará una línea recta para unir a los integrantes, doble línea para aquellos con los que se lleva mejor y una quebrada para aquellos con los que hay una relación conflictiva y una línea punteada para las relaciones distantes. Una línea diagonal representa divorcio o separaciones. Se apuntarán fechas de nacimiento que se recuerden.</p> <p>Se colocará un corazón para señalar los problemas de salud crónicos y una cruz para señalar fallecimiento, anotando delante sus causas. Finalmente un clip para indicar ocupación.</p> <p>▲ Actividad extraclase: Recabar información que se dejó en blanco durante la sesión de aquellos familiares más cercanos y registrarla en el papel bond.</p>	<p>Pintarrón</p> <p>Plumones para pintarrón</p> <p>Una hoja de papel bond para cada participante</p> <p>Lápices de colores y lápices de grafito</p> <p>Grabadora</p> <p>Cd de música para ambientar la actividad.</p>	<p>De manera voluntaria pasará al frente quien desee exponer su trabajo y en instructor preguntará en cada participación:</p> <p>-¿Qué enfermedades son comunes en tu familia?</p> <p>-¿Cómo se apoya tu familia cuando alguien está enfermo (a)?</p> <p>-¿Has apoyado tú a algún familiar?</p> <p>-¿Cómo te han apoyado a ti?</p>

¹⁶ Salazar J. (2006). Manual de Genealogía Española. Madrid: Ediciones Hidalguia

Tema 11: Estrategias para enfrentar mis malestares**Dirigido a:** Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)**Modalidad:** Práctico y presencial**Responsable del curso:** M.P.G. Arturo Alejandro Domínguez López**Número de integrantes:** 25 personas como máximo**Fecha:** Abril 2017**Sesión:** 12

Objetivo de Aprendizaje:	Tiempo	Contenido didáctico	Actividades a desarrollar	Recursos de apoyo	Evaluación educativa
Que el participante comprenda la importancia de expresar su dolor, le dé un significado optimista y de aceptación a sus malestares como experiencias que brindan de forma cotidiana sentido a su vida al tiempo y reconozca que es posible contar con el apoyo de otras personas e instituciones para enfrentar su dolor mediante el taller vivencial: “El reencuentro con la esencia” de Pilar Ocampo ¹⁷	60 minutos	4.1 Las creencias para enfrentar el dolor crónico. 4.2 La catarsis para enfrentar el dolor crónico. 4.3 La distracción para enfrentar el dolor crónico.	Lluvia de ideas de las cosas que les hacen felices a los participantes. Las ideas se anotan en dos clasificaciones: internas (dependen del paciente) y externas (dependen de otros) e inducirá la reflexión de que en ninguna de las dos partes está la felicidad sino en la percepción de las mismas. Se explicará a continuación brevemente el enfoque de Frankl y la importancia del sentido de vida. El participante camina 10 minutos sintiendo su cuerpo con ojos abiertos y luego con el paliacate en los ojos 10 minutos percibiendo su contacto con los demás (ambientación con música), luego recoge unas semillas de los rincones del aula que simbolizan su dolor y/o problemas y se percata que conforme sigue caminado, éstas caen pero que las sigue cargando (5 mins.). Luego se sienta en una posición cómoda, se les reparte un pañuelo y se envuelven las semillas en él. Sin dejar de sostener el saco de semillas, se les pide que recuerden cómo han vivido ese dolor y se induce la catarsis con la formación de la figura (visualización del problema). Se les indica que solamente tocarán unos minutos más el saco de semillas hasta estar listos para depositarlo en la misma caja donde tomaron las semillas. Se vuelven a sentar y se trabaja la resignificación (dejando un momento a un lado su dolor, en la caja) con las preguntas:	Pintarrón Plumones para pizarrón blanco. Grabadora Paliacates Espejos pequeños Semillas Uno o más coterapeutas capacitados en intervención en crisis por si fuera necesario retirar a un paciente del ejercicio y cerrar de forma individual.	Para el cierre de la experiencia se les pregunta: ¿Cómo fue su experiencia y cómo se van?. Si ya no hay tiempo para que todos participen, se da la palabra solamente a quien decida hacerlo.

¹⁷ Ocampo P. (2012). El reencuentro con la esencia. México: Pax

				<p>¿Qué puedo hacer diferente en vez de rechazarlo y quejarme?, ¿Para qué me sirve mi dolor?, ¿Qué sentido tiene?, ¿Quiénes están a mi lado para compartirlo?, ¿Cómo quiero trascender en esta vida?, ¿Qué quiero dejar de mí en el mundo cuando ya no esté?, ¿Qué creencias me sirven para darle sentido a ese dolor?, ¿Qué pasa si recibes con aceptación lo que te da la vida?, ¿Cómo crees que te verían los demás fluyendo y aceptando esas experiencias?, ¿Cómo serían los demás contigo si regalas palabras amables?, ¿Y si sonrías más a menudo?. Entre cada pregunta hay un silencio para la reflexión.</p> <p>La música de fondo se cambia de ritmo para marcar la etapa del ejercicio y se espera la fase de retirada del contacto con las emociones presentes.</p> <p>Se les reparte un espejo de bolsillo por participante y se les dice que ahí está la única persona de la que depende su felicidad y que cuando estén listos se quiten la venda de los ojos (porque ya no pueden vivir con los ojos vendados) y los abran para descubrir quién es esa persona.</p> <p>Se da un espacio para que fluyan las emociones del encuentro consigo mismos y luego se les invita a que compartan su sentir de reconocimiento con los demás participantes mediante un abrazo, sin palabras. Solamente abrazos, miradas y sonrisas. Se les pregunta si se identifican con alguien y que reconozcan que puede haber un apoyo sincero por parte del otro.</p> <p>Luego toman asiento los participantes para el cierre de la experiencia.</p> <p>▲ Actividad extraclase: Contestar la pregunta: ¿Qué estrategias utilizo para enfrentar mi dolor? en el espacio correspondiente del cuaderno de trabajo.</p>	
--	--	--	--	---	--

Tema 12: Dinámica para observar mi desarrollo personal**Dirigido a:** Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)**Modalidad:** Práctico y presencial**Responsable del curso:** M.P.G. Arturo Alejandro Domínguez López**Número de integrantes:** 25 personas como máximo**Sesión:** 13**Fecha:** Abril 2017

Objetivo de Aprendizaje:	Tiempo	Contenido didáctico	Actividades a desarrollar	Recursos de apoyo	Evaluación didáctica
Que el participante integre los contenidos previos del programa, reconozca la importancia de todos los temas y se comprometa a llevarlos a la práctica en su vida diaria a través de una técnica de empowerment ¹⁸	60 minutos	5.6 Crecimiento personal	<p>Visualizarán su registro anecdótico que se hizo en la sesión 6 y reflexionarán durante 3 minutos.</p> <p>Presentación del video “Atrévete a soñar” (de Markets eTrading, inknonovation) con una duración de 8 minutos. Se comentará el video.</p> <p>El grupo se dividirá en 4 equipos. Cada equipo formará una aldea y nombrarán un representante. Anotarán el nombre de su aldea en la primera casilla del tablero y en las siguientes una F de “fortaleza” o una O de “oportunidad de mejora”, según corresponda.</p> <p>Los representantes de cada aldea pasarán al frente para elegir y leer una tarjeta al azar y su equipo identificará si se trata de una fortaleza (afirmaciones que correspondan a un estilo de vida saludable) o una Oportunidad (cuando se trate de un estilo de vida NO saludable) en cuyo caso deben de mencionar qué hacer para que esa oportunidad se transforme en fortaleza.</p> <p>Se habrán elaborado 2 tarjetas por cada sesión (una fortaleza y una debilidad) y ganará el equipo que acumule más “F” en su tablero haciendo un total de 24 tarjetas y permitiendo que cada equipo pase 6 veces en toda la dinámica.</p> <p>▲ Actividad extraclase: Elaborar un collage de con recortes de revistas que ilustren un estilo de vida saludable.</p>	<p>Tableros: hojas de rotafolio con un espacio para el nombre de equipo y 6 casillas para las letras.</p> <p>Tarjetas de “estilos de vida”</p>	<p>Para la dinámica de integración de la experiencia, el expositor les pide que completen con voz firme y fuerte y en tiempo presente, la siguiente frase con una acción específica que se comprometan a llevar a cabo de hoy en adelante: “Soy fuerte y virtuoso (a) y por eso _____” con una de las fortalezas que repasaron en las tarjetas de los estilos de vida, por ejemplo: “Soy fuerte y virtuoso, por eso salgo a correr a diario”. Todos los asistentes tendrán que participar por lo menos una vez.</p>

¹⁸ De-Aldecoa M. (2011). *Incubadora Emocional*. Madrid: LápizCero ediciones.

Conclusión del curso**Dirigido a:** Pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT)**Modalidad:** Práctico y presencial**Responsable del curso:** M.P.G. Arturo Alejandro Domínguez López**Número de integrantes:** 25 personas como máximo**Sesión:** 14**Fecha:** Abril 2017

Objetivo de Aprendizaje:	Tiempo	Contenido didáctico	Actividades a desarrollar	Recursos de apoyo	Evaluación educativa
Que el participante integre las experiencias del programa y reconozca la importancia de haber concluido satisfactoriamente el mismo y genere un compromiso de llevar un estilo de vida saludable.	60 minutos	Dinámica para dar por concluidas las actividades	Las actividades correspondientes al programa, finalizarán con una convivencia en donde los participantes podrán invitar a familiares o conocidos, y tendrán la oportunidad de expresar de manera verbal su opinión acerca de las experiencias que tuvieron durante el desarrollo del mismo. Finalmente el instructor y/o alguna autoridad de la institución donde se impartió el curso, darán un discurso de despedida.	De ser posible, la participación de alguna autoridad donde se llevó a cabo el curso. Discursos de despedida por escrito en donde se mencione la importancia de seguir llevando un estilo de vida saludable. Reconocimientos de participación.	La integración de la experiencia mediante la verbalización de aquello que el participante aprendió durante el desarrollo del programa.

REFERENCIAS

- Caballero C. y Alonso L. (2011). Enfermedades crónicas no transmisibles: Es tiempo de pensar en ellas. *Revista de Salud Uninorte*, 26(2), 7-9.
- Castañeda, L. (2008). *Un plan de vida para jóvenes: ¿qué harás con el resto de tu vida?*. México: Panorama editorial.
- Consejería de Salud Universal y Salud Pública. (15 de marzo de 2016). Programa Pacient Actiu para personas que padecen enfermedades crónicas. *Recuperado de: <http://cuidatecv.es/videos/>*
- Cruz J. (2010). *Química del pensamiento*. México: Orión Editores.
- De-Aldecoa M. (2011). *Incubadora Emocional*. Madrid: Lápizcero ediciones.
- Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. México, DF, 15.
- Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. México, DF, 22.
- Domínguez A., Salas M., Contreras C. y Procidano, F. (2010). Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 125-137.
- González M. y Pérez A. (2012). *Estadística aplicada: Una visión instrumental*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Gómez M. (2007). *Manual de técnicas y dinámicas*. Villahermosa: Ecosur.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535-547.
- Ibarra L. (2013). *Aprende mejor con gimnasia cerebral*. México: Garnik Ediciones.
- Madriz, G. (2004). ¿Quién eres?, ¿Quién soy?: La autobiografía en el relato de lo vivido. *A Parte Rei: Revista de Filosofía*, (31), 11.

- Manrique F., Fernández A. y Velandia A. (2009). Análisis factorial de la Escala para la valoración de la capacidad de agencia de Autocuidado (ASA). *Aquichan*, 9(3), 222-235.
- Morilla, J., Morales, J., Fernández, M., Berrobianco E., y Delgado A. (2011). Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. *In Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 51-61.
- Ocampo P. (2012). *El reencuentro con la esencia*. México: Pax.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2013). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: directrices para la atención primaria en entornos con pocos recursos*. Ginebra: Biblioteca de la OMS.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra: Biblioteca de la OMS.
- Payne R. (2005). *Técnicas de relajación*. Buenos Aires: Paidotribo.
- Salazar J. (2006). *Manual de Genealogía Española*. Madrid: Ediciones Hidalguía
- Salinas, J., Espinoza V. y González H. (2014). Características psicométricas de una escala de adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus II e Hipertensión en una muestra de pacientes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 905.
- Sapag J., Lange I., Campos S. y Piette J. (2014). Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(1), 1–9.
- Secretaría de Salud de Santander (2011). *Factores de riesgo para las enfermedades crónicas en Santander, método Stepwise*. Bacaramanga: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (18 de marzo de 2016). Campaña Nacional para el control del sobrepeso, obesidad y diabetes. Recuperado de: <http://checatemitetemuevete.gob.mx/>
- Soriano J. y Monsalve V. (2002). Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9(1), 13-22.
- Valdés, G. (2001). Programa de intervención para elevar los niveles de autoestima en alumnas educación básica. *Revista Estudios*, 27, 65-73.

8. Discusión general

En las últimas décadas ha habido un aumento de la longevidad de la población en general, esto es debido a la disposición de mejores medicamentos y terapias para las enfermedades infecciosas. Mientras tanto, las enfermedades crónicas alcanzan nuevas dimensiones estadísticas, pues el incremento en la esperanza de vida de las personas, un ritmo de vida acelerado y la falta de hábitos saludables como una alimentación correcta, higiene suficiente, descanso, una vida sedentaria y la disposición a edades más tempranas de alcohol y tabaco traen como consecuencia que las afecciones no trasmisibles sean más frecuentes (Valenzuela et al., 2018).

En cuanto a las variables de estudio, la primera en contemplarse para su análisis con pacientes crónico-degenerativos fue el autocuidado, pues se ha demostrado que los pacientes con ECNT que cuidan los parámetros propios de su salud, como son: medición de glucosa, presión sanguínea, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, entre otros tienden a presentar menores complicaciones a largo plazo (Gallardo y Monroy, 2016). Asimismo, se retomó la adherencia terapéutica, que implica 5 etapas: la precontemplación, la contemplación, la preparación, la acción y mantenimiento. Los pacientes que completan todas las etapas tienden a conservar la salud por más tiempo (García y Lucas, 2013). De la misma manera, se midió el bienestar subjetivo en sus 3 dimensiones: física, psíquica y social tal como lo contempla la Organización Mundial de Salud (OMS) (2014). Se estudió también el apoyo familiar como una variable que tiene influencia en los pacientes con ECNT, pues la falta del mismo da como consecuencia el estrés del paciente y el su entorno más próximo, además que la falta de apoyo familiar suele ser, con frecuencia, un antecedente de la institucionalización del enfermo crónico (Torres-Pinto et al., 2017). Por último, se decidieron analizar las estrategias de afrontamiento ante el dolor porque, de acuerdo con Jiménez et al. (2017), la utilización combinada de estas estrategias motiva al paciente a la rehabilitación permitiéndole recuperar la movilidad y mejorar su calidad de vida en un corto o mediano plazo.

El primer objetivo de la presente investigación fue la Validación del Cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico de Soriano y Monsalve (2002) para mexicanos, se encontró que el instrumento es confiable y válido para su aplicación en muestras mexicanas después de las adaptaciones realizadas mediante el análisis factorial

exploratorio con rotación varimax. Se recomienda la aplicación de dicho instrumento para el trabajo en futuras investigaciones con población mexicana con el fin de afinarlo y probar su utilidad en este contexto. Es sugerible la realización de estudios comparativos que establezcan diferencias entre variables como la edad, nivel de estudios, estado civil, entre otras para tener mayor información respecto de la consistencia de la prueba. El cuestionario demostró tener validez de contenido, que se refiere al grado en que el instrumento representa de forma adecuada los contenidos a los que se refiere, sin omisiones y sin desequilibrios (Collis y Hussey, 2013). Asimismo, demostró tener validez de constructo después de las adaptaciones que fueron realizadas para esta muestra, pues se obtuvo una varianza total explicada de 66.27%. Hair, Anderson, Tatham y Black (2014) señalan como un valor mínimo el 50.00% para comprobar que los ítems de un instrumento midan una cantidad aceptable del constructo que se pretende medir.

Otro objetivo en este estudio fue relacionar los factores de la Escala de apoyo social percibido de la familia, de Domínguez-Espinosa et al. (2010), el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (Soriano y Monsalve, 2002) y la escala de Bienestar psicológico (González et al. 2013). Se encontró relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y las estrategias ante el dolor crónico, así como el apoyo familiar y el bienestar psicológico. Este hallazgo permite reafirmar la relación que establece Arias (2015) entre el apoyo familiar y las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, pues se afirma que el apoyo que tiene un paciente al interior de su familia es determinante para la optimización de su propio bienestar. Asimismo, Soria (2016) encuentra que conforme avanza la enfermedad crónica se hace más necesario el apoyo familiar. La autora sugiere que la familia debe aprender acerca de estrategias que sirvan para afrontar el dolor crónico para coadyuvar en el bienestar del paciente con enfermedades crónico-degenerativas. Del mismo modo, Alpi, Quiceno y Munévar (2016) evaluaron el apoyo familiar en pacientes con ECNT en Perú y afirman que está íntimamente ligado al bienestar de los pacientes y a la recuperación de sus funcionalidades, pues “un paciente con suficiente apoyo familiar puede tener mayor bienestar en el transcurso de su vida, puesto que mediante el cuidado y afecto de los seres queridos mejoran los estados de ánimo y psicológico de los enfermos” (p. 45). En el mismo sentido, Torres-Pinto, Carreño–Moreno y Chaparro-Díaz (2017) señalan que la falta de apoyo familiar para los pacientes

con enfermedades crónicas da como resultado el estrés para el paciente y sus cuidadores además de que la institucionalización es más frecuente cuando se carece de la colaboración de la familia para proporcionar los cuidados más esenciales.

Asimismo, se hizo una comparación por sexo en las escalas de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (Soriano y Monsalve, 2002) y la escala de Bienestar psicológico (González, Hernández y Lorig, 2013) en donde las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en creencias, autoafirmación, crecimiento personal y proyecto de vida, que los hombres debido a que las mujeres utilizan más frecuentemente estrategias pasivas, mientras que los hombres tienden a ignorar los problemas o se los reservan para sí mismos (Soria, 2016). Tal circunstancia implica la necesidad de considerar las diferencias de sexo cuando se estudian las estrategias de afrontamiento de personas con ECNT.

Resultó posible el diseño de un programa basado en la Atención Primaria de Salud, que de acuerdo con Starfield y Aspachs (2011) es:

...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con autorresponsabilidad y autodeterminación (p. 23).

El programa contempló cinco variables como ejes centrales del que se desglosaron los factores para elegir los temas que se trabajaron durante las sesiones: el autocuidado, la adherencia al tratamiento, apoyo familiar, estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico y bienestar subjetivo.

Se hizo énfasis en el autocuidado de los pacientes con enfermedades crónicas trasmisibles. Esta variable promueve que los pacientes tomen responsabilidad sobre los tratamientos de la enfermedad con la que se está aprendiendo a vivir y que acompañará la vida del paciente de por vida. También se abordaron temas referentes a la adherencia terapéutica, dando abordaje a temas como: la importancia de las terapias farmacológicas y no farmacológicas, la asistencia a consultas, el respeto de los tiempos y horarios de las citas, la necesidad de confiar en el personal de salud y llevar una dieta conforme a las prescripciones nutricionales. En lo concerniente al apoyo familiar, el programa se enfocó

a la solicitud de ayuda a los familiares aun cuando hubiera vergüenza o miedo al rechazo. Del mismo modo, se dieron a conocer las estrategias que pueden utilizarse para hacer frente al dolor crónico: creencias, catarsis, distracción, búsqueda de información, autoafirmación y autocontrol mental. Se hicieron actividades que retomaron cada una de estas estrategias en las sesiones correspondientes con actividades extra-clase. Respecto al bienestar subjetivo, se redactó de manera individual una autobiografía y a través de un cuestionario se dio estructura al plan de vida que compartieron en el taller correspondiente.

Respecto al autocuidado, los resultados muestran que hubo diferencias estadísticamente significativas en los datos obtenidos antes y después de la intervención, y se contemplaron temas como: la adquisición, búsqueda, operacionalización y mejoramiento de técnicas de autocuidado. Gallardo y Monroy (2013) mencionan que "el autocuidado propicia un cambio de hábitos en cuanto a la alimentación, actividad física y descanso en los pacientes con enfermedades crónicas" (p. 1), y además promueve la toma de responsabilidad sobre los padecimientos con los que tendrá que vivir una persona el resto de su vida.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, existieron diferencias significativas en los datos obtenidos previa y posteriormente a la intervención y se abordaron los temas de la importancia de relación de confianza con el personal de salud, cumplimiento de dieta e ingesta suficientes, beneficios de llevar a cabo el tratamiento y equilibrio entre actividad física y descanso. García y Lucas (2013) comprueban la relación entre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas y la mejora en los indicadores del estado de salud del individuo, y advierten de la importancia de que el paciente se adhiera a las prescripciones del equipo de salud para recuperar el equilibrio del organismo.

En lo que respecta al apoyo familiar, se hallaron diferencias significativas en los datos obtenidos antes y después de la intervención que incluyó temas como: apoyo social percibido por la familia y comunicación social. Alpi, Quiceno y Munévar (2016) evaluaron el bienestar en personas con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles en Perú y afirman que está íntimamente ligado a la calidad de vida de los pacientes y a la recuperación de sus funcionalidades. Los autores mencionan que "un paciente con suficiente apoyo familiar puede tener mayor bienestar en el transcurso de su vida, pues mediante el

cuidado y afecto de los seres queridos mejoran los estados de ánimo y psicológico de los enfermos” (p. 45). Torres-Pinto, Carreño–Moreno y Chaparro-Díaz (2017) señalan que la falta de apoyo familiar para los pacientes con enfermedades crónicas da como resultado el estrés para el paciente y sus cuidadores además de que la institucionalización es más frecuente cuando se carece de la colaboración de la familia para proporcionar los cuidados más esenciales.

Con relación al afrontamiento ante el dolor crónico, se encontraron diferencias significativas estadísticamente en los datos obtenidos antes y después de la intervención en la que se tomaron en cuenta los siguientes temas: percepción de vulnerabilidad, control persona, control mental, creencias, catarsis y distracción como estrategias para enfrentar el dolor crónico. Arango et al. (2017) mencionan que la adquisición de herramientas que fortalezcan la capacidad de afrontamiento en las personas que transcurren por una enfermedad crónica, contribuye a la vida digna y al bienestar de dichos pacientes.

En lo que concierne al bienestar subjetivo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los datos obtenidos antes y después de la intervención que manejó temas como: desarrollo y bienestar humano, crecimiento personal, planes a futuro y propósito de vida. Jiménez (2012) comenta que una percepción negativa de bienestar en las personas con padecimientos crónicos es predictora de complicaciones a largo plazo pudiendo incluso generar estilos de vida poco saludables que lleven a los adultos enfermos a presentar más de una enfermedad crónica o pluripatología. De ahí la importancia en el abordaje de estos temas en programas de salud enfocados a personas con ECNT.

De acuerdo con estos hallazgos, se comprueba la efectividad del programa basado en el enfoque de Atención primaria de salud para pacientes con ECNT en el que se dieron a conocer a los pacientes las medidas necesarias para implementar conductas para evitar o retardar factores de riesgo relacionados con las patologías diagnosticadas asumiendo la responsabilidad por el autocuidado de su salud (Rodríguez y Bernal, 2005). Es necesario que el sistema de salud actual fortalezca la comunicación con la población en riesgo y se desarrolle mayormente el enfoque de atención primaria con políticas más enfocadas a la educación en salud sin esperar la atención hospitalaria por parte del paciente y con la participación de un equipo

multidisciplinario conformado por diversos profesionales como psicólogos, nutriólogos, preparadores físicos, enfermeros especializados, entre otros (Rodríguez y García, 2018).

Las limitantes que tiene este estudio son en cuanto a la recolección de la muestra, la cual se determinó de forma intencional debido a las características de la misma. De igual modo, los resultados que aquí se presentaron son de todos aquellos pacientes que comenzaron y finalizaron los talleres. Asimismo, es necesaria la aplicación repetida del programa de intervención para pacientes mexicanos con enfermedades crónicas no transmisibles para comprobar la validez interna del estudio. También cabe aclarar que, para todos los casos, el diagnóstico no necesariamente implica el inicio de la enfermedad ya que haría falta un análisis profundo de factores derivados de la destreza médica, eficiencia del sistema de salud y si el paciente atendió oportunamente a los primeros síntomas de la enfermedad.

De acuerdo con la información citada, este tipo de enfermedades tienen la particularidad, al no ser tratadas o atendidas a tiempo y debidamente, de desencadenar cuadros más críticos o severos, lo que conlleva al paciente a llevar un estilo de vida escasamente saludable. Toda vez que la persona ve que su estado de salud se va deteriorando y para su recuperación es necesaria la colaboración para con los familiares que le rodean.

Se comprueba el soporte teórico que se ha referido en esta investigación relacionado con el cuidado de sí mismo del paciente, puesto que existe una relación directa entre este elemento y la recuperación de la persona. Mientras el individuo que padece la ECNT concilia con él mismo y los que le rodean su situación, es un candidato potencial para salir de la cronicidad y tener el bienestar como cualquier otro individuo que no padece alguna enfermedad crónica como las que se mencionaron en este estudio.

A partir de los resultados obtenidos, se señalan las siguientes implicaciones del estudio:

1. La Capacidad de agencia de Autocuidado, Adherencia terapéutica, Apoyo social percibido de la familia, Bienestar y Afrontamiento al Dolor Crónico son variables que deben ser observadas durante cualquier investigación que involucre pacientes que padecen ECNT.

2. Es necesario fortalecer acciones de educación, prevención y seguimiento para quienes viven con ECNT.
3. Es recomendable dar seguimiento a los pacientes mediante estudios longitudinales que revelen información acerca de la permanencia de los cambios que fueron observados.
4. Asimismo, pueden considerarse otras variables como la calidad de vida, emociones asociadas en este tipo de pacientes y otras tantas que puedan ser relevantes en el estudio de pacientes con ECNT.
5. Es recomendable realizar estudios comparativos por diversas regiones del país con la finalidad de determinar ajustes necesarios a los programas de salud de acuerdo con la zona geográfica.
6. Se sugiere implementar programas permanentes con la finalidad de estudiar el impacto que tiene el trabajo grupal con personas que han adquirido estilos de vida saludables gracias a programas de salud como el que se propone en la presente investigación.

9. Conclusiones generales

1. Las ECNT constituyen un problema importante de salud en México y pueden ser prevenibles mediante programas de educación en salud con enfoque en la atención primaria de salud y a la prevención, teniendo como resultado la disminución de riesgo de padecimiento de las mismas.
2. Las intervenciones en el estilo de vida de la población referentes al autocuidado del individuo son un gran soporte para los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles desde el diagnóstico de su enfermedad hasta su tratamiento.
3. El Cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico de Soriano y Monsalve (2002) demostró tener validez de contenido y validez de constructo después de las adaptaciones que fueron realizadas para su aplicación en una muestra mexicana.

4. Existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y las estrategias ante el dolor crónico.
5. Existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y el bienestar psicológico.
6. En las estrategias de Afrontamiento ante el Dolor Crónico comparadas por sexo, las mujeres emplean más estrategias de tipo pasivo mientras los hombres tienden a reservarse sus problemas para sí mismos.
7. Es posible el diseño de programas de intervención basados en el enfoque de Atención primaria de Salud, con base en las variables que tengan influencia en los pacientes que padecen alguna ECNT como son: la capacidad de agencia de autocuidado, la adherencia al tratamiento, el apoyo familiar, las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico y el bienestar subjetivo.
8. El programa aplicado mostró diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención basada en el enfoque de atención primaria de salud para mejorar el bienestar subjetivo en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles con base en un diseño de investigación pretest-postest.
9. El programa de educación en salud basado en el enfoque de atención primaria de salud, destinado a la mejora su autocuidado, adherencia al tratamiento, apoyo familiar, afrontamiento al dolor crónico y bienestar subjetivo en pacientes del Estado de México, con enfermedades crónicas no transmisibles demostró su efectividad habiendo comprobado cambios estadísticamente significativos en todas las variables que fueron estudiadas.

10. Bibliohemerografía utilizada

- Alpi, S. V., Quiceno, J. M. y Munévar, F. R. (2016). Calidad de vida en adultos jóvenes colombianos según el sexo: Un estudio descriptivo comparativo. *Salud y Sociedad*, 6(2), 172-180.
- Arango A., Jiménez, E., Herrera, F. y Sneider, A. (2017). Afrontamiento de los Pacientes con Enfermedad Crónica, Diabetes Mellitus e Hipertensión de la ESE Centro de Salud Ricaurte para el Año 2016 (Tesis de doctorado inédito). Universidad de Cundinamarca: República de Colombia.
- Arias, C. J. (2015). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional del Mar del plata, Mar del plata, Argentina.
- Collis, J. y Hussey, R. (2013). *Business research: A practical guide for undergraduate and postgraduate students*. Macmillan: Basingstoke.
- Córdova, J., Barriguet, J., Lara, A., Barquera, S., Rosas M., Hernández, M. y Aguilar, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50,419-427.
- Declaración de Helsinki (1964). *Asociación médica mundial. Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos*. Adoptada por la XVII Asamblea Mundial de la Asociación Médica Mundial. Helsinki, Finlandia.
- Domínguez A., Salas M., Contreras, C. y Procidano, F. (2010). Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 125-137.
- Gallardo, L. y Monroy, G. (2016). El autocuidado y las apps, agentes de cambio en enfermedades como sobrepeso, obesidad y diabetes. *Revista Digital Universitaria*, 18(8), 1-13.
- García, P., y Lucas, V. (2013). *Etapas de cambio y adherencia terapéutica en mujeres con enfermedades crónicas no transmisibles durante un programa de atención*

- multidisciplinaria*. (Tesis de doctorado inédito). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- González M. B. (2013). *Prácticas parentales, bienestar psicológico y conductas de riesgo en adolescentes*. (Tesis de doctorado inédito). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- González M. y Pérez A. (2012). *Estadística aplicada: Una visión instrumental*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A
- González, F. L., y Osuna, M. A. A. (2018). Cambio generacional del consumo de frutas y verduras en México a través de un análisis de edad-periodo-cohorte 1994-2014. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 39-67.
- González, V., Hernández, M., y Lorig, K. *Tomando control de su salud: Una guía para el manejo de las enfermedades del corazón, diabetes, asma, bronquitis, enfisema y otros problemas crónicos*. Bogotá: Bull Publishing Company; 2013.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. y Black, W.C. (2014). *Análisis Multivariante*. Madrid: Pearson.
- Heras, M., y Alberto, C. (2014). *Estudio comparativo de los factores cardiovasculares y sociodemográficos en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico hospitalizados en el Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2013* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, Perú.
- Hernández, F., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Jiménez, E. S. (2012). Capacidad funcional y bienestar subjetivo de los pacientes geriátricos del municipio Cerro. 2012. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 2(2), 1-9.
- Jiménez, E., Herrera, F., Sneider, A. y Arango, A. (2017). *Afrontamiento de los Pacientes con Enfermedad Crónica Diabetes Mellitus e Hta de la ESE Centro*

de Salud Ricaurte para el Año 2016 (Tesis de doctorado inédito). Universidad de Cundinamarca: República de Colombia.

Jova R., Rodríguez A., Díaz A., Balcindes S., Sosa I., De Vos P. y Van der Stuyft P. (2011). Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. *Medisan*, 15(11), 1609-1620.

Julio V. Vacarezza M. Alvarez C. y Sosa A. (2017) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 34 (1), 11-14.

Ley General de Salud (2010). *Ley General de Salud*. Cuarenta y uno bis: de la normatividad bioética. Capítulo I, Artículo, 98. México: ISEF.

Lizaraso C. y Ruiz, E. (2016). Hacia una nueva medicina preventiva. *Horizonte Médico*, 16(2), 4-5.

Manrique F., Fernández A. y Velandia A. (2009). Análisis factorial de la Escala para la valoración de la capacidad de agencia de Autocuidado (ASA). *Aquichan*, 9(3), 222-235.

Marchionni M., Caporale J., Conconi A., Porto N. (2011). Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: prevalencia y prevención. Buenos Aires: Banco Interamericano de Desarrollo.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. (2015). *Manual de Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, desde la Atención Primaria de Salud*. Asunción, Paraguay. Asunción: MSPBS.

Moreno, D. y Bosch, D. (2013). La pandemia de enfermedades crónicas no transmisibles. Retos de Salud Pública y Nuevos Paradigmas en el Siglo XXI. *Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana*, 7, 5-66.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe Sobre la Situación Mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. Washington: OPS.

- Pupkin B. (2012) An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutrition* 5, 93-103.
- Rodríguez, J. L., Espinosa, V., y González, H. (2014). Características psicométricas de una escala de adherencia al tratamiento de diabetes mellitus II e hipertensión en una muestra de pacientes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 157-161.
- Rodríguez, O. y Bernal, A. (2005). Transición epidemiológica y las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en las Américas y en Cuba: el Programa de intervención cubano. *Reporte Técnico de Vigilancia*, 10(6).
- Rodríguez, R. G., y García, J. C. (2018). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista Finlay*, 8(2), 103-110.
- Romero, M., Shamah, T., Franco, A., Villalpando, S., Cuevas, L., Gutiérrez, J. y Rivera, J. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Diseño y Cobertura. *Salud Pública de México*, 55, 332-340.
- Ruiz-Mori, E. (2014). *Riesgo y Prevención cardiovascular*. Lima: Sociedad Peruana de Cardiología.
- Salinas, J., Espinoza V. y González H. (2014). Características psicométricas de una escala de adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus II e Hipertensión en una muestra de pacientes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 905.
- Soria, L. A. (2016). *Mujer y salud: correlatos psicosociales del síndrome de la boca ardiente* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Soriano J. y Monsalve V. (2002). Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9(1), 13-22.
- Starfield, B., y Aspachs, J. P. (2011). *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Masson: Barcelona.
- Torres-Pinto, X., Carreño–Moreno, S., y Chaparro-Díaz, L. (2017). Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 49(2), 35-64.

- Valenzuela, F., Araya, I., Correa, H., De la Cruz, C., Riveros, T. y Valdés, M. P. (2018). Guías clínicas chilenas para el manejo de la psoriasis. *Revista Chilena de Dermatología*, 32(3), 89-123.
- Valenzuela, M., Salazar, C., Ruiz, G., Jacobo, A., Lomelí, D. y Perkins, C. (2018). Actividad física y enfermedades crónicas no transmisibles de estudiantes mexicanos en función del género. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (33), 169-174.
- Valle de Z., F. (2010). *Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes mayores De 18 Años*. Universidad de El Salvador (Tesis de Maestra). Universidad de El Salvador, El Salvador.

11. Anexos

ANEXO 1.- Relajación Mental Progresiva de Jacobson (Payne, 2005).

Posición inicial:

Con los ojos cerrados y sentados en el sillón o acostados en la cama lo más cómodamente para que el cuerpo pueda relajarse al máximo posible.

1º FASE: Tensión-relajación.

Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):

Frente: Arrugar unos segundos y relajar lentamente.

Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.

Nariz: Arrugar unos segundos y relaja lentamente.

Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente.

Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.

Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relajar lentamente.

Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente.

Cuello y nuca: Flexionar hacia atrás y volver a la posición inicial. Flexionar hacia adelante, y volver a la posición inicial lentamente.

Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello y volver a la posición inicial lentamente.

Piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente.

Tórax, abdomen y región lumbar (sentado sobre una silla):

Espalda: Se colocan los brazos en cruz y llevan los codos hacia atrás hasta notar tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.

Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Se observará la tensión en el pecho. Espirar lentamente.

Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente.

Cintura: Tensar nalgas y muslos. Los glúteos se separan de la silla y se relajan.

**ANEXO 2: Relajación Mental Progresiva de Jacobson (Payne, 2005)
(Continuación).**

2ª FASE: repaso.

Repasar mentalmente cada una de las partes que tensionadas para comprobar que cada parte sigue relajada. Soltar cada parte del cuerpo aún más.

3ª FASE: relajación mental.

Finalmente se puede pensar en algo agradable, como un paisaje pintoresco o bien dejar la mente en blanco.

ANEXO 3: Ejercicios dinámicos para liberar tensión (Cruz, 2010)

1. **Para aflojar la nuca:** Con suavidad inclina la cabeza hacia adelante y atrás, hacia un hombro y al otro. Realiza giros con la cabeza hacia un lado y otros como haciendo círculos con la nariz.
2. **Para relajar los hombros:** Súbelos, bájalos y rótalos uno por vez y simultáneamente. Giro de cabeza y cuello. Relaja los hombros y deja que tu cabeza caiga hacia adelante, con el mentón apoyado en el pecho. Luego, rota lentamente la cabeza en círculos, sin estirar el cuello. Repita este procedimiento cinco veces. A continuación, relájate y rota en la dirección opuesta, nuevamente cinco veces.
3. **Para los brazos:** Levanta los brazos sobre tu cabeza, con los dedos entrelazados y las palmas hacia arriba. Estira los brazos todo lo que puedas; quédate así por alrededor de 10 segundos. Relájate y repite este procedimiento cinco veces.
4. **Para brazos y espalda:** entrelaza los dedos de las manos entre sí y extiende los brazos hacia delante del cuerpo, gira las palmas hacia adelante, como empujando el aire.
5. **Para las manos:** Rota las muñecas hacia ambos lados. Extiende un brazo delante de tu cuerpo con la palma hacia arriba; tira de los dedos hacia abajo, alejándolos de la palma, mantén 10 segundos y repite con el otro lado. Sacude las manos como si salpicaras agua.
6. **Para las piernas:** Sentado delante de un escritorio, empújate con las manos contra él y estira tus piernas; contrae y extiende los pies varias veces y rota los tobillos. De pie, apoyado de frente contra el escritorio o una pared, adelanta un pie y flexionando la rodilla, estira la pierna de atrás, cambia y haz lo mismo con la otra (sostener como mínimo 10 segundos y máximo 30).
7. **Estiramiento para las piernas:** En cuclillas, con las palmas apoyadas en el piso, levanta la rodilla izquierda hacia el pecho y extiende lo más que puedas tu pierna derecha hacia atrás. Baja suavemente el torso, tan cerca del piso como puedas. Quédate así por alrededor de 10 segundos. Relájate y repite este procedimiento cinco veces con cada pierna.
8. **Para la columna:** Sentado en una silla, relaja la columna hacia adelante, aflojando la cabeza entre las piernas y colgando los brazos. Sube y baja lentamente. Coloca las manos detrás de la nuca y lleva los codos hacia abajo y el mentón al pecho, respira en esa posición tratando de aflojarte. Relaja la mandíbula. Sentado, rota el tronco lentamente hacia un lado y al otro, como si quisieras mirar hacia atrás rotando todo el torso. Mantén los brazos flojos.
9. **Estiramiento para la espalda:** Acostado en el piso sobre tu espalda, y con los pies apoyados sobre el suelo, recoge las rodillas todo lo que puedas y empuja suavemente la zona lumbar hacia el piso. Quédate así durante 10 segundos. Relájate, y repite este procedimiento cinco veces.
10. **Para los ojos:** Ábrelos y ciérralos con fuerza. Lleva la mirada en distintas direcciones, arriba, abajo, a un lado y otro. Une los puntos como haciendo círculos con la vista. Para finalizar, masajea suavemente con las yemas de los dedos alrededor de los ojos. Frota fuertemente una palma contra la otra, acércalas a los ojos y déjalas apoyadas por unos instantes. Abre lentamente los ojos y luego retira las manos.

El orden de los ejercicios es indistinto. Se pueden realizar todos o el que más te guste. Lo importante es hacerlos de manera consciente y constante, para que puedas ver resultados satisfactorios.