

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**“Factores biosociales que inciden en el mal control de salud de los
pacientes del Programa de salud Cardiovascular del Centro de Salud Familiar
“Los Carrera” de Osorno durante el primer trimestre de 2004”.-**

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar al
grado de Licenciado en Enfermería.

Roberto Alejandro Momberg Vidal
VALDIVIA – CHILE
2005

Profesor patrocinante:

Nombre : Srta. Cecilia Molina Díaz
Profesión : Enfermera y Matrona
Grado : Magíster en Enfermería

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Profesores Informantes:

- 1) -Nombre : Sra. Ana Luisa Cisternas Muñoz
-Profesión : Enfermera
- Grado : Experta en Gerontología
Magíster en Gerontología y Geriatria
Magíster en modelado para el conocimiento para entornos virtuales y educativos(c)
Doctora en gerontología y geriatría (c)

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

- 2) -Nombre : Sra. Maite Alberdi Lag
-Profesión : Enfermera y Matrona
-Grado :

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

Fecha de Examen de Grado:

DEDICATORIA.-

Esto está dedicado a quienes son la fuente de mi energía, a mi esposa Cecilia, compañera incondicional de tantas batallas, gracias por tu amor, apoyo y compañía, a mi hijo Nachito, fuente de todos mis sueños y aspiraciones y único dueño de todo lo que esto representa, a mi hijo/a que viene en camino, te esperamos para disfrutar juntos de este camino, a mi madre, por su constante apoyo y ejemplo, “ No he encontrado a nadie con más vocación de servicio que ella “.

A la “Pila”, gracias por tu esfuerzo, contribuistes de gran manera para llegar a este punto.

A la Srta. Cecilia Molina, Gracias por comprender mi forma de vida, su paciencia y dedicación fueron fundamentales para lograr esta meta, eternamente “ gracias”.

A mis docentes, gracias por su ejemplo y guía, la experiencia es algo que debe ser regalada, gracias por darme tan hermoso presente.

A todos los que confiaron en mi y creyeron en “este cuento”, al CESFAM “Los Carrera”, quienes me dieron el apoyo y las herramientas para enfrentar esta tarea y llegar al final, especialmente a la Srta. Astrid, Sra. Nora, la Sra. Olivia, Sra. Isabel, Fabiola y Anita Maria, Gracias por mostrarme la belleza de atención primaria y enseñarme tantas cosas que llevare para siempre conmigo.

Y por sobre todo Gracias a Dios, Gracias por mostrarme este hermoso camino que es la Enfermería de la cual he hecho una forma de vida.

A todos los que en Todo momento me apoyaron, y a todos a los que pueda olvidar en este momento, gracias por su apoyo y cariño, sin el no habría sido posible realizar esta tarea.

INDICE

Materias	Páginas
1. DEDICATORIA	1
2. RESUMEN	2
3. SUMMAR	3
4. INTRODUCCION	4
5. MARCO TEORICO	5
6. OBJETIVOS	15
7. MATERIAL Y METODO	17
8. VARIABLES	18
9. PROYECCIONES	21
10. RESULTADOS	22
11. DISCUSION	41
12. CONCLUSIONES	43
13. BIBLIOGRAFIA	45
14. ANEXOS	47
- INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	48
- CONSENTIMIENTO INFORMADO	51

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo a una población de 79 personas del programa Cardiovascular que se atendieron durante el primer trimestre del año 2004 en el Centro de Salud Familiar “Los Carrera” de Osorno y cuyas cifras de control se encontraban fuera de los valores establecidos como normales según norma ministerial, además de las personas inasistentes a sus controles, las que según criterio de selección fueron clasificadas como “mal control de salud cardiovascular”.

La recolección de la información se realizó a través de un instrumento diseñado para este fin además de la aplicación de un instrumento pre-codificado y validado con anterioridad para la obtención de datos acerca de los recursos de apoyo social del individuo (**Instrumento MOS**), confeccionado y validado por Sherbourne y Stewart en 1991 para pacientes de atención primaria, que miden **el apoyo emocional / informacional, el apoyo instrumental o material, el grado de interacción social positiva y el apoyo afectivo** de estos pacientes.

El análisis de los datos muestra una población mayoritariamente femenina, dueñas de casa, destacando además un alto número de personas que realiza actividad remunerada, el grupo en general tiene una baja escolaridad, existe alta presencia de patologías agregadas y factores de riesgo con variabilidad según género.

El apoyo social presenta diferencias en cuanto a género, en el sexo masculino se aprecia un mayor apoyo de tipo social que en el grupo femenino, ambos con una fuerte tendencia al mínimo grado de interacción social positiva.

La mayor parte de la población refiere estar en tratamiento sólo farmacológico, no considerando las orientaciones en cuanto a alimentación y ejercicio como parte de su tratamiento.

Existe un alto grado de satisfacción usuaria en cuanto a la atención recibida, pese a esto existe un alto nivel de desacuerdo con los horarios en que se realizan los controles de salud lo que dificulta su adhesión al tratamiento.-

SUMMARY

A descriptive, transversal and retrospective study was performed to one group of 79 individuals from the Cardiovascular program. The group was conformed by those people who were attended during the first trimester of the year 2004 in the Cesfam "Los Carrera", Osorno city, and whose control figures were found to be out of the established normal values according to ministerial norm, and those who didn't assist to their controls and therefore were classified as "bad cardiovascular health control".

The recolection of the information was realizing trough of a designing instrument to this, also, the aplication of a pre-codificated instrument and validated with anteriority for the obtencion of the dates about of the resources of social support of the individual (MOS instrument, confeccionated and validated for Sherbourn and Stewart in 1991 for the pacients of primary atencion, that measure emotional support / informational, the instrumental or material support, the degree of social positive interaction and the affective support of these pacients).

The analysis of the dates, show a femenine population principally, house keeper. Moreover, exist a high number of persons that carry out a remuneratted activity. In general, the group have a low escolarity, high presence of added patologies and risky factors with variability according to gender.

The social support presents differences respect to gender. In the masculine group, we can appreciate a bigger social support than in the femenine one; both of them showing a strong tendency to minimal degree of possitive social interaction.

The major part of the population rathers only being in pharmacology treattment, not accepting orientations about feeding behaviors and exercise as part of their treatment.

Exist a high degree of satisfaction with respect to the received atention. At the same time, exist a high level of dissagreemnt with the hours of the controls of health, this difficultate that the persons follow the treatment.

INTRODUCCIÓN.-

Las enfermedades cardiovasculares (ECVs) son la principal causa de muerte y de carga de enfermedad en la población adulta chilena, constituyendo, además, una importante fuente de discapacidad.

Estas enfermedades tienen una etiología en gran medida compartida en cuanto a determinante sociales, ambientales y factores de riesgo modificables, como tabaquismo, alcoholismo, hábitos de alimentación no saludables, sedentarismo, sobrepeso / obesidad, entre los más importantes.

Para lograr una mejor adherencia al programa, se requiere hacer intervenciones sistemáticas dirigidas a la población en todo su espectro de ciclo vital, con un enfoque multinivel, es decir, abordar simultáneamente la sociedad en general, grupos de riesgo y pacientes, y con una integración de los esfuerzos de salud pública de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Para mejorar la eficiencia y la efectividad de los controles de salud de las enfermedades no transmisibles, es indispensable coordinar los esfuerzos de los diversos programas verticales en desarrollo dirigidos hacia enfermedades específicas y/o grupos de edad de la población, comenzando por el nivel primario de atención.

Es así, que el conocer la realidad de las personas que participan como pacientes o usuarios de este sistema se hace fundamental, toda vez que son ellos quienes en gran medida condicionan el funcionamiento o no de las actividades propuestas.

Bajo este marco y en conjunto con la visión biosicosocial del nuevo modelo de atención de salud familiar, es que se pretende no sólo caracterizar a la población usuaria de este sistema, sino que indagar sobre los aspectos biológicos, sociodemográficos y de percepción del sistema de salud, que inciden negativamente en la ejecución de las actividades de control de este tipo de pacientes, para conocerlas, reorientar actividades, retroalimentar el sistema, identificar precozmente aspectos negativos generalizables e individualizables que incidan en la programación de las atenciones de no sólo los actuales pacientes del sistema, sino que a la vez de los que van ingresando a este, de este forma, se contribuye a mejorar y/o conseguir las metas propuestas en las programaciones locales de salud y mejorar la calidad de atención de nuestros usuarios.

Es importante mencionar que este tipo de estudio puede y debe ser utilizados como fundamentación en la presentación de proyectos de intervención social y de salud, que pueden traducirse no sólo en nuevos recursos, sino que a mejorar o acotar nuevas visiones de los problemas locales. En esta misión, Enfermería tiene mucho que hacer, pues es en múltiples oportunidades el principal agente de cambio, de contacto o intervención comunitaria de que disponen los centros de salud.

MARCO TEÓRICO

Las enfermedades cardiovasculares (ECVs) continúan siendo la principal causa de muerte en la población adulta chilena, con un aumento progresivo del peso porcentual dentro de todas las defunciones, llegando al 28% de ellas en el año 2000 (27% año 1999).

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO, SEGÚN SERVICIO DE SALUD, CHILE 2001.

***CIE-10:I00-I99**

Tasa por cien mil habitantes

SERVICIO DE SALUD	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	DEFUNCIONES	TASA *	DEFUNCIONES	TASA *	DEFUNCIONES	TASA *
CHILE	22.666	147,2	11.497	150,8	11.169	143,6
OSORNO	426	187,7	252	222,5	174	153,1

Además, son la tercera causa de pérdida prematura de años de vida, significando las muertes por ECVs una pérdida de 188.979 años de vida en 1996 (Baechler y otros, 2002). Son por tanto una gran carga económica para el individuo, su familia y para la sociedad, por cuanto requieren de atención especializada de gran complejidad tecnológica, de ahí su denominación de enfermedades catastróficas y la necesidad de implementar medidas y estrategias conducentes a la reducción de su mortalidad y morbilidad, las que incluyen coordinadamente acciones de promoción de una vida saludable, prevención, curación y rehabilitación en la Atención Primaria.

El conocimiento científico actual permite reconocer y manejar adecuadamente los factores de riesgo (FR) de estas afecciones, las medidas de diagnóstico precoz, la terapéutica médica y quirúrgica y una rehabilitación cada vez más efectiva.

La reorientación de los antiguos Programas de Crónicos en un Programa de Salud Cardiovascular(PSCV) con enfoque de riesgo, que integra las estrategias preventivas y promocionales, junto al adecuado manejo terapéutico farmacológico, permitirá inclinar en forma más pronunciada la curva descendente de morbilidad y mortalidad de estas afecciones en Chile. En efecto, la reducción de la mortalidad Cardiovascular observada en los países desarrollados se debe en gran parte a una reducción de la prevalencia de los FR a nivel poblacional.

El PSCV en Atención Primaria, se entenderá como el conjunto de estrategias y actividades destinadas a mejorar la calidad, cantidad y resolutivez de las acciones sanitarias efectuadas por los equipos de salud, tendientes a disminuir la morbilidad y mortalidad de ECVs.

Aunque las causas de ECVs no están precisadas, se sabe que epidemiológicamente están influenciadas por factores genéticos y socio-ambientales, que determinan en último término

los hábitos de vida individuales y socioculturales; así, se han podido determinar una serie de factores que al asociarse con estas afecciones con más frecuencia potencian a estas, llegando a considerarse como “factores de riesgo”. Los principales son el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes, la hipercolesterolemia, la obesidad, el abuso del alcohol y el sedentarismo. Además, se ha reconocido últimamente la importancia de otros factores, como el estrés y la depresión.

La realidad nacional muestra alta prevalencia de tabaquismo, que en el 2000 llegó al 48.7% en la población mayor de 20 a 64 años (Casen, 1996) y que tiene tendencia a aumentar en mujeres y especialmente en el sector socioeconómico más bajo. Se estima que entre un 9 y un 14% de las muertes son atribuibles al tabaco, de las cuales un 36% corresponde a ECVs.

La prevalencia de hipertensión arterial en adultos de 18 y más años se estima en un 18,6%. Estudios han demostrado que una reducción de tan sólo 5 mm de Hg de la presión arterial media reduce el riesgo de enfermedad cerebrovascular en un 35% y de la enfermedad coronaria en un 14%. (Fasce, 1995)

En relación a la prevalencia de diabetes mellitus, se estima afectaría a aproximadamente un 6,5% de la población adulta (Baechler y otros, 2002). La investigación científica en diabetes tipo 2, ha demostrado que la reducción de los niveles de glicemia y también de la presión arterial en los pacientes diabéticos reduce en forma significativa todas las complicaciones de la enfermedad.

La hipercolesterolemia alcanza cifras superiores al 40% de la población. La reducción de los niveles de colesterol, sea por dieta saludable o por intervención farmacológica, disminuye el riesgo de modo que una disminución de 5 mg. de colesterol total en sangre determina una disminución del 10% en el riesgo CV.

El aumento de la prevalencia de obesidad y su alta frecuencia, que supera el 30% en adultos (Berríos y Al, 1990) es otro factor a considerar. La obesidad se incrementa con la edad y es mayor en los grupos socioeconómicos bajos.

Tabla		
Prevalencia (%) de obesidad según sexo y nivel socioeconómico		
NIVEL SOCIO - ECONOMICO	HOMBRES	MUJERES
Alto	17,7	10,0
Medio	21,2	22,0
Bajo	18,0	37,4
Muy Bajo	19,4	39,7
TOTAL	19,6	30,8

El sedentarismo es otra realidad nacional, que sobrepasa el 90% en los adultos (Encuesta de Calidad de Vida, 2000). Las estrategias de salud pública se enfocan en el control de los factores de riesgo modificables, especialmente los conductuales y en el control de las enfermedades que, de acuerdo al conocimiento actual, inciden en un mayor riesgo de la enfermedad cardiovascular. Por otra parte, desde el punto de vista sanitario, también se incluye la preocupación por el acceso de la población a intervenciones clínicas eficaces para mejorar la sobrevida y reducir la discapacidad asociada a estas enfermedades.

Diversos estudios han demostrado que los individuos pueden reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular a través de la modificación de su comportamiento. (Fasce, 1995)

Es por ello que la prevención de las enfermedades cardiovasculares se basa en la promoción de estilos de vida saludables, que idealmente deben evitar el desarrollo de las conductas de riesgo en los niños.

Chile, a contar de 1997, es parte del programa CARMEN (Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles), un programa de la Organización Panamericana de la Salud que sirve de marco de referencia para la implementación de acciones promocionales de la salud y de prevención de enfermedades no transmisibles en los países de la región. Dentro de las actividades desarrolladas en el país, se implementó un área demostración en Valparaíso, donde se definieron cuatro factores de riesgo a intervenir: tabaco, diabetes, actividad física e hipertensión arterial y se trazó una línea base con la prevalencia de éstos a través de una encuesta poblacional.

Dentro de las estrategias para la prevención de las enfermedades cardiovasculares se incluye la realización de estudios sobre la magnitud y variaciones de los factores de riesgo modificables en la población y la medición del impacto de las medidas implementadas en la incidencia y mortalidad de la enfermedad. Ambas son áreas que han tenido un insuficiente desarrollo en el país.

En la distribución de los Factores de riesgo Cardiovasculares (FRCVs), no sólo hay diferencias de género, sino también sociales. Es así como en nuestro país, al igual que otros países del mundo, la prevalencia de obesidad, tabaquismo, hipercolesterolemia e hipertensión, es más alta en los grupos de nivel socioeconómico más bajo (Programa CARMEN, Valparaíso, 1997).

**COMBINACIONES DE FACTORES DE RIESGO PRINCIPALES
HTA - TABAQUISMO - COLESTEROL ALTO - DIABETES ENCUESTA DE BASE
PROGRAMA CARMEN - VALPARAISO 1997**

Adultos de 25 a 64 años	%
SIN RIESGOS	26.5
1 RIESGO	47.2
2 RIESGOS	22.3
COL , Tabaco - COL , HTA - Tabaco, HTA	
3 RIESGOS	3.5
COL , Tabaco, HTA - COL , Tabaco, Diabetes	
4 RIESGOS	0.2
COL , Tabaco, HTA, Diabetes	

Sin diferencias por sexo

Inactividad Física tiene prevalencia sobre 70%

El número de FR presentes en forma asociada también influencia significativamente la mortalidad. Así, la presencia de más de 3 factores aumenta al triple la mortalidad y en cerca de 16 veces el riesgo si están presentes los factores más significativos, tabaquismo, hipertensión e hipercolesterolemia.

**PREVALENCIAS GENERALES ENCUESTA DE BASE
PROGRAMA CARMEN - VALPARAISO 1997**

HOMBRES n:1020	Factor de Riesgo	MUJERES n: 2100
10.6	Hipertensión	11.6
47.2	Tabaquismo*	34.2
27.8	Consumo Alcohol*	4.7
15.7	Obesidad*	23.0
72.8	Inactividad Física*	94.1
4.0	Diabetes	3.9
45.2	Colesterol TOTAL (CT)	48.0
18.6	Colesterol HDL *	11.7
36.8	Colesterol LDL	40.4
37.2	Indices CT / Colesterol HDL *	26.8
23.7	Triglicéridos *	17.3

* diferencias significativas por sexo

Existen además condiciones riesgosas, los marcadores de riesgo desde el punto de vista cardiovascular, los antecedentes genéticos (familiares), el sexo y el grupo etareo al que se pertenece, esto da una clara noción de los futuros riesgos o predisposiciones a éstos, ayudados por factores que deterioran nuestra salud. Entre los reconocidos actualmente se encuentra como marcador de riesgo cardiovascular mayor el hecho de poseer antecedentes de familiares consanguíneos directos con presencia de patología cardiovascular que sumado a otros factores de riesgo como el de ser hombre mayor de 45 años, mujer post menopáusica sin tratamiento hormonal de reemplazo pueden ser condicionante basal de patología cardiovascular (Jorquera, 2004)

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) emanado del ministerio de salud y que rige las actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación de nuestros usuarios, tiene por objetivo el Prevenir la morbilidad y mortalidad en sujetos en riesgo cardiovascular.

Dentro de sus objetivos específicos se encuentran:

- **Reducir el riesgo CV de los individuos en control**
- **Lograr que los fumadores dejen el hábito.**
- **Lograr niveles de PA óptimos.** Cifras tensionales MENOR 130/85 mm/hg
- **Mejorar el control metabólico de los diabéticos.** Valores de Glicemia < 110 mg/dL en ayunas
- **Reducir el nivel de colesterol en pacientes dislipidémicos.** Valores de Colesterol total MENOR 200 mg/dl
- **Lograr una baja de peso significativa en los individuos con sobrepeso y obesos.**
- **Mejorar la capacidad física de los pacientes bajo control.**

FACTORES DE RIESGO MAYORES. NO MODIFICABLES.

- Edad y Sexo: Hombre > 45 años o mujer post -menopáusica.
- Antecedentes personales de enfermedad CV
- Antecedentes familiares de enfermedad CV.

FACTORES DE RIESGO MAYORES. MODIFICABLES.

- **TABAQUISMO:** Fuma 1 o más cigarrillos al día.
- **HTA:** PA > 140/ 90 mm Hg. en al menos tres controles.
- **DM:** Glicemia en ayunas >126 mg/ dl. En al menos 2 ocasiones o glicemia casual >200 mg/ dl. asociada a síntomas clásicos.
- **DISLIPIDEMIA:** colesterol total >200 mg/ dl. O **colesterol LDL** >130 mg/ dl. o **colesterol HDL** <40 mg/ dl. y triglicéridos <150 mg/ dl.

FACTORES DE RIESGO CONDICIONANTES.

OBESIDAD: IMC >30. En menores de 65 años
IMC >32 en mayores de 65 años

OBESIDAD ABDOMINAL: Circunferencia de OBESIDAD ABDOMINAL:
Circunferencia de cintura (CC) >88 cm en la mujer o >102 cm en el hombre.

HÁBITO SEDENTARIO: No realiza actividad física de intensidad moderada con una frecuencia de al menos 3 veces a la semana, durante un mínimo de 30 minutos.

COLESTEROL HDL <40mg/ dl.

TRIGLICERIDOS >150 mg/ dl.

Otros Factores de Riesgo:

- Hombre mayor de 45 años
- Mujer post menopáusica sin terapia hormonal de reemplazo

MARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

- Antecedentes familiares directos de patología cardiovascular o muerte por ellas

Las evidencias epidemiológicas nacionales indican que no estamos previniendo ni controlando en forma adecuada los FRCVs, tanto en función de estrategias poblacionales como de caso a caso. Por tanto, de continuar esta situación, en las próximas décadas estaremos enfrentando un aumento significativo de las ECVs, en especial si se agrega el envejecimiento de la población, que reconocidamente es también un factor de riesgo CV.

Los equipos de salud de Atención Primaria necesitan ser flexibles y creativos en el uso de sus recursos y en el uso de los recursos de pacientes, familias y comunidad, en lugar de ser tan rígidos en esquemas previos inefectivos.

Se requiere fortalecer las capacidades técnicas y de relación interpersonal y de comunicación de la Atención Primaria para integrarla como equipo y facilitar la interacción colaborativa sostenida con los pacientes, acceso a exámenes de laboratorios y medicamentos efectivos, reorganizar el sistema de información y evaluación, etc. Todo esto permitirá mejorar la cobertura de detección de personas en riesgo en la comunidad, diagnosticar y evaluar el riesgo cardiovascular global, educar y definir junto con las personas un plan de tratamiento y seguimiento apropiado a su contexto e insertarlo en redes de apoyo familiares y comunitarias.

Se hace necesario así establecer nuevas políticas de atención, derivación o de identificación de situaciones psicosociales de estos usuarios de tal manera de poder prever a tiempo aspectos que incidan negativamente en el control, adhesión a indicaciones y/o conciencia de ser portadores de una patología, el abordaje desde esta perspectiva no sólo incidirá en el logro de las metas propuestas como equipos de salud, sino en un mejoramiento de la calidad de atención de los usuarios y por consiguiente un mejor desempeño de los equipos de salud, especialmente en atención primaria, eje central de las nuevas políticas de salud para nuestro país.-

El nuevo modelo de atención basado en la individualidad e inserción familiar y comunitaria del individuo pretende entregar una atención de calidad para lograr la satisfacción usuaria, hecho relacionado directamente con los nuevos modelos de gestión, que obviamente debe ser centrado en el usuario.

La esencia del cambio en el modelo de gestión consiste en re-conocer al usuario volcar la organización hacia la satisfacción de sus necesidades y la incorporación de sus expectativas en la planificación de los procesos internos.

Una vez que se ha determinado el rol del establecimiento en la red, su nivel de resolución y su complejidad, se deben identificar y analizar las expectativas de los usuarios, incorporando aquellas razonables y elaborando estrategias para acoger las que no son factibles de resolver, dando una respuesta comprensible al usuario

La satisfacción usuaria se utiliza como medida del resultado de los cuidados y se ha asociado con consecuencias relacionadas con la salud tan importantes como son la adherencia al tratamiento y las recomendaciones de los profesionales de salud e incluso la mejora de la salud. (Ayarza, 2004)

Satisfacción usuaria, definida según el MINSAL como; “Es el cumplimiento por parte del sistema de salud, respecto de las expectativas del usuario, en relación con los servicios que ésta le ofrece”, por lo cual se puede entender también: “ Como el conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia, los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del sistema público de salud”.(Minsal, 2004)

Es así, que toda actividad de atención a este tipo de paciente debe darse a la luz de estos aspectos, estos, a veces poco valorado por los mismos usuarios del sistema, quienes muchas veces no se dan cuenta de los cambios en la modalidad de atención, estos usuarios, muchas veces acostumbrados al modelo biomédico anterior, perciben como un trámite más, o unas preguntas más en la forma en que se les atiende y mientras no se logre que estos usuarios se acostumbren a la nueva modalidad de salud familiar, será aun más complicado establecer nuevos estándares en lo que a calidad de atención se supone para nuestro país.

Si bien es en estos días en donde mayor auge se le ha dado a la participación social y comunitaria en los programas de salud y de desarrollo en general, son las redes de apoyo social y familiares las que principalmente impactan en los hábitos de vida y situación de salud del individuo, Existen evidencias que sugieren que el ambiente social, la familia, la comunidad y el trabajo pueden influir en la salud. El ambiente social esta constituida por la red social con sus funciones de promoción del compromiso social, para la adopción de conductas relevantes para la salud. La influencia social es un gran aporte para el proceso de cambio de conducta y la adquisición de comportamientos saludables (CARO, 1999).

El apoyo social es vital. Se sabe que el individuo esta rodeado de relaciones sociales ya sea con personas, instituciones o comunidades, de las cuales obtiene apoyo emocional, definido como la presencia de vínculos que entregan comprensión, compañía, afecto, consejos y lazos de confianza, e instrumental para satisfacer necesidades tangibles como alimentos o medicamentos, transporte, ser el intermediario con los servicios de salud o como apoyo de información u orientación. La falta de lazos sociales son fuerte predictor de mortalidad para casi todas las causas de muerte, por lo tanto existe una clara asociación de los vínculos sociales con los indicadores de salud. (Margozzini, 1999).

Por lo tanto se hace necesario identificar estas relaciones entre los aspectos biosicosociales de estos pacientes, la red social, la familia, y amigos como apoyo social, para determinar así los factores que llevan a cifras de control de ECVs alteradas o que representen riesgo para la salud de los individuos.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

El Centro de Salud familiar (Cesfam) “Los Carrera”, dependiente del Departamento de Salud Municipal de Osorno, atiende un total de 35.167 personas (Registro per capita Cesfam , Septiembre 2004) , se encuentra dividido en 5 sectores con equipo de salud completo para cada uno de ellos , actualmente se encuentra funcionando en una escuela que fue habilitada para su funcionamiento por mientras se construye el edificio definitivo , proyecto que debería ser entregado a la comunidad en noviembre de este año.

Dentro de los programas de salud que se desarrollan en el Cesfam, se encuentra el Programa de Salud Cardiovascular, con una población total de 5324 personas, distribuidas en 2 grandes grupos, Adultos (20 –64 años)con un 49.4% y Adultos Mayores (mas de 65 años)con un 51.6%, quienes se encuentran adscritos a este programa según la siguiente distribución:

Adultos (20 a 64 años)

CONCEPTO		TOTAL (Beneficiario y NO Beneficiario)	Tipo de control	
			Buen control	Mal control
EXISTENCIA PACIENTES	DE HIPERTENSOS	1479	640	839
	DE DIABETICOS	471	92	379
	DE DISLIPIDEMICOS	681	162	519
	total	2631	894	1737

Adultos mayores (mas de 65 años)

CONCEPTO		TOTAL (Beneficiario y NO Beneficiario)	Tipo de control	
			Buen control	Mal control
EXISTENCIA PACIENTES	DE HIPERTENSOS	1517	575	942
	DE DIABETICOS	451	85	366
	DE DISLIPIDEMICOS	725	208	517
	total	2693	868	1825

Estableciéndose como referencia de mal control a todos los pacientes con cifras de control bajo el nivel normal establecido según normas ministeriales de control.

HIPERTENSIÓN: Cifras tensionales MENOR 130/85 mm/hg

DIABETES : Valores de Glicemia < 110 mg/dL en ayunas.

DISLIPIDEMIA: Valores de Colesterol total MENOR 200 mg/dl

Lo que traducido porcentualmente indica que de la población total en control (5324 personas) sólo un 33.1% de ellas se encuentra bajo un buen control.

Tras una reunión con el equipo de enfermería del Cesfam, que pretendía establecer prioridades en temas de interés para la realización del estudio, se llega a la conclusión que es de real importancia el conocer las razones involucradas en la presencia de un 66.9% de pacientes con mal control de su patología cardiovascular.-

Objetivos

OBJETIVO GENERAL I :

1 –Determinar Características sociodemográficas de la población en “mal control “ de salud del Programa Cardiovascular del Cesfam “ Los Carrera” de Osorno.-

Objetivos Específicos:

- 1.1- Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a su sexo.
- 1.2- Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a su edad.
- 1.3- Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a su estado civil.
- 1.4- Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a su escolaridad.
- 1.5- Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a su ocupación.

OBJETIVO GENERAL II :

2- Identificar a la población en estudio en base a la Patología Cardiovascular que presentan.

Objetivos Específicos:

- 2.1- Caracterizar a la población en estudio de acuerdo su clasificación de Riesgo cardiovascular.
- 2.2- Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a tipo de tratamiento que presentan.
- 2.3- Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a presencia o ausencia de otras patologías agregadas.
- 2.4- Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a los factores de riesgo cardiovascular que presentan.

OBJETIVO GENERAL III :

3 - Identificar características de las redes de apoyo social de la población en estudio.-

Objetivos Específicos:

- 3.1- Caracterizar la red de apoyo familiar de la población en estudio.
- 3.2- Caracterizar la red de apoyo emocional de la población en estudio.
- 3.3- Caracterizar la red de apoyo instrumental de la población en estudio.
- 3.4- Caracterizar la red de interacción social positiva de la población en estudio.
- 3.5- Caracterizar la red de apoyo afectivo de la población en estudio.

OBJETIVO GENERAL IV :

4- Establecer el grado de satisfacción usuaria de la población en estudio en relación a el sistema de salud en que se controla.-

Objetivos Específicos:

- 4.1 – Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a su satisfacción en cuanto a el tiempo que se le destina para su atención.
- 4.2 – Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a su satisfacción en cuanto a el horario en que recibe sus citaciones.
- 4.3 – Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a su satisfacción en cuanto a la claridad de las indicaciones recibidas en los controles.
- 4.4 - Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a la percepción general de calidad que presenta sobre el sistema de salud en que se atiende.

MATERIAL Y METODO

Tipo de Estudio:

El estudio realizado fue de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo

Población y/o Muestra:

La población en cuestión correspondió al número total de pacientes del programa cardiovascular a cargo del Cesfam que se atendieron durante el primer trimestre del año 2004 y que se enmarquen en la Variable “ mal control de salud” (456 casos) De este número se obtuvo la muestra poblacional para este estudio, a la cual se le aplicó para su calculo un nivel de confianza de un 95% y un intervalo de confianza de un 10% lo que dio por resultado un total de 79 encuestas, de estas el 50% correspondió a pacientes Adultos (20 – 64 años) y el otro 50% a pacientes adultos mayores (más de 65 años) las que se distribuyeron en forma aleatoria para su selección desde el tarjetero de control.-

Lugar de desarrollo del Estudio:

Centro de Salud Familiar “ Los Carrera” de la Ciudad de Osorno

Métodos y procedimientos para la recolección de información.-

La información se recolectó mediante:

-Un análisis de los registros estadísticos existentes, Fichas Clínicas, Tarjetas de Control, análisis de ficheros, Registros estadísticos mensuales digitalizados (REM)

- La aplicación de un instrumento pre-codificado con preguntas cerradas y abiertas que fue aplicado en domicilio a los individuos participantes del estudio, este instrumento estaba dividido en cuatro ítemes, el primero, medía los aspectos sociodemográficos del paciente , el segundo los relativos a las características de morbilidad cardiovascular presente, el tercero medía la percepción en cuanto a satisfacción usuaria y calidad de la atención que recibe y el cuarto correspondió a un instrumento validado con anterioridad para la obtención de datos acerca de los recursos de apoyo social del individuo (**Instrumento MOS** , confeccionado y validado por Sherbourne y Stewart en 1991 para pacientes de atención primaria, constando con 20 afirmaciones distribuidas en 4 sub-escalas que miden **el apoyo emocional / informacional, el apoyo instrumental o material, el grado de interacción social positiva y el apoyo Afectivo**)

Método de análisis de los datos.-

Se realizó un análisis de tipo descriptivo, a través del análisis de distribuciones de frecuencias, para ello se utilizo software estadístico estandarizado EPI INFO 2000 y Excel de Microsoft Windows.-

Definición de Variables:

Variable	Definición Nominal	Definición operacional
Sexo	Constitución Orgánica que Diferencia al Hombre de la Mujer	Masculino Femenino
Edad	Número de años cumplidos al momento de la entrevista	25-34 años 35-44 años 45-54 años 55-64 años 65 y más años
Estado civil	Condición conyugal al momento de la entrevista	Soltero Casado Viudo Separado Conviviente
Escolaridad	Ultimo nivel que aprobó en la enseñanza formal	Básica Incompleta Básica Completa Media Completa Media Incompleta Universitaria Incompleta Universitaria Completa
Ocupación	Tipo de trabajo, remunerado o no que desarrolla actualmente	Empleado: Contratado por empresa o Patrón, recibe sueldo mensualmente Trabajador por cuenta propia: No posee controlador o patrón, recibe sueldo dependiendo de su propio trabajo Empleador. Contrata gente para la realización de trabajo Trabajo sin remuneración
Clasificación de riesgo Cardiovascular	Clasificación de riesgo según normativa ministerial del programa Cardiovascular	Bajo: Sin F.R. Mayores Moderado: 1 F.R. Mayor Alto: 2 o más F.R. Mayores Máximo: 3 o más F.R. mayores, o D. Mellitus, o Enf. Vascular aterosclerotica , o Dislipidemias aterogenicas genéticas severas

Variable	Definición Nominal	Definición operacional															
Tipo de Tratamiento	Característica del tratamiento recibido para la condición de paciente cardiovascular que presenta	- Tratamiento Farmacológico - Dieta															
Patología agregada	Otra patología distinta a las contempladas en el programa cardiovascular	Si No															
Apoyo social	Proceso interactivo por el cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de su red social	Apoyo emocional Apoyo instrumental Apoyo afectivo Interacción social positiva															
Apoyo emocional	Es la ayuda que obtiene el individuo de su red social en cuanto a lo sentimental	Máximo: 40 puntos Medio: 24 puntos Minino : 8 Puntos															
Apoyo instrumental	Es la ayuda obtenida de la red social en cuanto a lo material o tangible	Máximo: 20 puntos Medio: 12 puntos Minino : 4 Puntos															
Apoyo afectivo	Referido a las expresiones de amor y cariño que recibe de la red social	Máximo: 15 puntos Medio: 9 puntos Minino : 3 Puntos															
Interacción social positiva	Referente a las relaciones sociales de ocio y distracción	Máximo: 20 puntos Medio: 12 puntos Minino : 14 Puntos															
Factores de Riesgo	Presencia de características que aumentan la posibilidad de padecer o agravar patologías de tipo cardiovascular	Tabaquismo Sedentarismo Ingesta de alcohol Antecedentes familiares de PCV															
Estado Nutricional	Relación entre peso y talla Según clasificación de grupo etareo por Índice de masa Corporal (peso / Talla ²)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><u><65 años</u></th> <th><u>>65años</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enflaquecido</td> <td>menor 20</td> <td>menor de 23</td> </tr> <tr> <td>Normal</td> <td>20 a 25</td> <td>23.1 a 27.9</td> </tr> <tr> <td>Sobrepeso</td> <td>25 a 29</td> <td>28 a 31.9</td> </tr> <tr> <td>Obeso</td> <td>mayor 30</td> <td>mayor 32</td> </tr> </tbody> </table>		<u><65 años</u>	<u>>65años</u>	Enflaquecido	menor 20	menor de 23	Normal	20 a 25	23.1 a 27.9	Sobrepeso	25 a 29	28 a 31.9	Obeso	mayor 30	mayor 32
	<u><65 años</u>	<u>>65años</u>															
Enflaquecido	menor 20	menor de 23															
Normal	20 a 25	23.1 a 27.9															
Sobrepeso	25 a 29	28 a 31.9															
Obeso	mayor 30	mayor 32															
Actividad Física	Ejercicio periódico realizado por lo menos 30 minutos durante tres veces a la semana	Si No															
Tabaquismo	Habito de fumar al menos 1 cigarrillo en el ultimo mes	Si No															
Ingesta de alcohol	Habito de ingerir alcohol al menos 1 vez a la semana llegando a la embriaguez	Si No															

Variable	Definición Nominal	Definición operacional
Mal Control	Ausencia de valores considerados normales según Clasificación de norma ministerial para control de pacientes del programa cardiovascular , o inasistencia a control	<p>HIPERTENSIÓN: Cifras tensionales MENOR 130/85 mm/hg</p> <p>DIABETES : Valores de Glicemia < 110 mg/dL en ayunas</p> <p>DISLIPIDEMIA: Valores de Colesterol total MENOR 200 mg/dl</p>

Proyecciones del Trabajo para Enfermería y la salud de la Población.-

El presente estudio pretende no sólo dar solución a una interrogante del equipo de salud del Cesfam en que se realizara, pretende establecer características comunes a los individuos en “mal control” de su realidad cardiovascular, los que al ser identificados servirían de base para la detección de estas características en los pacientes que ingresan al sistema, al reconocer factores no Facilitadores del adecuado control de sus patologías se pueden establecer nuevas estrategias en su abordaje personal y familiar, reorientar actividades, recursos y adecuar normativas a la realidad local, aspecto prioritario en términos del ejercicio administrativo del rol profesional.

Servirá para demostrar fehacientemente algunos aspectos que son percibidos como no facilitadores del control por parte del equipo de salud del Cesfam, como el hecho de que dentro de esta población en control, especialmente los inasistentes, se encuentra un gran número de personas con actividad laboral que imposibilita su asistencia a estos debido a sus horarios de trabajo, de quedar demostrado, este estudio serviría para avalar la solicitud de la “Extensión horaria de Enfermería “ o sea, establecer un horario diferente del habitual para la atención de pacientes que desarrollen actividad laboral y que no pueden asistir en el horario de funcionamiento acostumbrado del centro de atención.

Para Enfermería, trabajos como este estimularían cada pilar fundamental del rol profesional, en términos de la aplicación asistencial podrían establecerse nuevos protocolos de atención para pacientes con este tipo de dificultades de acceso a la atención, podrían instaurarse cánones que identifiquen precozmente a la población en riesgo de “mal control” y activar redes de apoyo especiales que minimicen estos factores, favoreciendo la prevención y promoción de la salud de estos individuos.

Otro aspecto importante de los resultados de este estudio, es que al aplicar un instrumento validado con anterioridad acerca del apoyo social que reciben los individuos, se podrá establecer las características de estos, aspectos que sólo son abordables en forma individual y que muchas veces son dejados como secundarios en la atención de estos pacientes debido a la presión asistencial que ofrece el sistema, así, se brindara una atención mucho mas integral que la que se ofrece en este momento, se involucrara más a la familia, ofreciendo la oportunidad para la completa aplicación del modelo de salud familiar que promueve el sistema de salud actualmente, preparando a los profesionales de enfermería para estructurar nuevas formas de educar y orientar basados en estas nuevas directrices.

Por ultimo, los resultados de este estudio servirían de base para estudios posteriores acerca del tema, en que el análisis cualitativo de este podría dar mayores luces sobre los motivos generales e individuales, estos resultados pueden ser interpolados a diferentes centros de salud del sector o del país, abriendo posibilidades insospechadas acerca de la realidad de nuestros pacientes, clientes o usuarios.-

RESULTADOS

Se estudió un total de 79 casos, la distribución por sexo y grupo etareo se presenta en el siguiente cuadro.-

Tabla N° 1
Distribución numérica y porcentual de la población en mal control de salud del programa Cardiovascular según sexo y edad

Grupo Etareo	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20 - 34 años	4	5.1	4	5.1	8	10
35 - 44 años	7	8.9	3	3.8	10	12.7
45 - 54 años	8	10.1	4	5.1	12	15.2
55 - 64 años	7	8.9	6	7.6	13	16.5
65 - 74 años	8	10.1	4	5.1	12	15.2
75 - 84 años	9	11.3	2	2.5	11	13.9
85 y más años	9	11.3	4	5.1	13	16.5
Total	52	65.8	27	34.2	79	100

Fuente: Encuesta Tesis “Factores biosicosociales que inciden en el mal control de salud de los pacientes del Programa de salud Cardiovascular del Centro de Salud Familiar “Los Carrera” de Osorno durante el primer trimestre de 2004”.-

Tabla N° 2

Distribución numérica y porcentual de la población en mal control de salud del programa Cardiovascular según sexo y grupo etareo de clasificación.-

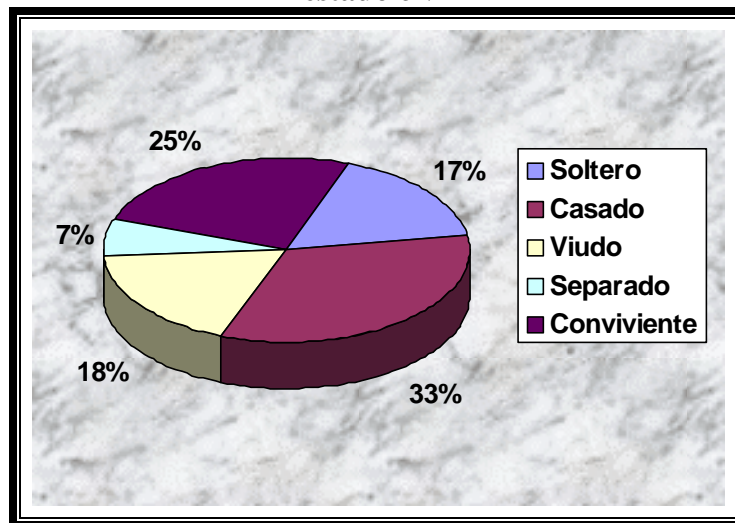
Grupo Etareo	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20 - 64 años	26	32.9	17	21.5	43	54.4
65 y más años	26	32.9	10	12.7	36	45.6
Total	52	65.8	27	34.2	79	100%

Fuente: Encuesta Tesis “Factores biosicosociales que inciden en el mal control de salud de los pacientes del Programa de salud Cardiovascular del Centro de Salud Familiar “Los Carrera” de Osorno durante el primer trimestre de 2004”.-

Un 65.8% de los pacientes corresponde a sexo femenino, de las cuales no existe mayor diferencia en su distribución por grupo etareo, en relación al sexo masculino (34.2%) la mayor parte de los casos se encuentra en el grupo etareo de 20 a 64 años (21.5%).-

Grafico N° 1:

Distribución porcentual de pacientes en mal control de salud del PCV según estado civil

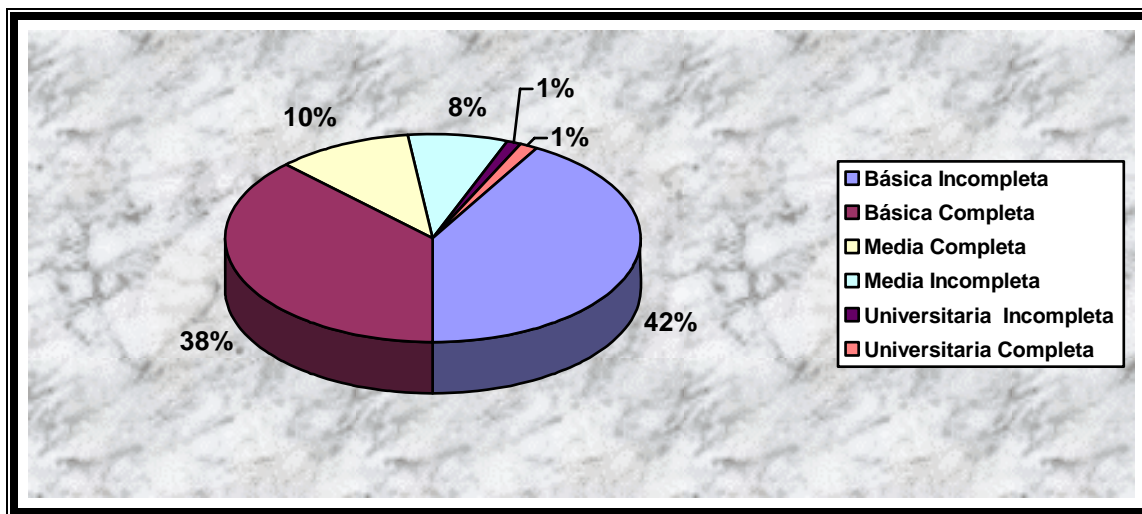


Fuente: Ídem

De los pacientes con mal control del PSCV, un 58 % de los casos presenta una relación de pareja estable (casado, conviviente) mientras que el 42 % restante se distribuye mayoritariamente entre los casos de personas separadas y viudas y minoritariamente el grupo de los solteros.-

Grafico N° 2

Distribución Porcentual de pacientes en mal control del PSCV según nivel de escolaridad.-

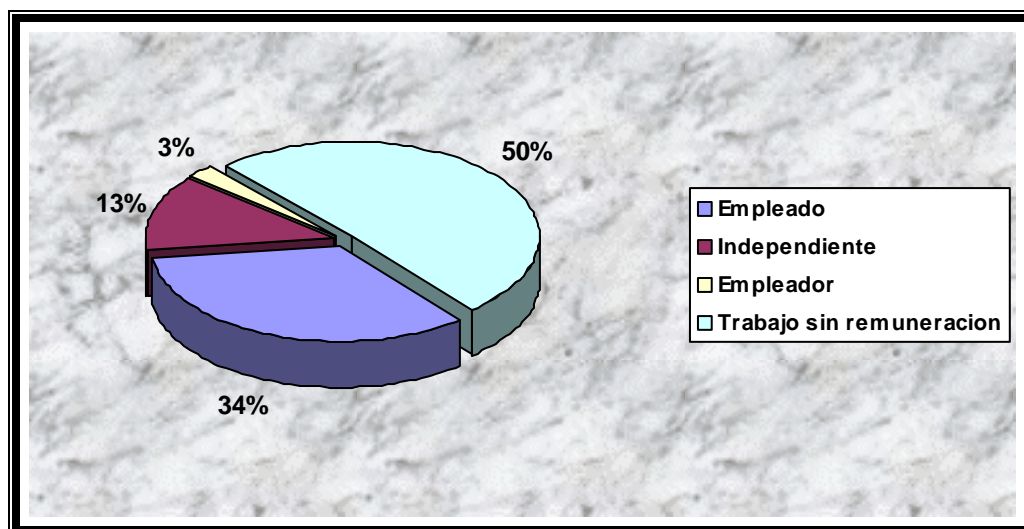


Fuente: Ídem

Existe un alto porcentaje (80 %) de personas con baja escolaridad, mientras que sólo un 10% de los casos presenta instrucción superior y sólo un 18% presenta algún curso en la educación media.-

Gráfico N° 3

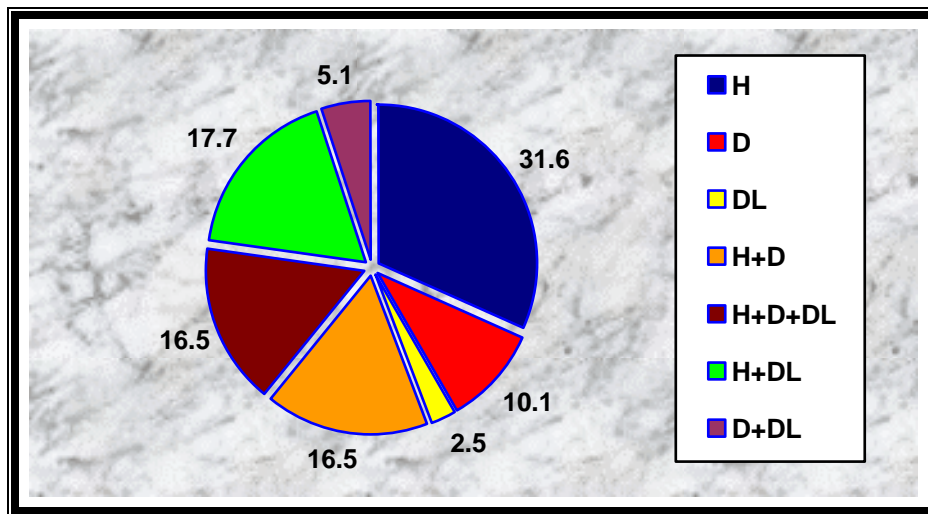
Distribución porcentual de pacientes en mal control de salud del PSCV según ocupación o actividad económica.-



De los pacientes encuestados la mayor parte son personas que realizan trabajos sin percibir remuneración, de este porcentaje un 90 % corresponde a dueñas de casa , además un 50% de los casos realiza algún tipo de actividad económica , de este grupo , un 34% corresponde a personas con actividad económica dependiente , quienes deben cumplir horario de trabajo programado por sus empleadores .-

GRAFICO N° 4

Distribución porcentual de pacientes en mal control del PSCV según patología cardiovascular que presentan



H: Hipertensión

D: Diabetes

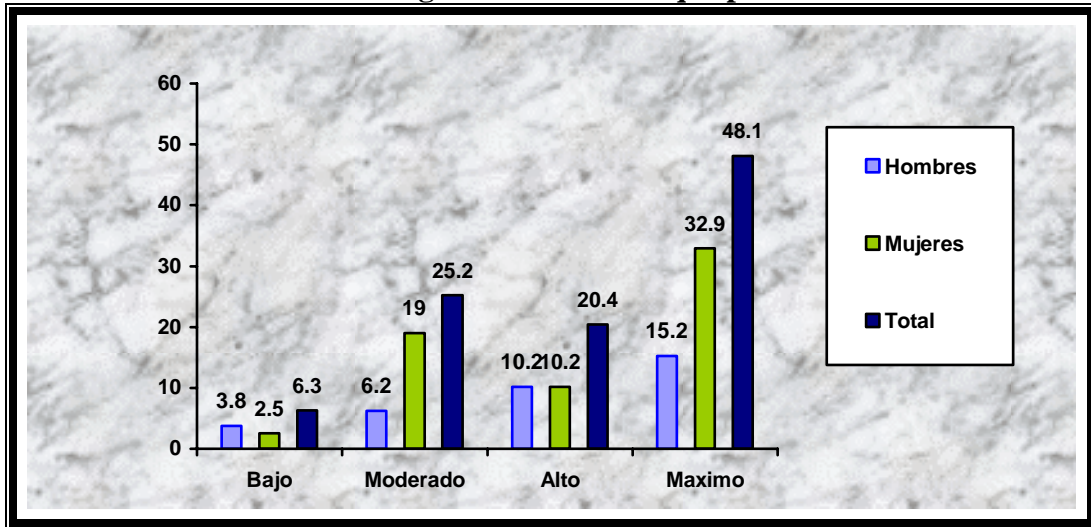
DL: Dislipidemia

Fuente : Ídem

Existe un alto número de pacientes portadores de Hipertensión Arterial, especialmente asociada a otras patologías cardiovasculares, así mismo, se nota la marcada presencia de personas con patología crónica de Diabetes Mellitus con esta misma característica. Cabe mencionar que existe un grupo importante de estos pacientes (16.5%) que presentan la combinación de todas las patologías crónicas, consideradas dentro del programa de salud Cardiovascular lo que las expone a un riesgo mayor.-

Grafico N° 5

Distribución porcentual de los pacientes en mal control de salud según el Grado de riesgo cardiovascular que presentan.-

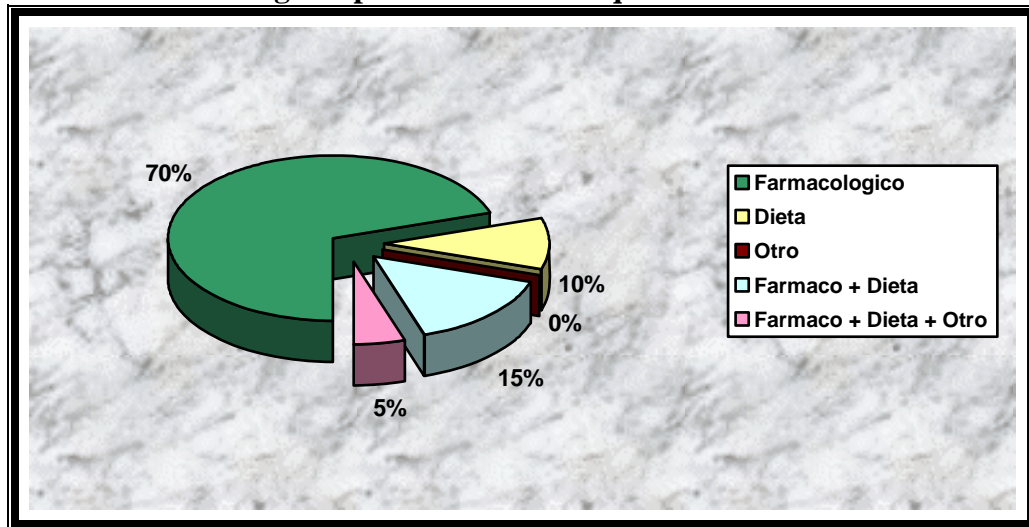


Fuente : Ídem

Existe una alta tendencia hacia los grados mas altos de riesgo cardiovascular, especialmente en el sexo femenino en donde predominan especialmente en el nivel de riesgo máximo de la escala .-

Grafico N° 6

Distribución porcentual de pacientes en mal control de salud del PSCV según tipo de tratamiento que refiere recibir .-

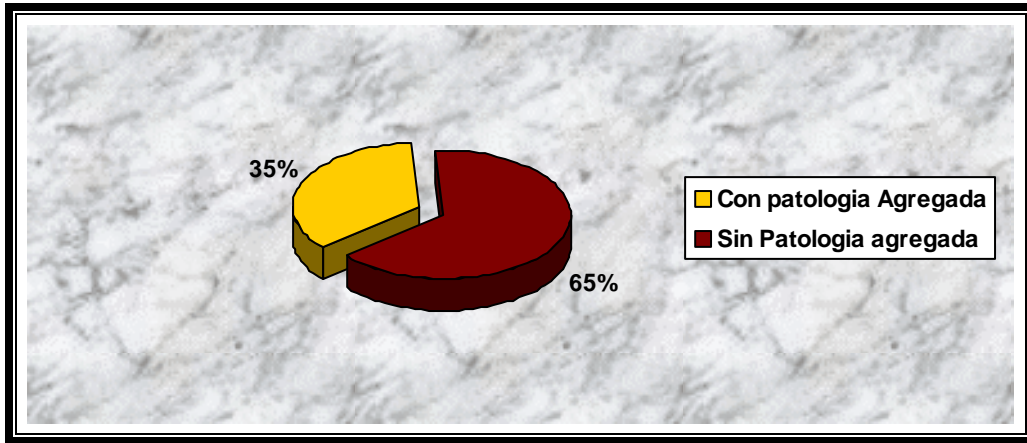


Fuente : Ídem

Al ser consultados, la mayor parte de los entrevistados (70%) refiere sólo recibir tratamiento farmacológico, sólo un 10 % de ellos considera la dieta como parte del tratamiento sólo un 5% de ellos considera las medidas de ejercicio y hábitos de vida saludable como parte de su tratamiento.-

GRAFICO N° 7

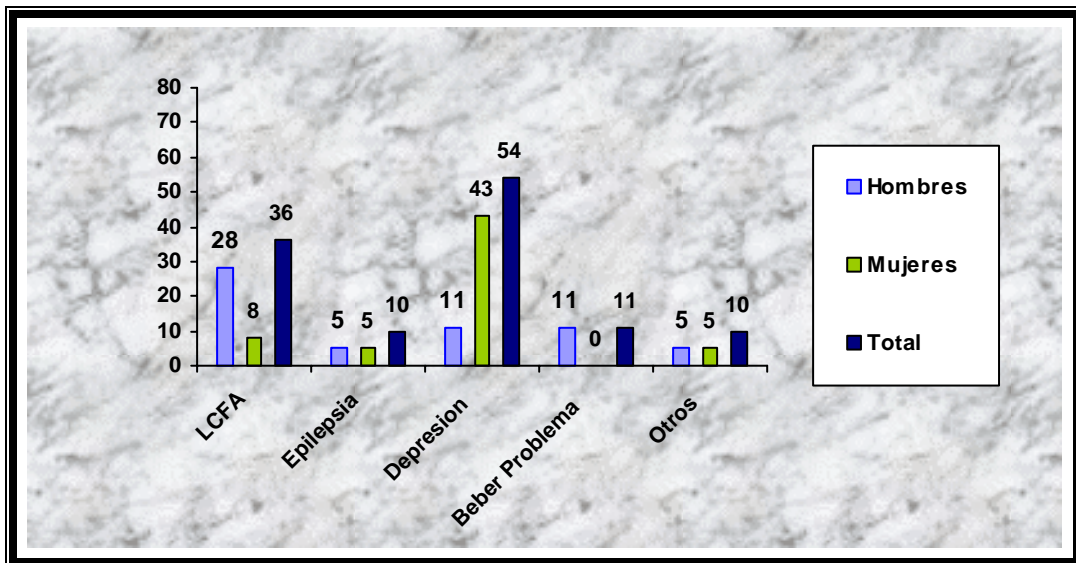
Distribución porcentual de pacientes en mal control de salud del PCV según presencia de patología agregada .-



Fuente : Ídem

GRAFICO N° 8

Distribución porcentual de pacientes que presentan patología agregada según frecuencia de estas.-

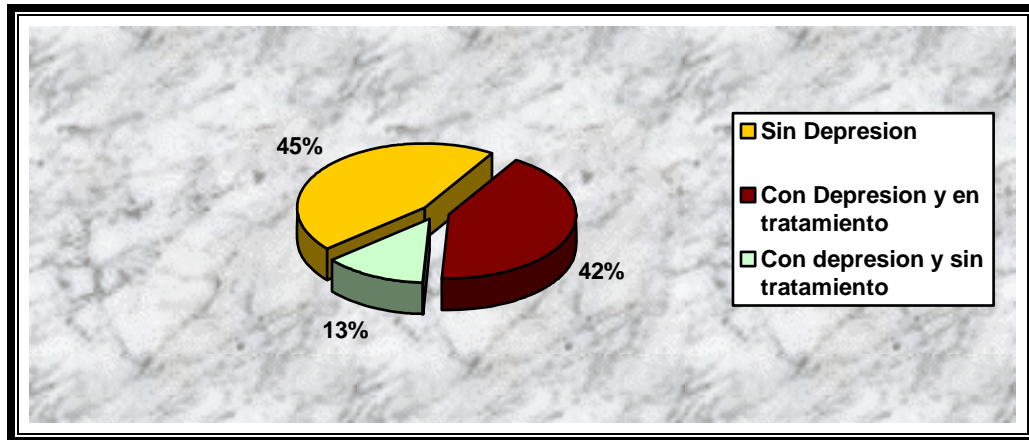


Fuente : Ídem

Dentro del grupo de personas que presentan patología agregada a su situación cardiovascular (28 casos) las de mayor frecuencia son las patologías de tipo Siquiátricas, especialmente Depresión, esta, con una fuerte presencia en el grupo femenino, seguido de las patologías respiratorias crónicas con un índice mas elevado en el sector masculino de la muestra.-

Gráfico N° 9

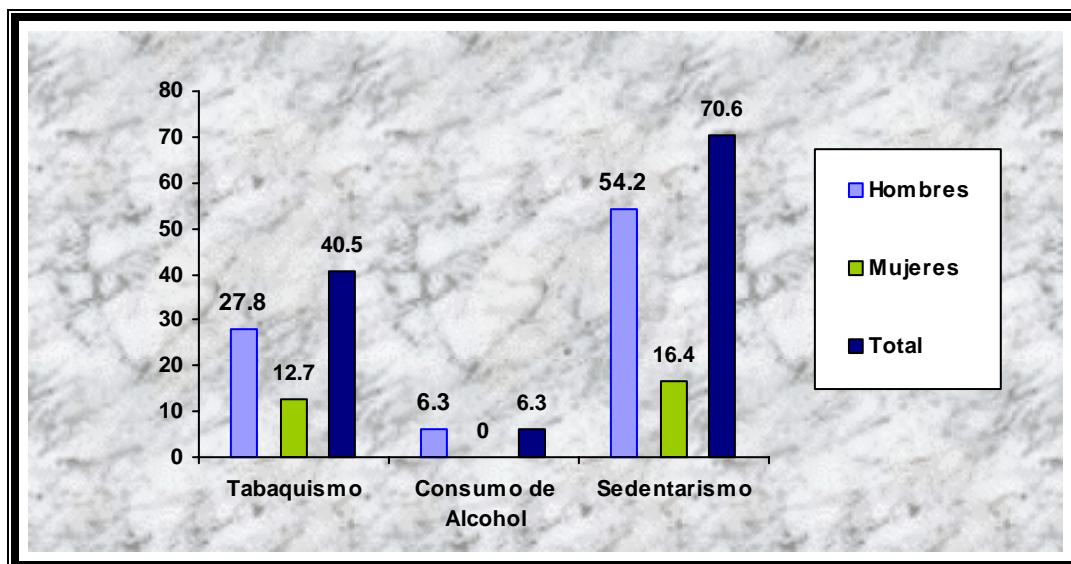
Distribución porcentual de pacientes en mal control de salud que se declaran Dueñas de casa y que presentan Patología agregada de Depresión con y sin tratamiento.-



Del total de Dueñas de casa encuestadas (35 casos) un 55% de ellas manifiesta que se encuentra con el diagnostico de Depresión en el mismo Cesfam y un 13 % de ellas manifiesta que abandono el tratamiento por diversos motivos.-

GRAFICO N° 10

Distribución porcentual de pacientes en mal control de salud del PCV según Factor de riesgo asociado.-

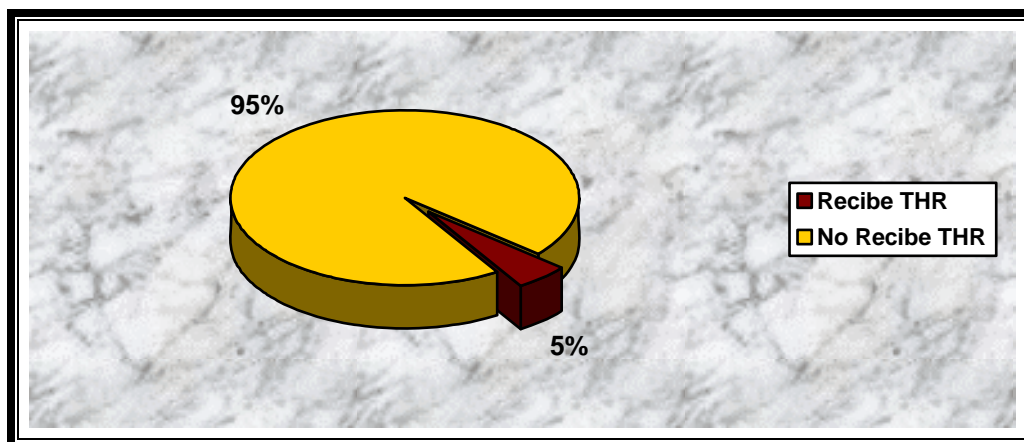


Fuente : Ídem

Existe concordancia con los valores nacionales en cuanto a asociación de factores de riesgo, el tabaquismo se presenta mayoritariamente en el sexo masculino, aunque comienza a subir ponderalmente en el sexo femenino, el consumo de alcohol, variable que no es fácil de corroborar, sobre todo en el sexo femenino por una variable cultural de aceptación del hábito alcohólico, mientras que el factor de riesgo asociado más importante sigue siendo el sedentarismo, donde predomina el sexo masculino por sobre el femenino, cabe destacar que de la población encuestada, casi un 71% no realiza actividad física, pese a las recomendaciones e indicaciones recibidas en el centro de salud.-

GRAFICO N° 11

Distribución porcentual de mujeres post- menopausicas según grado de utilización de Terapia Hormonal de Reemplazo.-

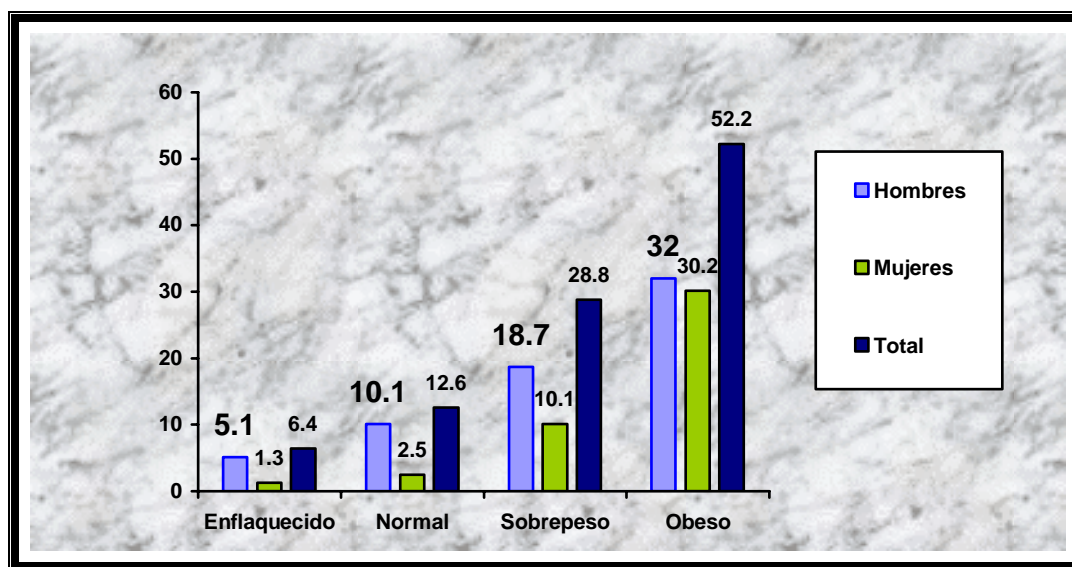


Fuente : Ídem

Del total de mujeres Post-menopausicas encuestadas (37 en total) , la mayor parte de ellas manifiesta no haber recibido ni estar recibiendo terapia Hormonal de Reemplazo.-

Grafico N° 12

Distribución porcentual de pacientes en mal control de salud del PSCV según Estado Nutricional al momento de la Entrevista .-

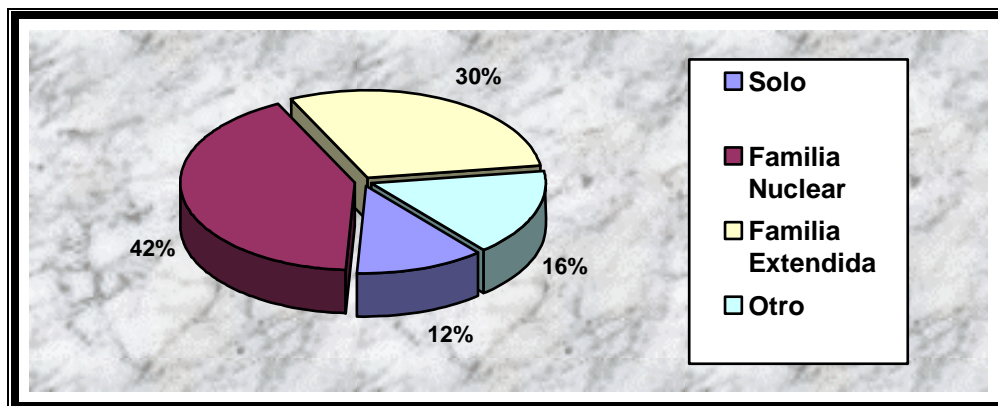


Fuente : Ídem

Llama la atención el importante número de personas que se encuentran en un nivel de peso por sobre lo normal (80.1%) en donde existe un claro predominio de los pacientes de sexo Masculino, especialmente en la clasificación de obesidad.-

Grafico N° 13

Distribución porcentual de pacientes en mal control de salud del PSCV según tipo de familia que presenta .-

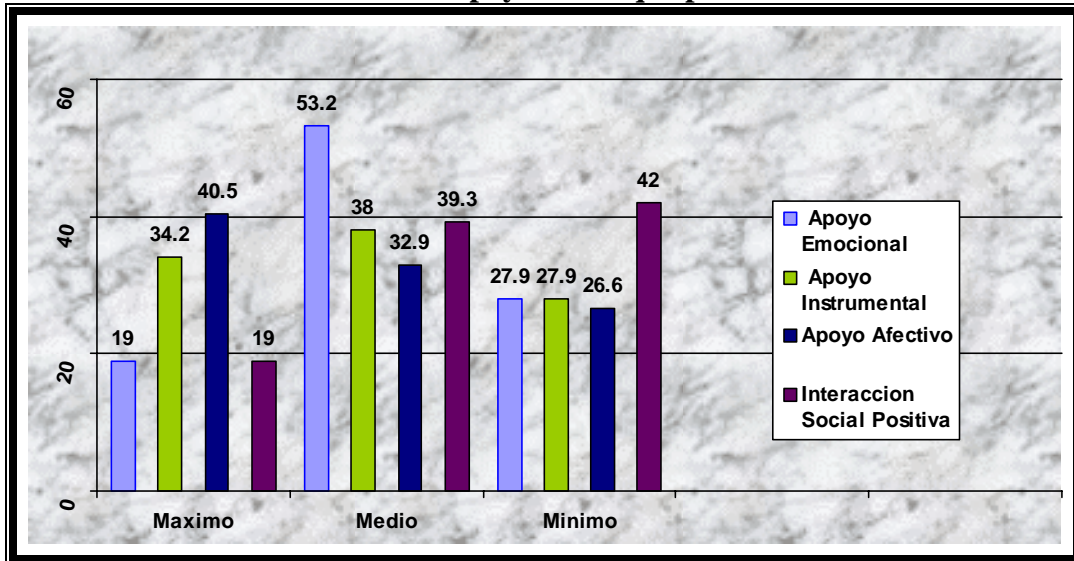


Fuente : Ídem

La mayor parte de los entrevistados refiere pertenecer a un grupo familiar y relacionarse activamente con éstos, sin embargo, tenemos un 12% de la población que manifiesta vivir sólo /a, aspecto negativo en cuanto a apoyo social, instrumental y afectivo se refiere.-

GRAFICO N° 14

Distribución porcentual de pacientes que presentan mal control en el PSCV según características del apoyo social que presentan.-



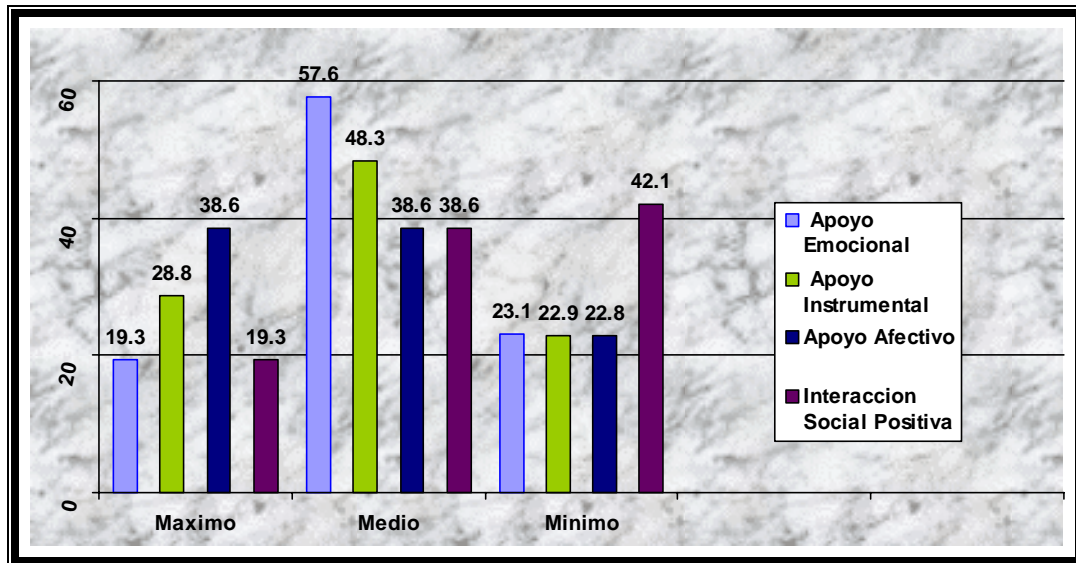
Fuente : Ídem

Al analizar los datos obtenidos del Cuestionario MOS de Apoyo social aplicado se observa que al menos un 40 % de los encuestados se encuentra en un nivel máximo de apoyo afectivo, este centrado principalmente en el grupo familiar de origen, además, mayoritariamente presentan un nivel máximo de apoyo instrumental demostrando que estos pacientes cuentan así con alguien con quien conversar o que los asista cuando se encuentran enfermos con excepción de la ayuda en las actividades domesticas, caso en que la mayor parte de estos son personas que realizan esta actividad por si solas, especialmente el grupo de dueñas de casa, otro aspecto importante de mencionar es el hecho de que el grueso de la muestra tiende a presentarse en nivel medio de apoyo social en todos sus aspectos.

Ahora, al analizar el aspecto de Interacción social positiva, la mayor parte de la muestra se encuentra distribuida en los niveles medio y mínimo, lo que demuestra que las personas no realizan actividades de relajación o esparcimiento fuera del núcleo familiar.-

GRAFICO N° 15

Distribución porcentual de pacientes de sexo femenino que presentan mal control en el PSCV según características del apoyo social que presentan.-

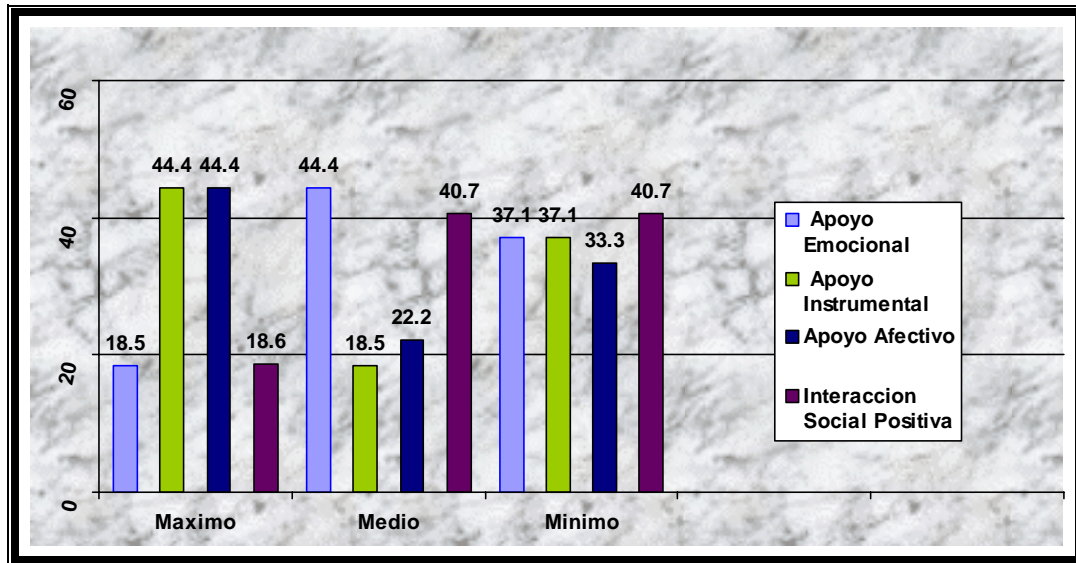


Fuente : Ídem

Al analizar el segmento correspondiente al sexo femenino de la muestra (52 casos) se mantiene la tendencia hacia el nivel medio de apoyo social en todas sus variables, pero pese a esto alrededor del 23% de las encuestadas manifiestan encontrarse en el nivel mínimo de apoyo en el ámbito emocional, instrumental y afectivo siendo preponderante el hecho de que al menos un 42% de los casos manifiesta tener un nivel mínimo de interacción social positiva, esto, debido a la poca recurrencia de actividades sociales fuera del hogar y de que en este grupo en particular se encuentran todas las personas que se declaran dueñas de casa, esto, se asocia a l su vez a la presencia de un alto índice de sedentarismo en el grupo femenino de la muestra.-

GRAFICO N° 16

Distribución porcentual de pacientes de sexo masculino que presentan mal control en el PSCV según características del apoyo social que presentan .-

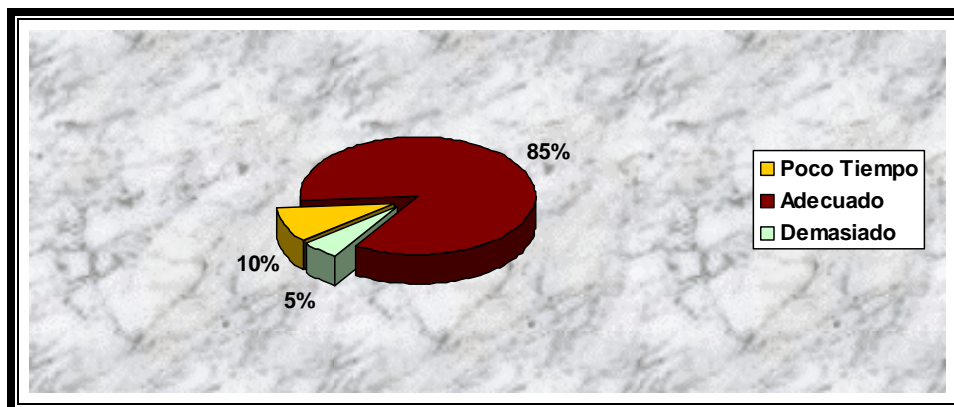


Fuente : Ídem

Al analizar el segmento correspondiente al sexo Masculino de la muestra (27 casos) la situación de tendencia hacia el nivel medio de apoyo social cambia, en cuanto a apoyo emocional el grueso de la muestra se distribuye en el nivel medio pero este es seguido en cantidad por los casos que se distribuyen en el nivel mínimo de apoyo, lo mismo sucede con los niveles de apoyo instrumental y afectivo, no así con el nivel de interacción social positiva cuya distribución mayoritariamente se aloja en el rango de nivel medio y mínimo, se asocia a esto el hecho de la desvinculación en la mayor parte de los casos de las labores del hogar que quedan en manos del sexo femenino y del alto índice de sedentarismo presente en ambos géneros.-

GRAFICO N° 17

Distribución porcentual de pacientes que presentan mal control en el PSCV según su grado de satisfacción con el tiempo que se le destina para su atención.-

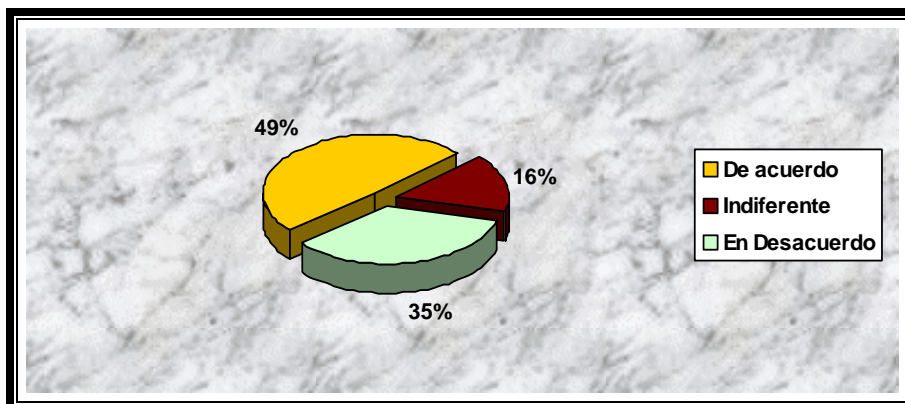


Fuente : Ídem

La mayor parte de los entrevistados está de acuerdo con la cantidad de tiempo que se asigna para su control en el Cesfam, mientras que un 10% refiere que el tiempo asignado es insuficiente, cabe mencionar que de estos casos (8 Personas) estas concuerdan en su totalidad en que no entienden completamente las indicaciones dadas por el médico o la enfermera durante su control.-

GRAFICO N° 18

Distribución porcentual de pacientes que presentan mal control en el PSCV según su grado de satisfacción con los horarios en que se le cita para su atención.-

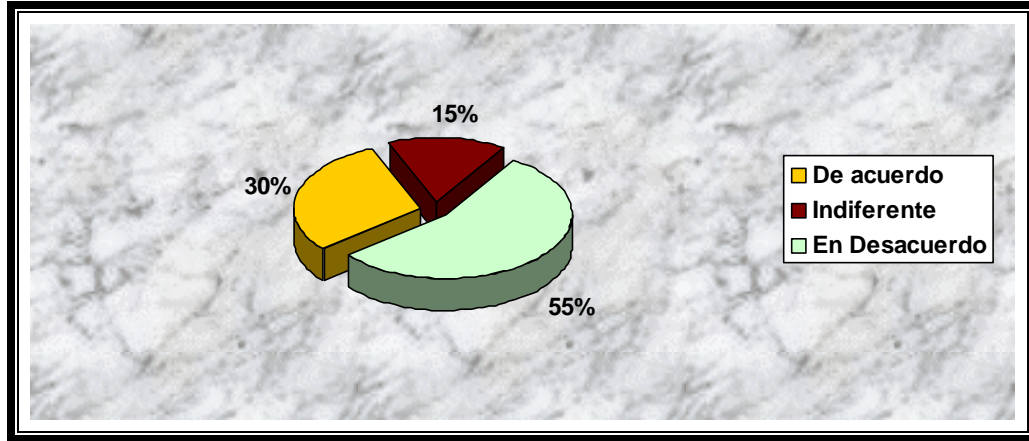


Fuente : Ídem

En cuanto al grado de satisfacción del horario en que se le cita a control, la mayor parte de los encuestados manifiesta que está de acuerdo con el, existiendo además un 35% de personas (28 casos) que están en desacuerdo con el horario asignado, los argumentos al respecto se centran en que en los horarios en que se les cita deben cumplir otras obligaciones, dentro de este grupo cobran gran importancia el grupo de personas que trabajan dependientemente y las dueñas de casa .-

GRAFICO N° 19

Distribución porcentual de Trabajadores dependientes que presentan mal control en el PSCV según su grado de satisfacción con los horarios en que se le cita para su atención.-

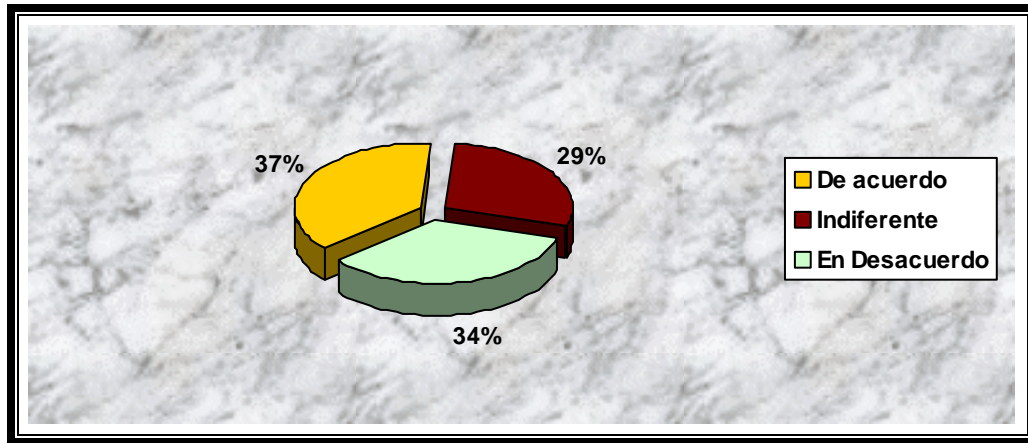


Fuente : Ídem

Al analizar el grado de satisfacción con el horario de citación a control en el subgrupo Empleados mas empleadores , quienes realizan labores productivas fuera del hogar se muestra que la mayor parte de ellos esta en desacuerdo con estos horarios , debido a que se ven imposibilitados de asistir a sus controles pues en el horario en que son citados muchos de ellos se encuentran trabajando .-

GRAFICO N° 20

Distribución porcentual de Dueñas de casa que presentan mal control en el PSCV según su grado de satisfacción con los horarios en que se le cita para su atención.-

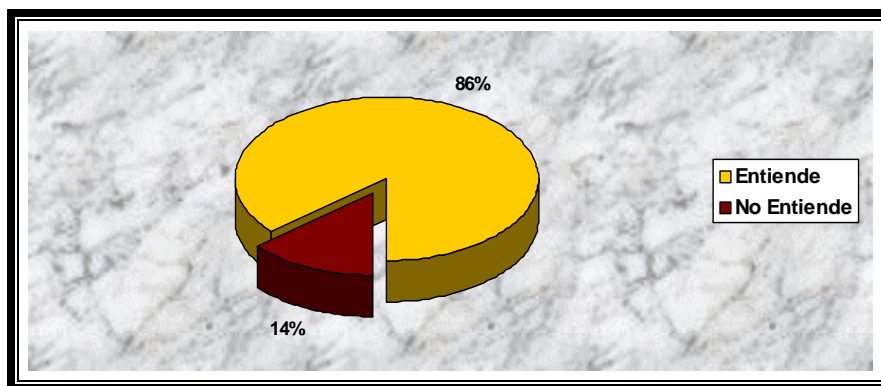


Fuente : Ídem

Al analizar el grado de satisfacción con el horario de citación a control en el subgrupo dueñas de casa , la mayor parte de ellas manifiesta que se encuentra de acuerdo con el horario de citación , pero además , existe un número importante de ellas (12 personas) que se manifiestan en desacuerdo con estos debido a que muchas veces interfieren con las labores propias del hogar , el cuidado de los hijos y la preparación de los alimentos para el resto del grupo familiar .-

GRAFICO N° 21

Distribución porcentual de pacientes que presentan mal control en el PSCV según su grado de comprensión de las indicaciones recibidas en el control .-



Fuente : Ídem

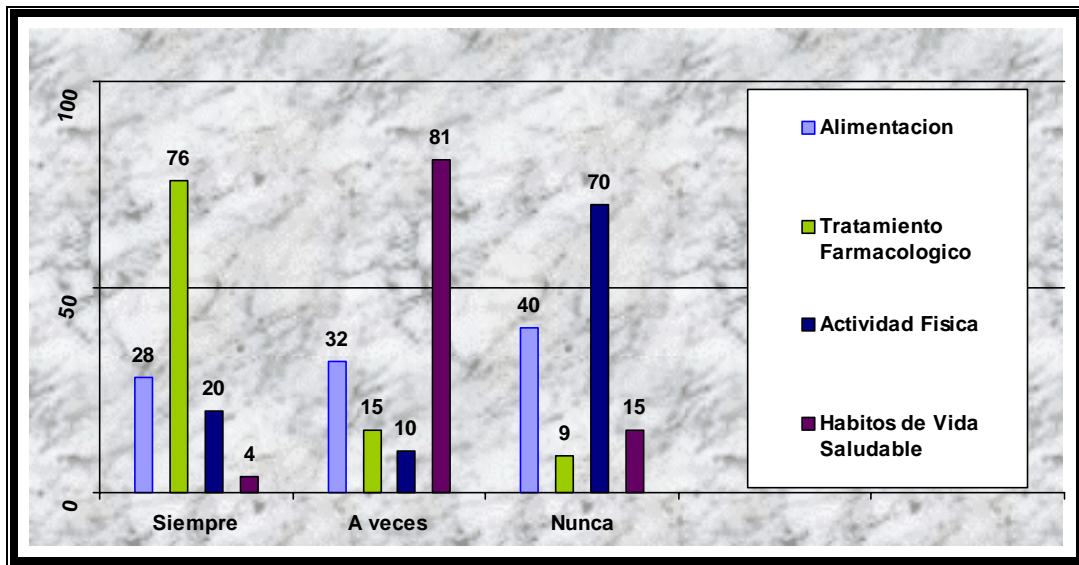
La mayor parte de los encuestados manifiesta que comprende las indicaciones dadas durante su control por el médico o la enfermera, sólo 18 personas manifiestan que comprenden parcialmente o no lo hacen al recibir dichas indicaciones.

Al indagar sobre las causas por las cuales los pacientes refieren no comprender las indicaciones dadas la mayor parte de estas apreciaciones giran en torno a :

- Presencia de lenguaje técnico durante la explicación que desorienta en la comprensión de los significados.
- Gran cantidad de información en un solo control que dificulta la aprehensión de esta por parte del usuario
- Poca empatía comunicacional lo que desmotiva la realización de consultas por parte del usuario
- Material de apoyo educativo insuficiente o poco motivador a la lectura.

GRAFICO N° 22

Distribución porcentual de pacientes que presentan mal control en el PSCV según su grado de cumplimiento de las indicaciones recibidas en el control .-



Fuente : Ídem

Al analizar el grado de cumplimiento de las indicaciones por parte de los usuarios se denota que la mayor parte de ellos cumple con las indicaciones de tipo farmacológico, no existiendo mayor variabilidad en el grado de cumplimiento de las indicaciones alimentarias pese a que sólo son cumplidas por el 28% de los encuestados y en forma parcial por el 32% de ellos , el 40% restante declara no cumplir con estas indicaciones .

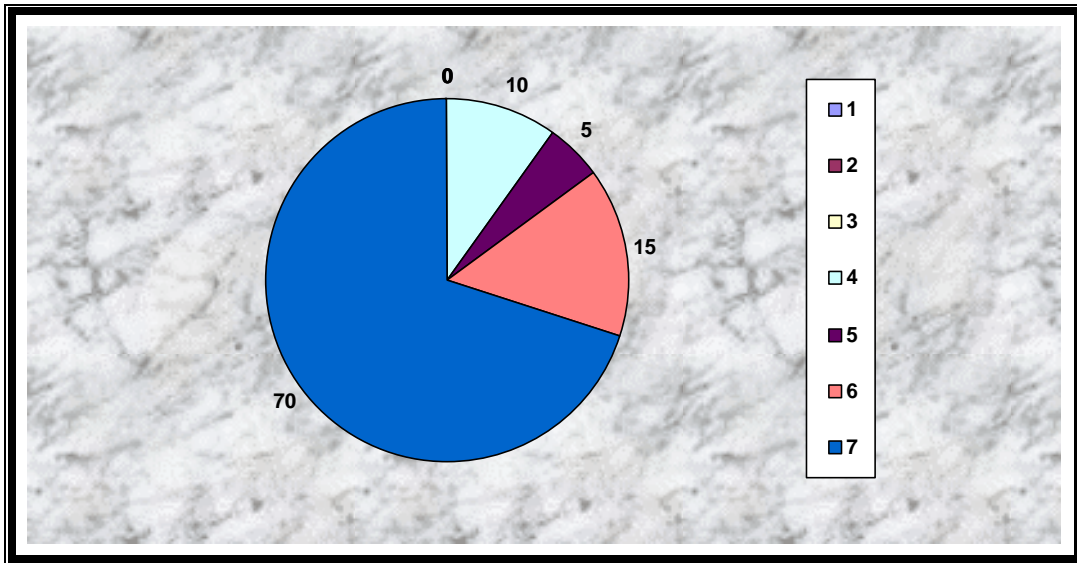
En el aspecto relativo al cumplimiento de las indicaciones de aumentar su actividad física el 70% de ellos manifiesta no cumplirlas y sólo el 20% de ellos las realiza, al analizar la practica de hábitos de vida saludable la mayor parte de ellos manifiesta cumplirlas “ a veces “ aunque se nota en las entrevistas que no poseen mayor conocimiento acerca de que aspectos son considerados como hábitos saludables.-

Al ser interrogados acerca del porque no cumplen las indicaciones que reciben en el Cesfam las excusas mas reiteradas son:

- Flojera
- Imposibilidad de realizar régimen alimenticio por condiciones en que adquieren el alimento (trabajadores dependientes que comen fuera del hogar, poca participación o apoyo familiar para llevar a cabo la “Dieta” , falta de recursos económicos ,etc)
- Poca costumbre de realizar ejercicio
- Imposibilidad de salir a realizar ejercicio por responsabilidades dentro del hogar (mayor parte de estos casos se presentan en Dueñas de casa)
- Costumbres sociales arraigadas (Comida asociada a festejos, Tipos de alimentación que se consumen dentro del hogar históricamente)
- Polifarmacia (“ muchas pastillas”)

GRAFICO N° 23

Distribución porcentual de pacientes que presentan mal control en el PSCV según Calificación que le asigna a la atención recibida en el Cesfam.-



Fuente : Ídem

Al analizar la calificación que asignaría respecto a la calidad de la atención recibida por el equipo del Cesfam existe una clara tendencia hacia la satisfacción usuaria, el promedio obtenido por este centro de salud es de 6.4.-

DISCUSIÓN.-

La población de pacientes con mal control de salud del Programa Cardiovascular son en su mayoría mujeres , situación paradójica toda vez que la mortalidad por causa cardiovascular es mayor en personas de sexo masculino y el hecho de serlo es considerado como factor de riesgo para la adquisición de patologías de este tipo .

Otro comentario que surge de la situación de este tipo de paciente es el hecho de que no existe mayor variabilidad en cuanto a la distribución por grupo etareo, hecho también paradójico puesto que las estadísticas nacionales para este tipo de paciente indican que se concentran mayoritariamente en los adultos mayores, especialmente de sexo masculino.

Sociodemográficamente los pacientes con mal control de salud del PSCV presentan relaciones de pareja estables siendo en gran parte casados /as o convivientes, presentan un bajo índice de escolaridad que se concentra principalmente en el nivel básico incompleto y nivel básico completo, presentándose casos aislados con algún tipo de educación superior, esto puede relacionarse con la poca capacidad de retención y/o comprensión de las indicaciones recibidas por el equipo de salud, que lleva a la negación a realizar cambios de conductas perjudiciales para la salud, lo que se traduce en incumplimiento de las indicaciones de alimentación y de incremento de la actividad física, favoreciendo la aparición de factores de riesgo agregados como la obesidad, por otro lado se constata la creencia errónea que el sólo tratamiento farmacológico es suficiente para el control de sus patologías.-

En términos de actividad productiva, estos pacientes se distribuyen principalmente entre los que realizan trabajo remunerado y labores propias del hogar, esto se relaciona directamente con la inasistencia a controles de salud puesto que el horario designado para su atención no contempla las responsabilidades inherentes a las actividades que estos pacientes realizan, los trabajadores dependientes en su mayoría no pueden salir de sus lugares de trabajo para asistir a control y las mujeres dueñas de casa privilegian su permanencia en el hogar antes de asistir a controles de salud pues son ellas las encargadas de la preparación del alimento de las personas que trabajan para generar los ingresos familiares.

El alto índice de mal control de salud de las mujeres repercute además en otros aspectos de la vida personal de estas pacientes, existe aquí un número importante de dueñas de casa con diagnóstico de depresión que también en la mayoría de los casos se mantiene sin control.-

Otro factor importante de mencionar es la red social, especialmente la red familiar, la mayor parte de estos pacientes pertenece a familias de tipo nuclear y extendida, lo que debería ser un factor protector para la aceptación de la patología y la mantención de un estado de salud óptimo, toda vez que entrega lazos de confianza y apoyo mediato para la realización de actividades de promoción y prevención de las complicaciones de las patologías cardiovasculares.

En términos del apoyo social que presentan estos pacientes existen diferencias de género en cuanto a los niveles de estos, esto debe significar la orientación diferenciada de actividades de apoyo social para ambos géneros, estableciendo no sólo las necesidades globales de la población en cuestión, sino también las necesidades individuales de estos para así otorgar elementos de protección no sólo para la aparición o descompensación de las patologías cardiovasculares, sino también de otras como la depresión.

La percepción de la calidad de atención que perciben estos pacientes no se aleja de la percepción global de satisfacción usuaria de la población en general de este Cesfam, es más, los niveles de satisfacción se encuentran por encima de la media poblacional total ,importante si es acoger los aspectos que son reconocidos como negativos por estos usuarios como el hecho de los horarios de citación , los cuales como ya se explicó muchas veces no pueden ser cumplidos por estos usuarios .

La existencia de pacientes que refieran no comprender las indicaciones dadas, debe orientar al equipo de salud a la revisión conjunta e integral de las técnicas educativas e informacionales que realiza, la retroalimentación de este sistema no solo mejora la calidad de atención al usuario, sino que incide directamente en la adhesión al tratamiento y por consiguiente en actividades de prevención y promoción oportunas, eficaces y con una accesibilidad mejorada.

Las características de este grupo en particular deberán ser orientadoras para la planificación de nuevas actividades de atención centradas mas en la forma que en el fondo haciendo énfasis en las necesidades globales y particulares para asegurar una atención oportuna y eficaz y con actividades tendientes a mejorar la accesibilidad de estos pacientes a su control.-

CONCLUSIONES.

El grupo estudiado está compuesto mayoritariamente por población femenina en un 66% predominando en todos los grupos etareo no existiendo mayor variabilidad entre estos, principalmente son dueñas de casas, existiendo además un grupo importante de personas que desarrollan actividades de tipo remunerada de ambos sexos con un 34 %.

Mas de la mitad de esta población presentan una relación de pareja estable siendo casados o convivientes con familias de tipo nuclear y extendido cumpliendo el rol de miembro dependiente, existe además un grupo de personas que refieren vivir solas en un 7%.

Existe una importante proporción de personas con baja escolaridad, un 42% de ellos posee educación básica incompleta y un 38% presenta sólo educación básica completa, existen pocas usuarios con educación superior de algún tipo con un 1%.

Un 44% de los pacientes encuestados refieren ser dueñas de casa, de estas, más de la mitad se encuentra con diagnostico de depresión con y sin tratamiento actual.

En cuanto a la categoría de Riesgo cardiovascular un 48% se encuentra en la categoría de riesgo máximo con relación a su Multipatología cardiovascular, la presencia de patologías agregadas o multiplicidad de factores de riesgo.

En su mayoría presentan Hipertensión Arterial (31.6%), seguidos de los casos con concurrencia de Hipertensión y Diabetes mellitus tipo I (16,5%) y los que presentan ambas patologías mas Dislipidemias en diferentes grados con el mismo porcentaje anterior.

Al ser encuestados refieren en su mayoría (70%) que sólo reciben tratamiento farmacológico para su condición no considerando la dieta y la actividad física como parte del tratamiento, quines lo consideran así sólo llegan al 5%.

Mayoritariamente presentan la condición de obesidad (52.2%), con un alto índice de sedentarismo (70%) y habito tabáquico en un 40%.

Muchos de ellos presentan además otras patologías agregadas (35%), siendo las mas importantes la depresión con un 54% de estas y las patologías crónicas de tipo respiratorio con un 36% , existe aquí una diferencia de genero , mientras la depresión es mayor en el sexo femenino , las patologías respiratorias son mayores en el sexo masculino .

Un 40 % de los encuestados se encuentra en un nivel máximo de apoyo afectivo, este centrado principalmente en el grupo familiar de origen, además, mayoritariamente presentan un nivel máximo de apoyo instrumental demostrando que estos pacientes cuentan así con alguien con quien conversar o que los asista cuando se encuentran enfermos con excepción de la ayuda en las actividades domesticas.

En el aspecto de Interacción social positiva, la mayor parte de la muestra se encuentra distribuida en los niveles medio y mínimo asociado al alto índice de sedentarismo presente.-

Existen diferencias de genero en cuanto al apoyo social de estos pacientes, en el segmento correspondiente al sexo femenino de la muestra (52 casos) se mantiene la tendencia hacia el nivel medio de apoyo social en todas sus variables, pero pese a esto alrededor del 23% de las encuestadas manifiestan encontrarse en el nivel mínimo de apoyo en el ámbito emocional, instrumental y afectivo

En el segmento correspondiente al sexo Masculino de la muestra (27 casos) la situación de tendencia hacia el nivel medio de apoyo social cambia, en cuanto a apoyo emocional el grueso de la muestra se distribuye en el nivel medio(44.4%) seguido en cantidad por los casos que se distribuyen en el nivel mínimo de apoyo (33.3%), lo mismo sucede con los niveles de apoyo instrumental y afectivo, no así con el nivel de interacción social positiva cuya distribución mayoritariamente se aloja en el rango de nivel medio y mínimo ambos con un 40.7%.

Existe un grupo de usuarios que no entiende las indicaciones dadas por el medico o la enfermera (14%), estos aducen como causas, fallas del proceso comunicacional – informacional por parte del equipo relativos principalmente a la forma más que al fondo de este.

En cuanto al tiempo destinado a la atención que reciben en el Cesfam estos pacientes en su mayoría están de acuerdo en la cantidad de tiempo destinado para este fin con un 85%, no así con el horario dispuesto para su atención, un 35% manifiesta su desacuerdo con estos horarios. Quienes se oponen en forma mayoritaria son los trabajadores dependientes con un 55% y las dueñas de casa con un 34% de desaprobación.-

BIBLIOGRAFÍA.-

- 1) Arcil y otros ,2004. MINSAL, Programa de salud cardiovascular en atención primaria año 2004
http://www.araucaniasur.cl/portal/usuario_externo/dap_dpp/programadescvenatencionprimaria2004.doc

- 2) Ayarza,2004. Hospital Padre Hurtado. Importancia de los modelos de gestión en los proyectos de inversión
<http://www.prematuros.cl/webjunio/gestion/modelogestion/modelogestionndrayarza.htm>

- 3) Baechler R,y otros, Prevalencia de diabetes mellitus en la VII Región de Chile
Rev Méd Chile 2002; vol 130: 1257-1264
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002001100008&script=sci_arttext&tlng=es

- 4) Berrios X., Jadue, L., Zenteno J. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas. Estudio en la población general de la Región Metropolitana. Rev Med Chile 1990; vol.118 pags:597-604.

- 5) Caro,G. 1999. Dinámicas familiares asociadas al control y evolución de la hipertensión arterial en el programa de crónicos del centro de salud Angelmó.

- 6) Eduardo Fasce Henry. Hipertensión Arterial. Vicerrectoría Académica, Dirección de Docencia Universidad de Concepción 1995. Págs.135-137

- 7) ISP , 1999. Metodología de la Investigación, Universidad Austral de Chile,

- 8) Jadue L , Berrios, C. Las enfermedades crónicas del adulto. Prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en población general de Santiago, Chile. Publicación Técnica, Dpto. Programa de las Personas, Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Junio 1994. Págs. 106-110

- 9) Jorquera P. Emma, 2004. Evaluación del riesgo cardiovascular
http://www.saludactual.cl/otros/riesgo_cardiovascular.php

- 10) Margozzini, p. 1999. Apoyo social y salud. Rev. Chilena de medicina familiar. Vol.1 . Santiago de Chile. Págs.46 – 49.

11) Ministerio de Salud, 2000. situación de salud Chile año 2000

<http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/sdsalud1.htm>

12)Ministerio de salud,2004 . Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

http://deis.minsal.cl/ev/mortalidad_causas/circulatorio/consulta_servicio.asp

13) Ministerio de Salud,2004. Programa de salud cardiovascular en atención primaria año 2004, División de gestión red asistencial, Departamento de Salud del Adulto Mayor

http://www.araucaniasur.cl/portal/usuario_externo/dap_dpp/programadescvenatencionprimaria2004.doc.

14)Ministerio de Planificación, 1996. Resultados Encuesta CASEN

<http://www.mideplan.cl/casen2/>

15)MINSAL,2004. Reorientación del programa de Hipertensión y Diabetes. División de gestión red asistencial, Departamento de Salud del Adulto

16)Minsal, 2004. “ Manual para la conformación de oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS)”

<http://www.hsalvador.cl/atencionusuario.htm>

17)OPS, 2004 .Programa especial de análisis de salud 2002

<http://165.158.1.110/spanish/sha/>

18) Rozowsky Jaime. Prevalencia de la obesidad en Chile. Boletín Escuela de Medicina , pontificia Universidad Católica de Chile. Vol.26 N°1,1997

<http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/obesidad/PrevalenciaObesidad.html>

ANEXOS

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TESIS: Factores biosicosociales que inciden en el mal control de salud de los pacientes del Programa de salud Cardiovascular del Cesfam “Los Carrera” de Osorno”

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que trata sobre los factores que inciden en el mal control de la salud cardiovascular por el tesista Roberto Momberg Vidal perteneciente a la Universidad Austral de Chile.

- Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas y que estas han sido aclaradas.
- Al participar estoy consciente de que mi participación no implica ningún riesgo para mi persona, ni para mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.
- Estoy en conocimiento de que puedo retirarme de el estudio en cualquier momento.

La información obtenida será utilizada sólo para fines de estudio. Mis respuestas serán manejados con estricta confidencialidad y los resultados podrán ser publicados siempre y cuando se respete mi anonimato.

YO _____, doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

FIRMA PARTICIPANTE

FIRMA TESISTA

FECHA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

I.- Aspectos Sociodemograficos.

Caso Numero:

1.- Edad:

2.-Sabe Ud.leer y escribir Si
No

3.-Sexo Si es mujer: Es post menopausica Si
No Recibe THR Si
No

4.- Estado : soltero/a
Civil casado/a
viudo/a
separado/a
conviviente

5.-Escolaridad : Ninguna
Basica Incompleta
Basica Completa
Media Incompleta
Media Completa
Universitaria Incom.
Universitaria Comp.

6.- ¿cuál es actualmente su ocupación? (incluir trabajo no remunerado)

7.-¿Usted Vive con?

II.- Aspectos biologicos

8.- ¿qué enfermedades presenta Usted?
Hipertensión:
Diabetes : tipo:
Dislipidemia:
Otras: _____

9.- Clasificación Riesgo Cardiovascular: Bajo:
Moderado:
Alto:
Maximo:

10.- ¿qué tratamiento recibe Usted para su/s patología?
Fcologico
Dieta:
otro:

11.- Estado Nutricional Enflaquecido:
Normal :
Sobrepeso :
Obeso :

12.- ¿Presenta Usted alguno de estos Habitos?

Fuma : Si
No Bebe Alcohol Si
No

Actividad Físic Si
Física No Cantidad: Cigarrillos/dia
Litros alcohol semana
Act. Física

Las Sigüientes preguntas se refieren al apoyo que usted recibe:

1.- Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud?

Nº de amigos íntimos: _____ Nº de familiares cercanos: _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?. Elija según los siguientes criterios:

A: Nunca **B:** Pocas veces **C:** Algunas veces **D:** La mayoría de las veces **E:** Siempre

	A	B	C	D	E
2.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3.- Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
4.- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
6.- Alguien que le muestre amor y afecto					
7.- Alguien con quien pasar un buen rato					
8.- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
9.- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10.- Alguien que le abrace					
11.- Alguien con quien pueda relajarse					
12.- Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13.- Alguien cuyo consejo realmente desee					
14.- Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15.- Alguien que le ayude en sus tareas domésticas					
16.- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17.- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18.- Alguien con quien divertirse					
19.- Alguien que comprenda sus problemas .					
20.- Alguien a quien amar y sentirse querido					

Fuente: Sherbourne y Stewart (1991)

Instrumento MOS de medición del apoyo social para la atención Primaria de Salud.-

III) Las siguientes preguntas tienen relación con su percepción acerca de la calidad de atención que usted recibe en su CESFAM cuando asiste a su control de paciente crónico.-

13.- ¿Cómo clasificaría usted la cantidad de tiempo que se le destina para su control en el Consultorio ?

Poco tiempo _____
Adecuado _____
Demasiado _____

14.- ¿Esta usted de acuerdo con los horarios en que se le cita?

De acuerdo _____
Indiferente _____
En desacuerdo _____

En caso de estar en desacuerdo.

¿cuál sería para usted el mejor horario para que lo atiendan?

15.- Cuando asiste a su control ¿Entiende las indicaciones que se le dan por el médico o la enfermera/o?

SI _____ NO _____

16.- ¿Usted cumple en su hogar con las indicaciones que se le dan en el Consultorio?

Alimentación

Siempre _____
A veces _____
nunca _____

Tratamiento farmacológico

Siempre _____
A veces _____
nunca _____

Actividad Física

Siempre _____
A veces _____
nunca _____

Hábitos de vida saludable

Siempre _____
A veces _____
nunca _____

En caso de que no cumpla las indicaciones ¿cuál cree usted que es el motivo?

17.- ¿Si usted tuviera que colocarle una nota de 1 a 7 a la forma en que se le atiende en el Consultorio, que nota colocaría?

NOTA: _____