



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO



---

---

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

T E S I S

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES  
FUMADORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
NUMERO 28 GABRIEL MANCERA”**

**P A R A O B T E N E R E L G R A D O D E E S P E C I A L I S T A D E:**

**M E D I C I N A F A M I L I A R**

**P R E S E N T A**

**DR. JOSE ANTONIO REYES FRAGOSO**

**DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ.  
ASESOR CLINICO**

**DRA. DULCE MARIA RODRIGUEZ VIVAS  
ASESOR EXPERIMENTAL**

**MÉXICO, D. F. 2009.**

**No DE REGISTRO: R-2009-3609-14**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS, EL PODER SUPERIOR QUE NUNCA ME ABONDA Y QUE ME DIO LA FE PARA SUPERARME.

A MI MADRE JOSEFINA FRAGOSO, LA MAXIMA PERSONA RESPONSABLE DE MI FORMACION EDUCATIVA, TODO SE LO DEDICO A ELLA.

A MIS HERMANOS, POR EL ESTIMULO QUE ME BRINDARON A LO LARGO DE MICARRERA.

A MIS TIAS, EN ESPECIAL A MI TIA JUANITA FRAGOSO POR SU INVALUABLE APOYO Y COMPRENSION A LO LARGO DE MI TRAYECTORIA.

A MIS ASESORES DRA. SILVIA LANDGRAVE I. DRA DULCE MARIA RODRIGUEZ V. POR SU INTERES, CONFIANZA Y TIEMPO COMPARTIDO.

TODOS AQUELLOS PROFESORES Y AMIGOS QUE DE ALGUNA FORMA HICIERON POSIBLE LA CULMINACION DE ESTE TRABAJO.

A TODOS

GRACIAS.

| <b>INDICE</b> | <b>Pág.</b>  |           |
|---------------|--|-----------|
| <b>1</b>      | <b>MARCO TEORICO</b>   | <b>1</b>  |
| <b>1.1</b>    | <b>DEFINICION TABAQUISMO</b>   | <b>1</b>  |
| <b>1.1.1</b>  | <b>ANTECEDENTES</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1.1.2</b>  | <b>EPIDEMIOLOGIA</b>   | <b>1</b>  |
| <b>1.1.3</b>  | <b>FISIOPATOLOGIA Y COMPLICACIONES</b>                                     | <b>1</b>  |
| <b>1.1.4</b>  | <b>CLASIFICACION</b>   | <b>3</b>  |
| <b>1.1.5</b>  | <b>TRATAMIENTO</b>   | <b>3</b>  |
| <b>1.1.6</b>  | <b>TRATAMIENTO FARMACOLOGICO</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1.2</b>    | <b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD</b>                            | <b>5</b>  |
| <b>1.2.1</b>  | <b>CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA<br/>CON LA SALUD</b>            | <b>5</b>  |
| <b>1.2.2</b>  | <b>INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA</b>                                     | <b>5</b>  |
| <b>1.2.3</b>  | <b>INSTRUMENTO SF-36</b>   | <b>5</b>  |
| <b>1.3</b>    | <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>  | <b>8</b>  |
| <b>1.4</b>    | <b>JUSTIFICACION</b>   | <b>9</b>  |
| <b>1.5</b>    | <b>OBJETIVOS</b>   | <b>10</b> |
| <b>1.5.1</b>  | <b>OBJETIVO GENERAL</b>  | <b>10</b> |
| <b>1.5.2</b>  | <b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>   | <b>10</b> |
| <b>1.6</b>    | <b>HIPOTESIS</b>   | <b>11</b> |
| <b>1.6.1</b>  | <b>HIPOTESIS VERDADERA</b>   | <b>11</b> |
| <b>1.6.2</b>  | <b>HIPOTESIS NULA</b>  | <b>11</b> |
| <b>2</b>      | <b>MATERIALES Y METODOS</b>  | <b>12</b> |
| <b>2.1</b>    | <b>TIPO DE INVESTIGACION</b>   | <b>12</b> |
| <b>2.2</b>    | <b>DISEÑO DE LA INVESTIGACION</b>  | <b>13</b> |
| <b>2.3</b>    | <b>POBLACION O UNIVERSO, UBICACIÓN TEMPORAL</b>                            | <b>14</b> |
| <b>2.4</b>    | <b>MUESTRA</b>   | <b>15</b> |
| <b>2.4.1</b>  | <b>DEFINICION DE CONCEPTOS DE TAMAÑO DE LA<br/>MUESTRA</b>                 | <b>15</b> |
| <b>2.5</b>    | <b>CRITERIOS</b>   | <b>16</b> |
| <b>2.5.1</b>  | <b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>  | <b>16</b> |
| <b>2.5.2</b>  | <b>CRITERIOS DE EXCLUSION</b>  | <b>16</b> |
| <b>2.5.3</b>  | <b>CRITERIOS DE ELIMINACION</b>  | <b>16</b> |
| <b>2.6</b>    | <b>VARIABLES</b>   | <b>17</b> |
| <b>2.6.1</b>  | <b>FICHA DE IDENTIFICACION</b>   | <b>17</b> |
| <b>2.6.2</b>  | <b>VARIABLES DE LA ENFERMEDAD</b>  | <b>17</b> |
| <b>2.6.3</b>  | <b>VARIABLES DEL TEST</b>  | <b>17</b> |
| <b>2.6.4</b>  | <b>DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES DE LA<br/>ENFERMEDAD</b>         | <b>18</b> |
| <b>2.6.5</b>  | <b>DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES DEL<br/>TEST SF-36</b>           | <b>19</b> |
| <b>2.6.6</b>  | <b>DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES FICHA<br/>DE IDENTIFICACION</b>  | <b>20</b> |
| <b>2.6.7</b>  | <b>DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE<br/>LA ENFERMEDAD</b>        | <b>21</b> |
| <b>2.6.8</b>  | <b>DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEL<br/>TEST SF-36</b>          | <b>22</b> |
| <b>2.6.9</b>  | <b>DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES<br/>FICHA DE IDENTIFICACION</b> | <b>23</b> |

|               |   |           |
|---------------|---|-----------|
| <b>2.7</b>    | <b>DISEÑO ESTADISTICO</b>   | <b>24</b> |
| <b>2.8</b>    | <b>INSTRUMENTO DE RECOLECCION</b>   | <b>25</b> |
| <b>2.9</b>    | <b>METODO DE RECOLECCION</b>  | <b>26</b> |
| <b>2.10</b>   | <b>MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS</b>                               | <b>27</b> |
| <b>2.10.1</b> | <b>SESGOS DE INFORMACION</b>  | <b>27</b> |
| <b>2.10.2</b> | <b>SESGOS DE SELECCIÓN</b>  | <b>27</b> |
| <b>2.10.3</b> | <b>SESGOS DE MEDICION</b>   | <b>27</b> |
| <b>2.10.4</b> | <b>SESGOS DE ANALISIS</b>   | <b>27</b> |
| <b>2.11</b>   | <b>PRUEBA PILOTO</b>  | <b>28</b> |
| <b>2.12</b>   | <b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>  | <b>29</b> |
| <b>2.13</b>   | <b>RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y<br/>FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO</b> | <b>31</b> |
| <b>2.14</b>   | <b>CONSIDERACIONES ETICAS</b>   | <b>32</b> |
| <b>3</b>      | <b>RESULTADOS</b>   | <b>33</b> |
| <b>4</b>      | <b>DISCUSION</b>  | <b>49</b> |
| <b>5</b>      | <b>CONCLUSIONES</b>   | <b>52</b> |
| <b>6</b>      | <b>BIBLIOGRAFIA</b>   | <b>53</b> |
| <b>7</b>      | <b>ANEXOS</b>   | <b>56</b> |

# **1 MARCO TEORICO**

## **1.1 DEFINICION TABAQUISMO**

Es el hábito de consumir un cigarrillo o la cantidad necesaria, para mantener los niveles de nicotina en sangre. En la actualidad el tabaquismo es considerado una adicción, sustancia que crea una dependencia y abstinencia a la nicotina<sup>1</sup>.

### **1.1.1 ANTECEDENTES**

La historia natural del tabaquismo se inicia con fumar el primer cigarrillo, luego se hace costumbre y ahí se inicia el proceso de adicción. La intoxicación suele ser tolerada por largo tiempo, pero cuando se desea resolver la adicción es frecuente que el daño ya haya avanzado irreversiblemente. Es la consecuencia natural del componente social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) acepta que tabaquismo es una enfermedad y define a la salud como: estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad<sup>1</sup>.

### **1.1.2 EPIDEMIOLOGIA**

En México la proporción de fumadores que empezaron el consumo de tabaco antes de los 18 años muestra una tendencia ascendente, de acuerdo a los datos de las diferentes encuestas (52.2% en 1988, 56.8% en 1993 y 61.4% en 1998). A sí mismo, la prevalencia de esta adicción entre menores de 17 se incrementó de 7.7% en 1988 a 11.6% en 1998<sup>2</sup>.

La prevalencia del consumo de tabaco en México actualmente es de 27.7% en la población en general<sup>3</sup>.

A pesar de que en la actualidad se conocen los daños causados por el fumar, el tabaquismo continuo en ascenso, especialmente en los países en desarrollo; Por las proporciones alcanzadas se le considera una epidemia universal. Globalmente, hay casi 1100 millones de fumadores de los cuales 300 son de países desarrollados (relación de dos hombres por cada mujer) en comparación con los 800 en países en desarrollo (siete hombres por cada mujer)<sup>4</sup>.

### **1.1.3 FISIOPATOLOGIA Y COMPLICACIONES**

El monóxido de carbono, que disminuye la capacidad de la sangre para transportar el oxígeno, siendo el causante de más del 15% de las enfermedades cardiovasculares. Y la nicotina, causante de la dependencia física, múltiples trastornos cardiovasculares como hipertensión, aneurismas y problemas circulatorios fundamentalmente arteriosclerosis y enfermedad vascular periférica, enfermedades del corazón como la insuficiencia coronaria y

el infarto agudo del miocardio, patologías respiratorias como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar y de enfermedades cerebro vasculares<sup>5</sup>.

La nicotina es el componente más característico del tabaco, es un alcaloide muy tóxico, estimulante y depresor ganglionar. Sus dos metabolitos principales son la cotinina y el tiocianato. Muchos de sus efectos están mediados por la liberación de catecolaminas. Desempeña un papel importante, aunque no exclusivo, para conservar el hábito del tabaco<sup>6</sup>.

Entre sus efectos se pueden citar: aumento de la presión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardíaca, fuerza de contracción miocárdica, consumo de oxígeno por el miocardio, circulación coronaria, excitabilidad miocárdica y vasoconstricción periférica; también aumenta la concentración sérica de glucosa, cortisol, ácidos grasos libres, la agregación plaquetaria y la liberación de ADH (Hormona antidiurética)<sup>7</sup>.

El monóxido de carbono es un gas tóxico que interfiere con el transporte y la utilización del oxígeno; como el humo del cigarrillo contiene 2 a 6% de monóxido de carbono, los fumadores inhalan concentraciones tan altas como 400 partes por millón (ppm) y desarrollan concentraciones elevadas de carboxihemoglobina (COHb). Los ligeros aumentos crónicos de COHb son causa de policitemia leve y pueden producir trastornos en la función del sistema nervioso central<sup>8</sup>.

En general el humo del tabaco contiene más de 4000 compuestos químicos, que en gran parte son: Perjudiciales para la salud, de ellas 60 causan cáncer. Destacándose por sus efectos nocivos: Los alquitranes (benzopirenos y nitrosaminas) responsables del 30% de todos los tipos de cáncer (boca, faringe, laringe, esófago, estómago, vesícula, páncreas, vejiga, riñón y cérvico/uterino) y del 90% del cáncer de pulmón; además actúan como anuladores del sistema inmunológico<sup>9</sup>.

Los cánceres asociados al hábito de fumar tabaco que se presentan tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, dependen de la exposición prolongada a los carcinógenos que se encuentran en el humo del tabaco. Con respecto a la dosis, los índices que se utilizan son varios, entre ellos se encuentran el número de cigarrillos fumados, la cantidad de carcinógeno liberado por cigarrillo, duración del hábito y prácticas de inhalación<sup>10</sup>.

El peligro de contraer un tumor maligno está en relación directa con una serie de factores que varía en cada fumador, éstos son:

- Número de años fumando
- Números de cigarrillos fumados por día
- Longitud de cada cigarrillo fumado
- Profundidad de cada aspiración
- Contenido en alquitranes de cada cigarrillo

Todo incremento en la exposición a los carcinógenos, y mutágenos que contiene el humo del cigarrillo incrementan los riesgos de enfermar<sup>11</sup>.

Para medir la intensidad del tabaquismo nos basamos en la clasificación del grado de severidad según el número de paquetes consumidos al año, calculándolo como se describe en la introducción: se multiplica el número de cigarrillos consumidos al día por el fumador, por el número de años que lleva consumiendo esa cantidad de tabaco, y su resultado se divide por veinte. Los fumadores con un índice menor de seis paquetes anuales se consideran con un grado leve de tabaquismo, entre seis y quince moderada y más de quince severo<sup>12</sup>.

Fórmula para medir Índice de tabaquismo.

(Paquetes/años)

Cantidad de cigarrillos fumados por día

X la cantidad de años fumado/20<sup>13</sup>.

#### **1.1.4 CLASIFICACION**

En el caso de del tabaco, la OMS recomienda dividir a los fumadores a los fumadores experimentales de los fumadores, utilizando el indicador de haber fumado en total al menos 100 cigarrillos en su vida. Propone además las siguientes categorías: no fumadores, ex fumadores y fumadores actuales. De acuerdo con las siguientes definiciones<sup>14</sup>.

No fumadores: personas que nunca han fumado.

Ex fumadores:

- Ocasionales: Personas que fumaron en el pasado mas de 100 cigarrillos, pero que nunca fumaron diario.
- Diarios: Quienes fumaron en el pasado más de 100 cigarrillos en su vida y fumaron diario.

Fumadores Ocasionales:

- Fumadores en reducción: Aquellos que llegaron a fumar diario pero no lo hacen ya.
- Experimentadores: Personas que han fumado menos de 100 cigarrillos en su vida y que actualmente fuman ocasionalmente.
- Fumadores continuos: Quienes nunca han fumado diario, que han fumado al menos 100 cigarros en su vida y actualmente fuman ocasionalmente.

Fumador diario: Personas que fuman todos los días<sup>15</sup>.

#### **1.1.5 TRATAMIENTO**

El 90% de las personas que deciden dejar de fumar lo hace por su cuenta. Solamente aquellos que lo intentan y recaen, después de varios intentos, decide buscar ayuda. Un porcentaje importante de ellos busca el consejo médico. Diversos estudios indican que si los médicos y otros profesionales de la salud ayudaran a sus pacientes a dejar de fumar, su influencia sería decisiva para reducir el tabaquismo en una comunidad<sup>16</sup>.

Los profesionales de la salud, principalmente los del primer nivel de atención, deben ser los responsables de las acciones contra el tabaquismo al alertar a la población sobre los daños a la salud asociados al consumo del tabaco para que no comience a fumar. Aproximadamente el 70% de la población acude a una consulta médica cuando menos una vez al año y durante estas visitas el médico tiene la oportunidad de aconsejar a sus pacientes para que dejen de fumar<sup>17</sup>.

No solo el método de conocimiento para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad atribuida al tabaquismo es completamente aceptable. Sin embargo debido a que varios fumadores no están dispuestos o son incapaces de parar el tabaquismo y reducir el daño, necesitan estrategias que deben ser desarrolladas y evaluadas con el tabaquismo<sup>18</sup>.

Con la posible excepción de la nicotina medica ya que es un método para poder reducir el daño. También se ha demostrado que una de las estrategias de la reducción del daño por el tabaquismo es la actividad física ya que tiene el potencial de estrategia de la reducción de daño<sup>19</sup>.

Existe evidencia de que la actividad física contribuye ala disminución de los niveles de nicotina y reduce la probabilidad del consumo del tabaco, una ventaja de la estrategia de la reducción de daño, es que la actividad física, podría intervenir directamente acerca de los cambios en fumadores para ser independiente de tabaco y nicotina<sup>20</sup>.

## **1.1.6 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

### **Sustitutivos de nicotina (TSN)**

Se le prescribe nicotina a un fumador por una vía distinta al consumo de cigarrillo con el fin de aliviar el síndrome de abstinencia. Existen diversas presentaciones, de venta libre en farmacias: parches, chicles, comprimidos sublinguales y spray nasal. No disponemos todavía del inhalador bucal<sup>21</sup>.

### **Bupropion**

Es la primera medicación no nicotínica aprobada por la FDA como tratamiento del tabaquismo. Es un antidepresivo que usado como medicación para dejar de fumar triplica las probabilidades de éxito respecto al placebo. Puede usarse en fumadores con baja, moderada o alta dependencia, no precisando ajuste de dosis. Se presenta en comprimidos de 150 mgrs<sup>22</sup>.

La organización de los servicios de salud en el primer nivel de atención, permite la aplicación de estrategias para la prevención primaria del tabaquismo y la promoción de la salud. Para ello, establece contacto directo con la comunidad y con los grupos de alto riesgo en particular. La población en general se encuentra expuesta a diversos factores de riesgo para iniciarse en el consumo del tabaco, por lo que es indispensable promover desde el primer nivel de atención, medidas preventivas<sup>23</sup>.

## **1.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)**

### **1.2.1 COCEPTO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONDADA CON LA SALUD**

El concepto de calidad de vida ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas de un mayor número de personas con algún grado de discapacidad, y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del mismo tratamiento, en conclusión la calidad de vida relacionada con la salud es el equilibrio biopsicosocial de la salud<sup>24</sup>.

Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones blandas con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. El mejor conocimiento de las evaluaciones para medir calidad de vida permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral de individuos, en la conducción de ensayos clínicos y en la investigación de servicios de salud<sup>25</sup>.

### **1.2.2 INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA**

La mayoría de instrumentos de medida de la CVRS están contruidos siguiendo un modelo psicométrico que se basa en la capacidad del individuo para discernir entre estímulos de diferente intensidad. En muchos instrumentos cada aspecto de la CVRS está representado por una dimensión, definida a partir de una serie de preguntas (o ítems) que miden dicho concepto de forma latente, por ejemplo, el bienestar y/o malestar psicológico<sup>26</sup>.

Se asume que los cuestionarios son la forma habitual para medir calidad de vida. Se puede recurrir a un consenso de expertos en el tema, investigadores y pacientes para definir las preguntas relevantes. Una forma de analizar la utilidad de los cuestionarios es empleando técnicas estadísticas. El análisis factorial y de componentes principales es de utilidad para reducir y caracterizar las dimensiones que se están midiendo<sup>27</sup>.

### **1.2.3 INSTRUMENTO SF-36**

El cuestionario de salud SF-36 (Health Survey SF-36; Ware y Sherbourne, 1992) fue utilizado en el Estudio de los Resultados Médicos («Medical Outcome Study»), el cual permitió establecer un perfil de salud con aplicación para población general como para pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. Para ajustar este instrumento colaboraron investigadores de quince países para la adaptación cultural de International Quality of Life Assessment – IQOLA<sup>28</sup>.

Dicho cuestionario original en idioma inglés fue traducido al español y luego adaptado y retraducido con ajuste e interpretación de la versión existente con los autores del instrumento original a fin de armonizar el contenido del cuestionario. Luego se realizaron estudios piloto en grupos de pacientes crónicos para valorar la comprensión y la factibilidad de aplicar este cuestionario. Después de esta fase se realizaron estudios para identificar la validez, fiabilidad y ajustar el estándar de referencia en países como España, Alemania, Dinamarca, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia<sup>29</sup>.

Tal vez aún no se ha logrado asimilar que la medición de salud va más allá de los usuales indicadores de morbilidad y mortalidad, la esperanza de vida y los años de vida potencialmente perdidos. Si bien ésta ha sido una de las formas tradicionales de medir el nivel de salud, puede parecer obvio que para estimar el perfil de salud se debe tener en cuenta la enfermedad, la discapacidad y la muerte de las personas<sup>30</sup>.

El SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM). Además de los ocho conceptos de salud, el SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. En el cuadro I se presenta una descripción de las escalas de salud y sus respectivas interpretaciones de acuerdo con resultados bajos o altos por cada escala<sup>31</sup>.

El instrumento es autoaplicable, contiene 36 preguntas y se contesta en promedio de 8 a 12 minutos. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud)<sup>32</sup>.

**Cuadro I**  
**ESCALAS DEL ESTADO DE SALUD E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS BAJOS Y ALTOS. ENCUESTA DE SALUD SF-36**

| Conceptos                      | No. de preguntas | Significado de los resultados  |  |
|--------------------------------|------------------|--|--|
|                                |                  | Bajo   | Alto   |
| Función física                 | 10               | Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud     | Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud |
| Rol físico                     | 4                | Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física                           | Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física             |
| Dolor corporal                 | 2                | Dolor muy severo y extremadamente limitante  | Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor  |
| Salud general                  | 5                | Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará  | Evalúa la salud personal como excelente  |
| Vitalidad                      | 4                | Cansancio y agotamiento todo el tiempo   | Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo   |
| Función social                 | 2                | Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales | Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales         |
| Rol emocional                  | 3                | Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales                     | Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales       |
| Salud mental                   | 5                | Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo  | Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo   |
| Transición de salud notificada | 1                | Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año   | Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año  |

Nota: traducción adaptada y modificada de The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36).<sup>10</sup>

El uso potencial del SF-36 para comparar poblaciones en diferentes áreas geográficas, en distintos periodos cronológicos y en diferentes sistemas de servicios de salud, es de extraordinario valor para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud<sup>33</sup>.

La evaluación subjetiva del estado general de salud es un buen predictor de la mortalidad. Varios trabajos han encontrado una asociación entre el consumo de tabaco y el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). En estudios transversales se ha observado que los fumadores, comparados con los no fumadores, presentan una peor salud general y mental, así como peor función física (desarrollo de actividades físicas de la vida diaria). Asimismo, en estudios de cohortes se ha confirmado la asociación entre consumo de tabaco y deterioro tanto de la salud mental como de la función física<sup>34</sup>.

En jóvenes sanos con una historia de consumo de tabaco corta se ha observado un deterioro en las dimensiones mental y física de su CVRS en comparación con no fumadores. Además, es posible que el tabaco se asocie a corto plazo a una peor salud percibida aun en ausencia de enfermedad crónica importante. El 38% de los varones mayores de 16 años son consumidores habituales de tabaco y un 70% de los fumadores visita a su médico de familia al menos una vez al año<sup>35</sup>.

### **1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

La gran problemática social que es ocasionada por el tabaquismo, aun cuando se conocen los riesgos producidos por el consumo de tabaco, este se inicia a edades mas tempranas<sup>2</sup>, ya que al consumir un cigarrillo se consumen mas de 4000 sustancias tanto toxicas y adictivas<sup>5</sup>. Por lo general los fumadores advierten los síntomas de enfermedades relacionadas con el consumo prolongado de tabaco sobre la cuarta década de la vida. En jóvenes sanos con una historia de consumo de tabaco corta se ha observado un deterioro en las dimensiones mental y física de su CVRS en comparación con no fumadores, no disponemos de medidas objetivas de la magnitud del problema que afecte la calidad de vida en personas con tabaquismo, por eso se realiza este planteamiento del problema<sup>34</sup>.

**¿Cuál es la calidad de vida en pacientes fumadores de la Unidad de Medicina Familiar Numero 28 “Gabriel Mancera”, IMSS?**

#### **1.4 JUSTIFICACION:**

Se requiere conocer la calidad de vida relacionada con la salud en aquellas personas que tienen como adicción el consumo del tabaco, ya que existe la posibilidad de riesgo perjudicial a la salud ante el hábito de este producto, y muchas veces acelera el desgaste físico, vital y emocional.

En México es poca la información que se tiene acerca de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes que son fumadores, por ello es relevante investigar este aspecto del deterioro de la salud con el consumo intenso del tabaco. Tomando en cuenta que el médico familiar es el primer contacto con estos pacientes y que es importante indagar sobre su salud, debido a que la atención medica debe ser integral.

## **1.5 OJETIVOS:**

### **1.5.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la calidad de vida en paciente fumadores de la UMF 28 Gabriel Mancera con el cuestionario SF-36

### **1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- A) Identificar los principales grupos por edad y género con tabaquismo.
- B) Identificar el perfil sociodemográfico de los pacientes.

## **1.6 HIPOTESIS:**

Los estudios descriptivos no requieren hipótesis pero para fines didácticos se pide realizarla.

### **1.6.1 HIPOTESIS VERDADERA:**

$H_1$ : La calidad de vida en pacientes fumadores de la UMF 28, IMSS se ve afectada

### **1.6.2 HIPOTESIS NULA:**

$H_2$ : La calidad de vida es igual en pacientes fumadores y no fumadores de la UMF 28, IMSS

## 2 MATERIAL Y METODOS:

### 2.1 TIPO DE INVESTIGACION:

a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO**

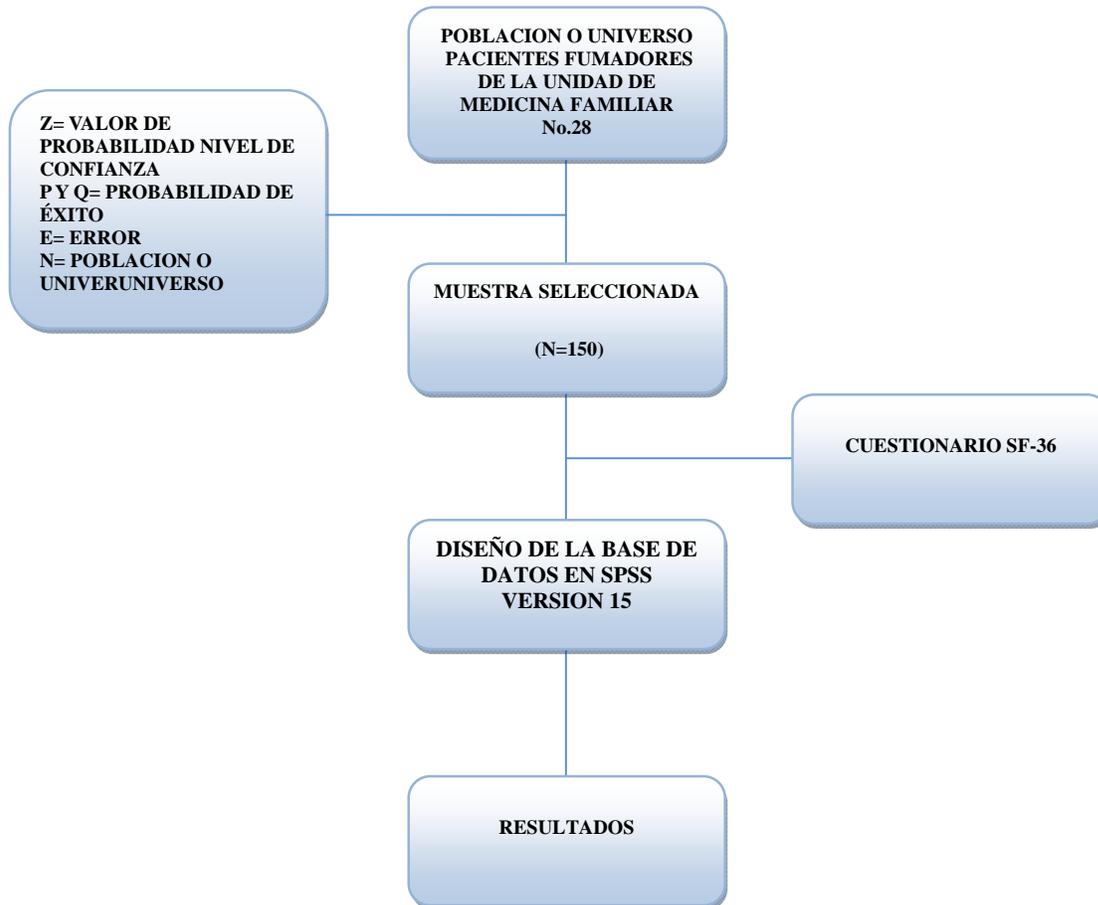
b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL**

c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO**

d).- Según el control de las variables ó el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO**

E).- De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL**

## 2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



### **2.3 POBLACION Ò UNIVERSO, UBICACIÓN TEMPORAL:**

Se aplico a 150 pacientes derecho habientes fumadores de la UMF No. 28 el cuestionario SF-36 para evaluar calidad de vida, durante los meses de agosto-diciembre 2008.

## 2.4 MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo fue de 150 pacientes con un intervalo de confianza (IC) de 95% y una proporción de 0.75; siendo una muestra no aleatoria, no representativa debido a que se utilizó una fórmula para una población de referencia finita y menor a 10 000 elementos, la cual es la siguiente:

$$No = \frac{\frac{Z^2 q}{E^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left[ \frac{Z^2 q}{E^2 p} - 1 \right]}$$

### 2.4.1 DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

**Donde los valores a sustituir y su definición son:**

**Z**=Valor de la probabilidad para el nivel de confianza seleccionado para la muestra: 95% (1.96).

**p y q**= valor de probabilidad de éxito o fracaso (p=0.75, q=0.25).

**E**= error muestral que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad: 10% (0.10).

**N**= población o universo de donde se extrae la muestra: con un total de 500 pacientes registrados en la UMF No. 28 "Gabriel Mancera" IMSS.

## **2.5 CRITERIOS:**

### **2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSION:**

La población diana fueron pacientes fumadores, con edad de 18 a 75 años, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 28. Sin distinción de sexo y que aceptaron participar en el estudio

### **2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Se excluyeron a los pacientes que exfumadores, fumadores ocasionales, en reducción de consumo y experimentadores. Que se encuentren en clínicas anti-tabaquismo, que no deseen participar y que no firmen la carta de consentimiento.

### **2.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACION:**

Pacientes que no tuvieron expediente clínico, que hayan causado baja en la institución, o no contesten adecuadamente el cuestionario.

## **2.6 VARIABLES:**

### **2.6.1 FICHA DE IDENTIFICACION:**

- 1.- NUMERO DE FOLIO
- 2.- TURNO DEL PACIENTE
- 3.- EDAD
- 4.- SEXO
- 5.- OCUPACION
- 6.- ESTADO CIVIL
- 7.- ACTIVIDAD FISICA

### **2.6.2 VARIABLES DE LA ENFERMEDAD**

Tabaquismo  
Edad de inicio  
Numero de cigarrillos al día

### **CLASIFICACION DE FUMADORES**

**Fumador diario:** Personas que fuman todos los días

### **2.6.3 VARIABLES DEL TEST**

**Cuestionario calidad de vida SF 36 SSA.** Este instrumento evalúa:

- \*FUNCION FISICA
- \*ROL FISICO
- \*DOLOR CORPORAL
- \*SALUD GENERAL
- \* VITALIDAD
- \*FUNCION SOCIAL
- \*ROL EMOCIONAL
- \*SALUD MENTAL

#### 2.6.4 DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES DE LA ENFERMEDAD

| NOMBRE DE VARIABLES          | DEFINICION CONCEPTUAL                                |
|------------------------------|--|
| TABAQUISMO                   | PERSONA QUIEN TIENE ADICCIÓN POR FUMAR               |
| EDAD DE INICIO               | EDAD EN QUE LA PERSONA INICIO CON EL HABITO DE FUMAR |
| NUMERO DE CIGARRILLOS AL DIA | CIGARRILLOS CONSUMIDOS EN UN DÍA                     |
| FUMADOR DIARIO               | PERSONA QUE FUMA TODOS LOS DÍAS                      |

### 2.6.5 DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES DEL TEST SF-36

| NOMBRE DE VARIABLES | DEFICIÓN CONCEPTUAL  |
|---------------------|--|
| FUNCION FISICA      | GRADO EN QUE LA SALUD LIMITA LAS ACTIVIDADES FÍSICAS TALES COMO EL AUTOCUIDADO, CAMINAR, SUBIR ESCALERAS, INCLINARSE, COGER O LLEVAR PESOS, Y LOS ESFUERZOS MODERADOS A INTENSOS   |
| ROL FISICO          | GRADO EN QUE LA SALUD FÍSICA INTERFIERE EN EL TRABAJO Y OTRAS ACTIVIDADES DIARIAS, LO QUE INCLUYE EL RENDIMIENTO MENOR QUE EL DESEADO, LA LIMITACIÓN EN EL TIPO DE ACTIVIDADES REALIZADAS O LA DIFICULTAD EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES           |
| DOLOR CORPORAL      | LA INTENSIDAD DEL DOLOR Y SU EFECTO EN EL TRABAJO HABITUAL, TANTO FUERA DE CASA COMO EN EL HOGAR   |
| SALUD GENERAL       | VALORACIÓN PERSONAL DE LA SALUD QUE INCLUYE LA SALUD ACTUAL, LAS PERSPECTIVAS DE SALUD EN EL FUTURO Y LA RESISTENCIA A ENFERMEDAD  |
| VITALIDAD           | SENTIMIENTO DE ENERGÍA Y VITALIDAD, FRENTE AL SENTIMIENTO DE CANSANCIO Y AGOTAMIENTO   |
| FUNCION SOCIAL      | GRADO EN EL QUE LOS PROBLEMAS DE LA SALUD FÍSICA O EMOCIONAL INTERFIEREN EN LA VIDA SOCIAL HABITUAL.   |
| ROL EMOCIONAL       | GRADO EN EL QUE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES INTERFIEREN EN EL TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES DIARIAS, LO QUE INCLUYE LA REDUCCIÓN EN EL TIEMPO DEDICADO A ESAS ACTIVIDADES, EL RENDIMIENTO MENOR QUE EL DESEADO Y UNA DISMINUCIÓN DEL CUIDADO AL TRABAJAR |
| SALUD MENTAL        | SALUD MENTAL GENERAL, LO QUE INCLUYE LA DEPRESIÓN, LA ANSIEDAD, EL CONTROL DE LA CONDUCTA Y EL CONTROL EMOCIONAL Y EL EFECTO POSITIVO EN GENERAL   |

## 2.6.6 DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES FICHA DE IDENTIFICACION

| NOMBRE DE VARIABLES | DEFINICION CONCEPTUAL  |
|---------------------|--|
| NUMERO DE FOLIO     | NÚMERO QUE REPRESENTA EL PACIENTE                              |
| TURNO DEL PACIENTE  | ES EL HORARIO EN EL QUE ES ATENDIDO EL PACIENTE EN LA CLÍNICA. |
| EDAD                | TIEMPO QUE UNA PERSONA A VIVIDO                                |
| SEXO                | DIFERENCIA FÍSICA Y CONSTITUTIVA DE UN HOMBRE Y UNA MUJER      |
| OCUPACION           | EMPLEO, OFICIO O DIGNIDAD QUE TIENE LA PERSONA                 |
| ESTADO CIVIL        | ESTADO O CONDICIÓN ANTE LA SOCIEDAD                            |
| ACTIVIDAD FISICA    | SI REALIZA ALGÚN DEPORTE                                       |

**2.6.7 DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES  
DE LA ENFERMEDAD**

| <b>NOMBRE DE LAS VARIABLES</b> | <b>TIPO DE VARIABLE</b> | <b>ESCALA DE MEDICION</b> | <b>VALORES DE LAS VARIABLES</b> |
|--------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| TABAQUISMO                     | CUALITATIVA             | NOMINAL                   | POSITIVO                        |
| EDAD DE INICIO                 | CUANTITATIVA            | CONTINUA                  | EDAD QUE INICIO A FUMAR.        |
| NUMERO DE CIGARRILLOS AL DIA   | CUANTITATIVA            | CONTINUA                  | 1 A 100 CIGARRILLOS AL DIA.     |
| FUMADORES DIARIOS              | CUALITATIVA             | NOMINAL                   | PERSONAS FUMAN TODOS LOS DIAS   |

### 2.6.8 DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEL TEST SF-36

| NOMBRE DE VARIABLES | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION   | VALORES DE LAS VARIABLES   |
|---------------------|------------------|----------------------|--|
| FUNCION FISICA      | CUALITATIVA      | NOMINAL (DICOTOMICA) | > PUNTAJE, > CALIDAD DE VIDA.<br>< PUNTAJE, < MENOR CALIDAD DE VIDA. |
| ROL FISICO          | CUALITATIVA      | NOMINAL (DICOTOMICA) | > PUNTAJE, > CALIDAD DE VIDA.<br>< PUNTAJE, < MENOR CALIDAD DE VIDA. |
| DOLOR CORPORAL      | CUALITATIVA      | NOMINAL (DICOTOMICA) | > PUNTAJE, > CALIDAD DE VIDA.<br>< PUNTAJE, < MENOR CALIDAD DE VIDA. |
| SALUD GENERAL       | CUALITATIVA      | NOMINAL (DICOTOMICA) | > PUNTAJE, > CALIDAD DE VIDA.<br>< PUNTAJE, < MENOR CALIDAD DE VIDA. |
| VITALIDAD           | CUALITATIVA      | NOMINAL (DICOTOMICA) | > PUNTAJE, > CALIDAD DE VIDA.<br>< PUNTAJE, < MENOR CALIDAD DE VIDA. |
| FUNCION SOCIAL      | CUALITATIVA      | NOMINAL (DICOTOMICA) | > PUNTAJE, > CALIDAD DE VIDA.<br>< PUNTAJE, < MENOR CALIDAD DE VIDA. |
| ROL EMOCIONAL       | CUALITATIVA      | NOMINAL (DICOTOMICA) | > PUNTAJE, > CALIDAD DE VIDA.<br>< PUNTAJE, < MENOR CALIDAD DE VIDA. |
| SALUD MENTAL        | CUALITATIVA      | NOMINAL (DICOTOMICA) | > PUNTAJE, > CALIDAD DE VIDA.<br>< PUNTAJE, < MENOR CALIDAD DE VIDA. |

### 2.6.9 DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

## FICHA DE IDENTIFICACION

| NOMBRE DE VARIABLES | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION   | VALORES DE LAS VARIABLES   |
|---------------------|------------------|----------------------|--|
| NUMERO DE FOLIO     | CUANTITATIVA     | CONTINUA             | NUMEROS CONSECUTIVOS   |
| TURNO DEL PACIENTE  | CUALITATIVA      | NOMINAL (DICOTOMICA) | 1=MATUTINO<br>2=VESPERTINO                                       |
| EDAD                | CUANTITATIVA     | CONTINUA             | NUMEROS ENTEROS  |
| SEXO                | CUALITATIVA      | NOMINAL (DICOTOMICA) | 1=FEMENINO<br>2=MASCULINO  |
| OCUPACION           | CUALITATIVA      | NOMINAL (DICOTOMICA) | 1= EMPLEADO<br>2= DESEMPLEADO                                    |
| ESTADO CIVIL        | CUALITATIVA      | NOMINAL              | 1=SOLTERO<br>2=CASADO<br>3=DIVORCIADO<br>4=VIUDO<br>5=UNIO LIBRE |
| ACTIVIDAD FISICA    | CUALITATIVA      | NOMINAL              | 1=EJERCICIO<br>2=SEDENTARISMO                                    |

### 2.7 DISEÑO ESTADISTICO:

El propósito del estudio es evaluar la calidad de vida de fumadores, un solo grupo de la consulta externa, en una forma no aleatoria, no probabilística, aplicándose en una sola ocasión el cuestionario SF-36, las variables del estudio fueron ordinales y nominales, la distribución que se espera es representativa no paramétrica.

## **2.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:**

Se diseñó un formato de presentación con los datos de identificación personalizada, como son número de folio, turno del paciente, nombre del paciente, edad, estado civil, ocupación, además que se agregaron variables de la enfermedad a estudiar y el instrumento de evaluación de la calidad de vida. La SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM). Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. El constructor se encuentra en anexos.

## **2.9 METODO DE RECOLECCION:**

Previa autorización de las autoridades de la UMF 28, del comité de ética y registrado el proyecto.

Se realizó una entrevista individual a los pacientes que asistieron a consulta de forma ordinaria en unidad de estudio correspondiente y bajo consentimiento informado. Se aplicó una ficha de identificación en la cual se incluyó: Nombre, edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil, actividad física etc. Durante los meses de Agosto a Diciembre 2008 se llevó a cabo la recolección de datos a través de la consulta externa de forma no aleatoria no probabilística con el cuestionario SF-36. Es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

## **2.10 MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:**

### **2.10.1 SESGOS DE INFORMACION.**

Se reconoce que este sesgo se pudo haber presentado. Este queda a expensas de la honestidad del entrevistado, confiando en sus respuestas que existe debido a que la información proporcionada por los pacientes. Se trato de controlar informándole del anonimato las mismas para que expresara sus respuestas lo más cercano a la realidad posible.

### **2.10.2 SESGOS DE SELECCIÓN.**

Se reconoce que lo hubo, ya que el tipo de muestra fue no aleatorio, no probabilística, representativa

### **2.10.3 SESGOS DE MEDICION.**

La aplicación de encuestas y recolección de datos fueron realizadas por el investigador, para evitar durante la toma de datos sesgo inter-observador.

### **2.10.4 SESGOS DE ANALISIS.**

Respecto a los sesgos de análisis estadísticos se evito analizando la información de forma adecuada respecto a la naturaleza, tipo de variable, y procedimiento estadístico utilizado.

## **2.11 PRUEBA PILOTO:**

Se aplicó prueba piloto, para verificar aquellas preguntas poco comprensibles por el contestador y se midió el tiempo de las inconveniencias del test y así poder reestructurar el formato del instrumento y poderlo hacer menos tedioso, contestarse en menor tiempo posible y que fuera óptimo para el contestador.

## **2.12 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO.  
 "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES FUMADORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28"

2008

| FECHA   | MA<br>R<br>200<br>8 | AB<br>R<br>200<br>8 | MA<br>Y<br>200<br>8 | JUN<br>200<br>8 | JUL<br>200<br>8 | AG<br>O<br>200<br>8 | SEP<br>200<br>8 | OC<br>T<br>200<br>8 | NO<br>V<br>200<br>8 | DIC<br>200<br>8 | EN<br>E<br>200<br>9 | FEB<br>200<br>9 |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| ELECCION DEL TEMA,                                  | ■                   |                     |                     |                 |                 |                     |                 |                     |                     |                 |                     |                 |
| TITULO DEL PROYECTO                                 |                     | ■                   | ■                   |                 |                 |                     |                 |                     |                     |                 |                     |                 |
| ANTECEDENTES,                                       |                     |                     |                     | ■               |                 |                     |                 |                     |                     |                 |                     |                 |
| MARCO TEORICO,                                      |                     |                     |                     | ■               |                 |                     |                 |                     |                     |                 |                     |                 |
| BIBLIOGRAFIA  |                     |                     |                     | ■               |                 |                     |                 |                     |                     |                 |                     |                 |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.                          |                     |                     |                     | ■               |                 |                     |                 |                     |                     |                 |                     |                 |
| PORTADA (HOJA FRONTAL)                              |                     |                     |                     |                 | ■               | ■                   |                 |                     |                     |                 |                     |                 |
| MARCO TEORICO,                                      |                     |                     |                     |                 | ■               | ■                   |                 |                     |                     |                 |                     |                 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA,                         |                     |                     |                     |                 | ■               | ■                   |                 |                     |                     |                 |                     |                 |
| JUSTIFICACION,                                      |                     |                     |                     |                 | ■               | ■                   |                 |                     |                     |                 |                     |                 |
| OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS, HIPOTESIS,       |                     |                     |                     |                 | ■               | ■                   | ■               | ■                   |                     |                 |                     |                 |
| MATERIAL Y METODOS ( AVANCES)                       |                     |                     |                     |                 |                 |                     | ■               | ■                   | ■                   |                 |                     |                 |
| MATERIAL Y METODOS,                                 |                     |                     |                     |                 |                 |                     | ■               | ■                   | ■                   |                 |                     |                 |
| TIPO DE ESTUDIO,                                    |                     |                     |                     |                 |                 |                     | ■               | ■                   | ■                   |                 |                     |                 |
| DISEÑO DE INVESTIGACION DEL ESTUDIO,                |                     |                     |                     |                 |                 |                     | ■               | ■                   | ■                   |                 |                     |                 |
| POBLACION, LUGAR Y TIEMPO,                          |                     |                     |                     |                 |                 |                     | ■               | ■                   | ■                   |                 |                     |                 |
| MUESTRA,  |                     |                     |                     |                 |                 |                     | ■               | ■                   | ■                   |                 |                     |                 |
| CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION,    |                     |                     |                     |                 |                 |                     |                 |                     |                     | ■               | ■                   | ■               |
| VARIABLES (TIPO DE ESCALA DE MEDICION).             |                     |                     |                     |                 |                 |                     |                 |                     |                     | ■               | ■                   | ■               |
| DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES, |                     |                     |                     |                 |                 |                     |                 |                     |                     | ■               | ■                   | ■               |
| DISEÑO ESTASTICO,                                   |                     |                     |                     |                 |                 |                     |                 |                     |                     | ■               | ■                   | ■               |
| INTRUMENTO (S), DE RECOLECCION DE LOS DATOS,        |                     |                     |                     |                 |                 |                     |                 |                     |                     | ■               | ■                   | ■               |
| METODOS DE RECOLECCION DE LOS DATOS,                |                     |                     |                     |                 |                 |                     |                 |                     |                     | ■               | ■                   | ■               |



## **FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:**

Para la realización de este proyecto se contó con un investigador, el mismo aplico los cuestionarios y recolecto los datos, se tomo en cuenta la participación y orientación de los asesores clínicos y experimentales. Además del test de evaluación de calidad de vida. Para la realización de esta investigación se contó con una computadora Compaq precario 2100, con procesador AMT talón XP, disquetes de 3/2, disco compacto y unidad de almacenamiento (USB) para almacenar toda la investigación, hojas blancas, fotocopias, lápices, gomas. Los servicio de fotocopiado para reproducir el test de evaluación de calidad de vida y cuestionario de presentación, lápices, borradores se absorbieron por el investigador.

## **2.14 CONSIDERACIONES ETICAS:**

De acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos.

Este proyecto de investigación cumple con las normas establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud, México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1987. De acuerdo con el reglamento, esta investigación se clasifica como de riesgo 1 (investigación sin riesgo) según lo dictado en el Título segundo Capítulo 1, Artículo 17: "investigación sin riesgo son aquellas que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza alguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifique ni se trate aspectos sensitivos de su conducta".

### 3 RESULTADOS:

#### DISTRIBUCION DE VARIABLES DE LA POBLACION EN ESTUDIO

En este estudio descriptivo y transversal, que incluyo un total de 150 pacientes, cumpliendo con todos los criterios de inclusión. Del total de pacientes se observo que 70 pacientes (46.7%) fueron de sexo femenino y 80 pacientes (53.3%) fueron de sexo masculino.

**GRAFICA 1**  
**DISTRIBUCION POR SEXO**

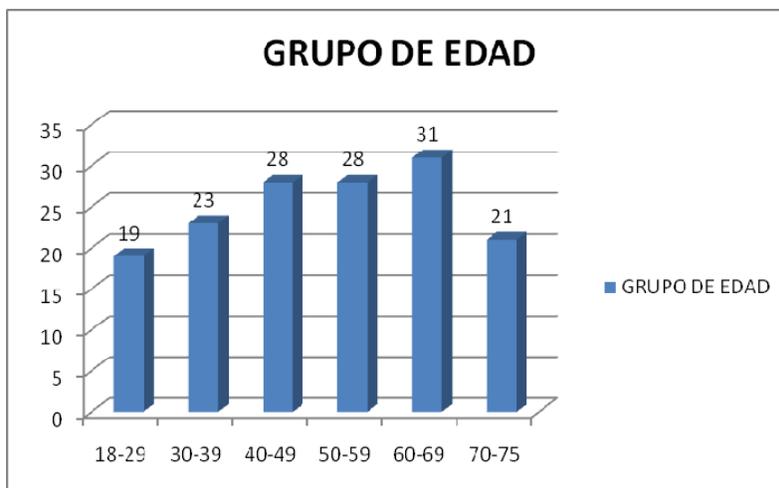


Fuente: encuesta aplicada N=150

De la muestra estudiada, para la variable edad se realizó con un rango de inicio a partir de los 18 años y hasta los 75 años, con una media de 50.65 y una desviación estándar de 16.04, agrupándose por decenios y un último grupo en quinto, se observó una mayor frecuencia de los 60-69 años con 31 pacientes en este grupo.

Continuación

**GRAFICA 2  
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD**



Fuente: encuesta aplicada N=150

**TABLA 1  
DISTRUBUCION POR EDAD/SEXO**

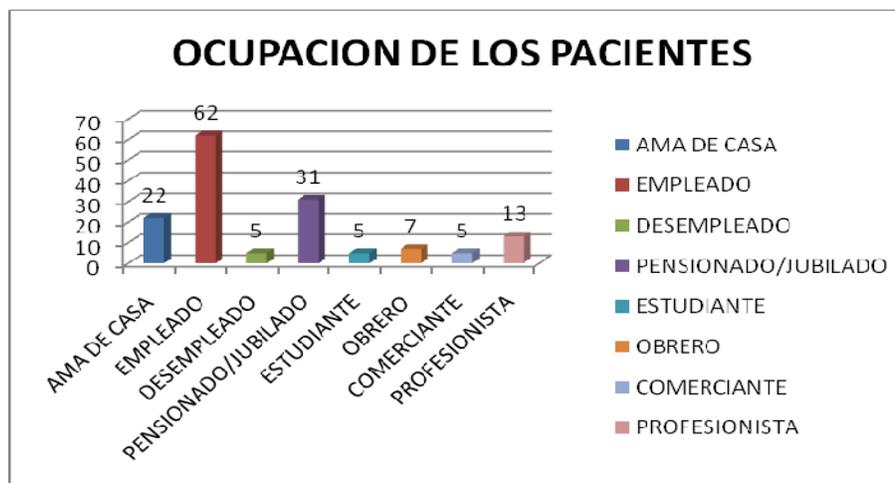
| GRUPOS DE EDAD | GRUPOS DE EDAD        |           | TOTAL |
|----------------|-----------------------|-----------|-------|
|                | SEXO DE LOS PACIENTES |           |       |
|                | FEMENINO              | MASCULINO |       |
| 18-29          | 7                     | 12        | 19    |
| 30-39          | 10                    | 13        | 23    |
| 40-49          | 10                    | 18        | 28    |
| 50-59          | 16                    | 12        | 28    |
| 60-69          | 18                    | 13        | 31    |
| 70-75          | 9                     | 12        | 21    |
| TOTAL          | 70                    | 80        | 150   |

FUENTE: ENCUESTA APLICADA N=150

En cuanto a la variable ocupación las frecuencias observadas de los 150 pacientes encuestados se observó que 62 pacientes (41.3%) fueron empleados, seguido de 31 pacientes (20.7%) fueron jubilados.

Continuación

**GRAFICA 3  
OCUPACION DE LOS PACIENTES**



Fuente: encuesta aplicada N=150

**TABLA 2  
OCUPACION DE LOS PACIENTES (FRECUENCIAS Y PORCENTAJES)**

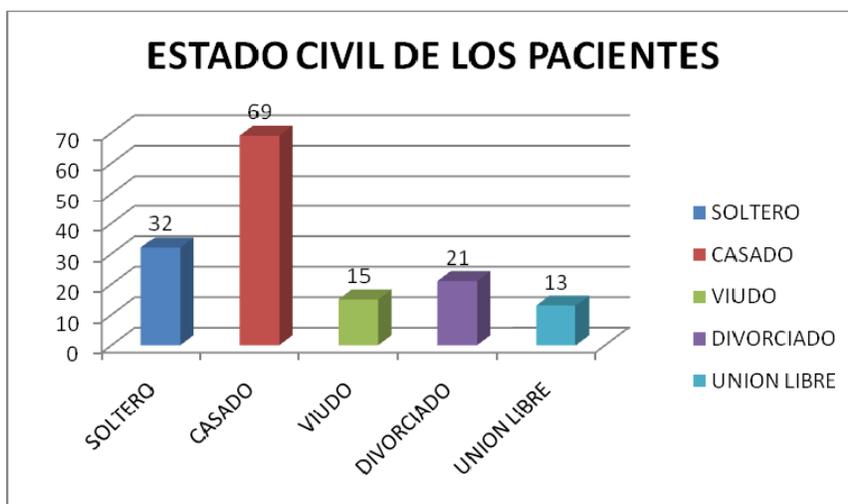
| VARIABLE OCUPACION  |            |            |
|---------------------|------------|------------|
| OCUPACION           | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| AMA DE CASA         | 22         | 14.7%      |
| EMPLEADO            | 62         | 41.3%      |
| DESEMPLEADO         | 5          | 3.3%       |
| PENSIONADO/JUBILADO | 31         | 20.7%      |
| ESTUDIANTE          | 5          | 3.3%       |
| OBRERO              | 7          | 4.7%       |
| COMERCIANTE         | 5          | 3.3%       |
| PROFESIONISTA       | 13         | 8.7%       |
| TOTAL               | 150        | 100%       |

FUENTE: ENCUESTA APLICADA N=150

Con base a la variable de estado civil se observó que la mayor frecuencia se encontró en casados con 69 pacientes (46%), seguido del estado civil de soltero con una frecuencia de 32 pacientes (21.3%).

Continuación

**GRAFICA 4  
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES**



Fuente: encuesta aplicada N=150

**TABLA 3  
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES (FRECUENCIAS Y PORCENTAJES)**

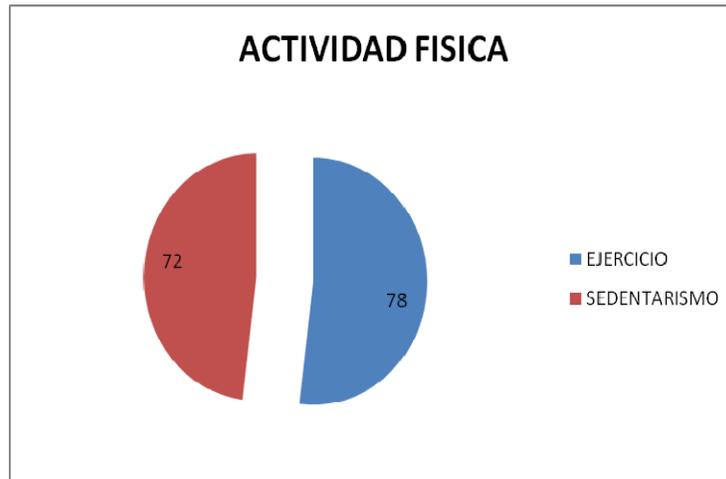
| ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES |            |            |
|-------------------------------|------------|------------|
| ESTADI CIVIL                  | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| SOLTERO                       | 32         | 21.3%      |
| CASADO                        | 69         | 46%        |
| VIUDO                         | 15         | 10%        |
| DIVORCIADO                    | 21         | 14%        |
| UNION LIBRE                   | 13         | 8.7%       |
| TOTAL                         | 150        | 100%       |

FUENTE: ENCUESTA APLICADA N=150

En base a la variable de la actividad física encontramos que 78 (52%) realizan algún tipo de ejercicio y 72 (48%) no realizan ninguna actividad física y se clasificaron como sedentarismo.

Continuación

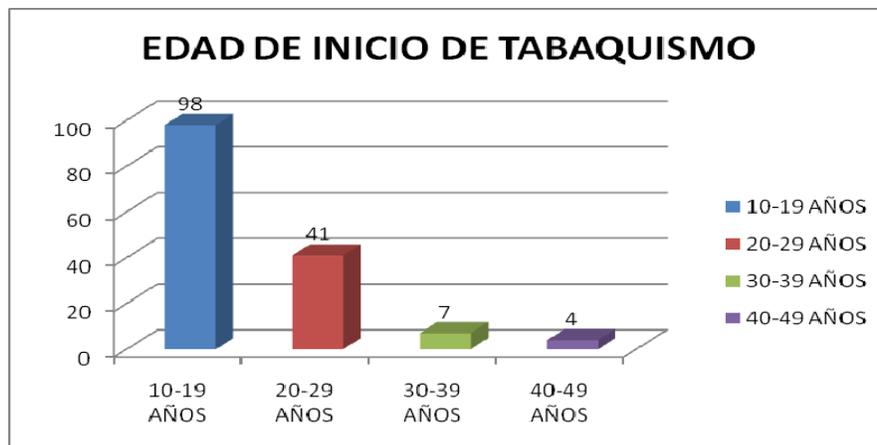
**GRAFICA 5**  
**VARIABLE DE LA ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZAN LOS PACIENTES**



Fuente: encuesta aplicada N=150

La variable de inicio de tabaquismo se agrupo por decenios, donde se observo una mayor frecuencia de consumo de tabaquismo entre los 10-19 años de edad con 98 pacientes (65.3%), seguido de 41 pacientes (27.3%) entre los 20-29 años.

**GRAFICA 6**  
**EDAD DE INICIO DE TABAQUISMO**



Fuente: encuesta aplicada N=150

Continuación

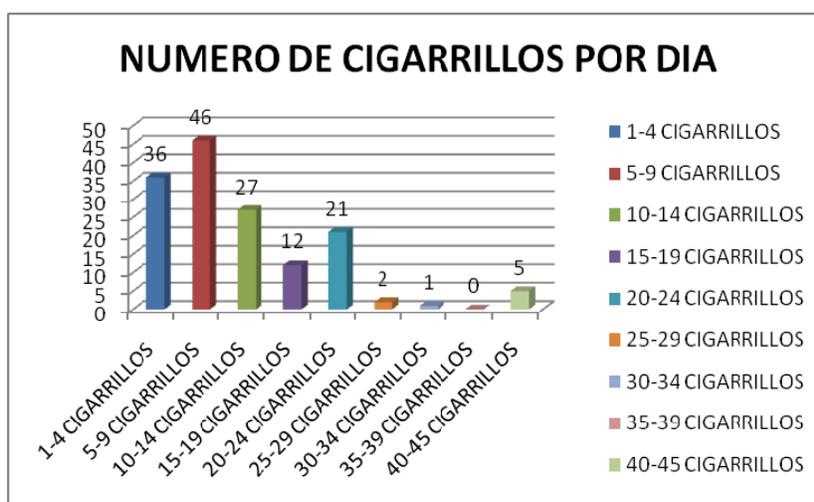
**TABLA 4**  
**EDAD DE INICIO DEL TABAQUISMO/SEXO DE LOS PACIENTES**

| EDAD DE INICIO DE TABAQUISMO/SEXO DE LOS PACIENTES |                       |           |       |
|--|-----------------------|-----------|-------|
| EDAD DE INICIO<br>TABAQUISMO                       | SEXO DE LOS PACIENTES |           | TOTAL |
|  | FEMENINO              | MASCULINO |       |
| 10-19 AÑOS   | 42                    | 56        | 98    |
| 20-29 AÑOS   | 23                    | 18        | 41    |
| 30-39 AÑOS   | 4                     | 3         | 7     |
| 40-49 AÑOS   | 1                     | 3         | 4     |
| TOTAL  | 70                    | 80        | 150   |

FUENTE: ENCUESTA APLICADA N=150

En la variable de número de cigarrillos consumidos por día mostro que el número mínimo de cigarrillos consumidos al día fue 1-4 cigarrillos con 36 pacientes (24%) y el máximo de cigarrillos consumidos por día fue de 40-45 cigarrillos en 5 pacientes (3.4%).

**GRAFICA 7**  
**VARIABLE DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS POR DIA**



Fuente: encuesta aplicada N=150

Continuación

**TABLA 5**  
**VARIABLE DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS POR DIA**  
**(FRECUENCIA Y PORCENTAJE)**

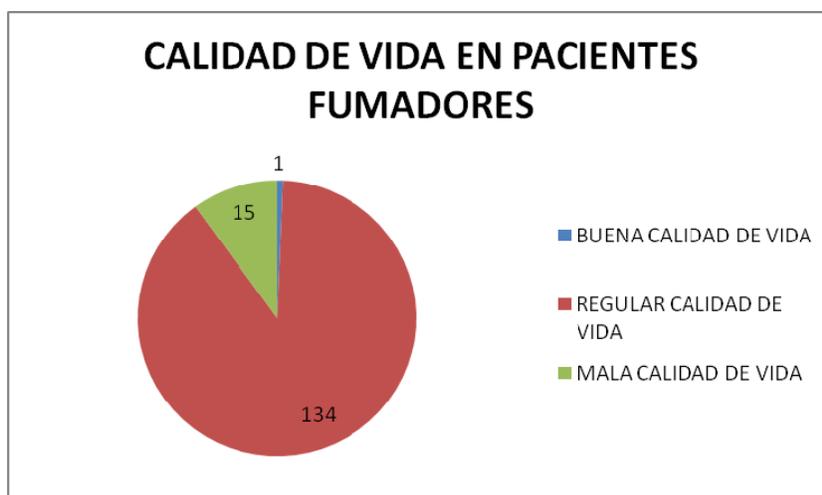
| NUMERO DE CIGARRILLOS POR IA |            |            |
|------------------------------|------------|------------|
| NUMERO DE CIGARRILLO POR DIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| 1-4                          | 36         | 24%        |
| 5-9                          | 46         | 30.6%      |
| 10-14                        | 27         | 18%        |
| 15-19                        | 12         | 8%         |
| 20-24                        | 21         | 14%        |
| 25-29                        | 2          | 1.3%       |
| 30-34                        | 1          | 0.7%       |
| 35-39                        | 0          | 0%         |
| 40-45                        | 5          | 3.4%       |
| TOTAL                        | 150        | 100%       |

FUENTE: ENCUESTA APLICADA N=150

Al observar los resultados del Test de Calidad de Vida evaluado con el cuestionario SF-36 se observo que los pacientes fumadores de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera". Se encontró que 1 paciente (0.7%), presentaba buena calidad de vida, seguido de 134 pacientes (89.3%) presentaron regular calidad de vida y por ultimo 15 pacientes (10%) presentaron mala calidad de vida.

Continuación

**GRAFICA 8  
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES FUMADORES**



Fuente: Cuestionario SF-36 N=150

**TABLA 6  
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES FUMADORES**

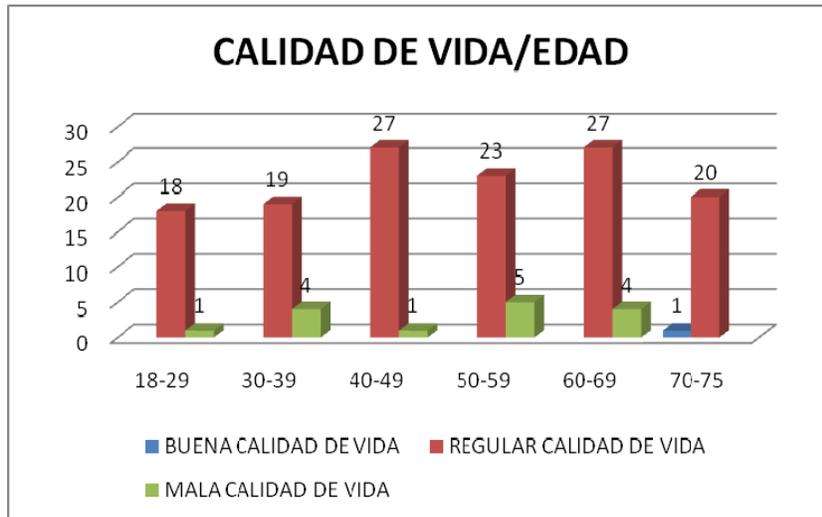
| CALIDAD DE VIDA         | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------|------------|------------|
| BUENA CALIDAD DE VIDA   | 1          | 0.7%       |
| REGULAR CALIDAD DE VIDA | 134        | 89.3%      |
| MALA CALIDAD DE VIDA    | 15         | 10%        |
| TOTAL                   | 150        | 100%       |

FUENTE: CUESTIONARIO SF-36 N=150

Con respecto a la calidad de vida y edad de los pacientes se clasifico en decenios y un grupo en quinto, donde se observo que solo 1 paciente presentaba buena calidad de vida perteneciendo al rubro de 70-75 años, 134 en las diferentes edades con regular calidad de vida y 15 pacientes en los diferentes rubros de edad con mala calidad de vida.

Continuación

**GRAFICA 9  
CALIDAD DE VIDA/EDAD DE LOS PACIENTES FUMADORES**



Fuente: Cuestionario SF-36 N=150

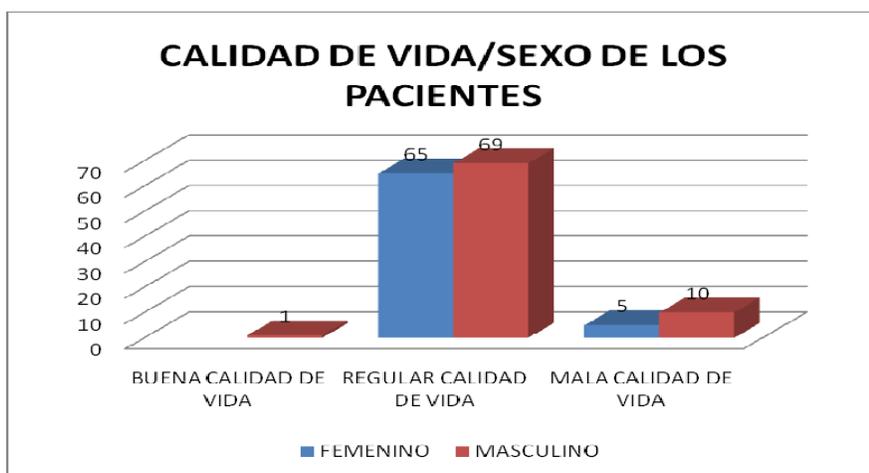
**TABLA 7  
CALIDAD DE VIDA/EDAD DE LOS PACIENTES FUMADORES**

| CALIDAD DE VIDA/EDAD DE LOS PACIENTES FUMADORES |                       |                         |                      |            |
|---|-----------------------|-------------------------|----------------------|------------|
| EDAD  | BUENA CALIDAD DE VIDA | REGULAR CALIDAD DE VIDA | MALA CALIDAD DE VIDA | TOTAL      |
| 18-19   | 0                     | 18                      | 1                    | 19         |
| 30-39   | 0                     | 19                      | 4                    | 23         |
| 40-49   | 0                     | 27                      | 1                    | 28         |
| 50-59   | 0                     | 23                      | 5                    | 28         |
| 60-69   | 0                     | 27                      | 4                    | 31         |
| 70-75   | 1                     | 20                      | 0                    | 21         |
| <b>TOTAL</b>                                    | <b>1</b>              | <b>134</b>              | <b>15</b>            | <b>150</b> |

FUENTE: CUESTIONARIO SF-36 N=150

De acuerdo al sexo de los pacientes se observa que en el rubro de buena calidad de vida 1 paciente (0.6%) es de sexo masculino, en regular calidad de vida se encontró 65 pacientes (43.4%) pertenecientes al sexo femenino, 69 pacientes (46%) al sexo masculino y en mala calidad de vida 5 pacientes (3.3%) de sexo femenino, 10 pacientes (6.6%) pertenecientes al sexo masculino, viendo aquí que el hombre es quien percibe mejor calidad de vida relacionada con la salud según el cuestionario SF-36.

**GRAFICA 10  
CALIDAD DE VIDA/SEXO DE LOS PACIENTES FUMADORES**



Fuente: Cuestionario SF-36 N=150

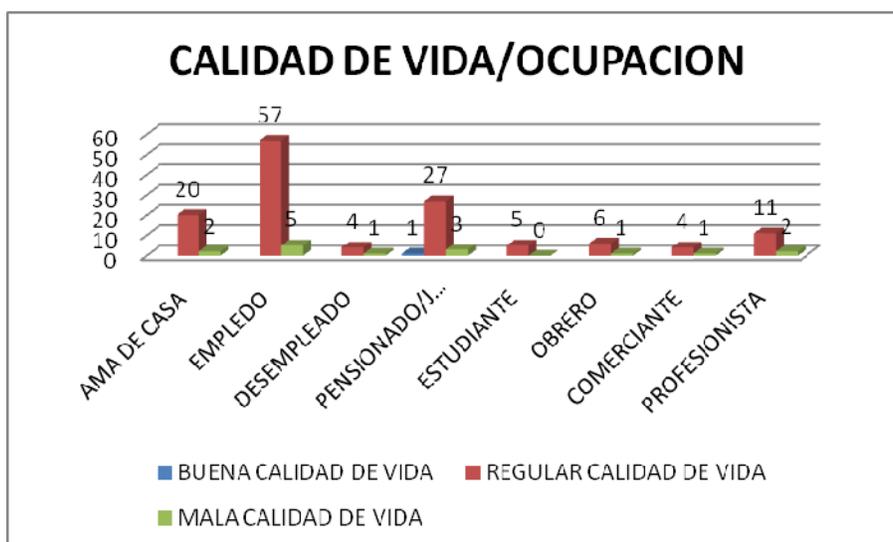
**TABLA 8  
CALIDAD DE VIDA/SEXO DE LOS PACIENTES**

| CALIDAD DE VIDA/SEXO DE LOS PACIENTES |                       |                         |                      |       |
|---------------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|-------|
| SEXO                                  | BUENA CALIDAD DE VIDA | REGULAR CALIDAD DE VIDA | MALA CALIDAD DE VIDA | TOTAL |
| FEMENINO                              | 0                     | 65                      | 5                    | 70    |
| MASCULINO                             | 1                     | 69                      | 10                   | 80    |
| TOTAL                                 | 1                     | 134                     | 15                   | 150   |

FUENTE: CUESTIONARIO SF-36 N=150

De los 150 pacientes que se que se estudiaron, los resultados que se observaron fue que solo un paciente con buena calidad de vida pertenecía al rubro de jubilado, seguido de 57 pacientes que eran empleados: el resto de los pacientes se distribuye en las demás ocupaciones. Con respecto a la mala calidad de vida se observa el mayor número de 5 pacientes en el rubro de empleados, el resto en las ocupaciones restantes.

**GRAFICA 11**  
**CALIDAD DE VIDA/OCUPACION DE LOS PACIENTES FUMADORES**



Fuente: Cuestionario SF-36 N=150

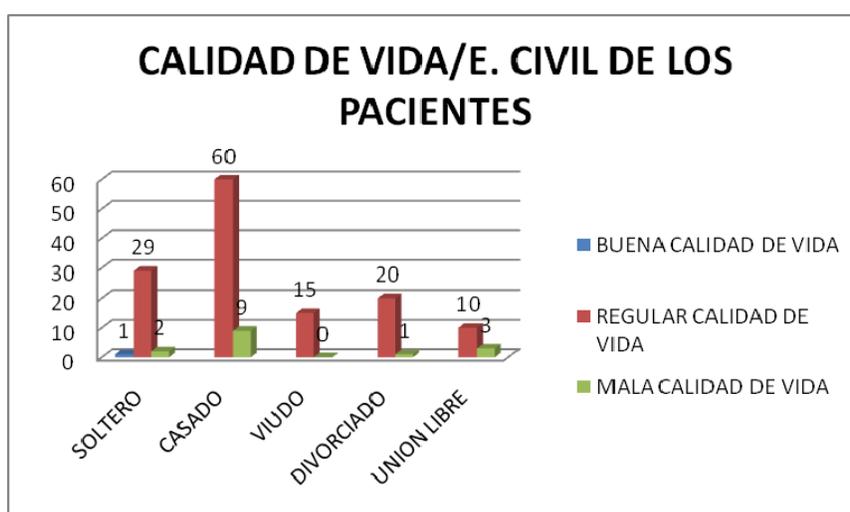
**TABLA 9**  
**CALIDAD DE VIDA/OCUPACION DE LOS PACIENTES FUMADORES**

| CALIDAD DE VIDA/OCUPACION DE LOS PACIENTES |                       |                         |                      |       |
|--|-----------------------|-------------------------|----------------------|-------|
| OCUPACION                                  | BUENA CALIDAD DE VIDA | REGULAR CALIDAD DE VIDA | MALA CALIDAD DE VIDA | TOTAL |
| AMA DE CASA                                |                       | 20                      | 2                    | 22    |
| EMPLEADO                                   |                       | 57                      | 5                    | 62    |
| DESEMPLEADO                                |                       | 4                       | 1                    | 5     |
| JUBILADO/PENSIONADO                        | 1                     | 27                      | 3                    | 31    |
| ESTUDIANTE                                 |                       | 5                       | 0                    | 5     |
| OBRERO                                     |                       | 6                       | 1                    | 7     |
| COMERCIANTE                                |                       | 4                       | 1                    | 5     |
| PROFESIONISTA                              |                       | 11                      | 2                    | 13    |
| TOTAL                                      | 1                     | 134                     | 15                   | 150   |

FUENTE: CUESTIONARIO SF-36 N=150

En la calidad de vida y el estado civil de los pacientes. Se obtuvieron los siguientes resultados, en buena calidad de vida solo un paciente con estado civil soltero, en regular calidad de vida el mayor número de pacientes se observó fueron casados con 60 pacientes, el resto en los demás apartados del estado civil, en mala calidad de vida se observó el mayor número en el rubro de casado con 9 pacientes el resto en los siguientes apartados.

**GRAFICA 12**  
**CALIDAD DE VIDA/ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES FUMADORES**



Fuente: Cuestionario SF-36 N=150

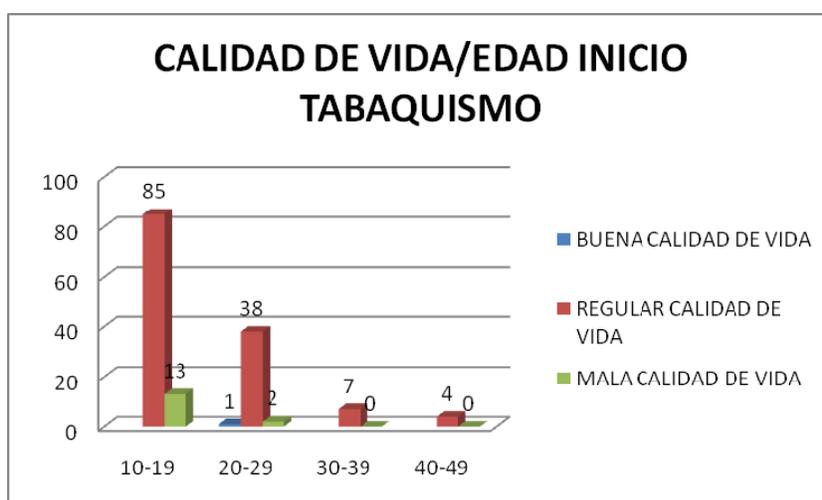
**TABLA 10**  
**CALIDAD DE VIDA/ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES FUMADORES**

| CALIDAD DE VIDA/ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES |                       |                         |                      |       |
|---|-----------------------|-------------------------|----------------------|-------|
| ESTADO CIVIL                                  | BUENA CALIDAD DE VIDA | REGULAR CALIDAD DE VIDA | MALA CALIDAD DE VIDA | TOTAL |
| SOLTERO                                       | 1                     | 29                      | 2                    | 32    |
| CASADO  |                       | 60                      | 9                    | 69    |
| VIUDO   |                       | 15                      | 0                    | 15    |
| DIVORCIADO                                    |                       | 20                      | 1                    | 21    |
| UNION LIBRE                                   |                       | 10                      | 3                    | 13    |
| TOTAL   | 1                     | 134                     | 15                   | 150   |

FUENTE: CUESTIONARIO SF-36 N=150

En los resultados de variables de calidad de vida y edad de inicio de tabaquismo se realizo por decenios, observándose que la buena calidad de vida se presento en 1 paciente que inicio entre los 20-29 años, seguido de 85 pacientes con puntaje más alto en regular calidad de vida que iniciaron entre los 10-19 años, los pacientes con mala calidad de vida el mayor puntaje se observo entre los 10-19 años de edad de inicio del tabaquismo: el resto de los pacientes se distribuyo en los demás rangos de edad.

**GRAFICA13**  
**CALIDAD DE VIDA/EDAD DE INICIO DEL TABAQUISMO**



Fuente: Cuestionario SF-36 N=150

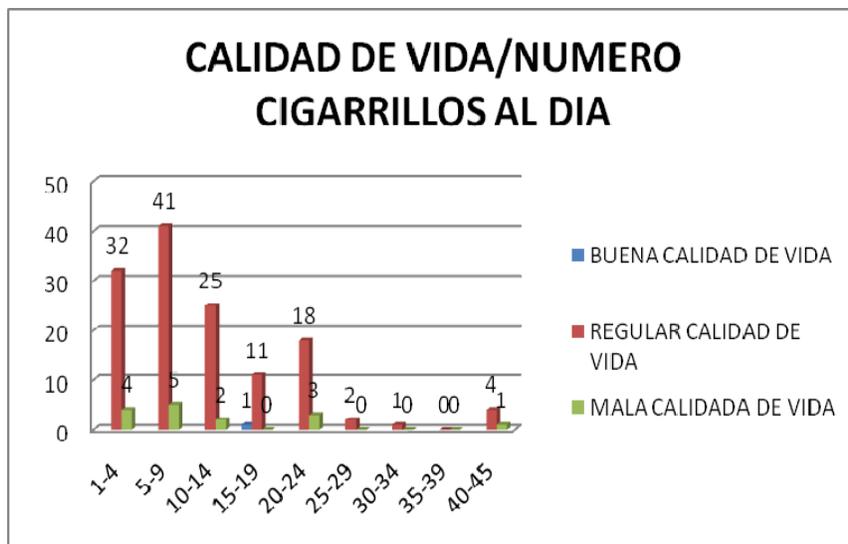
**TABLA 11**  
**CALIDAD DE VIDA/EDAD DE INICIO DEL TABAQUISMO**

| CALIDAD DE VIDA/EDAD DE INICIO DEL TABAQUISMO |                       |                         |                      |       |
|---|-----------------------|-------------------------|----------------------|-------|
| EDAD DE INICIO                                | BUENA CALIDAD DE VIDA | REGULAR CALIDAD DE VIDA | MALA CALIDAD DE VIDA | TOTAL |
| 10-19   |                       | 85                      | 13                   | 98    |
| 20-29   | 1                     | 38                      | 2                    | 41    |
| 30-39   |                       | 7                       | 0                    | 7     |
| 40-49   |                       | 4                       | 0                    | 4     |
| TOTAL   | 1                     | 134                     | 15                   | 150   |

FUENTE: CUESTIONARIO SF-36 N=150

De acuerdo a la calidad de vida y el numero de cigarrillos consumidos por día encontramos en buena calidad de vida que único paciente consume 15-19 cigarrillos por día, en regular calidad de vida la frecuencia más alta se encontró con 41 pacientes que consumían 5-9 cigarrillos por día, con respecto a la mala calidad de vida se observo que los pacientes con mayor índice también consumían de 5-9 cigarrillos por día, cabe mencionar que de los pacientes analizados hay 4 pacientes que consumían de 40-45 cigarrillos por día con regular calidad de vida un paciente con mala calidad que consumía 40-45 cigarrillos por día.

**GRAFICA 14**  
**CALIDAD DE VIDA/NUMERO DE CIGARRILLOS AL DIA**



Fuente: Cuestionario SF-36 N=150

Continuación

**TABLA 12**  
**CALIDAD DE VIDA/NUMERO DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS POR DIA**

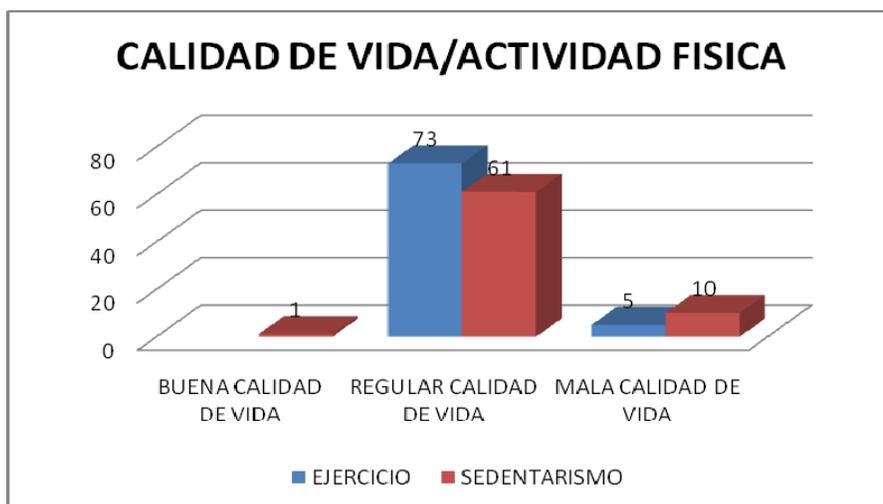
| CALIDAD DE VIDA/NUMERO DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS POR DIA |                       |                         |                      |       |
|--|-----------------------|-------------------------|----------------------|-------|
| NUMERO DE CIGARRILLOS                                    | BUENA CALIDAD DE VIDA | REGULAR CALIDAD DE VIDA | MALA CALIDAD DE VIDA | TOTAL |
| 1-4  |                       | 32                      | 4                    | 36    |
| 5-9  |                       | 41                      | 5                    | 46    |
| 10-14  |                       | 25                      | 2                    | 27    |
| 15-19  | 1                     | 11                      | 0                    | 12    |
| 20-24  |                       | 18                      | 3                    | 21    |
| 25-29  |                       | 2                       | 0                    | 2     |
| 30-34  |                       | 1                       | 0                    | 1     |
| 35-39  |                       | 0                       | 0                    | 0     |
| 40-45  |                       | 4                       | 1                    | 5     |
| TOTAL  | 1                     | 134                     | 15                   | 150   |

FUENTE: CUESTIONARIO SF-36 N=150

Se analizo calidad de vida y el rubro de actividad física donde se observo que 1 paciente con buena calidad de vida tenia sedentarismo, con regular calidad de vida se encontró que 73 pacientes realizaban alguna actividad física, 61 pacientes con calidad de vida regular presentaron sedentarismo, en mala calidad de vida se encontró que 5 pacientes realizaban alguna actividad física, 10 pacientes tenían sedentarismo.

Continuación

**GRAFICA 15**  
**CALIDAD DE VIDA/ACTIVIDAD FISICA DE PACIENTES FUMADORES**



Fuente: Cuestionario SF-36 N=150

**TABLA 13**  
**CALIDAD DE VIDA/ACTIVIDAD FISICA DE PACIENTES FUMADORES**

| CALIDAD DE VIDA/ACTIVIDAD FISICA DE PACIENTES FUMADORES |                       |                         |                      |       |
|---|-----------------------|-------------------------|----------------------|-------|
| ACTIVIDAD FISICA  | BUENA CALIDAD DE VIDA | REGULAR CALIDAD DE VIDA | MALA CALIDAD DE VIDA | TOTAL |
| EJERCICIO   |                       | 73                      | 5                    | 78    |
| SEDENTARISMO  | 1                     | 61                      | 10                   | 72    |
| TOTAL   | 1                     | 134                     | 15                   | 150   |

FUENTE: CUESTIONARIO SF-36 N=150

#### **4 DISCUSIÓN:**

El instrumento (SF-36), es útil para medir la calidad de vida de una manera rápida, valida y confiable, el tiempo para su aplicación es óptimo lo cual permite ser aplicable en el consultorio. La muestra seleccionada fue de 150 pacientes que consumen tabaco diariamente y que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” del IMSS. El rango de edad fue de 18 a 75 años con una edad de inicio desde los 10 años de edad, sexo y otras diferentes variables lo que nos permitió buscar distintos estratos en estas variables y poder realizar estadísticas así como observar las prevalencias de tabaquismo y como percibieron su calidad de vida los pacientes fumadores.

**Zúñiga y Cols. 2002** <sup>31</sup> comentaron que las encuestas que enfocan a la medición de diferentes aspectos de calidad de vida relacionada con la salud deben ser cortas, aplicables a diversos grupos poblacionales, preferiblemente autoadministradas, y sus resultados deben presentar de manera clara los aspectos de salud medidos. El SF-36 tiene el potencial de cumplir con estos requerimientos; además, permite la evaluación multidimensional del concepto de salud e incluye aspectos de incapacidad, incomodidad e insatisfacción, componentes todos de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. Motivo por el cual se decidió utilizarlo en este estudio.

La mayor asistencia de los pacientes fumadores a las unidades de atención médica les brinda más oportunidades para acceder a la información y capacitación con respecto a los daños ocasionados por el tabaquismo. Lo anterior pudiera explicar porque a mayor intensidad de tabaquismo y una edad temprana al inicio en el consumo de tabaco presentan más enfermedades o complicaciones ocasionadas por fumar, ensombreciendo su pronóstico, ya que los resultados obtenidos demostraron que los pacientes con tabaquismo prolongado e inicio a una corta edad tuvieron disminución de la calidad de vida relacionada con la salud observándose mas predominancia en el sexo masculino, a pesar de que un solo paciente de sexo masculino percibió buena calidad de vida asociada con la salud. En nuestro estudio se

encontró disminución de calidad de vida en aquellos pacientes que iniciaron entre los 10 y 19 años de edad. Estos resultados son similares a los que reporta **Cayuela y cols. 2007**<sup>34</sup> Quienes Mencionan que por lo general los fumadores varones advierten los síntomas de enfermedades relacionadas con el consumo prolongado de tabaco, sobre la cuarta década de la vida. Aunque la mayoría se da cuenta empíricamente de los efectos adversos que este tiene sobre la salud ya que se tienen dificultades para hacer comprender a los fumadores el grado en que su salud se ve afectada por el consumo de tabaco hasta que aparecen determinadas enfermedades. La incorporación de herramientas en investigación de resultados en salud, como las escalas de CVRS que evalúan la salud percibida, proporciona nuevas medidas objetivas que disminuyen esta dificultad contemplando el impacto del consumo de tabaco.

La mayoría de los fumadores no manifiesta problemas de salud, en la combustión de tabaco se producen muchos agentes tóxicos y, por ello es necesario valorar la CVRS en personas expuestas al él. Nuestros resultados muestran que los fumadores pese a no presentar enfermedades asociadas, obtienen valores medios del SF-36 (134 pacientes con regular calidad de vida) y que disminuyo su calidad de vida, aunque a pesar de que el consumo del tabaco no parece limitar el desarrollo de actividades físicas leves o de la vida diaria, si afecta las actividades físicas más intensas, por eso los pacientes que realizaban actividad física se percibió mejor calidad de vida que en aquellos y presentaron sedentarismo.

Algunas variables sociodemográficas y del tabaquismo contribuyeron a una mejor percepción de la calidad de vida (CVRS), con un predominio en sexo masculino y empleados que desempeñan adecuadamente sus actividades no siendo intensas que en aquellos que eran pensionados jubilados o amas de casa.

El instrumento ha sido utilizado por varios autores quienes encontraron un buen nivel de adaptación para valorar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Se sabe que el mejor método para valorar la

calidad de vida relacionada con la salud pudiera ser la observación directa de las diferentes actividades o roles psicosociales y físicas de la vida cotidiana, pero esta tarea es poco factible de realizar por el personal de salud. Por otra parte, una ventaja potencial en el sentido de que el instrumento sea de autoadministración es que las respuestas obtenidas reflejan la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en fumadores con una edad de inicio temprana, una gran cantidad de cigarrillos consumidos por día y la poca o nula actividad física que realicen.

## **5 CONCLUSIONES:**

En este trabajo se cumplió con el objetivo general que fue determinar la calidad de vida en pacientes fumadores de la UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA", concluyendo que los pacientes perciben regular calidad de vida relacionada con la salud.

Los resultados obtenidos con su aplicación del cuestionario SF-36 mostraron disminución de la calidad de vida en pacientes con tabaquismo en relación directa con la cantidad de cigarrillos consumidos por día, edad de inicio y quienes no realizaban actividad física.

El SF-36 es un instrumento de autoadministración en español diseñado para medir la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con tabaquismo, que es fácil de contestar por los encuestados y fácil de calificar por el personal de salud. Puede aplicarse incluso en el consultorio para obtener de manera rápida información útil de la percepción de la calidad de vida en pacientes que tienen adicción al consumo del tabaco.

El abordaje del médico especialista en Medicina Familiar debe ser integral y poder intervenir adecuadamente a tiempo para que los pacientes con tabaquismo suspendan esta adicción y así poder cambiar el curso clínico de las complicaciones que el tabaco genera.

## **6 BIBLIOGRAFIA:**

- 1.- Chávez DRC, y Cols. Consumo de Tabaco, Una Enfermedad Social. Rev Inst Nac Enf Resp 2004; 17(3): 204-214
- 2.- Arenas ML, y Cols. Prevalencia de Tabaquismo en Adolescentes de un Colegio de Bachilleres del Estado de Morelos, México. Rev Inst Nac Enf Resp 2004; 17(1): 22-26
- 3.- SEGUNDO CONSENSO MEXICANO PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC. Ed Esp INER 2003: 7-49
- 4.- Tapia CR, y Cols. Panorama Epidemiológico del Tabaquismo en México. Salud Púb Méx 2001; 43(5):1-12
- 5.- Pérez PR, y Cols. Abordaje Diagnostico del Tabaquismo en un Consultorio de Medicina Familiar en La Habana Cuba. Arch Med Fam 2006; 8(3):175-181
- 6.- Pérez PR, y Cols. Abordaje Diagnostico del Tabaquismo en un Consultorio de Medicina Familiar en La Habana Cuba. Arch Med Fam 2006; 8(3):175-181
- 7.- Rojas GA, y Cols. Tabaquismo y Desarrollo de Alergia Durante La Infancia. Mecanismos Fisiopatológicos. Alerg Asma Inmun Ped 2001; 10(2): 43-52
- 8.- Rojas GA, y Cols. Tabaquismo y Desarrollo de Alergia Durante La Infancia. Mecanismos Fisiopatológicos. Alergia Asma Inmun Ped 2001; 10(2): 43-52
- 9.- Pérez PR, y Cols. Abordaje Diagnostico del Tabaquismo en un Consultorio de Medicina Familiar en La Habana Cuba. Arch Med Fam 2006; 8(3):175-181
- 10.- Villalba CJ, Martínez HR. Frecuencia de carcinoma broncopulmonar en pacientes fumadores y no fumadores del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el año 2001. Rev Inst Nac Enf Resp 2004; 17(1): 27-34
- 11.- Pérez PR, y Cols. Abordaje Diagnostico del Tabaquismo en un Consultorio de Medicina Familiar en La Habana Cuba. Arch Med Fam 2006; 8(3):175-181
- 12.- Villalba CJ, Martínez HR. Frecuencia de carcinoma broncopulmonar en pacientes fumadores y no fumadores del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el año 2001. Rev Inst Nac Enf Resp 2004; 17(1): 27-34
- 13.- Villalba CJ, Martínez HR. Frecuencia de carcinoma broncopulmonar en pacientes fumadores y no fumadores del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el año 2001. Rev Inst Nac Enf Resp 2004; 17(1): 27-34
- 14.- Tapia CR. Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas. Edit Manual Moderno, 2da ed, Mex 2001; pp: 31-32

- 15.- Tapia CR. Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas. Edit Manual Moderno, 2da ed, Mex 2001; pp: 31-32
- 16.- Lara RAG, y Cols. Conocimiento de un grupo de médicos mexicanos sobre tratamiento farmacológico para dejar de fumar. Rev Inst Nac Enf Resp 2002; 13(3): 143-148
- 17.- Lara RAG, y Cols. Conocimiento de un grupo de médicos mexicanos sobre tratamiento farmacológico para dejar de fumar. Rev Inst Nac Enf Resp 2002; 13(3): 143-148
- 18.- Wayne R, Guy F. Tobacco Harm Reduction Strategies: The case for physical. Nicotine and Tobacco 2006; 8(2): 157-168
- 19.- Wayne R, Guy F. Tobacco Harm Reduction Strategies: The case for physical. Nicotine and Tobacco 2006; 8(2): 157-168
- 20.- Wayne R, Guy F. Tobacco Harm Reduction Strategies: The case for physical. Nicotine and Tobacco 2006; 8(2): 157-168
- 21.-Grupo de Tabaquismo de la Asociación Galega de Medicina Familiar y Comunitaria, Guías Clínicas 2002; 2 (36): 1-10.
- 22.-Grupo de Tabaquismo de la Asociación Galega de Medicina Familiar y Comunitaria, Guías Clínicas 2002; 2 (36): 1-10
- 23.- Rubio MH, y Cols. Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México. Rev Inst Nac Enf Resp2003; 16(2): 92-102
- 24.- Velarde JE, Avila FC. Consideraciones Metodologicas para Evaluar la Calidad de Vida. Salud Púb Méx 2002; 44(5): 448-463
- 25.- Velarde JE, Avila FC. Consideraciones Metodologicas para Evaluar la Calidad de Vida. Salud Púb Méx 2002; 44(5): 448-463
- 26.- Rajmail L, y cols. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en la Infancia y la Adolescencia: Revisión de la Bibliografía y de los Instrumentos Adaptados en España. Gac Med Sanit 2001; 15(4): 34-43
- 27.- Velarde JE, Avila FC. Consideraciones Metodologicas para Evaluar la Calidad de Vida. Salud Púb Méx 2002; 44(5): 448-463
- 28.- Tuesca MR. La Calidad de Vida, su Importancia y Cómo Medirla. Salud Uninorte. Barranquilla 2005; 21: 76-86
- 29.- Tuesca MR. La Calidad de Vida, su Importancia y Cómo Medirla. Salud Uninorte. Barranquilla 2005; 21: 76-86
- 30.- Tuesca MR. La Calidad de Vida, su Importancia y Cómo Medirla. Salud Uninorte. Barranquilla 2005; 21: 76-86

- 31.- Zúniga MA, y cols. Evaluación del Estado de Salud con la Encuesta SF-36: Resultados Preliminares en México\*. Salud Púb Méx 2002; 41(2): 110-118
- 32.- Zúniga MA, y cols. Evaluación del Estado de Salud con la Encuesta SF-36: Resultados Preliminares en México\*. Salud Púb Méx 2002; 41(2): 110-118
- 33.- Zúniga MA, y cols. Evaluación del Estado de Salud con la Encuesta SF-36: Resultados Preliminares en México\*. Salud Púb Méx 2002; 41(2): 110-118
- 34.- Cayuela A, y cols. Deterioro de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Fumadores Varones Sanos. Arch Bronconeum 2007; 43(2): 56-63
- 35.- Cayuela A, y cols. Deterioro de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Fumadores Varones Sanos. Arch Bronconeum 2007; 43(2): 56-63

## 7 ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

ASPECTOS ETICOS:

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Para la participación en el proyecto:

TITULO DEL PROYECTO

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ . FECHA:

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES FUMADORES DE LA UMF No. 28 GABRIEL MANCERA". El objetivo de este estudio es Evaluar la calidad de vida de pacientes fumadores de la UMF 28. Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista, acudir a consulta que se programe para tomar datos de identificación:

- 1.- Numero De Filiación
- 2.- Turno Del Paciente
- 3.- Nombre Del Paciente
- 4.- Edad
- 5.- Sexo
- 6.- Ocupación
- 7.- Estado Civil
- 8.- Religión
- 9.- Actividad física

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: Beneficios mayor vigilancia y acceso a estudios de gabinete que normalmente no están disponibles para la atención rutinaria de los pacientes, inconvenientes y molestias como es la venopunción, responder a la entrevista dirigida. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, a si como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los que se llevara a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en

cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de investigador

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo

**ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES FUMADORES DE LA UMF No. 28**

**NUMERO DE FOLIO:** \_\_\_\_\_

**TURNO DEL PACIENTE:** 1 ( ) MATUTINO 2 ( ) VESPERTINO

**NUMERO DE  
FILIACIÓN:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL  
PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_ AÑOS

**SEXO:** 1 ( ) FEMENINO 2 ( ) MASCULINO

**OCUPACIÓN:** 1 ( ) AMA DE CASA 2 ( ) EMPLEADO 3 ( )  
DESEMPLEADO

4 ( ) PENSIONADO O JUBILADO 5 ( ) ESTUDIANTE 6 ( ) OBRERO

7 ( ) COMERCIANTE 8 ( ) PROFESIONISTA.

**ESTADO CIVIL:** 1 ( ) SOLTERO 2 ( ) CASADO

3 ( ) VIUDO 4 ( ) DIVORCIADO 5 ( ) UNION LIBRE

**RELIGION:** 1 ( ) CATOLICO 2 ( ) TESTIGO 3 ( ) MORMON 4 ( ) OTRO

**ACTIVIDAD FISICA:** 1 ( ) SEDENTARISMO 2 ( ) EJERCICIO

**TABAQUISMO POSITIVO** ( )

**EDAD DE INICIO DE FUMAR:** \_\_\_\_\_ AÑOS

**NUMERO DE CIGARRILLOS AL DIA:** \_\_\_\_\_

**AÑOS COMO FUMADOR ACTIVO:** \_\_\_\_\_ AÑOS

# Cuestionario de Salud SF-36



## 1. ¿Para qué sirve?

Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental.

Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol; de problemas físicos; limitaciones del rol; problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Para su evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación:

1. El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.
2. El Health Institute otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal.

Las características de las puntuaciones son como siguen:

- A) Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud.
- B) El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

En cuanto al cuestionario:

No está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los temas.

El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

Existe una "versión estándar" que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores y una "versión aguda" que evalúa la semana anterior.

El SF-36 contiene 36 temas formando 8 dimensiones (ver "tabla 1" del apartado "3.Formato").

Definición de las dimensiones y calificación de los temas:

1. Función Física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 temas).
2. Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 temas).
3. Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 temas).
4. Salud General: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 temas).
5. Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 temas).
6. Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 temas).
7. Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 temas).
8. Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 temas).

"Short form" es un instrumento que se diseñó como indicador genérico de nivel de salud para usarse en evaluaciones poblacionales y de políticas de salud. Se puede usar en conjunto con instrumentos específicos para medir resultados en práctica clínica o de investigación. Deriva del "Out Study Questionnaire". Es aplicable a una gama de problemas.



## Cuestionario de Salud SF-36

### 2. ¿Cómo se elabora?

1. Se trata de un cuestionario autoadministrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador, a través del teléfono o mediante soporte informático.
2. Si es autoadministrado se debe contestar como se indica en el formato. En el caso de ser administrado por otra persona, se deben realizar las preguntas y leer las respuestas como están anotadas, para evitar sesgos del entrevistador, por interpretación de las mismas.

### 3. Formato

Tabla 1. Cuestionario de Salud SF-36  
MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

## Cuestionario de Salud SF-36



LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca





SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

## Cuestionario de Salud SF-36

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces

- 4 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa



## Cuestionario de Salud SF-36



Asignación de puntaje.

Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los ítems no respondidos no se consideran.

El enfoque del Health Institute, que da diferentes ponderaciones, es el más recomendado; hay un software para hacerlo

### 4. Ejemplo

No aplica.

### 5. Para mayor información/consulta

[http://64.233.179.104/search?q=cache:1lKt0nesTwIJ:api.m.insal.cl/cdvida/doc/Doc7gyenseenppt+Cuestionario+de+salud+general&hl=es&lr=lang\\_es](http://64.233.179.104/search?q=cache:1lKt0nesTwIJ:api.m.insal.cl/cdvida/doc/Doc7gyenseenppt+Cuestionario+de+salud+general&hl=es&lr=lang_es)

<http://www.imim.es/qqv/eep.htm#>

<http://www.seh-lilha.org/cucadevi.htm#TIPOS>

<http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>

<http://www.sf-36.org/>

<http://www.seh-lilha.org/cucadevi.htm>

Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc). 1995;104:771-6.

<http://www.chime.ucla.edu/measurement/sf-36%20spain.pdf>

