



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**EVALUACION DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL  
A LA SALUD DE LOS “SERVICIOS DE ENLACE” EN LA  
DELEGACION DEL IMSS DEL ESTADO DE  
AGUASCALIENTES**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. VIRGINIA VERÓNICA AGUILAR MERCADO

ASESORA DE INVESTIGACIÓN

DRA MARTHA ELENA TRUJILLO AVALOS

ASESORA EN ATENCIÓN SOCIAL

MARIA DE LOURDES BORREGO ESTRADA

AGUASCALIENTES, AGS. DICIEMBRE DEL 2011.



LISTA DE AUTORES

Dra. Virginia Verónica Aguilar Mercado , autora

Residente de la Especialidad en Medicina Familiar

Adscrita al HGZ No. 1 Dr. Avila Pardo, Aguascalientes, Ags

Teléfono 449 , e-mail [vvickyam@hotmail.com](mailto:vvickyam@hotmail.com)

Dra. Martha Elena Trujillo Avalos, asesor metodológico

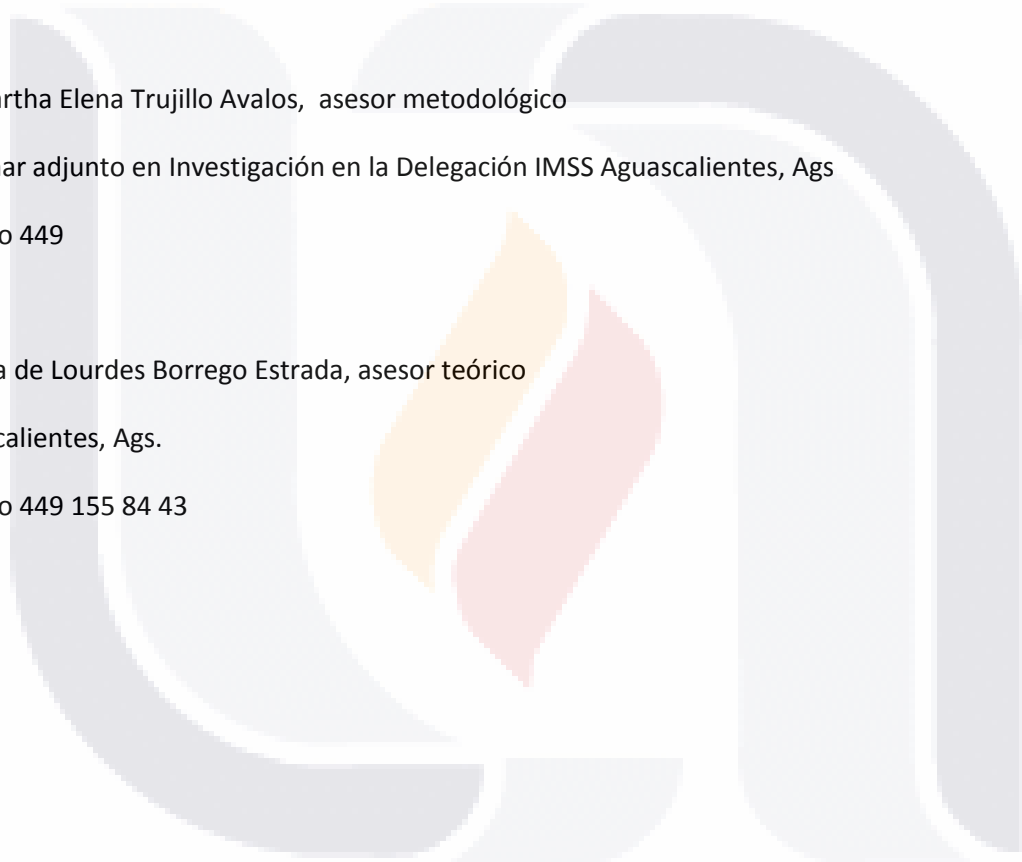
Coordinador adjunto en Investigación en la Delegación IMSS Aguascalientes, Ags

Teléfono 449

C. María de Lourdes Borrego Estrada, asesor teórico

, Aguascalientes, Ags.

Teléfono 449 155 84 43



## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios porque sin su voluntad no estaría el día de hoy terminando mi especialidad

A mis mamás porque siempre me han apoyado, me han impulsado a seguir con mi carrera, me ayudaron a realizar trabajo de campo de mi tesis pero sobre todo me han dado su cariño.

A mi esposo Edgar porque me ha dado su amor, apoyo y fortaleza para llegar a mis metas

A mi prima Chelis por ayudarme con mi tesis.

A mi tía Lola y tío Julio junto con toda su familiar por darme su cariño y permitirme ser su médico.

A la doctora Martha Elena Trujillo Avalos por permitirme ser su alumna y brindarme todo su conocimiento.

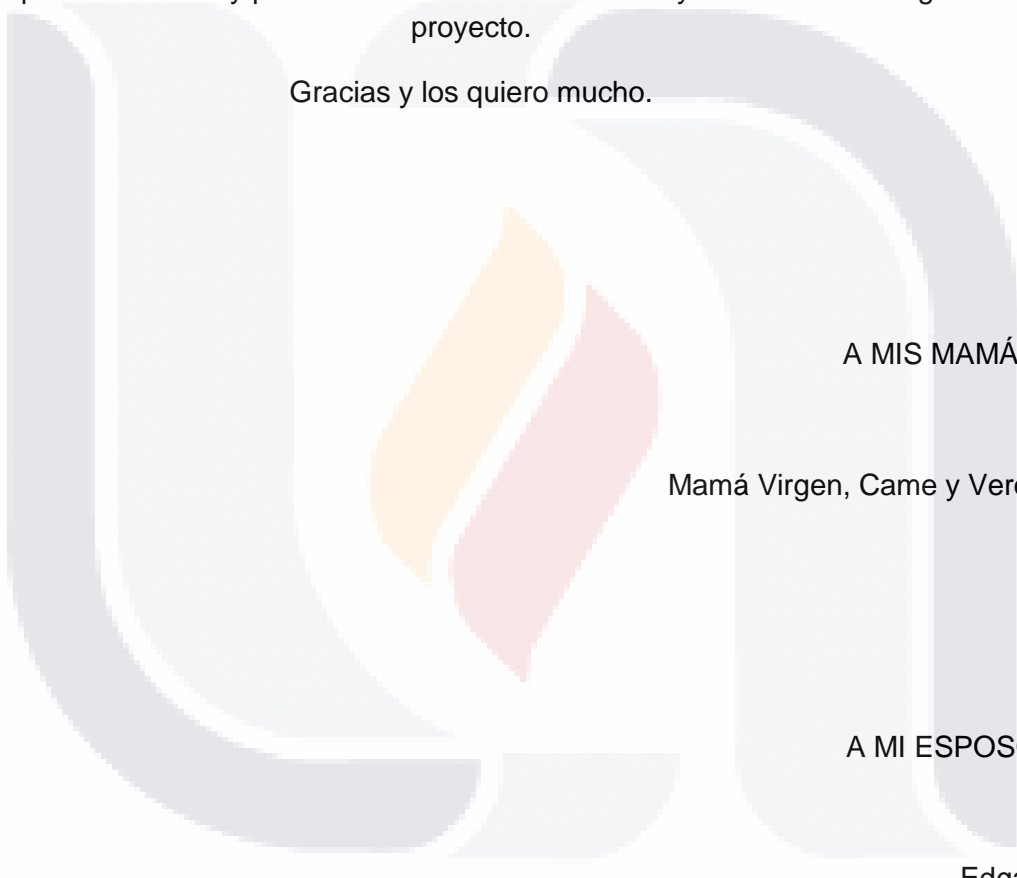
A la Sra Lourdes Borrego Estrada por darme todas las facilidades para poder realizar mi tesis.

A toda mi familia, pero sobre todo a los que están desde el cielo cuidándome y que estarían orgullosos de verme terminar este proyecto.

## DEDICATORIAS

Con todo mi amor y agradecimiento porque si no hubiera sido por su apoyo, comprensión cariño y paciencia no estaría el día de hoy terminando este gran proyecto.

Gracias y los quiero mucho.



A MIS MAMÁS

Mamá Virgen, Came y Vero.

A MI ESPOSO

Edgar



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN



CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

Aguascalientes, Ags., a 30 de Noviembre del 2011

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACIÓN

PRESENTE

Por medio de la presente le informo que el residente de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 "Dr. José Ávila Pardo" de la Delegación Aguascalientes:

**Dra. Virginia Verónica Aguilar Mercado**

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado,

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LOS  
"SERVICIOS DE ENLACE" EN LA DELEGACIÓN DEL IMSS DEL ESTADO DE  
AGUASCALIENTES.**

Número de registro: R-2010-101-18 del Comité Local de Investigación en Salud 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La Dra. Virginia Verónica Aguilar Mercado, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado de su evaluación.

Sin otro particular agradezco a usted que se sirva presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE

DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO AVALOS

MARIA DE LOURDES BORREGO ESTRADA

c. s. p. Dr. Alejandro Farias Zaragoza. Coordinador delegacional de educación médica



**VIRGINIA VERÓNICA AGUILAR MERCADO**  
**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**  
**PRESENTE**

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

**"EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LOS  
"SERVICIOS DE ENLACE" EN LA DELEGACIÓN DEL IMSS DEL ESTADO DE  
AGUASCALIENTES"**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:  
**Especialista en Medicina Familiar**

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
**"SE LUMEN PROFERRE"**  
**Aguascalientes, Ags., 06 de Diciembre de 2011.**

**DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN**  
**DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

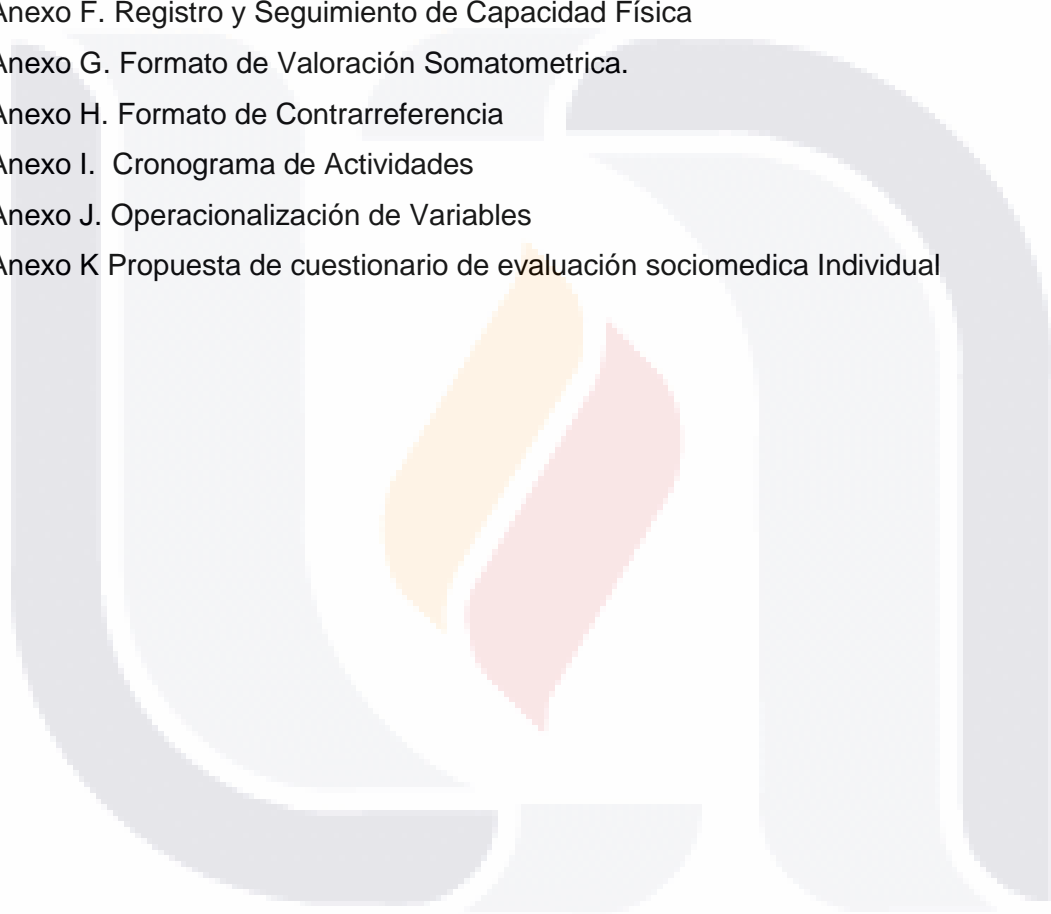
ccp. C.P. Ma. Esther Rangel Jiménez/ Jefe de Departamento de Control Escolar  
ccp. Archivo.

**INDICE GENERAL**

I	Resumen.....	5
II	Summary.....	7
III	Introducción.....	9
IV	Capítulos	
	1. Planteamiento del problema.....	10
	2. Justificación.....	20
	3. Marco teórico.....	21
	4. Objetivos.....	31
	5. Metodología	
	a) Logística.....	32
	b) Tipo de diseño.....	32
	c) Delimitación del Universo de Trabajo.....	33
	d) Población de estudio.....	33
	e) Unidad de Observación.....	33
	f) Unidad de análisis.....	34
	g) Criterios para la selección de la población.....	34
	h) Tipo de muestreo.....	35
	i) Tamaño de la muestra.....	35
	j) Plan de recolección de la información.....	35
	k) Recursos financieros y factibilidad.....	38
	l) Plan de Tabulación y análisis estadístico.....	40
	m) Aspectos éticos.....	40
	n) Carta de consentimiento informado.....	41
V.	Resultados.....	42
VI.	Discusión.....	53
VII.	Observaciones.....	55
VIII.	Conclusiones.....	56
IX.	Glosario.....	57
XI.	Bibliografía.....	58

XII. Anexos..... 62

- Anexo A . Lista de Cotejo para evaluación de la entrada o planificación del programa
- Anexo B. Lista de Cotejo para evaluación de la estructura o contexto del programa
- Anexo C. Lista de Cotejo para evaluación del proceso.
- Anexo D. Cuestionario de Evaluación Sociomédica Individual.
- Anexo E. Formato de Hábitos Alimenticios.
- Anexo F. Registro y Seguimiento de Capacidad Física
- Anexo G. Formato de Valoración Somatométrica.
- Anexo H. Formato de Contrarreferencia
- Anexo I. Cronograma de Actividades
- Anexo J. Operacionalización de Variables
- Anexo K Propuesta de cuestionario de evaluación sociomédica Individual





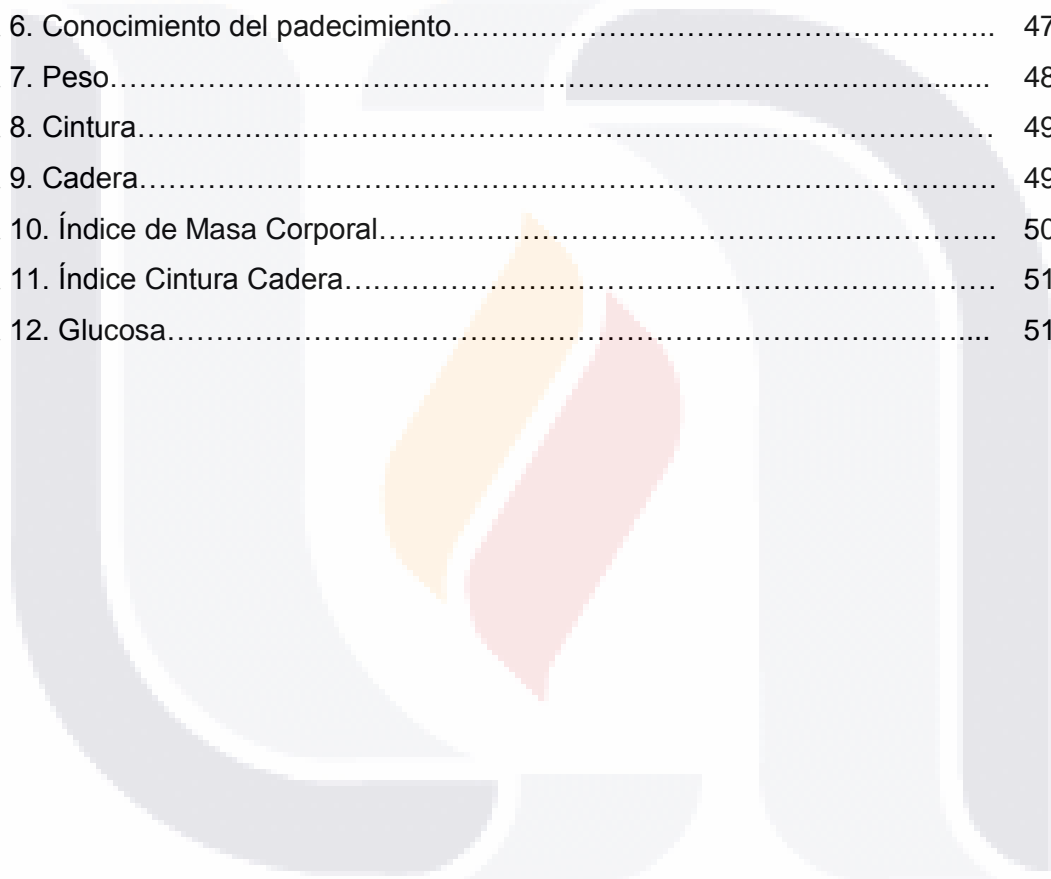
### INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Evaluación del personal del programa.....	43
<b>Tabla 2.</b> Participantes en el proyecto.....	44
<b>Tabla 3.</b> Participantes con Hipertensión y Diabéticos controlados.....	45
<b>Tabla 4.</b> Mediciones.....	52



### INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Contexto o estructura.....	42
Gráfica 2. Planificación o entrada.....	42
Gráfica 3. Diagnósticos de envío al programa.....	45
Gráfica 4. Capacidad Física.....	46
Gráfica 5. Hábitos Alimenticios.....	47
Gráfica 6. Conocimiento del padecimiento.....	47
Gráfica 7. Peso.....	48
Gráfica 8. Cintura.....	49
Gráfica 9. Cadera.....	49
Gráfica 10. Índice de Masa Corporal.....	50
Gráfica 11. Índice Cintura Cadera.....	51
Gráfica 12. Glucosa.....	51



## I. RESUMEN

Un programa de atención social a la salud social adecuadamente formulado mejora sustancialmente sus posibilidades de éxito y de esta forma la salud de los participantes. Por lo que debe de contar con herramientas de evaluación y seguimiento, desde su introducción hasta su última fase de la ejecución para dar cuenta de la gestión y proveer información que facilite la toma de decisiones para realizar mejoras que nos permitan obtener los cambios que se pretenden conseguir. El programa “Servicios de Enlace” no cuenta con evaluaciones previas, es por ello la importancia de realizar dicho estudio para proporcionar resultados que contribuyan a mejorar el programa en intervenciones posteriores.

**OBJETIVO:** Evaluar el programa de atención social a la salud de los “Servicios de Enlace” en la delegación del IMSS del Estado de Aguascalientes.

**MATERIAL Y METODOS:** Es un estudio de evaluación, longitudinal, de seguimiento de grupos, retrospectivo y prospectivo. Se realizó en el centro de Prestaciones Económicas y Sociales de la delegación de Aguascalientes del IMSS, a través de cuestionarios que se aplicaron a los participantes inscritos en el mes de Agosto de 2010 y personal que participa en el programa de atención social a la salud de los “Servicios de Enlace” y la utilización de listas de cotejo, en un seguimiento de 9 meses de duración del programa. Las variables estudiadas son: evaluación de programa en las dimensiones de entrada, contexto, proceso y producto.

**RESULTADOS:** La evaluación de la dimensión de entrada fue 90% sobresaliente, del contexto fue de 75% muy bueno, del proceso del personal que labora en el programa en el turno matutino y vespertino Trabajador Social: 81% Muy bueno Docente de Actividad Física: 77% Muy bueno Docente de Alimentación: 100% Sobresaliente, docente de Grupo de Ayuda Mutua y Apoyo Familiar: 100% Sobresaliente, docente de Actividades Culturales: 100% Sobresaliente. Producto: Existió cambios significativos con disminución en el peso, medición de cintura, cadera, índice cintura cadera, mejoró la capacidad física, los hábitos alimenticios y conocimiento de la enfermedad de los participantes.

CONCLUSIONES: El programa “Servicios de Enlace” de la delegación de Aguascalientes en sus dimensiones de entrada, contexto, proceso obtuvo una evaluación en general sobresaliente. Respecto al producto el programa cumple con sus objetivos al lograr cambiar el estado de vida de los pacientes mejorando sus hábitos alimenticios, capacidad física y conocimiento acerca de su enfermedad.

PALABRAS CLAVES: Evaluación, evaluación de programas, programas de atención social a la salud.



## II. SUMMARY

A program of social care properly formulated social health improves your chances of success substantially and thus the health of participants. For what must have monitoring and evaluation tools from its introduction until the last phase of implementation to account management and provide information that facilitates decision-making to make improvements that allow us to get the changes to be get. The "Servicios de Enlace" does not have previous evaluations, which is why the importance of this study to provide results that help improve the program in subsequent interventions

OBJECTIVE: To evaluate the social assistance program to the health of the "Servicios de Enlace" in IMSS delegation of the State of Aguascalientes.

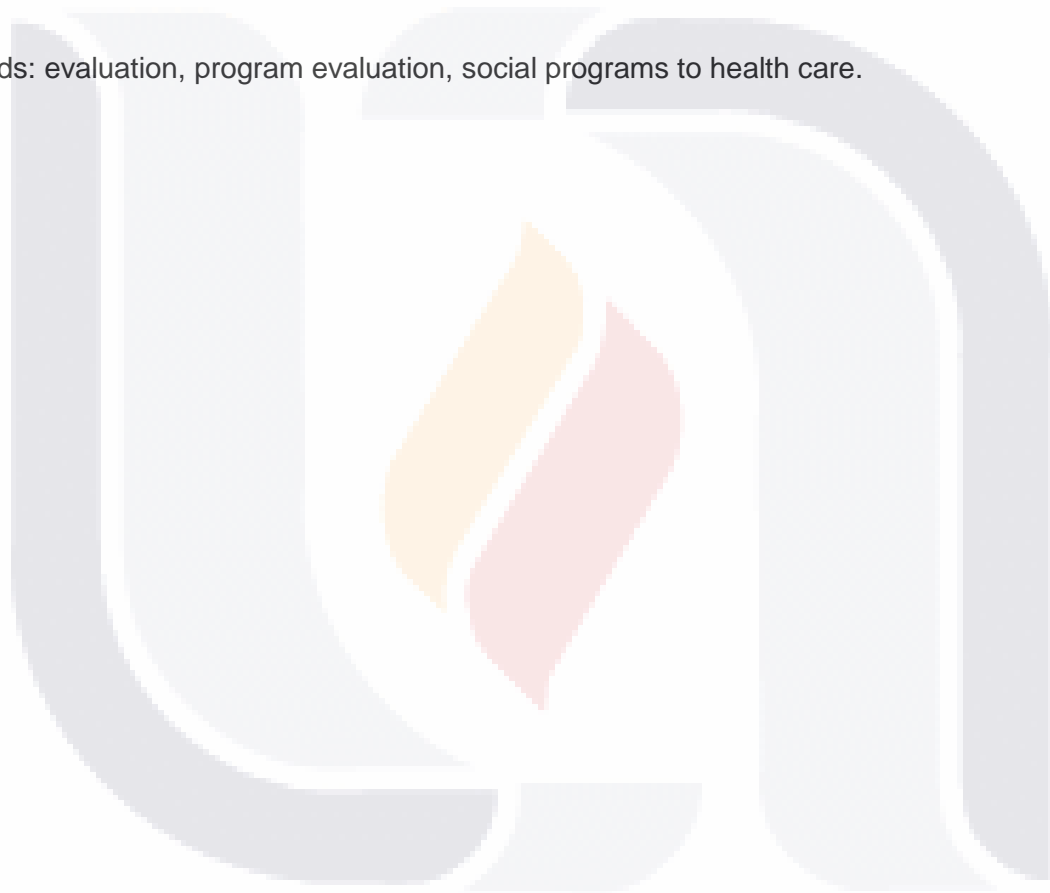
MATERIAL AND METHODS: We performed an evaluation and longitudinal follow-up groups, retrospective and prospective. Was performed in the center of economic and social benefits of the delegation of Aguascalientes IMSS through questionnaires that were applied to participants enrolled in the month of August 2010 and staff involved in social care program's health "Servicios de Enlace" and the use of checklists, a 12-month follow-up duration of the program. The variables studied include: program evaluation in the dimensions of entry, context, process and product.

RESULTS: The evaluation of the extent of entry was 90% outstanding, the context was 75% very well, the process of personnel working in the program in the morning and evening shift Social Worker: 81% Very Good Teaching Physical Activity 77% Teaching Good Food: 100% Outstanding Teachers Mutual Aid Group and Family Support: 100% Outstanding Teacher of Cultural Activities: 100% Excellent. Product: There was significant change with a decrease in weight, waist measurement, hip, waist-hip ratio, improved

physical fitness, eating habits and knowledge of the illness of the participants.

CONCLUSIONS: The "Servicios de Enlace" of the delegation of Aguascalientes in its input size, context, an evaluation process in general was outstanding. Regarding the software product meets its objectives to achieve a change in the state of life of patients by improving their eating habits, physical ability and knowledge about their disease.

Keywords: evaluation, program evaluation, social programs to health care.



### III. INTRODUCCIÓN

La evaluación o valoración de programas se ha convertido en un recurso social básico para contrastar la efectividad de los programas de atención social a la salud (Scriven, 2003). De hecho, en opinión de algunos autores (Cohen y Franco, 1993) parece evidente que no hay posibilidad de llevar a la práctica políticas sociales eficaces y eficientes si no se evalúa su aplicación. Por lo tanto, la finalidad fundamental de la evaluación de programas de atención social a la salud, no será sólo la justificación de las políticas sociales y de gasto público, sino la de proporcionar criterios para la toma de decisiones en relación con la estructura y el funcionamiento de programas destinados a lograr mejorar la salud de los pacientes.

Con este objetivo la valoración de programas, podría ser definida como un proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva del valor y mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de un programa, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y comprender los fenómenos implicado planteado por Stufflebeam y Shinkifield en donde las dimensiones de estudio son: contexto, entrada, proceso y producto.

El objetivo de Servicios de Enlace como programa de atención social a la salud es establecer políticas y actividades necesarias para fomentar una cultura de vida activa y saludable y promover la modificación de hábitos y estilos de vida en derechohabientes referidos de las Unidades de Medicina Familiar con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y sobrepeso u obesidad, o con factores de riesgo.

El programa “Servicios de Enlace” fue creado para producir un impacto a la salud de los pacientes, dicho objetivo en la delegación de Aguascalientes no ha sido medido, es por ello la importancia de este estudio, valorar los resultados en el cambio de vida de los pacientes para mejorar su salud, de igual forma la evaluación de programa en su planeación, estructura y proceso para obtener información útil para mejorar el programa.

## IV. CAPITULOS

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETO DE ESTUDIO: Evaluación del programa de atención social a la salud de los “Servicios de enlace”

SUJETO DE ESTUDIO: Personal y pacientes que participan en el programa de Atención Social “Servicios de Enlace”

CONTEXTO: Centro de Seguridad Social Delegación Aguascalientes

#### 1.1 Características socio demográfico, socioeconómico y cultural de la población en estudio

La totalidad de la población inscrita en el programa servicios de enlace del ciclo noviembre a julio fue de sexo femenino, de las cuales van de los 38 a los 70 años. El 97% son ama de casa, 2% pensionadas y 1% trabajadoras. En promedio el 75% percibe en su familia un salario mínimo. 80% de las participantes son casadas, 10% viudas y 10% se encuentran en unión libre. El 25% de la población adscrita padece hipertensión arterial, 5% diabetes mellitus tipo 2 y el 70% presentan 2 hipertensión arterial y obesidad.

El personal del programa es: El 60 % del personal es de sexo femenino, 40% sexo masculino. Las edades del personal van de los 28 a los 70 años, con nivel de secundaria a licenciatura.

Director de la Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales. Personal turno matutino: 1 trabajadora social encargada del programa, 1 profesor responsable de Educación Física con el apoyo de 4 monitores (personal con alguna preparación para impartir las clases, algunos de ellos fueron participantes del programa) en las clases de yoga, aerobics, natación. Licenciada en psicología responsable del grupo de ayuda mutua y orientación de actividades familiares. Una profesora responsable de orientación en la alimentación con el apoyo de 1 monitora. Una orientadora de actividades culturales con el apoyo de 2 monitoras para impartir: costura, baile de salón, teatro.



Personal de turno vespertino: 1 trabajador social. 1 profesor de Educación física responsable con el apoyo de 4 monitores, una orientadora de Actividades familiares (apoyo familiar y responsable de Grupos de Ayuda Mutua). Orientador de Actividades Culturales, con el apoyo de 3 monitores para las clases de corte y confección, danza y tejido.

## **1.2 Panorama del estado de salud**

En todos los países dentro su política social existen programas de atención social a la salud a grupos vulnerables como son: adultos mayores, niños, personas con capacidades diferentes, entre otros. Respecto a los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas se realizan intervenciones con un equipo multidisciplinario donde su principal herramienta son los grupos de ayuda mutua para modificar hábitos alimenticios, actividad física y redes sociales.

La Evaluación de Programas se está configurando desde hace varias décadas como un campo profesional y académico de primer orden y de clara utilidad práctica, reconociéndose la necesidad de valorar las intervenciones con el fin no sólo de conocer mejor la propia acción, sino también para mejorar los programas y las políticas, rendir cuentas sobre los mismos y dar luz sobre acciones futuras.

Existen estudios en los cuales se han realizado evaluaciones de los resultados y el impacto de programas de atención social a la salud y en específico los grupos de ayuda mutua los cuales han demostrado que la implementación de este tipo de programas mejoran el estado de salud de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas con un mejor control de la enfermedad y prevención de complicaciones.

Los programas de Atención Social a la Salud en México están enfocados en el manejo no farmacológico como la base para el tratamiento del paciente diabético e hipertenso. En los grupos de ayuda mutua se ofrece un ambiente de aceptación y compartimiento, donde se realiza actividad física, se establece un plan de alimentación para control del peso, y por último se lleva a cabo el monitoreo y la vigilancia de las complicaciones, todo ello, bajo estricta supervisión médica. Los grupos de ayuda mutua se han formado

principalmente en las unidades de salud del primer nivel de atención. A través del tiempo dichos grupos se han multiplicado de manera paulatina. Para diciembre del 2004 todos los estados de la República Mexicana (31 más el Distrito Federal) participan en esta estrategia con un total de 7,416 Grupos de Ayuda Mutua con 264,392 integrantes.<sup>4,7</sup>

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha implementado en la mayor parte de sus delegaciones un programa de Atención Social a la salud denominado “Servicios de Enlace”, el cual en delegaciones como la del Estado de México y Nayarit sólo ha evaluado el impacto del programa a través de la monitorización de la enfermedad, mostrando que existe un mejor control de la Diabetes Mellitus e Hipertensión (glucosa disminuyó  $-82$  mg/dL ( $p < 0.0001$ ), tensión arterial sistólica  $-11.7$  mm Hg ( $p < 0.0001$ ) y tensión arterial diastólica  $-6.9$  mm Hg ( $p < 0.0001$ ); por medio de una toma de conciencia acerca de la enfermedad y una estrategia educativa.<sup>8</sup>

### **1.3 Panorama del sistema de atención de salud**

Para el manejo de la diabetes e hipertensión arterial existen como base fundamental las normas oficiales: Secretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Modificación a la Norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. México: Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Secretaría de Salud; 2000. 10. Secretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Norma oficial mexicana NOM-030-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de hipertensión arterial. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Secretaría de Salud.<sup>7</sup>

Con el propósito de desarrollar, evaluar, y menorar los patrones diagnósticos y terapéuticos utilizados en las enfermedades crónico degenerativas, particularmente hipertensión y diabetes se han desarrollado estrategias que permiten un diagnóstico y un tratamiento precoz en aquellos pacientes que desconocen padecer estar enfermedades. Para esto el Centro de Vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud a través del Programa de Salud del Adulto y del Anciano, promocionó desde 1995 los “Grupos de Ayuda Mutua”.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con diversos programas para mejorar la calidad de vida a través de acciones no farmacológicas que permitan un mejor control de enfermedades crónico degenerativas como son Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad, algunos de e estos programas son:<sup>8</sup>

- a) PREVENIMSS: Actividades preventivas de promoción de la salud en las empresas mediante campañas y ferias de la salud. Promoción de activación física en empresas (pausa para la salud)
- b) La estrategia SOHDI: Tiene como objetivo, integrar grupos de 15 a 20 personas con padecimientos de sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes; en grupos de autoayuda, para llevar a cabo el control y seguimiento, basados en el esquema de educación, incorporando la información clínica, dietética y el ejercicio físico, considerándose de gran importancia el manejo de los estados emocionales como son la depresión y la ansiedad.
- c) DIABETIMMS: Creado en el 2008 que se implanta como una estrategia para mejorar las acciones de prevención y atención integral de la diabetes.
- d) Con la finalidad de ofrecer en condiciones ideales una atención integral a la salud a pacientes de 20 años y mas, con padecimientos de sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes, mediante intervenciones socio-medicas de educación para la Salud y de participación social que mejoren los niveles de salud de la población derechohabiente se crea el programa servicios de enlace en el 2008.

#### **1.4 Naturaleza del problema**

Existen diversos estudios en donde los grupos de ayuda mutua como parte de los programas de atención social para la salud para padecimientos crónico degenerativos han tenido un impacto favorable sobre todo en resultados de tipo conductual, pero no se han evaluado de forma integral otros aspectos como lo son la estructura y el proceso del programa.

Existe gran variabilidad en los resultados de las evaluaciones de los programas de atención social que van desde 5.4% en Corea a 58% en Barbados.<sup>9</sup> En estos estudios el enfoque en la evaluación del programa es en resultados sin evaluar otros aspectos del programa como son su planeación, estructura y proceso.

Un programa de atención social a la salud adecuadamente formulado mejora sustancialmente sus posibilidades de éxito y de optimizar recursos. Por lo que se debe de contar con herramientas de evaluación y seguimiento de programas, desde su introducción hasta su última fase de la ejecución, que contengan los criterios que comúnmente se utilizan dentro de las organizaciones que evalúan estos programas. Asimismo, la evaluación de los programas debe realizarse utilizando más de un procedimiento, porque al tratarse de programas de atención social a la salud la evaluación se hace más compleja y requiere de criterios específicos.<sup>23</sup>

En la delegación del IMSS de Aguascalientes no se cuenta con resultados de la evaluación del programa de atención social a la salud.

### **1.5 Nivel de conocimiento que esta el problema que se desea investigar**

Evaluación del Programa de Atención Social “Servicios de Enlace” en sus dimensiones de planeación, estructura, proceso y resultados.

### **1.6 Distribución del problema**

Pacientes con Diabetes, Hipertensión y obesidad participantes en el programa “Servicios de Enlace” de la delegación Aguascalientes del IMSS y personal que participa en el programa.

### **1.7 Gravedad y magnitud del problema**

Con el apoyo de grupos de autoayuda de pacientes diabéticos, hipertensos y con obesidad se ha encontrado reducción en la glucosa promedio de 220 a 151 mg/dL y disminución en el peso promedio de 73 a 67 kg en el seguimiento a un año en el 70% de los pacientes participantes de un programa realizado en la UMF 57 del Estado de México reconociendo que el factor primordial en el manejo integral es la educación.<sup>8</sup>

Uno de cada cinco diabéticos (19.6%) detectados a través de la ENSANUT de 2005 presentó cifras menores a 8% de hemoglobina glucosilada (HbA1c), lo que refleja una cobertura de control de 20% en el país, muy por debajo de lo deseado. Los datos arrojados de esta misma fuente permiten inferir que las personas con diabetes no controlada tienen un riesgo más alto (25-40%) de sufrir amputación de miembros inferiores y otras complicaciones, con una frecuencia de hospitalización tres veces mayor.<sup>10</sup>

La prevalencia de hipertensión arterial en México es de 30.05%. Al igual que en otros países, la frecuencia de hipertensión se vincula con la edad, la obesidad y el género, y es el segundo motivo de consulta en el primer nivel de atención. Sólo 19.4% de los pacientes hipertensos con tratamiento se encuentra bajo control, esto es, con cifras de presión arterial menores de 140/90 mmHg.<sup>1</sup> Resultados similares se han encontrado en otras partes del mundo, cualesquiera que sean los recursos médicos y las técnicas disponibles. El porcentaje de pacientes controlados varía de 5.4% en Corea a 58% en Barbados; en EUA es de 36.8% y en Egipto y China de 8%.<sup>11</sup>

### **1.8 Trascendencia y/o consecuencias que pueden presentarse tanto en la población como en el servicio**

Los grupos de ayuda mutua como parte de un programa de atención social a la salud son una herramienta importante para el control de las enfermedades crónico degenerativas a través de estrategias no farmacológicas, viéndose que los pacientes que participan en este tipo de programas tiene un impacto favorable en la salud de los participantes, con un mejor control de su enfermedad; es por ello la importancia la existencia de estos programas y de su evaluación.<sup>4,7,8</sup>

Al no contar con evaluaciones de programas de atención social no se puede identificar si existen fallas que nos puedan condicionar que el programa no tenga los resultados esperados, esto generando costos no justificables a las instituciones y en los pacientes afectando su salud y de forma directa su calidad de vida.

### **1.9 Análisis de los factores mas importantes que pueden influir en el problema**

Factores del servicio: Insuficiente supervisión, mala capacitación del equipo del programa, inadecuada información acerca del programa, orientación inadecuada, horarios inconvenientes, falta de información acerca de los criterios de referencia al programa. <sup>4,7</sup>

Factores relacionados con la enfermedad: Detección tardía de la enfermedad, presencia de complicaciones al momento del diagnóstico de la enfermedad, falta de información acerca de la enfermedad por parte del paciente y de los familiares. <sup>4,7</sup>

Factores socioculturales económicos: Edad avanzada, sexo, bajo nivel de educación, falta de apoyo familiar, ocupación, religión. Falta de apoyo en la red social. <sup>4,7</sup>

### **1.10 Descripción de proyectos relacionados**

Muñoz Reyna en su estudio comparativo de pacientes diabéticos tipo 2 que participaron en grupos de ayuda mutua no encontró diferencias significativas en los niveles de glucosa e índice de masa corporal comentando que resulta prioritario identificar la organización, funcionamiento y supervisión que el personal interdisciplinario realiza con los grupos de ayuda mutua al igual que el programa en su totalidad. Ya que es innegable que existe un elevado número de personas diabéticas tipo 2, que presentan descontrol glúcemico así como problemas de sobrepeso y obesidad, por lo que resulta prioritario hacer énfasis en las actividades educativas.<sup>24</sup>

Joanne Mc Closkey en su estudio comparativo, descriptivo Promotores en una comunidad basado en Programas de Intervención de pacientes diabéticos hispanos realizado en Nuevo México, de la Revista Family Community Health de 2009, cuyo objetivo es evaluar

en efecto de los programas de intervención en pacientes hispanos diabéticos, concluyo que los programas de intervención obtuvieron cambios positivos en la salud de los participantes.<sup>12</sup>

### **1. 11 Antecedentes científicos**

Armando López-Portillo y colaboradores en su estudio descriptivo, retrospectivo. Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión de la Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social publicada en México en el 2007, cuyo objetivo fue: evaluar los alcances de la estrategia en el control clínico de pacientes con diabetes e hipertensión concluyeron que los pacientes participantes en sesiones grupales en donde se les da orientación acerca de la enfermedad, de sus complicaciones, además de fomentar la actividad física y una alimentación adecuada, tienen un impacto favorable en el control de la hipertensión y diabetes al término del estudio, aunque no se cuenta con la medición del impacto en las complicaciones de la enfermedad.<sup>8</sup>

Agustin Lara Esqueda y colaboradores en su estudio transversal. Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial publicado en la revista Archivos de Cardiología de México en el 2004, cuyo objetivo fue evaluar el cumplimiento de las metas básicas de tratamiento de personas que asisten a los Grupos de Ayuda Mutua de la Secretaría de Salud de México, por padecer diabetes tipo 2, concluyó que los Grupos de Ayuda Mutua son una estrategia fundamental en la línea educativa para mejorar el control de la enfermedad, ya que las personas con diabetes o hipertensión y sus familiares juegan un papel activo en el cumplimiento del desarrollo del tratamiento así como en la prevención y control de la enfermedad.<sup>4</sup>

Muñoz López y colaboradores en presenta una experiencia de evaluación de programas de atención a las personas con enfermedad mental grave y persistente llevada a cabo en la Comunidad de Madrid: la evaluación del Plan de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007, de la Consejería de Familia y Asuntos

Sociales. Se describe el proceso de evaluación global explicando los objetivos, metodología y procedimientos seguidos, así como las fases del proceso, las tareas y actividades desarrolladas, los instrumentos aplicados y los procedimientos de evaluación establecidos. Concluyendo que es importante realizar la evaluación de programas en todas sus dimensiones para obtener información útil que permita plantear estrategias de solución de problemas y bajar costos utilizados.<sup>23</sup>

Carrasco y colaboradores en su estudio multicéntrico prospectivo no controlado con un programa de intervención de 4 meses y control tardío de 2 meses en pacientes adultos con sobrepeso u obesidad en riesgo de diabetes Evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad en riesgo de diabetes de la revista Rev Med Chile en el 2009 realizado en Chile, por medio de un estudio, obtuvieron como resultados en pacientes una reducción significativa de peso y circunferencia de cintura, con normalización de glucosa en ayuno. Concluyendo que es de suma importancia evaluar los resultados que se obtengan en este tipo de programas y que se requiere de implementación de programas de seguimiento de los pacientes a largo plazo para reforzar las medidas nutricionales, de promoción de actividad física y los contenidos educativos entregados en el programa.<sup>27</sup>

### **1.12 Argumento conveniente de que el conocimiento disponible no es suficiente para solucionarlo**

Las enfermedades crónico degenerativas tienen gran importancia por la transición demográfica que existe en México, con un aumento en su incidencia.

El programa “Servicios de Enlace” en el Estado de Aguascalientes no cuenta con un estudio que mida el programa y su impacto a la salud de los pacientes participantes en dicho programa, es por ello la importancia de este estudio.

### **1.13 Descripción del uso de esta información o posibles resultados para solucionar el problema**



La finalidad fundamental de la evaluación de programas de atención social a la salud, no será sólo la justificación de las políticas sociales y de gasto público, sino la de proporcionar criterios para la toma de decisiones en relación con la estructura y el funcionamiento de programas.<sup>23</sup>

Con el presente estudio se pretende evaluar el programa “Servicios de Enlace” en sus dimensiones de planificación, estructura, proceso y resultado con la finalidad de ser la base para realizar mejoras en el programa de esta forma obtener buenos resultados que se reflejen en la salud del paciente con un control de la enfermedad y prevención de complicaciones.

#### **1.14 Lista breve de conceptos**

**Evaluación de Programas** Proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva del valor y mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de un programa, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y comprender los fenómenos implicados.

#### **1.15 Pregunta de investigación**

¿Cómo es la evaluación del programa de atención social a la salud de los “servicios de enlace” en la delegación del IMSS del estado de Aguascalientes?

## 2. JUSTIFICACION

La evaluación no sólo persigue medir los resultados de las intervenciones, sino que también, por otra parte, pretende medir los procesos de cambio o la naturaleza de las propias intervenciones.

Resulta necesario especificar, además, por qué es preciso evaluar, ya que este proceso debe tener una finalidad y una funcionalidad. En primer lugar, la evaluación sirve para dar cuenta de la gestión y debe servir para proveer de información que facilite la toma de decisiones.

De este modo, la evaluación no se limita a medir resultados para esa toma de decisiones, sino que contribuye al conocimiento que fundamenta la intervención aportando el aprendizaje y los datos que los propios equipos, a cargo de los proyectos, tienen del problema que abordan. Este aprendizaje es el que permite ampliar y enriquecer las perspectivas conceptuales facilitando un mejor control sobre los factores que influyen en los resultados y los cambios que se pretende conseguir.

EL programa de atención social a la salud “Servicios de Enlace” no cuenta con antecedente de contar con una evaluación, de atención social a la salud “Servicios de Enlace”, ya que no se ha realizado desde que inicio el programa en la delegación de Aguascalientes.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### Evaluación de Programas

En los primeros momentos del desarrollo de la Evaluación de programas, los métodos de investigación científica han jugado un papel muy importante en muchos de los trabajos de evaluación realizados en un intento por definir y conceptualizar la evaluación de programas. Así, Suchman (1967) vio la evaluación como la utilización de los métodos y técnicas de investigación científica utilizados con el propósito de evaluar.

Tyler, concebía la evaluación como la determinación del grado en que los objetivos de un programa eran realmente conseguidos, establecía las metas generales y los objetivos conductuales y comparaba los resultados con las metas, utilizando la metodología de los diseños experimentales y cuasiexperimentales, pruebas estandarizadas de medida y el informe clásico de investigación sobre la conveniencia de mantener o modificar los programas.<sup>17</sup>

Stufflebeam considera la evaluación como el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva del valor y mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de un programa, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y comprender los fenómenos implicados. Utiliza una metodología diversa en función de cada tipo de evaluación contexto, entrada, proceso o producto, y sus informes son frecuentes para proporcionar una guía para la toma de decisiones de mejora del programa, y la generalización posible es la que permita el muestreo y las metodologías utilizadas.<sup>17, 18, 21</sup>

Para Scriven la evaluación, como ciencia de la valoración, consiste en determinar el mérito y valor del objeto evaluado. Para él la evaluación es la recogida y síntesis de información basada en criterios evaluativos que verifiquen los valores relevantes y las normas elegidas para la realización, con la finalidad de ser utilizada en la toma de decisiones. Sirve a las funciones formativas, proporcionando información para mejorar un programa durante su realización, y sumativa, proporcionando información para implantar, modificar o retirar un programa. Utiliza una metodología neopositivista, relativista y de la lógica probativa, utilizando un tipo de informe descriptivo. La generalización de los

resultados es la que permite la validez externa dificultada por la relatividad de los criterios de valor. <sup>17</sup>

Take considera que la evaluación sirve para descubrir el mérito y las deficiencias de un programa. En su "modelo de evaluación respondiente", el evaluador debe asegurarse de prestar atención a aquello por lo que le piden que haga la evaluación, pero también debe prestar atención a lo que está ocurriendo en el programa y elegir las cuestiones y criterios de valor. Utiliza metodologías cualitativas, fundamentalmente el estudio de caso. <sup>17</sup>

El uso de una metodología u otra para la evaluación de un programa dependerá de los propósitos de la evaluación, del estado de madurez del programa, de los recursos disponibles, de los intereses y necesidades de los patrocinadores y de los evaluadores y del medio político y organizativo del programa. De modo que, cuando un programa está desarrollándose, el estudiar su eficacia mediante un diseño experimental carece de sentido. <sup>17</sup>

### **Teoría de la evaluación de programas**

Un programa de intervención educativa o un programa de intervención social supone un esfuerzo intencionado y organizado para intervenir en un proceso social con el propósito de resolver un problema y proporcionar un servicio. La estructuración de los esfuerzos organizados adecuadamente y dirigidos a la consecución de las metas deseadas supone que el programa opera bajo una teoría, aunque, a veces, esta teoría sea implícita.

La evaluación de programas es algo más que una metodología aplicada; la evaluación es diversa en muchos modos y su potencialidad para la unidad intelectual, que es lo que Scriven llama la lógica de la evaluación, podría crear puentes entre la diversidad de evaluadores con el fin de desarrollar la teoría de la evaluación de programas. <sup>18</sup>

Los intentos por mejorar *la teoría de la evaluación de programas* son antiguos. Weiss (1972) sugería que la utilización de los resultados de una evaluación podría verse reforzada si se incluyeran estos elementos básicos: <sup>18, 19,20</sup>

1. Un análisis de las premisas teóricas del programa.

2. Una especificación de los procesos del programa para informar acerca de los vínculos entre los objetivos y las metas del programa.
3. Un análisis de las realizaciones del programa y de sus resultados.
4. Un informe detallado de cuáles son las alternativas más efectivas que pueden ayudar a mejorar el programa, y cómo realizarlas.

Otra de las razones del movimiento para el desarrollo de la *teoría de la evaluación de programas* se relaciona con la necesidad de comprender cómo se realizan los tratamientos. Los estudios centrados en la realización de los programas y en la intervención de los mismos proporcionan evidencias de que la realización es algo muy complicado dentro del ámbito humano. Las dificultades que se han revelado en la puesta en marcha y desarrollo de los programas han señalado la necesidad de que los patrocinadores, los promotores de un programa, presten atención a estos aspectos para mejorar la implementación del programa. Es importante, por ello, que, dentro del desarrollo del marco teórico, se integre el desarrollo de los programas en la acción, como parte importante de la actividad evaluativa. Se trataría con ello de evitar lo que a veces ocurre cuando se evalúan los programas, que quienes realizan dichas evaluaciones tienden a proceder más según sus puntos de vista y su preparación metodológica que en función de las necesidades reales de ese programa, y esto no siempre es consistente con los objetivos de quienes elaboran o diseñan un programa adaptado a unas necesidades para resolverlas. <sup>18</sup>

Chen, para argumentar su Teoría de evaluación de programas, toma una idea de Weber. El desarrollo de la evaluación de programas y su emergencia como disciplina se ha visto beneficiada por el desarrollo de la sociedad moderna, racionalista y contable. Sin embargo, Weber advertía que es importante ver la diferencia entre dos tipos de racionalidad: la racionalidad formal y la racionalidad sustantiva, o los valores. La racionalidad formal tiene que ver con la eficiencia y la eficacia en la consecución de una meta específica en un tiempo dado, mientras que la racionalidad de valor o sustantiva se refiere a los propósitos sustantivos y fines a largo plazo de los individuos, de los grupos y de las sociedades. <sup>18, 19</sup>

Shadish, Cook y Levitón (1991) defienden la necesidad de fundamentar las teorías evaluativas en cinco componentes teóricos básicos. Son los siguientes: <sup>19</sup>

- a) *Programación social*. El componente relativo a la programación social tiene que ver con la naturaleza de los programas sociales y sus funciones en la solución de los problemas sociales. Se relaciona con la estructura interna y con el funcionamiento de los programas, con sus relaciones con las instituciones políticas y sus actividades y con los procesos a través de los cuales los programas y sus componentes pueden cambiarse para mejorar el rendimiento de programa.
- b) *La construcción del conocimiento*. Este componente se interesa por la comprensión de evidencia aceptable y los métodos para producir tal evidencia sobre el objeto que va a ser evaluado.
- c) *Los valores*. El componente del valor está relacionado con el papel que los valores y los procesos de valoración juegan en la evaluación. Está relacionado con la elección de los valores que deben estar representados en una evaluación y con la construcción de juicios de valor sobre los programas sociales.
- d) *La utilidad del conocimiento*. El componente del uso, o utilidad, tiene que ver con el modo en que el conocimiento de las Ciencias Sociales y de la Educación puede ser utilizada en la política social y en los programas. Está relacionado con los posibles modos de incrementar la utilidad de los resultados de las evaluaciones.
- e) *La práctica evaluativa*. El componente relacionado con la práctica evaluativa tiene que ver con las actividades que el evaluador hace en su profesión. Estudia el papel de los evaluadores en relación con los que realizan el programa, cómo decidir las cuestiones o preguntas claves, de dónde conseguir u obtener la información para elaborar y responder a tales cuestiones, y qué métodos se deben utilizar para priorizar las cuestiones más relevantes y los temas sobre los cuales las dudas o las incertidumbres son mayores, así como conocer las posibilidades y

limitaciones de tiempo, los recursos financieros, las destrezas del personal y las normas para proceder a la realización de la evaluación (Cook y Shadish, 1986, Shadish y Reichardt, 1987 en Shadish, Cook y Levitón, 1991).

### **Tipos de Evaluaciones**

Tomando como referencia la clasificación propuesta por Cembranos, los distintos tipos de evaluación pueden clasificarse de la siguiente manera, completándola con la propuesta de Díaz Herráiz que nos presenta de Alvira (1991).<sup>20</sup>

Según el momento de la Evaluación: <sup>18-20</sup>

Ex ante: Esta evaluación se realiza antes de la ejecución del programa y tiene como objeto de recogida de datos acerca de la situación inicial de la institución o del programa.

Durante: Es aquella que se realiza a lo largo del proceso de ejecución y que recoge de modo continuo y sistemático datos acerca del funcionamiento del programa.

Final, ex post o de impacto: Es realizada cuando el programa ha concluido. Nos permite recoger datos acerca de la ejecución, funcionamiento, efectos o resultados de un programa, cualesquiera que éstos hayan sido, tanto los esperados como los no esperados, y valorar en qué medida las necesidades que originó el programa han sido satisfechas o no o se han generado otras nuevas.

Según las funciones que cumple

Formativa: La función que cumple es la de ir suministrando información a medida que avanza el programa de tal modo que puedan tomarse decisiones pertinentes para cambiar las acciones en curso. Su utilidad radica en que no es necesario que el programa concluya para darnos cuenta de los errores cometidos, sino que durante la ejecución es posible subsanarlos, es decir, sirve para ayudar en la toma de decisiones que ha de irse realizando sobre el terreno.

Sumativa: Se realiza una vez ha concluido el programa, y pretende determinar los resultados obtenidos a partir de la implementación de sus actividades, indicando si ha sido capaz de dar respuesta a las necesidades que lo generaron. Una desventaja es que otorga la información cuando ya suele ser demasiado tarde para rectificar si es que algo ha salido mal. En cambio puede poner las bases para futuros intentos.

De impacto: Cuando lo que se trata es de comprobar y valorar los efectos o la repercusión que un determinado hecho ha tenido sobre el medio en el que aconteció.

Según la procedencia de los evaluadores <sup>18-20</sup>

Externa: Quienes toman la iniciativa de efectuar la evaluación pueden ser responsables pertenecientes a la institución o externos a ella, pero en cualquier caso ha de quedar claro que sí han de ser externos o ajenos a ella quienes la realicen. Se pretende lograr máxima objetividad.

Interna: Es la que efectúan profesionales pertenecientes a la propia institución pero que no intervienen en el programa, de modo que pueden valorar objetivamente tanto el trabajo realizado o el proceso seguido como los resultados obtenidos a fin de facilita las decisiones pertinentes.

Mixta: También denominada coevaluación, pretende ser una combinación entre los dos tipos antes descritos. Se trataría de efectuar tanto la evaluación interna como la externa para posteriormente contrastar los datos procedentes de ambas y dar cuenta de las divergencias o concordancias.

Autoevaluación: En este caso son los responsables de la ejecución del proyecto quienes llevan a cabo la actividad evaluativa. Pretenden reflexionar acerca del trabajo realizado o los resultados obtenidos. Presenta ventajas y desventajas similares a las indicadas para la evaluación interna, y, de hecho, a veces se la considera como tal.



Según el aspecto objeto de evaluación o contenidos: <sup>18-20</sup>

Las necesidades o contexto: Esta evaluación se hace después de haber estudiado la realidad y es previa a la formulación del proyecto. Se evalúa el contexto y la realidad sobre la que se quiere intervenir y se realiza un diagnóstico de las necesidades de y con el grupo destinatario, para dirigir nuestra acción. Este tipo de evaluación coincide con el análisis de la realidad, que ya ha sido tratado previamente. Esta evaluación sirve, sobre todo, para ayudar a desarrollar objetivos y para tomar decisiones sobre la planificación de la intervención. A su vez cumple la función de ofrecer una base que sirva para juzgar los resultados del programa.

El diseño o planificación: Esta es una evaluación del diseño del programa, de su *coherencia y su aplicabilidad*. Puede cumplir una función de ayuda, a la hora de dar forma a propuestas y proyectos y formar decisiones sobre la estructuración de los mismos. Permite, además, obtener una base para juzgar cómo se está llevando a cabo el programa. Las bases para este tipo de evaluación se pueden encontrar en los procesos de planificación y elaboración de proyectos también tratados anteriormente.

El proceso y desarrollo del programa: Este tipo de evaluación sirve para *guiar el proceso de ejecución del programa*, de manera que se obtenga una información útil para realizar los ajustes convenientes mientras el programa se está llevando a cabo. Se puede realizar a través de distintos “puntos de control” y tiene una función de *retroalimentación*, de ofrecer información que permita *mejorar y refinar el diseño* y la ejecución del programa. Esta información, además, puede ser útil posteriormente cuando se evalúen los resultados. Así, este tipo de evaluación de proceso pretende ir ajustándose mejor a la realidad y a los destinatarios a los que se dirige.

Resultados o productos: Describe y juzga los resultados de un programa de intervención, relacionándolos con los objetivos y las necesidades, para evaluar el mérito y valía del programa en su conjunto. Así, sirve para evaluar los efectos que ha producido el programa., no sólo los pretendidos y positivos, sino también los no buscados y negativos.

### **Modelo CIPP**

De acuerdo a lo anterior expuesto el modelo evaluativo que se adopta mejor a nuestro objeto de estudio es el planteado por Stufflebeam y Shinkifield, que se desarrolla a continuación.

Los componentes generales de su sistema son; contexto, entrada, proceso y producto.

#### Evaluación del contexto

Consiste en identificar las virtudes y defectos de algún objeto, como una institución, un programa, una población escogida o una persona, y proporcionar una guía para su perfeccionamiento.<sup>21</sup>

Las finalidades que persigue son; 1) Definir las características y parámetros del entorno donde se desarrolla el programa, 2) Determinar las metas generales y los objetivos específicos. 3) Identificar y diagnosticar los problemas u obstáculos que pudieran impedir el logro de metas y objetivos.<sup>21</sup>

Su metodología puede incluir entrevistas, reuniones, lectura de informes.<sup>21</sup>

#### Evaluación de Entrada

Es utilizada para determinar si la utilización de los recursos disponibles para satisfacer las metas y objetivos del programa son empleados adecuadamente.<sup>21</sup>

Tiene como principales finalidades; 1) Verificar si el diseño un programa es adecuado para satisfacer los objetivos. 2) determinar los recursos con los que cuenta el programa el programa. Y 3) establecer si los recursos humanos y materiales son los adecuados para llevar a cabo el programa.<sup>21</sup>

#### Evaluación del proceso

Una evaluación del proceso es una comprobación continua de la realización de un plan.<sup>21</sup>

Sus cometidos son: 1) Identificar las discrepancias existentes entre el diseño final establecido y la implementación real efectuada, 2) identificar los defectos en el diseño o plan de implementación.<sup>21</sup>

La evaluación del proceso consiste, básicamente, en una comprobación continua de la realización de un plan.

Los métodos utilizados son: (a) Una persona es asignada exclusivamente para que desempeñe el rol de evaluador, (b) Esta persona supervisa y establece un registro de las condiciones del entorno, los elementos del programa tal y como realmente ocurrieron, los obstáculos y los factores no revistos. (c) Esta persona proporciona una retroalimentación sobre las discrepancias y los defectos del programa a los que tiene que tomar las decisiones finales.<sup>21</sup>

A lo largo del proceso el evaluador debe tomar notas de cómo se está realizando el plan del programa, las desviaciones del plan original y las variaciones a lo largo del desarrollo. La evaluación del proceso es una fuente de información vital para interpretar los resultados de la evaluación del producto.<sup>21</sup>

#### Evaluación del producto

Evaluación del producto, es valorar, interpretar y juzgar los logros de un programa. Tiene como finalidad recoger información que nos permita analizar si los objetivos específicos que nos habíamos propuesto alcanzar en nuestro programa han sido logrados o no, con el fin de tomar determinadas decisiones.<sup>21</sup>

Los datos relevantes son recogidos a intervalos de tiempo durante y después del programa. Los métodos que emplea son el estudio de casos y el análisis tiempo / costo. Su objetivo es valorar, interpretar y juzgar los logros de un programa. Su objetivo es averiguar hasta qué punto el programa ha satisfecho las necesidades del grupo al que pretendía servir.<sup>21</sup>

## **Programa de Atención Social a la salud “Servicios de Enlace”**

El objetivo del programa “Servicios de Enlace” es producir un impacto a la salud de los pacientes, dicho objetivo en la delegación de Aguascalientes no ha sido medido, es por ello la importancia de este estudio, valorar los resultados en el cambio de vida de los pacientes para mejorar su salud, de igual forma la evaluación de programa en su planeación, estructura y proceso para obtener información útil para mejorar el programa.

El objetivo de Servicios de Enlace es establecer políticas y actividades necesarias para fomentar una cultura de vida activa y saludable y promover la modificación de hábitos y estilos de vida en derechohabientes referidos de las Unidades de Medicina Familiar con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y sobrepeso u obesidad, o con factores de riesgo.

El equipo del programa de “Servicios de Enlace” esta formado por:

Trabajo social, orientador Técnico Médico, profesores y orientadores de Educación Física, Orientadores de Actividades Familiares, Orientador de Actividades Culturales rama danza, personal de Trabajo Social responsable de Grupos de Ayuda Mutua y Apoyo Familiar o de Participación social.

Estructura Física: instalaciones de la Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales.

Funcionamiento: Programa durante 9 meses, dividiéndose por trimestres las actividades:

Primer trimestre: Ejercicio Físico y Salud, Orientación Alimentaria y Educación para la Salud.

Segundo trimestre: Ejercicio Físico y Salud, Grupo de Ayuda Mutua y Apoyo Familiar.

Tercer trimestre: Ejercicio Físico y Salud y Grupo de Participación Social, y como optativas Baile de Salón.

Evaluación al finalizar cada trimestre y una evaluación final al terminar el programa.

## 4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### Objetivo general:

Evaluar el programa de atención social a la salud de los “servicios de enlace” en la delegación del IMSS del estado de Aguascalientes.

### Objetivos específicos:

- Evaluar el contexto del programa de atención social a la salud de los “servicios de enlace” en la delegación del IMSS del estado de Aguascalientes.
- Evaluar la entrada del programa de atención social a la salud de los “servicios de enlace” en la delegación del IMSS del estado de Aguascalientes.
- Evaluar el proceso del programa de atención social a la salud de los “servicios de enlace” en la delegación del IMSS del estado de Aguascalientes.
- Evaluar el producto del programa de atención social a la salud de los “servicios de enlace” en la delegación del IMSS del estado de Aguascalientes.

## **5. METODOLOGIA**

### **a) LOGISTICA:**

Para realizar el trabajo de campo, se mostró el número de folio de trabajo autorizado por el comité de investigación; se le solicitó autorización al Director del Centro de Prestaciones Económicas y Sociales de la Delegación IMSS Aguascalientes para la realizar listas de cotejo, cuestionarios y realizar trabajo observacional en las instalaciones donde se desarrolla el programa.

Se acudió con el personal del programa Servicio de Enlace para explicar mediante una presentación de Power Point el objetivo y metodología del proyecto de tesis para solicitar su consentimiento informado para la participación en el estudio, de esta forma solicitar apoyo para proporcionar información necesaria para la evaluación además de comentar sobre el trabajo observacional de campo.

A los pacientes diabéticos, hipertensos y/u obsesos inscritos en el mes de Agosto de 2010 se solicitó consentimiento informado para participar en el estudio garantizándoles el anonimato y confidencialidad.

### **b) TIPO DE DISEÑO**

Se trata de un estudio de evaluación, longitudinal, de seguimiento de grupos, retrospectivo y prospectivo.

Para la evaluación de la planificación, estructura y proceso se utilizó una evaluación de programas de promoción de salud 2009 (anexo 2), la cual es una propuesta de un instrumento para la evaluación y auditorias de programas de promoción de salud contempla los enfoques de planificación, estructura, proceso y resultados (satisfacción) utilizando listas de cotejo.

Durante los 12 meses de duración del programa se realizó observaciones para verificar que la implementación del programa se realizará de acuerdo al manual de procedimientos de Atención Social a la Salud, de los Pacientes Referidos de Prestaciones Médicas (Servicios de Enlace.) He de mencionar que este grupo tuvo una duración de 12 meses ya que en el mes de Diciembre se suspenden las actividades por vacaciones.

Se aplicó el cuestionario de evaluación sociomédica individual 2009 a cada uno de los participantes de forma trimestral al igual de evaluaciones somatométricas.

Se tomó información de los expedientes de los participantes para obtener resultados de hábitos alimenticios y condición física al inicio del programa al finalizar cada trimestre y al finalizar el programa

### **c) DELIMITACIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO**

Pacientes inscritos en el mes de Agosto de 2010 en el programa y personal que ejecuta en el programa “Servicios de Enlace”, del centro de Prestaciones Económicas y Sociales de la delegación de Aguascalientes del IMSS.

### **d) Población de estudio**

Pacientes inscritos en el mes de Agosto de 2010 en el programa y personal del programa “Servicios de Enlace”, del centro de Seguridad Social de la delegación de Aguascalientes del IMSS.

### **e) Unidad de observación**

Pacientes inscritos en el mes de Agosto de 2010 en el programa y personal del programa “Servicios de Enlace” del centro de Seguridad Social de la delegación de Aguascalientes

**f) Unidades de análisis**

- Pacientes inscritos en el mes de Agosto de 2010 en el programa “Servicios de Enlace”
- Personal que ejecuta el programa “Servicios de Enlace”

**g) CRITERIOS DE SELECCION**

**Criterios de inclusión**

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y/u obesidad inscritos en el mes de Agosto de 2010 en el programa “Servicios de Enlace”.

- Sexo indistinto.
- Edad indistinta.
- Que aceptan participar por medio del consentimiento informado.

Personal del programa “Servicios de Enlace”, de base, capacitado, del centro de Prestaciones Económicas y Sociales de la delegación de Aguascalientes del IMSS.

- Sexo indistinto.
- Edad indistinta.
- Que aceptan participar por medio del consentimiento informado.

**Criterios de exclusión**

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y/u obesidad no inscritos en el mes de Agosto de 2010 en el programa “Servicios de Enlace”.

Pacientes que no acepten participar en el proyecto.

Personal del programa que no acepte participar en el proyecto.



## **Criterios de eliminación**

Pacientes que deserten del programa en el periodo de Agosto de 2010 a Abril de 2011.

### **h) TIPO DE MUESTREO**

Se tomó la totalidad de los participantes del programa y el personal.

### **i) TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Se tomó la totalidad de los participantes del programa y el personal.

### **j) PLAN DE RECOLECCION DE INFORMACION**

Tipo de instrumento de recolección de datos

#### **Evaluación de programas de promoción de salud 2009 (anexo A)**

Es una propuesta de un instrumento para la evaluación y auditorias de programas de promoción de salud contempla los enfoques de estructura, proceso y resultados. El instrumento se divide en estos tres enfoques. En la estructura se analiza lo concerniente a la organización y recursos, en el proceso, a las actividades, estrategias, procedimientos, en lo que respecta al resultado, al nivel de salud alcanzado, a la satisfacción de beneficiarios/usuarios y prestadores/equipos técnicos.

La operacionalización de cada enfoque fue la siguiente: en el enfoque de *estructura o contexto* se consideró la organización, la normativa, la evaluación, en el enfoque de *planificación o entrada* se consideró los recursos, capacitación, presupuesto, sistema informático. En los enfoques de proceso y resultados se consideraron los requisitos propios en cada enfoque En cada uno de estos enfoques se detallan requisitos para contestar afirmativamente o negativamente. Las respuestas positivas tendrán una puntuación de 1. Para alcanzar el puntaje debe cumplirse la condición explicada en el

requisito, en caso de no cumplir o cumplirse en forma parcial no se otorgará valoración. Todos los requisitos se constatan con documentación, registro o similar que lo acredite. El puntaje se obtiene en forma parcial por enfoque y en forma total, se establece un valor porcentual de adecuación y se lo compara con el porcentual de adecuación propuesto en la siguiente escala:

- Sobresaliente 90 - 100 %
- Muy bueno: 60 a 89%
- Bueno 40 a 59 %
- Regular:20 a 39 %
- Malo: Menor a 19%

A su vez, posee algunas características que merecen ser destacadas ya que ofrece la posibilidad de: que diversos actores puedan utilizarlo (responsables de programas, equipos técnicos, auditores externos nacionales e internacionales y a otros que realicen evaluación de programas), un diseño y lenguaje sencillo que facilita el otorgamiento de la puntuación para obtener resultados parciales y final, una periodicidad de su aplicación que es indicada en el programa/proyecto, en relación a evaluación a corto, mediano y largo plazo o según se lo considere oportuno y necesario, prever insumos para la construcción de indicadores cuantitativos y cualitativos.

La metodología propuesta requiere previamente indagar sobre datos generales del programa (nombre del programa, responsable, organismo responsable, tipo de programa, beneficiarios/usuarios directos e indirectos, prestadores – equipo técnico, etc.) y solicitar el programa escrito donde se establecen propósitos, objetivos, actividades, estrategias, instrumentos de evaluación, indicadores, cronograma, presupuesto, beneficiarios /usuarios directos e indirectos, equipos- prestadores, etc.

**Cuestionario de evaluación sociomédica individual 2009 (anexo D)**

Cuestionario realizado por personal del programa de Servicios de Enlace para realizar una evaluación al ingreso de los pacientes diabéticos hipertensos y/u obesos al programa.

Los aspectos o rubros que abarca la evaluación son:

1. Datos generales.
2. Datos Sociodemográficos.
3. Recursos sociales.
4. Estado psicológico.
5. Estilo de vida.
6. Mediciones de: peso, estatura, glucosa, presión arterial, cintura, cadera.

#### **Formato de hábitos alimenticios (anexo E)**

Formato 3110-021-031 del Manual de Procedimiento de Atención Social a la Salud de Pacientes Referidos de Prestaciones Médicas (Servicio de Enlace).

#### **Formato de registro y seguimiento de la capacidad física (anexo F)**

Formato 3110-009-018 del Manual de Procedimiento de Atención Social a la Salud de Pacientes Referidos de Prestaciones Médicas (Servicio de Enlace).

#### **Formato de valoración somatométrica (anexo G)**

Formato 3110-009-017 del Manual de Procedimiento de Atención Social a la Salud de Pacientes Referidos de Prestaciones Médicas (Servicio de Enlace).

#### **Formato de contrarreferencia (anexo H)**

Formato 3110-009-019 del Manual de Procedimiento de Atención Social a la Salud de Pacientes Referidos de Prestaciones Médicas (Servicio de Enlace).

### **k) RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:**

Se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Seguridad Social, por lo que no se requirió lugar o condiciones especiales para la investigación. Este estudio es factible ya que se cuenta tanto con los recursos materiales y financieros necesarios para el desarrollo de la investigación, así mismo con los permisos y autorización del director del centro de prestaciones económicas y sociales.

#### Recursos humanos

- Investigador principal

#### Recursos tecnológicos

- Computadora personal
- Impresora personal
- Programas de software (Word, power point, programas estadísticos)

#### Recursos materiales

- Lista de cotejo
- Cuestionarios
- Fotocopias
- Equipo de oficina
- Consumibles de cómputo
- Cartuchos de tinta para computadora
- Impresión de artículos

Presupuesto

Autofinanciado por el investigador.

<b>Material</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Factor multiplicador</b>	<b>Costo total</b>
Lápices	\$2.00	30	\$60.00
Fotocopias de carta de consentimiento	\$1.00	100	\$100.00
Fotocopias de Lista de cotejo	\$1.00	100	\$100.00
Engrapadora-grapas	\$50.0	1	\$50.00
Impresiones	\$100.00	5	\$500.00
Encuadernado	\$300.00	5	\$1,500.00
		Subtotal	\$2310.00
		5% contingencia	\$115.5
		Total	\$2425.5

**TIEMPO:** Es un estudio retrospectivo iniciando trabajo de campo en el mes de Diciembre al contar con folio de registro. Recopilando información a partir del mes de Agosto de 2011 y terminando trabajo de campo el 31 de Agosto de 2011

## **I) PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para cumplir con los objetivos y la comprobación de las hipótesis propuestas, el análisis estadístico se realizara con el programa estadístico SPSS versión 17, y se realizaron estadísticos descriptivos, por medio de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersas, gráficas, tablas.

Se utilizó *t* de Student para la comparación preintervención y postintervencion, con un nivel de significancia de 0.05 (95% de confiabilidad).

### **m) ASPECTOS ETICOS**

De acuerdo a la ley general de salud vigente al 4 de noviembre de 2010 en su titulo quinto respecto a la investigación para la salud en su capítulo único artículo 100 de la investigación en seres humanos, párrafo I, IV ya que se adapta con los principios científicos y científicos y se cuenta con un consentimiento por escrito enterando a los pacientes de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

De acuerdo a las normas de Heinsinki de la asociación médica mundial, enmendada en la 41<sup>o</sup> Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en Septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y la nota de Clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002 a todos los participantes se les pedirá que llenen y firmen el consentimiento informado por escrito

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN  
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Evaluación del programa de atención social a la salud de los “servicios de enlace” en la delegación del IMSS del estado de Aguascalientes. Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: R-2010-101-18

El objetivo de estudio es: evaluar el programa de atención social a la salud de los “Servicios de Enlace” en la delegación del IMSS del Estado de Aguascalientes

Declaro que se me ha informado ampliamente que no existe ningún riesgo, inconveniente, molestia, beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las prestaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_

Dra. Virginia Verónica Aguilar Mercado con matrícula 99012526

Investigador Responsable

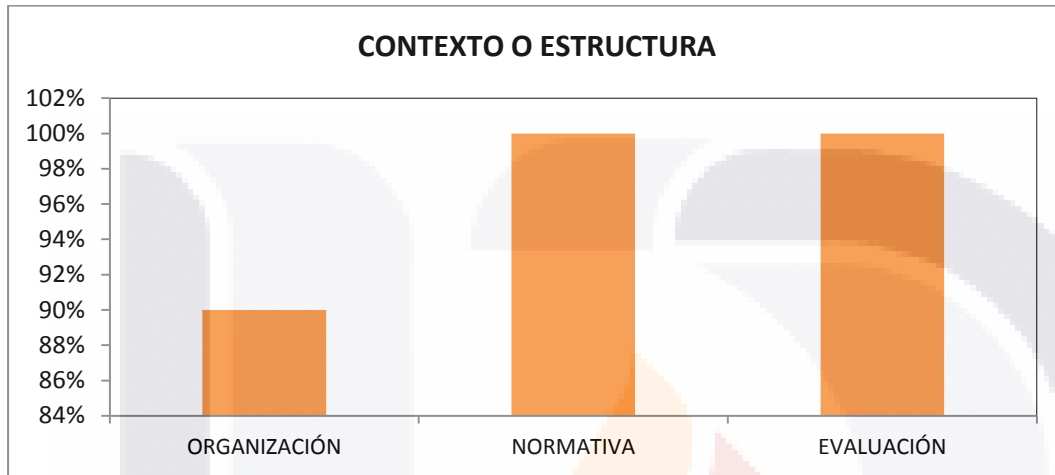
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 9161332

Testigos

\_\_\_\_\_

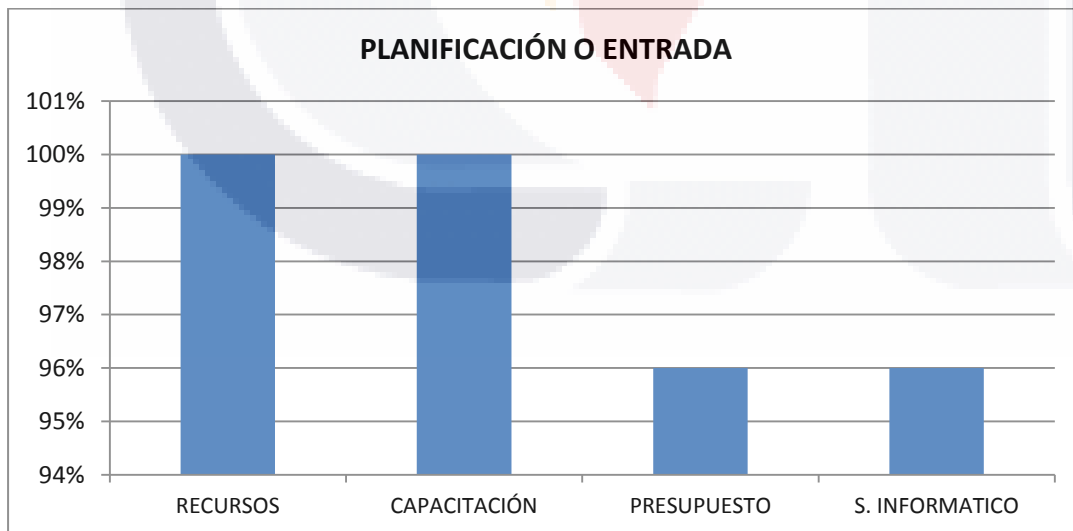
## V. RESULTADOS

GRAFICA 1



En el enfoque de contexto la calificación es sobresaliente con un porcentaje de 96% sobre todo a expensas de normativa y evaluación del programa.

GRAFICA 2





En el enfoque de la planificación se obtuvo un porcentaje de 98% que corresponde a una calificación sobresaliente observando que los recursos y capacitación cubren la totalidad de los requisitos.

Respecto al proceso, se tomo en cuenta las actividades que debe desempeñar el personal del programa de acuerdo al manual de procedimientos del programa “Servicios de Enlace” calificando con un punto si se realiza las actividades, obteniéndose un total de puntos y posteriormente se calculó porcentaje de calificación. Se tomó en cuenta la totalidad de los pacientes para cada uno de los responsables del programa.

Se obtuvo un porcentaje de 91.5% una evaluación sobresaliente. Correspondiendo un 92% al turno matutino y un 91% al turno vespertino.

TABLA 1 Evaluación del personal del programa

PERSONAL	TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO
Trabajo social	muy bueno	muy bueno
Docente de capacitación física	muy bueno	muy bueno
Docente de capacitación nutricional	sobresaliente	sobresaliente
Encargado del grupo de ayuda mutua	sobresaliente	sobresaliente
Docente de actividades culturales: baile	sobresaliente	sobresaliente

Como se observa en la tabla el personal de trabajo social y docente de capacitación física obtienen una evaluación muy buena y el resto del personal una evaluación sobresaliente.

Para la evaluación de los resultados del programa se obtuvo información del cuestionario de evaluación socioeconómica, formato de evaluación de hábitos alimenticios, formato de actividad física, y formato de contrarreferencia para realizar comparaciones entre variables que valoraran si se cumple el objetivo del programa de establecer las políticas y actividades necesarias para fomentar una cultura de vida activa y saludable y promover la modificación de hábitos y estilos de vida en derechohabientes referidos de Unidades de Medicina Familiar con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y sobrepeso u obesidad.

Las variables analizadas son: peso, cintura, cadera, índice cintura cadera, capacidad física, conocimiento del padecimiento, hábitos alimenticios.

El total de pacientes inscritos al mes de Agosto de 2011 fueron 82 pacientes.

Se excluyeron 6 hombres y 11 mujeres del turno vespertino

Se eliminaron 12 mujeres y 5 hombres por abandono del programa (17%)

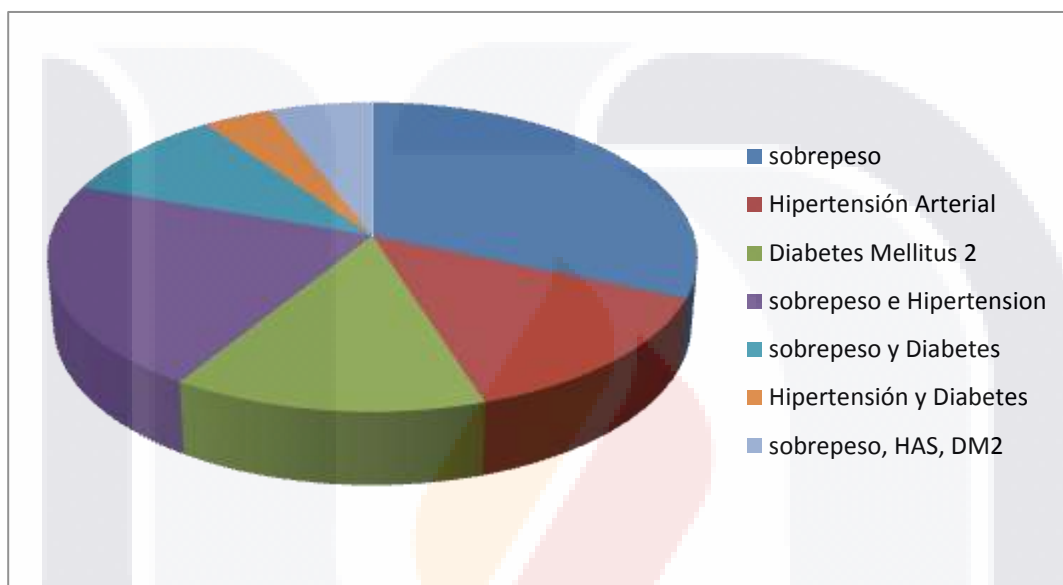
Total de participantes en el proyecto: 46 mujeres y 5 hombres

TABLA 2 Participantes en el proyecto

<b>TURNO</b>	<b>HOMBRES</b>		<b>MUJERES</b>	
MATUTINO	2	3.9%	32	62.7%
VESPERTINO	3	5.8%	14	27.4%

La edad mínima fue de 27 años de edad, máxima de 79 años con una media de 52 años y el mayor porcentaje de 25% de los participantes se encuentran entre la edad de 46 a 55 años.

GRAFICA 3 Diagnósticos de envío al programa



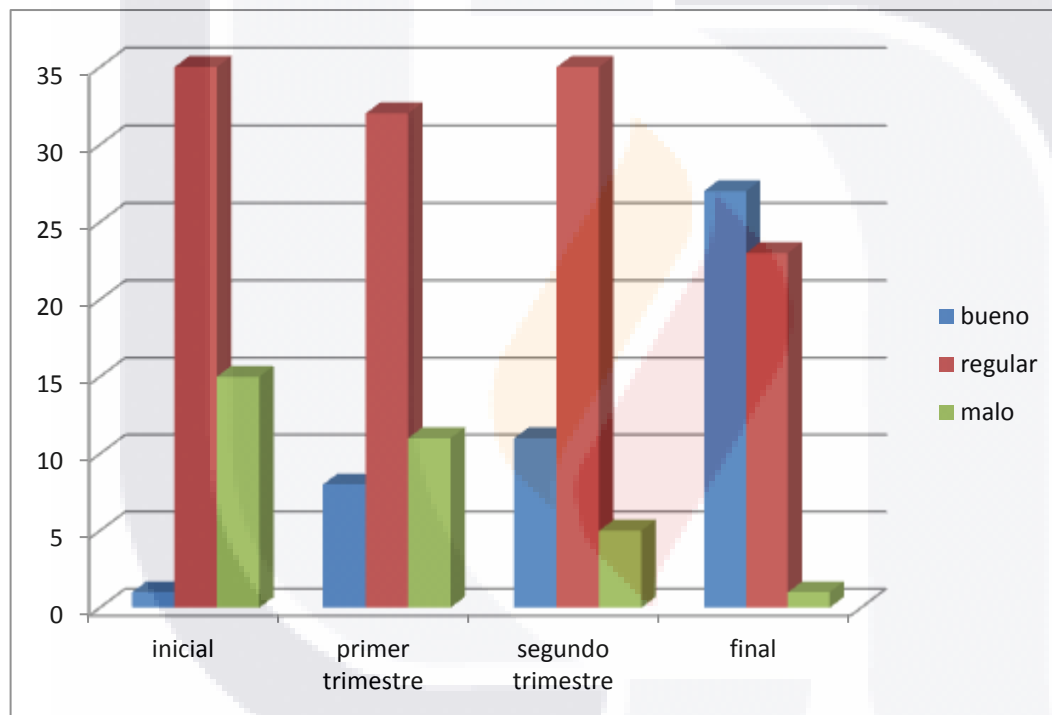
El principal diagnóstico de envío al programa fue el sobrepeso, seguido de pacientes que tienen sobrepeso e hipertensión.

TABLA 3 Participantes con Hipertensión y Diabéticos controlados

PARTICIPANTES	TOTAL	CONTROLADOS			
		AL INICIO		AL FINAL	
HIPERTENSOS	23	23	100%	23	100%
DIABETICOS	17	6	35%	13	76%

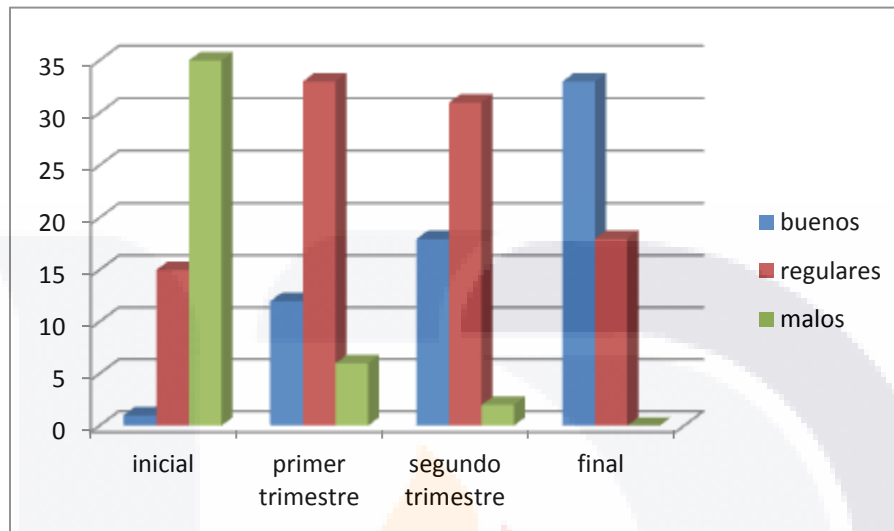
Al ingreso del programa la totalidad de los pacientes hipertensos se encontraban controlados, lo que se conservó hasta el final del programa. Respecto a los pacientes diabéticos el 35% de los pacientes de encontraban controlados, aumentando la cifra a 76% de los pacientes diabéticos controlados.

GRAFICA 4 Capacidad Física



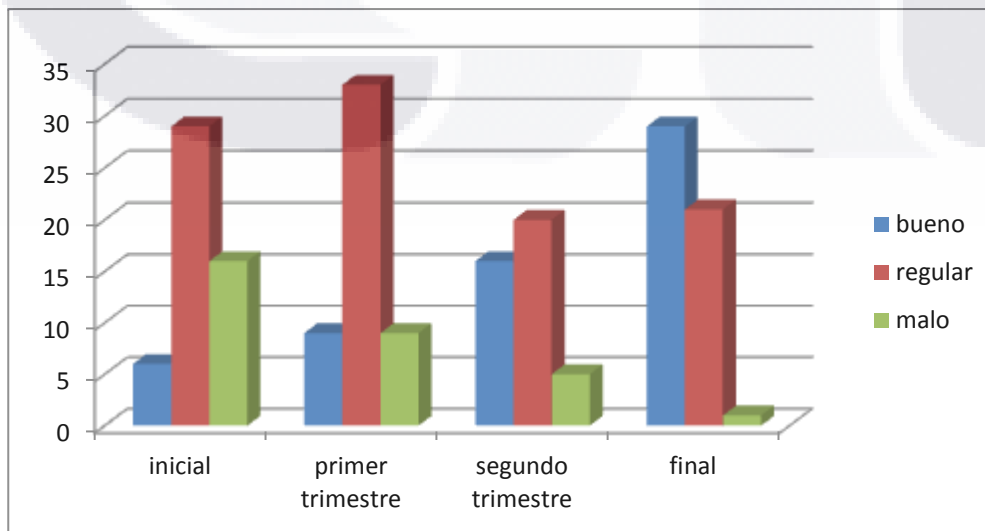
Al inicio del programa el 29% de los participantes tuvieron una capacidad física mala el 69% capacidad física regular y el 2% capacidad física buena. Estas cifras fueron modificándose conforme el programa se fue desarrollando presentando al final del programa disminución del porcentaje de participantes con capacidad física mala al 2%, participantes con capacidad física regular al 52% y aumento de participantes con capacidad física buena al 45%

GRAFICA 5 Hábitos alimenticios



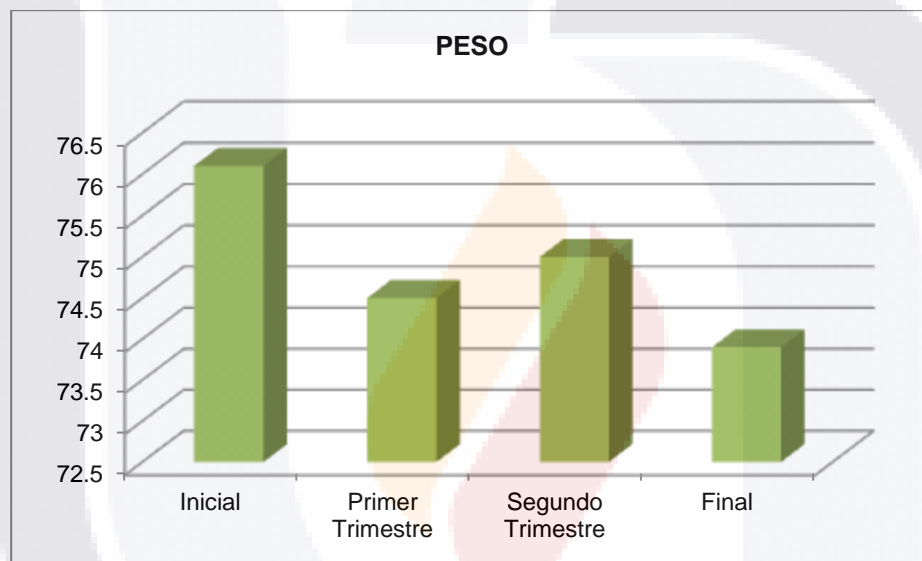
Al inicio del programa el 2% de los participantes tenían hábitos alimenticios buenos, el 29% hábitos alimenticios regulares y el 69% hábitos alimenticios malos. Al final del programa cambiaron los hábitos alimenticios de los participantes presentando el 65% hábitos alimenticios buenos y el 35% hábitos alimenticios regulares.

GRAFICA 6 Conocimiento del padecimiento



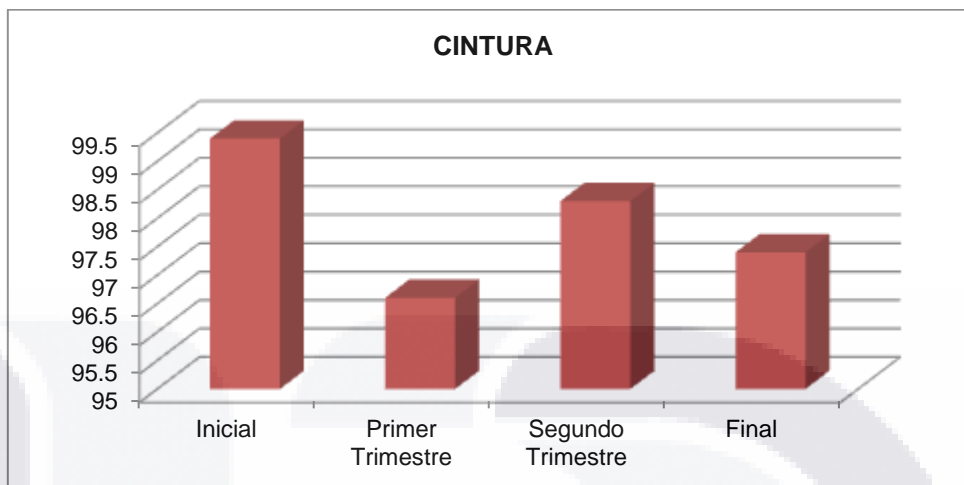
Respecto al conocimiento del padecimiento el 12% de los participantes tenían conocimientos buenos, el 57% conocimientos regulares y el 31% conocimientos malos. Al final de programa aumento el porcentaje de pacientes con conocimientos buenos al 57%, con disminución de los participantes con conocimientos malos al 2%

GRAFICA 7 Peso



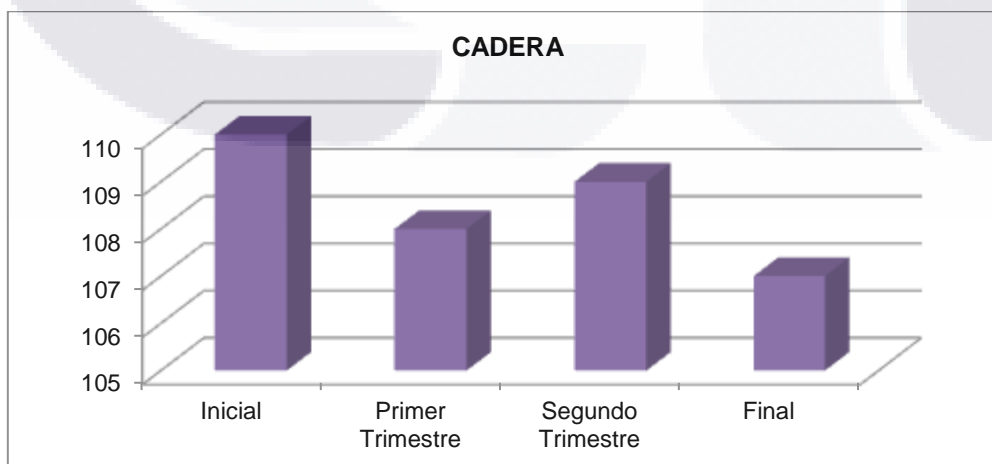
Al término del primer trimestre en donde los participantes cuentan con capacidad en alimentación existió disminución de la media de peso de 1.6kg, con una disminución significativa, existe un aumento de la media de peso de .52kg al final del segundo programa y al final del programa nuevamente existió disminución de media de peso de 1.05kg. Comparando la media de peso al inicio del programa con la media de peso al final del programa existió una diferencia de medias de 2.2kg.

GRAFICA 8 Cintura



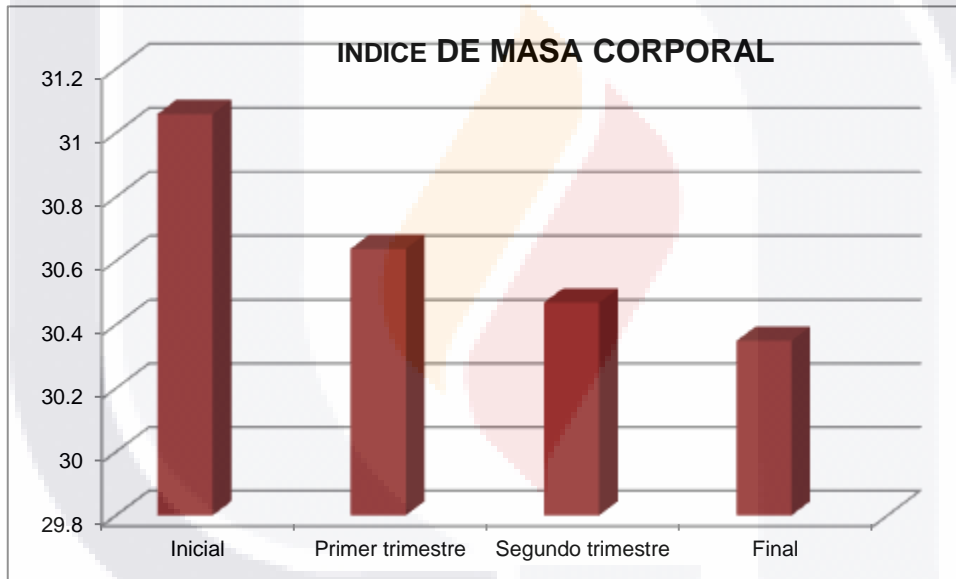
La media de cintura al inicio del programa es de 99.45cm, al final del primer trimestre es cuando existe mayor disminución de media de cintura de 2.82cm; al final del segundo trimestre existe aumento en la media de cintura de 1.68cm, al final del programa existe disminución de media de cintura de .82cm. Comparando media de cintura inicial con media de cintura al final del programa existe una diferencia de medias de 1.96cm.

GRAFICA 9 Cadera



Al inicio del programa la media de cadera es de 110.08cm, al final del primer trimestre es de 108cm con disminución de 2.08cm, existe una recuperación de media de cadera de 1.79cm al termino del segundo trimestre; al final del programa existe nuevamente disminución de media de cadera de 2.39cm. Comparando la medias de cadera del inicio con la del final del programa existe una diferencia de 2.67cm; existiendo una diferencia significativa.

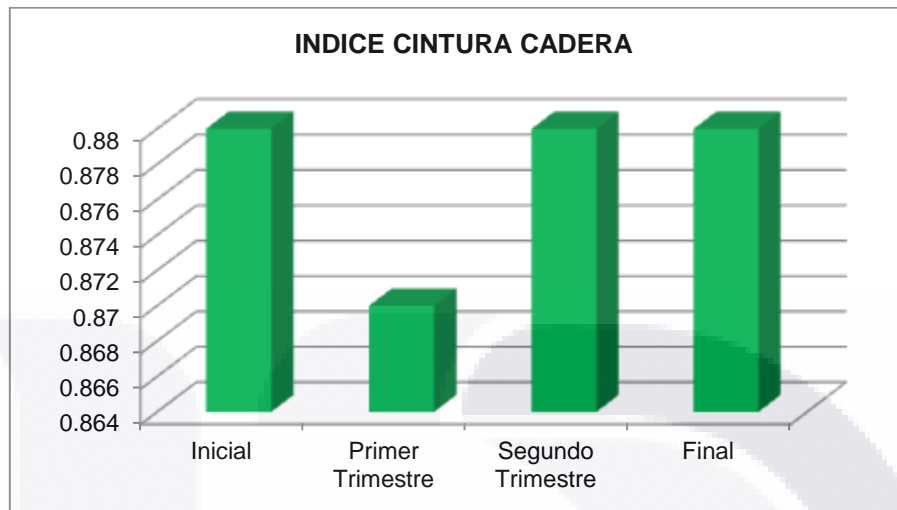
GRAFICA 10 Índice de Masa Corporal



Existe disminución del índice de masa corporal conforme avanza el programa presentando una diferencia de medias de .7102, con una disminución significativa.

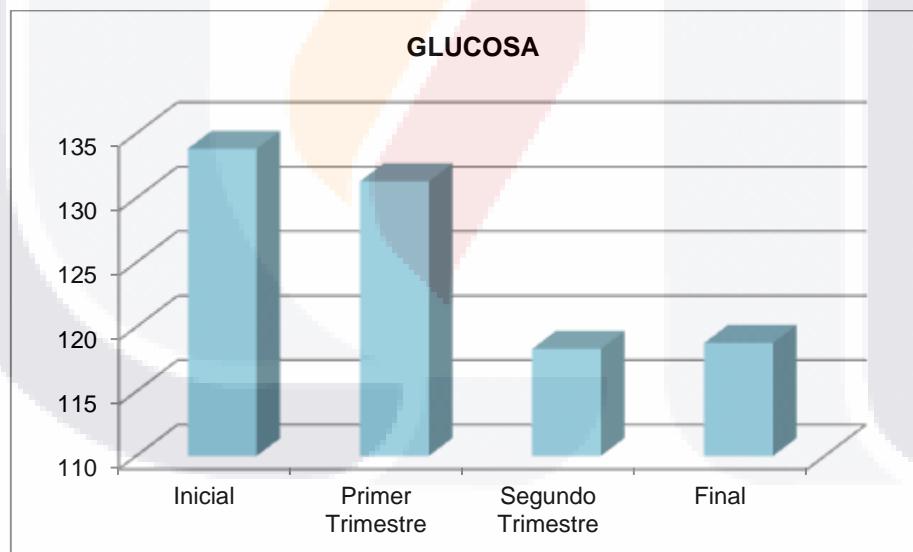


GRAFICA 11 Índice cintura cadera



No existieron diferencias significativas en las mediciones de índice cintura cadera.

GRAFICA 12 Glucosa



La media de glucosa al inicio del programa es de 133.82mg/dl presentando disminución de la media de glucosa con respecto avanza el programa. Al final del programa la media de glucosa es de 118.76 con una disminución de 15.06mg/dl.

TABLA 4 MEDICIONES

VARIABLE	MEDIAS INICIALES	MEDIAS FINALES	CORRELACION	SIGNIFICANCIA
Peso	76.17	73.97	0.95	0.'000
Cintura	99.45	97.49	0.843	0.'000
Cadera	110.08	107.41	0.803	0.'000
Índice de masa corporal	31.059	30.349	0.671	0.'000
Índice cintura cadera	.889	.889	0.292	0.037
Glucosa	133.82	118.76	0.756	0.'000

Existieron cambios significativos en la medias de peso, cintura, cadera y glucosa. La única medición que no presento cambios significativos fue en índice cintura cadera.

## VI. DISCUSION

En el contexto de planificación la evaluación es sobresaliente y los rubros que disminuyen la calificación son: en el presupuesto: (no cuenta con recursos externos al IMSS) y sistema informático:( la información no esta disponible a todo el público.)

En el contexto de estructura la evaluación es sobresaliente con debilidades en la organización ya que ha cambiado el Director del Centro de Seguridad Social en 2 ocasiones.

En el contexto de proceso, la calificación es sobresaliente con debilidades en:

- Algunos expedientes no cuentan con hoja de referencia de la unidad que deriva, copia de la cartilla nacional de salud, hoja de valoración de capacidad física no se llenaba en los tiempos establecidos.
- No se concertaron las citas con los participantes para información de los resultados de las evaluaciones.

En el contexto de resultados, la satisfacción fue al 100% en una valoración dicotómica.

Respecto a los resultados del programa.

- El porcentaje de abandono de los participantes al proyecto fue del 17%
- Existen cambios favorables acerca el conocimiento del padecimiento, hábitos alimenticios, capacidad física.
- Los pacientes hipertensos se mantienen controlados durante su participación.
- Existe mejor control metabólico de los pacientes diabéticos durante su participación en el programa.

- Existen cambios significativos en el peso, medición de cintura, cadera, índice masa corporal de los participantes.
- No existen cambios significativos en la medición índice cintura cadera.

Se dispone de antecedentes de medición del efecto de una intervención educativa en el control de los pacientes diabéticos e hipertensos.

Nuestro proyecto coincide con los estudios de Fernando Carrasco y colaboradores, López Portillo y colaboradores García de Alba y colaboradores, Jauregui y colaboradores con reducción significativa en valores de peso, glucosa, circunferencia de cintura e índice de masa corporal

Por lo anterior los resultados obtenidos coinciden con la literatura que las intervenciones educativas, psicológicas y el ejercicio físico favorecen un control en el padecimiento de los pacientes diabéticos e hipertensos, adquiriendo hábitos más saludables.

El porcentaje de abandono de los participantes al proyecto fue menor que el reportado por Carrasco y colaboradores que fue del 47%.

## VII. OBSERVACIONES

Se deben respetar los criterios de envío de los pacientes al programa Servicios de Enlace ya que existen participantes en programa mayores de 70 años, con otras patologías que condicionan que no realicen actividad física o que no permitan que los pacientes obtengan resultados en disminución de peso, mediciones de cintura, de cadera como lo es hipotiroidismo.

Las actividades y registro de las evaluaciones deben realizarse en tiempos establecidos.

Durante la aplicación del cuestionario de evaluación sociomédica individual 2009 los participantes manifestaron dudas acerca de la forma en que están planteadas las preguntas respecto a la percepción social, disposición a participar a grupos de ayuda mutua, autoestima, actividad ante el cuidado de la salud, ya que están planteadas como afirmación. Por lo que anexo una propuesta para modificar el cuestionario. (anexo K)

Es importante realizar mediciones bioquímicas como son: hemoglobina glucosilada para valorar el real control de los pacientes diabéticos.

Se debe continuar con proyectos para medir el impacto del programa, con seguimiento de los participantes durante un año, pero sobre todo evaluar el impacto económico del programa reflejado en disminución de hospitalizaciones de los participantes secundario a descontrol de la enfermedad o presentación de complicaciones.

## VIII. CONCLUSIONES

Se cumplen los objetivos del estudio al evaluar al programa en sus dimensiones de planificación, estructura, proceso, obteniéndose una evaluación global sobresaliente.

Respecto a los resultados del programa se cumple con el objetivo del programa que es: establecer las políticas y actividades necesarias para fomentar una cultura de vida activa y saludable y promover la modificación de hábitos y estilos de vida en derechohabientes referidos de Unidades de Medicina Familiar con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y sobrepeso u obesidad.

Los participantes mejoraron sus hábitos alimenticios, capacidad física y conocimiento acerca de su padecimiento, existiendo disminución estadísticamente significativa en las mediciones de peso, cintura, cadera, índice de masa corporal, pero sobre todo aumento de pacientes diabéticos que lograron disminución en las mediciones de glucosa.

## IX. GLOSARIO

**Evaluación:** Evaluar es emitir juicios de valor, adjudicar valor o mérito a un programa o intervención, basándose en información empírica recogida sistemática y rigurosamente.

**Evaluación de programas:** Proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva del valor y mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de un programa, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y comprender los fenómenos implicados.

**Atención social a la salud.** Se refiere a las intervenciones orientadas a que la población logre una vida activa y saludable, incluyen actividades educativas de deporte y cultura física, bienestar social desarrollo cultural, impulsando que las y los derechohabientes se activen físicamente, adquieran conocimientos y habilidades, para impulsar la corresponsabilidad en el cuidado de su salud, fortalezcan su cultura, mejoren su calidad de vida, impulsen la socialización y consoliden las redes sociales de apoyo, individuales, familiares, comunitarias e institucionales.

## X. BIBLIOGRAFIA

1. Zimmet P, McCarty D. Diabetes 1994 to 2010: Global estimates an proyection 1994, International Diabetes Institute, a WHO collaborating Center for Diabetes Mellitus.
2. Velázquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Grupo ENSA 200, ATTIE F, ET AL: Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch Cardiol Méx 2002; 72 (1):71-84.
3. SSA, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica: Encuesta Nacional de Salud 2000, México.
4. Lara A, Aroch A, Jiménez R, Arceo M, Velázquez O, Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. Arch. de Cardiología de México. 2004; 74 (4) : 330-336
5. Afaf A, Jamila F, Fatma S, Mohamed F, Nouria M, Wafik S. Evaluation of Impact of the Kuwait Diabetes Care Program on the Quality of Diabetes Care. Medical Principles and Practice 2008;17:14-19.
6. David W, Windus J, Ladenson C, Melles S, Debra W. Impact of a Multidisciplinary Intervention for Diabetes in Eritrea. Clinical Chemistry 2007, 53 (11): 1954-1959
7. Velásquez MO. Evaluación de grupos de ayuda mutua. Endocrinología y nutrición. 2002; 9(3):126-32.



8. López A, Bautista R, Rosales O, Galicia L, Rivera J. Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión. Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social. 2007; 45 (1): 29-36
9. Sue K, Susanna R, Helena H, David G. Impact of a Program to Improve Adherence to Diabetes Guidelines by Primary Care Physicians. Diabetes Care 2002 25;1946–1951.
10. Encuesta Nacional de Salud 2005
11. OPS.OMS: Enfermedades Cardiovasculares en especial la Hipertensión Arterial, Washington, D.C. 26 al 30 de julio de 2000.
12. McCloskey J. Promotores as Partners in a Community-based Diabetes Intervention Program Targeting Hispanics. Family Community Health 2002; 32 (1): 48–57
13. Abdala E.. Manual para la evaluación de impacto en programas de formación para jóvenes. CINTERFOR. 2004: 147-150
14. Aguilar M, Ander E. Evaluación de servicios y programas sociales. Siglo XXI de España S.A. Madrid. 1992
15. Organización panamericana de la salud. Oficina sanitaria panamericana. Oficina regional de la organización mundial de la salud. Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud .guía para técnicos medios y auxiliares. Serie paltex cap. I y II. 1990.

16. Muñoz F., Salinas J. Capítulo 1. Promoción de salud como política de estado en Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud. Universidad de Chile Instituto y Tecnología de los Alimentos. Santiago de Chile 2004.
17. Salazar, L. Díaz Grajales, C. La evaluación - sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia en *Ciencia y Salud Colectiva*. 2004; 9 (3): 1-22.
18. Díaz E, Rodríguez V. La evaluación en Servicios Sociales. En *Servicios Sociales: Dirección, gestión y planificación*. 6 ed. Ciencias Sociales Alianza Editorial. Madrid. 2002. pp:120-145
19. AAVV (2002): *La animación sociocultural: una propuesta metodológica*. Editorial Popular S.A. Madrid
20. Salazar L. Evaluación de efectividad de Promoción de la Salud. Guía de Evaluación Rápida. CEDETES. Colombia .2004.
21. Bausela Herreras E. Metodología de la Investigación Evaluativa:Modelo CIPP *Revista Complutense de Educación* 2003; 14: 361-376.
22. Carrasco F, Moreno M, Iribarra V, Rodríguez L, Martín MA. Evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad, en riesgo de diabetes. *Rev Méd Chile* 2008; 136: 13-21
23. Muñoz M, Panadero S, Rodríguez A, Pérez E. Evaluación de la Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente: la Experiencia de Madrid *Cínica y Salud* 2009; 20 (1) :43-55

24. Muñoz R, Ocampo B, Quiroz JR. Influencia de los grupos de ayuda mutua entre diabéticos tipo 2: efectos de la glucemia y peso corporal. Archivos en Medicina Familiar. 2007; 9 (2):87-91.

25. Zanini A. Evaluación De Programas De Promoción De Salud Propuesta de un instrumento para la evaluación y auditorias de programas de promoción de salud. Revista de la Maestría en Salud Pública 2009; 7 (14): 1-15.

26. Camacho E. Manual de Procedimiento de Atención Social a la Salud, de Pacientes Referidos de Prestaciones Médicas (Servicio de Enlace) 3110-003-043. 2009: 1-17.

27. Ruggiero L, Butler P, Susan M, Berbaum L, et al. Supporting Diabetes Self-Care in Underserved Populations: A Randomized Pilot Study Using Medical Assintant Coaches. The Diabetes Educator 2010; 36 (1):127-132

## XII ANEXOS

### A. LISTA DE COTEJO PARA EVALUACION DE LA ENTRADA O PLANIFICACION DEL PROGRAMA SERVICIOS DE ENLACE

<b>Recursos</b>	SI	NO
1. El programa cuenta con espacio físico asignado y adecuado para el desarrollo del programa.		
2. El programa posee los insumos diarios para su funcionamiento.		
3. El programa posee el recurso humano para su funcionamiento.		
4. El programa provee de materiales de capacitación para los beneficiarios /usuarios		
<b>Capacitación</b>	SI	NO
5. El equipo técnico tiene la capacitación para pertenecer el programa		
6. El programa ofrece un sistema de capacitación a los equipos técnicos		
7. El programa ofrece un sistema de capacitación a los usuarios/beneficiarios		
8. El programa provee de capacitación y/o materiales para los equipos técnicos		

<b>Presupuesto</b>	SI	NO
9. El presupuesto aprobado se correlaciona con las actividades planificadas		
10. La utilización de los recursos se correlaciona con los presupuestos		
11. Cuenta con registros contables de movimientos realizados		
12. La ejecución de los gastos del programa se realiza parcialmente a nivel local por equipos técnicos/prestadores		
13. La ejecución de los gastos del programa se realiza totalmente a nivel local por los equipos técnicos/prestadores		
14. EL programa recibe fondos monetarios externos a los proporcionados por el IMSS		

<b>Sistema informático</b>	SI	NO
15. El programa utiliza sistemas informáticos		
16. El programa posee equipos con tecnología apropiada		
17. El programa cuenta con conexiones a red de redes		

18. La información procesada del programa es pertinente al programa		
19. La información analizada del programa se remite a una estructura superior		
20. El análisis de la información del programa es publicada con acceso a la opinión pública.		

**B. LISTA DE COTEJO PARA LA EVALUACION DE LA ESTRUCTURA O CONTEXTO DEL PROGRAMA “SERVICIOS DE ENLACE”**

	SI	NO
<b>Organización</b>		
1. Cuenta con un organigrama el programa.		
2. El organigrama actual fue modificado según la realidad del programa.		
3.El responsable del programa actual es el mismo desde la creación del programa.		
4. El programa ha modificado la planificación – programación por escrito desde que se ha implementado.		
5. Cuenta con informes sobre las características sociodemográficas de los beneficiarios/ usuario del programa.		
6.Cuenta con un censo poblacional realizado por los equipos técnicos/prestadores y beneficiarios/usuarios del programa.		
7. Cuenta con un mapa o croquis del área de responsabilidad o influencia del programa.		
8 Los equipos técnicos/ prestadores poseen formación específica según la temática del programa.		
9.La demanda de atención de los beneficiarios/usuarios se corresponde con la finalidad que dio origen al programa.		
10. La respuesta a la demanda de atención se realiza según las estrategias programadas por el programa.		
<b>Normativa</b>	SI	NO
11. Existencia de una ley o norma o reglamento o disposición que determine la creación de este programa.		
12. Cuenta con manual de funciones		
13. Cuenta con manual de procedimientos		

Evaluación	SI	NO
14. El programa realiza una evaluación inicial		
15. El programa realiza evaluaciones trimestrales		
16. El programa realiza una evaluación final		

**C.LISTA DE COTEJO PARA EVALUACION DEL PROCESO DEL PROGRAMA SERVICIOS DE ENLACE**

GENERAL	SI	NO
1.Cuenta con un flujograma de la prestación del programa		
2. Los tiempos para la obtención de la prestación son apropiados para conseguir el beneficio.		
3. Existe un sistema de referencia y contrarreferencia del programa		
4. Se pone en práctica el sistema de referencia y contrarreferencia del programa		
5. Las actividades se desarrollan de acuerdo a las estrategias, tiempos y recursos planificados.		
6. Existe un registros único con datos de las acciones llevadas a cabo por el beneficiario/usuario – prestadores/ equipo de salud para alcanzar el objetivo del programa		
7. Existe protocolos o algoritmos para alcanzar los objetivos del programa		
8. Se pone en práctica el manual de procedimientos del programa.		
9. Se pone en práctica estos protocolos o algoritmos para alcanzar los objetivos del programa.		
10. Los equipos técnicos/prestadores sistematizan sus experiencias para alcanzar los objetivos del programa		
11. Para evaluar la marcha de los objetivos del programa se realizan evaluaciones periódicas utilizando los indicadores propuestos		

TRABAJO SOCIAL	SI	NO
1.Realiza registro de los usuarios en PICPSI 3130-003-044		
2. Integra en expediente de cada usuario: a) formato de referencia 4-30-8 b) cartilla nacional de salud c) Formato de referencia de PREVENIMSS en Empresa d) Formato de resultados		

3. Le informa y confirma la aceptación a la participación del programa (cuestionario al paciente)		
4. Realiza inscripción del usuario y registra en el formato PICPSI 3130-003-044		
5. Entrevista al usuario y lo registra en el SIPSI (cuestionario individual)		
6. Le informa al usuario que se tiene que hacer una evaluación inicial (cuestionario al paciente)		
7. Orienta al usuario e incorpora a las actividades elegidas por el usuario de acuerdo al trimestre que corresponda		
8. Concerta cita y remite a los docentes de las actividades correspondientes		
9. Recibe resultados y los registra (formato de valoración, de registro y de hábitos)		
10. Concerta las citas para las valoraciones al termino de cada trimestre		
11. Recibe resultados de valoraciones de los usuarios y archiva en el expediente de cada usuario a) Formato de valoración somatométrica b) Formato de registro y seguimiento de la capacidad física 3110-009-018 c) Formato de Hábitos de Alimentación, 3110-021-031		
12. Cita al usuario para realizar cuestionarios e informarle de sus resultados de cada una de sus evaluaciones		
13. Motiva a los usuarios para continuar con las actividades realizadas en el programa		
14. Expide formato de contrarreferencia		

DOCENTES

15. Recibe al usuario y realiza la valoración correspondiente a su área	SI	NO
16. Elabora el programa individual de trabajo en la tarjeta de registro		
17. Facilita el desarrollo de las actividades teóricas y prácticas de la actividad de que trate en cada trimestre.		
18. Aplica y califica cuestionarios de evaluación		
19. Registra la asistencia de los participantes.		
20. Reporta a mensualmente a la trabajadora social los casos de ausentismo injustificado para el seguimiento correspondiente.		
21. Aplica al usuario y califica " Cuestionario de evaluación final "		

DIRECTOR DE UOPSI	SI	NO
-------------------	----	----

Organiza reunión con personal de Trabajo Social y personal designado de la UMF cada trimestre, para ver avances de programa		
---	--	--

## D. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN SOCIOMÉDICA INDIVIDUAL

### Ficha de Identificación

Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ aplicación:

#### 1. Datos Generales

1.- \_\_\_\_\_ Nombre:

2.- Edad: \_\_\_\_\_

3.- Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

4.- Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

5.- Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

6.- Diagnóstico de envío: Sobrepeso/obesidad \_\_\_\_\_

Hipertensión arterial \_\_\_\_\_ Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_

7.- Evaluación: Basal \_\_\_\_\_ 1er Trimestre \_\_\_\_\_ 2do Trimestre \_\_\_\_\_ 3er Trimestre \_\_\_\_\_

1er Seguimiento \_\_\_\_\_ 2do Seguimiento \_\_\_\_\_

8.- Calidad Jurídica: Asegurado \_\_\_\_\_ Beneficiario \_\_\_\_\_

9.- \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Seguridad \_\_\_\_\_ Social:

10.- UMF: \_\_\_\_\_ Consultorio \_\_\_\_\_ Turno M \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_

11.- \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_



12.- Teléfono: \_\_\_\_\_

13.- Nombre y número telefónico de contacto:

\_\_\_\_\_

## 2. Datos Sociodemográficos

14.- ¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a o unión libre \_\_\_\_\_ Separado/a o divorciado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_

15.- ¿Cuál es su ocupación?

\_\_\_\_\_

16.- ¿Cuántas horas trabaja a la semana? \_\_\_\_\_

17.- ¿Cuál es el ingreso de su familia? \_\_\_\_\_

## 3. Recursos Sociales

### 3.1 Redes Sociales

18.- ¿Con quién vive? (Puede marcar más de una opción)

Solo/a \_\_\_\_\_ Con sus hijos \_\_\_\_\_ Con su pareja \_\_\_\_\_

Con sus padres \_\_\_\_\_ Con otros familiares \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

19.- ¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_

20.- De las siguientes actividades ¿Cuál acostumbra realizar? (Puede marcar más de una opción)

Deportivas \_\_\_\_\_ Religiosas \_\_\_\_\_ Recreativas \_\_\_\_\_

Culturales \_\_\_\_\_

Sociales en asociaciones civiles o grupos organizados \_\_\_\_\_

21.- ¿Cuántos días al mes realiza esas actividades? \_\_\_\_\_

### 3.2 Percepción de apoyo social

22.- ¿Qué tan frecuentemente es que usted recibe ayuda cuando está enfermo?

Casi nunca \_\_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_\_ Frecuentemente \_\_\_\_ Casi siempre \_\_\_\_

23.- ¿Qué tan frecuente es que usted reciba amor y afecto cuando lo necesita?

Casi nunca \_\_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_\_ Frecuentemente \_\_\_\_ Casi siempre \_\_\_\_

24.- ¿Qué tan frecuente es que usted reciba ayuda cuando tiene problemas económicos?

Casi nunca \_\_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_\_ Frecuentemente \_\_\_\_ Casi siempre \_\_\_\_

25.- ¿Qué tan frecuente es que usted reciba un consejo cuando lo necesita?

Casi nunca \_\_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_\_ Frecuentemente \_\_\_\_ Casi siempre \_\_\_\_

**3.3 Disposición a trabajo en grupo de ayuda mutua y participación social**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en
* En los grupos de ayuda generalmente se pierde mucho el tiempo.	_____	_____	_____	_____

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
* Lo más importante de trabajar en grupos es ayudar a los demás.	_____	_____	_____	_____

	_____	_____	_____
* Le resultaría más fácil superar los obstáculos solo que con ayuda de alguien.	_____	_____	_____

**4. Estado Psicológico**

**4.1 Autoestima**

Totalmente De acuerdo En desacuerdo Totalmente  
de acuerdo en desacuerdo

\* Se siente muy mal consigo mismo/a si no cumple exactamente con lo que se propone (dieta-ejercicio).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Se siente que es una carga para su familia.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Su enfermedad le impide hacer cosas que le gustan y que disfruta.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Le cuesta trabajo pedir lo que necesita.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Cree que muchas personas lo rechazan por su enfermedad.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Se siente satisfecho con lo que ha hecho para controlar su enfermedad.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4.2 Actividad hacia el cuidado de la salud

Totalmente De acuerdo En desacuerdo Totalmente  
de acuerdo en desacuerdo

\* El cuidado de su salud es responsabilidad de toda la familia.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Hay pocas cosas que puede usted cambiar para mejorar su estado de salud.

\_\_\_\_\_

\* Le molesta que los demás le den consejos de cómo cuidar su salud.

\_\_\_\_\_

**5. Estilos de vida**

**5.1 Consumo de alcohol y tabaco**

38.- ¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?

Días de la semana \_\_\_\_\_ Menos de una vez a la semana \_\_\_\_\_ No toma \_\_\_\_\_

39.- ¿Ha tenido algún problema de salud con su familia o en su trabajo por su manera de beber?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

40.- ¿Cuántos cigarros fuma al día? \_\_\_\_\_ Cigarros \_\_\_\_\_ No fuma \_\_\_\_\_

**5.2 Ejercicio**

41.- ¿Realiza ejercicio por lo menos tres días a la semana? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

42.- ¿Durante cuanto tiempo?

\_\_\_\_\_

43.- ¿Qué tipo de ejercicio realiza?

Trotar \_\_\_\_\_ Correr \_\_\_\_\_ Andar en bicicleta \_\_\_\_\_ Nadar \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

No hace ejercicio \_\_\_\_\_

44.- ¿Desde cuándo lo practica?

Menos de seis meses \_\_\_\_\_ Entre seis meses y un año \_\_\_\_\_ Entre uno y tres años \_\_\_\_\_

Más de tres años \_\_\_\_\_

### 5.3 Alimentación

45.- ¿Cuántas comidas realiza al día?

\_\_\_\_\_

46.- ¿Cuánto tiempo utiliza para consumir su comida? \_\_\_\_\_ minutos.

47.- ¿En una semana cuántas veces desayuna, come y/o cena en la calle o restaurante de comida rápida (Hamburguesas, tacos, hot dogs, etc.)?

\_\_\_\_\_

48.- ¿Qué tanto participa en las decisiones de compra y/o preparación de sus alimentos?

Siempre \_\_\_\_\_ Casi siempre \_\_\_\_\_ Casi nunca \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

49.- ¿Con qué frecuencia ha cambiado el tipo de alimentos que consume?

(Elija un número del 1 al 10 en donde 1 es nunca y 10 es todo el tiempo)

1 \_ \_ \_ 5 \_ \_ \_ 10

50.- ¿Con qué frecuencia ha pensado que debe cambiar la cantidad de alimentos que consume?

(Elija un número del 1 al 10 en donde 1 es nunca y 10 es todo el tiempo)

1 \_ \_ \_ 5 \_ \_ \_ 10

#### MEDIDAS

PESO:

\* CINTURA:

ESTATURA:

\* CADERA:

GLUCOSA:

PRESIÓN ARTERIAL:

## E. FORMATO HABITOS ALIMENTICIOS

### HISTORIA DE ALIMENTACION

FECHA

Nombre:

NSS:

Edad:

Sexo            1. hombre    2. mujer

Motivo de atención:    1. sobrepeso u  
obesidad                    2. diabetes    3. hipertensión

### CON QUE FRECUENCIA CONSUME

	A	B	C	D
1. Una taza de verduras	casi nunca	2 a 6 veces a la semana	1 o 2 al día	3 o más día
2. Una pieza o taza de fruta	casi nunca	2 a 6 veces a la semana	1 o 2 al día	2 a 7 al día
3. Una porción de cereales	casi nunca	2 a 6 veces a la semana	1 al día o 5 a la semana	2 a 7 al día
4. Media taza de leguminosas	casi nunca	2 a 6 veces a la semana	1 al día	2 o más día
5. Una porción de alimentos de origen animal	12 o más al día	9 a 11 al día o 1 semana	3 a 4 día	4 o 5 al día
Vasos de agua simple	1 o casi nunca	2 a 3 día	4 a 5 día	6 o más día
7. comida rápida	más de 2 a	2 a la semana	1 a la semana	casi nunca

	la semana	3 a la semana	2 a la semana	1 a la semana	casi nunca
8. pan dulce, galletas, botanas, postre	más de 3 a la semana	3 a la semana	2 a la semana	1 a la semana	casi nunca
9. vaso de refresco, jugo, azúcar	más de 3 a la semana	3 a la semana	2 a la semana	1 a la semana	casi nunca
10. frecuencia de uso de mayonesa aderezo, crema, mantequilla	casi todos los días	4 a 5 veces a la semana	1 a 3 veces a la semana		casi nunca
35 a 40 puntos	tiene buenos hábitos de alimentación				
30 a 40 puntos	puede mejorar sus hábitos de alimentación				
14 a 29 puntos	tiene hábitos de alimentación incorrectos				
13 o menos	sus habitos de alimentación son muy malos				

### F. REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CAPACIDAD FISICA

Nombre

NSS:

edad:

sexo

1. hombre

2.  
mujer

motivo de atención

1.

sobrepeso

2. diabetes

3. hipertensión

Fecha

Evaluación

frecuencia cardiaca  
final  
reposo prueba

recuperación  
al minuto

flexibilidad

nivel de

aplicación

inicial

1er trimestre

2º trimestre

3er trimestre



## G. FORMATO DE VALORACION SOMATOMETRICA

Fecha:

Nombre:

NSS:

Edad:

Sexo:           1.           2.  
                  hombre   femenino

Etapa de evaluación:

1. Inicial      2. 1er trimestre                   3. 2º trimestre                   4. 3er trimestre

Motivo de atención:

1. Sobrepeso u  
obesidad                                   2. Diabetes   3. Hipertensión

Valores:

peso:

cintura:

IMC

estatura:

cadera:

ICC

Tipo de Obesidad

1. bajo

peso

2. normal

3. sobrepeso

4. obesidad grado I

5. obesidad grado II

6. obesidad grado III

Riesgo

1.

promedio

1.

promedio

2. aumentado

3. moderado

4. severo

5. muy severo

Circunferencia de  
cintura

Hombre

Mujer

Riesgo

1. Menor a 94cm

1. Menor de 80cm

1. Sin  
riesgo

2. 94 a 101.9cm

2. 80 a

87cm

2. alerta

3. mayor a 102cm

3. igual o mayor a 88cm

3. riesgo

## H. FORMATO DE CONTRARREFERENCIA

Nombre

Número de seguridad social

Motivo de envío

Mes de ingreso

asistencia

Peso

cintura

cadera

IMC

ICC

presión arterial

capacidad física

hábitos alimenticios

conocimiento del padecimiento

autocuidado

nivel de ejercicio

Evaluación inicial Primer trimestre Segundo trimestre Final

**I. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACION**

ACTIVIDADES	2010						2011										
	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	AGO	SEPT	OCT	NOV	
Acopio de Bibliografía.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Revisión de literatura.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Diseño de protocolo.	X	X															
Antecedentes y justificación.	X	X															
Introducción e hipótesis.	X	X															
Revisión de Protocolo.	X	X	X	X													
Registro del protocolo al comité de inv. Local.					X												
Aprobación del Protocolo.					X												
Trabajo de campo.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Acopio de datos.														X	X		
Captura de Datos y tabulación.														X	X		
Revisión de resultados.														X	X		
Análisis De Resultados.														X	X		
Validación de Resultados.														X	X		
Interpretación de resultados.														X	X		
Revisión de la investigación.																X	
Autorización.																	X
Elaboración de tesis.																	X
Formulación de Informe Final.																	X
Difusión de resultados.																	X

**J. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
Evaluación del programa	Proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil de descriptiva del valor y mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de un programa, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y comprender los fenómenos implicados.	Planificación: los recursos disponibles para satisfacer las metas y objetivos del programa.	Recursos Capacitación Presupuesto Sistema informativo
		Contexto o Estructura: virtudes y defectos de algún objeto, como una institución, un programa, una población escogida o una persona	Organización Normativa Evaluación inicial Datos Generales Datos sociodemográfico Recursos sociales Estado psicológico Estilo de vida Laboratorios y otras medidas Antropométricos Actividad y acondicionamiento físico Alimentación
		Proceso: realización de un plan.	General Trabajo Social Docentes Director Evaluación Trimestral Antropométricos Actividad y acondicionamiento físico Alimentación
		Producto o resultados: logros de un programa.	Evaluación Trimestral Antropométricos Actividad y acondicionamiento físico Alimentación. Evaluación Final Satisfacción

ANEXO K. PROPUESTA DE CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN SOCIOMÉDICA  
INDIVIDUAL

Ficha de Identificación

Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ aplicación: \_\_\_\_\_

**6. Datos Generales**

1.- \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

2.- Edad: \_\_\_\_\_

3.- Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

4.- Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

5.- Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

6.- Diagnóstico de envío: Sobrepeso/obesidad \_\_\_\_\_

Hipertensión arterial \_\_\_\_\_ Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_

7.- Evaluación: Basal \_\_\_\_\_ 1er Trimestre \_\_\_\_\_ 2do Trimestre \_\_\_\_\_ 3er Trimestre \_\_\_\_\_

1er Seguimiento \_\_\_\_\_ 2do Seguimiento \_\_\_\_\_

8.- Calidad Jurídica: Asegurado \_\_\_\_\_ Beneficiario \_\_\_\_\_

9.- \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Seguridad \_\_\_\_\_ Social: \_\_\_\_\_

10.- UMF: \_\_\_\_\_ Consultorio \_\_\_\_\_ Turno M \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_

11.- \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

12.- Teléfono: \_\_\_\_\_

13.- Nombre y número telefónico de contacto:

---

---

---

### 7. Datos Sociodemográficos

14.- ¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a o unión libre \_\_\_\_\_ Separado/a o divorciado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_

15.- ¿Cuál es su ocupación?

---

16.- ¿Cuántas horas trabaja a la semana? \_\_\_\_\_

17.- ¿Cuál es el ingreso de su familia? \_\_\_\_\_

### 8. Recursos Sociales

#### 8.1 Redes Sociales

18.- ¿Con quién vive? (Puede marcar más de una opción)

Solo/a \_\_\_\_\_ Con sus hijos \_\_\_\_\_ Con su pareja \_\_\_\_\_

Con sus padres \_\_\_\_\_ Con otros familiares \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

19.- ¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_

20.- De las siguientes actividades ¿Cuál acostumbra realizar? (Puede marcar más de una opción)

Deportivas \_\_\_\_\_ Religiosas \_\_\_\_\_ Recreativas \_\_\_\_\_

Culturales \_\_\_\_\_

Sociales en asociaciones civiles o grupos organizados \_\_\_\_\_

21.- ¿Cuántos días al mes realiza esas actividades? \_\_\_\_\_

#### 8.2 Percepción de apoyo social

22.- ¿Recibe ayuda cuando está enfermo?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

23.- Recibe amor y afecto cuando lo necesita?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

24.- ¿Recibe ayuda cuando tiene problemas económicos?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

25.- ¿Recibe un consejo cuando lo necesita?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

### **8.3 Disposición a trabajo en grupo de ayuda mutua y participación social**

26.- ¿Considera que en los grupos de ayuda mutua generalmente se pierde mucho el tiempo?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

27.- ¿ Lo más importante de trabajar en grupos es ayudar a los demás.?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

28.- ¿Le resultaría más fácil superar los obstáculos solo que con la ayuda de alguien.?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

### **Estado Psicológico**

#### **8.4 Autoestima**

29.- ¿Se siente muy mal consigo mismo/a si no cumple exactamente con lo que se propone (dieta-ejercicio)?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

30.- ¿Se siente que es una carga para su familia.?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

31.- ¿Su enfermedad le impide hacer cosas que le gustan y que disfruta?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

32.- ¿Le cuesta trabajo pedir lo que necesita.?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

33.- ¿Cree que muchas personas lo rechazan por su enfermedad?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

34.-¿ Se siente satisfecho con lo que ha hecho para controlar su enfermedad.?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

#### **8.5 Actividad hacia el cuidado de la salud**

35.-¿Considera que el cuidado de su salud es responsabilidad de toda la familia.?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

36.-¿ Hay pocas cosas que puede usted cambiar para mejorar su estado de salud.?  
Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

37.-¿ Le molesta que los demás le den consejos de cómo cuidar su salud?  
Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**9. Estilos de vida**

**4.1 Consumo de alcohol y tabaco**

38.- ¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?

Días de la semana \_\_\_\_ Menos de una vez a la semana \_\_\_\_ No  
toma \_\_\_\_

39.- ¿Ha tenido algún problema de salud con su familia o en su trabajo por su manera de beber?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

40.- ¿Cuántos cigarros fuma al día? \_\_\_\_ Cigarros \_\_\_\_ No fuma

**4.2 Ejercicio**

41.- ¿Realiza ejercicio por lo menos tres días a la semana? \_\_\_\_ Sí  
\_\_\_\_ No

42.- ¿Durante cuanto tiempo?  
\_\_\_\_\_

43.- ¿Qué tipo de ejercicio realiza?

Trotar \_\_\_\_ Correr \_\_\_\_ Andar en bicicleta \_\_\_\_ Nadar \_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_

No hace ejercicio \_\_\_\_

44.- ¿Desde cuándo lo practica?

Menos de seis meses \_\_\_\_ Entre seis meses y un año \_\_\_\_ Entre uno y  
tres años \_\_\_\_

Más de tres años \_\_\_\_

**4.3 Alimentación**

45.- ¿Cuántas comidas realiza al día?  
\_\_\_\_\_



46.- ¿Cuánto tiempo utiliza para consumir su comida? \_\_\_\_\_ minutos.

47.- ¿En una semana cuántas veces desayuna, come y/o cena en la calle o restaurante de comida rápida (Hamburguesas, tacos, hot dogs, etc.)?  
\_\_\_\_\_

48.- ¿Qué tanto participa en las decisiones de compra y/o preparación de sus alimentos?

Siempre \_\_\_\_\_ Casi siempre \_\_\_\_\_ Casi nunca \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

49.- ¿Con qué frecuencia ha cambiado el tipo de alimentos que consume?

(Elija un número del 1 al 10 en donde 1 es nunca y 10 es todo el tiempo)

1 \_ \_ \_ 5 \_ \_ \_ 10

50.- ¿Con qué frecuencia ha pensado que debe cambiar la cantidad de alimentos que consume?

(Elija un número del 1 al 10 en donde 1 es nunca y 10 es todo el tiempo)

1 \_ \_ \_ 5 \_ \_ \_ 10

PESO:

\* CINTURA:

ESTATURA:

\* CADERA:

GLUCOSA:

PRESIÓN ARTERIAL: