



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
"EL ROSARIO"**



**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD
PERMANENTE TOTAL DERECHOHABIENTES DE LA U.M.F. 33 EL
ROSARIO”**

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DR. CARLOS ARTURO QUIROZ ORTIZ
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

ASESORA
DRA. MONICA SANCHEZ CORONA
MÉDICO FAMILIAR MATRICULA 99352132
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ASESORA DE TESIS

DRA. MONICA SANCHEZ CORONA

MEDICO FAMILIAR MATRICULA 99352132
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No 33 "EL ROSARIO"

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No 33 "EL ROSARIO"

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No 33 "EL ROSARIO"

AUTOR DE TESIS

DR.CARLOS ARTURO QUIROZ ORTIZ

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33

DEDICATORIA

A mi FAMILIA

Mamá, Papi, Ivan (K)...mas que familia mi escuadrón de ángeles, vitales, indispensables...y TODOS, todos los que conforman a mi gran familia, a los Quiroz Álvarez y a los Ortiz Ocampo; abuelos, tíos, primos, sobrinos.

De veras que saben cómo hacer sentir especial y dar apoyo, ojalá hubieran cambiado algunas fiestas para días que no tenía guardia pero pos ya ni modo. Les debo tanto.

A mi amigos

A todos los del cuadro, a los de la carrera, a todos y obvio a mis compañeros de la residencia que supieron ser amigos y con los cuales que compartí tantos momentos especiales, difíciles, todo de todo.

Rubi

Porque crees en mí, porque me apoyas y me alientas, porque entras en la categoría de amiga, compañera, confidente y mi chica, gracias por tu sonrisa, mi combustible.

INDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
MATERIAL Y MÉTODOS	15
RESULTADOS	17
TABLAS Y GRÁFICAS	19
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	39

RESUMEN

Calidad de vida en pacientes con dictamen de incapacidad permanente total, derechohabientes de la UMF 33.

Sánchez Corona Mónica¹, Quiroz Ortiz Carlos Arturo².

Introducción. La incapacidad permanente, es un tema que ha sido poco abordado en general incluyendo a la evaluación de la calidad de vida en pacientes con dictamen de incapacidad permanente total. **Objetivo** Determinar la calidad de vida en pacientes con dictamen de incapacidad permanente total, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 33 El Rosario.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal, prolectivo, descriptivo, observacional al cual se le calculó una muestra de 127 pacientes con dictamen de incapacidad permanente total mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se aplicó el cuestionario "Quality of Life Index" en su versión española (QLI-Sp) y con una escala diseñada para lograr el objetivo de este estudio se evaluó la calidad de vida de estos pacientes y se realizó un análisis estadístico con el cual se pudieron obtener importantes conclusiones.

Resultados. La incapacidad permanente fue más frecuente entre los hombres 72%, por 28% de la mujeres con una calificación promedio entre los hombres de 8.2 (muy buena) y las mujeres 8.6 (muy buena), sin diferencia significativa entre los que eran portadores de padecimientos crónicos. **Conclusiones.** No hubo una calidad de vida baja tal vez porque los pacientes eran de reciente dictamen.

Palabras clave: Calidad de vida, accidente de trabajo, incapacidad permanente total

¹ Med. Fam. U.M.F.N°33

² Med.Red.3er.Año

INTRODUCCION

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.^{1, 2.}

La calidad de vida ha sido usada en modelos matemáticos para la predicción del impacto económico de una enfermedad, desde perspectivas sociales o institucionales. Una manera de relacionar la cantidad y calidad de vida se basa en combinarlas dentro de una medición, como los años de vida ajustados por calidad. Sin embargo en años recientes, se ha avanzado en la obtención de más y mejores mediciones. Tanto la calidad de vida como las mediciones económicas, se han venido incorporando como resultado adicional de los ensayos clínicos. Ambos campos de la investigación son relativamente nuevos y necesitan encontrar soluciones para un importante número de problemas metodológicos.^{1,3}

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población.^{1, 4}

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad.^{2, 3}

Uno de los instrumentos que se ha utilizado ampliamente es el Índice de Calidad de Vida "Quality of Life Index" en su versión española (QLI-Sp). Este instrumento fue diseñado originalmente en cuatro idiomas: inglés, español, chino y coreano. Este índice presenta índices de aplicabilidad y validez adecuados, además es un instrumento breve y fácil de utilizar. Posibilita obtener medidas de calidad para población clínica como no clínica y permite evaluar aspectos relacionados no solo con la enfermedad sino con la salud. Este instrumento ha sido validado en España y en Latinoamérica, y se encuentra actualmente en uso.^{5,6}

El índice incluye 10 dimensiones, con formato de respuesta de opción múltiple, compuesto por una escala que va de 1 a 10, en la que 10 significa “muy buena” en cuanto a la percepción de la calidad de vida por parte del paciente en cada uno de los Items y 1 significa “muy malo” en cuanto a la percepción de la calidad de vida, y 5 nos habla de una escala que resulta indiferente para él paciente, sin representar un aspecto negativo en su vida diaria pero tampoco ofrece beneficios^{5,6}.

En base a los resultados se sumarán y se clasificarán según la siguiente tabla

10-19....muy mala
20-39....mala
40-59....regular
60-79....buena
80-100...muy buena

Los aspectos que considera el instrumento son:

- *Bienestar psicológico*: Estado de la persona, en el que se hace sensible el buen funcionamiento de su actividad psíquica, sensación del paciente en el cual su autoestima y estado psicológico se encuentran preservados^{7,8}.
- *Bienestar físico*: Estado de la persona humana en el que se hace sensible el buen funcionamiento físico o de otra forma dicho es la sensación experimentada por la persona de sentirse sin dolores, ni problemas físicos, sentirse lleno de energía^{7,8}.
- *Auto cuidado y funcionamiento independiente*: Posibilidad de ejecutar acciones y funciones que son propias de las personas y poder tomar sus propias decisiones^{7,8}.
- *Funcionamiento ocupacional*: Capacidad de ejecutar acciones y funciones propias de un empleo sin restricciones^{7,8}.
- *Funcionamiento interpersonal*: Capacidad realizar acciones de comunicación sin ninguna restricción social, psicológica o física^{7,8}.
- *Apoyo emocional y social*: Ayuda psicológica, y social por familiares o no con disposición de personas en quien pueda confiar para exponer sus sentimientos, y problema^{7,8}s.
- *Apoyo comunitario y de servicios*: Protección por parte de la seguridad social y acceso asistencias sociales^{7,8}.
- *Autorrealización o plenitud personal*: Sensación de Integridad y equilibrio personal, dignidad y solidaridad, disfrutar plenamente de su sexualidad, artes, deporte^{7,8}.
- *Satisfacción espiritual*: Sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia algo que va más allá de lo material y que contribuye a la paz interior de cada persona^{7,8}.
- *Valoración Global de la Calidad de Vida*: Visión en general del paciente de su propia calidad de vida⁵

Estas dimensiones representan, según los autores 10 aspectos relevantes para la evaluación del constructo calidad de vida.⁵

Cada ítem es valorado por el sujeto según su perspectiva personal en el momento actual.¹ La investigación de la estructura interior de QLI-Sp documentó la coherencia del instrumento alrededor de un concepto unificado de la calidad de vida⁵.

Mezzich (2000) validó al español el cuestionario Quality of Life Index (QLI-Sp), en una muestra de 60 pacientes psiquiátricos hispanos que radican en New York. Este fue hecho en el Center For Mental Health, con 20 pacientes ambulatorios, 20 hospitalizados y 20 pacientes parcialmente hospitalizados y se aplicó también a 20 profesionales de la salud, el tiempo promedio de respuesta fue de 2.4 minutos entre profesionales de la salud y de 3.6 minutos en los pacientes. Realizando prueba piloto para la validación lingüística. La fiabilidad de la prueba y coeficiente de correlación interna final fue de .89 (alpha de Cronbach).⁵

Schwartz (2004) validó el cuestionario Quality Of Life Index (QLI-Sp) en Perú, en una muestra de 130 sujetos de población en general mayores de 18 años, el tiempo promedio de contestación del cuestionario fue de 4 minutos, con una consistencia interna (alpha de Cronbach) de 0.88.⁶

Bulacio (2004) validó el cuestionario Quality Of Life Index (QLI-Sp), en una muestra Argentina de 300 sujetos mayores de 18 años. Realizándose una prueba piloto con 15 sujetos en la población en general realizando ajustes para la validación lingüística. Se obtuvo una consistencia interna medida por alpha de Cronbach de 0.79 considerándose un nivel de homogeneidad entre los ítems y por lo tanto de confiabilidad adecuado.⁹

González (2004) utilizó el Quality Of Life Index (QLI-Sp) en su versión al español a 127 estudiantes de medicina y 69 enfermeras en la Ciudad de la Habana Cuba, considerando al instrumento comprensible, factible y las diferencias entre los grupos fueron discretas.¹⁰

Hurtado Murillo (2006) realizó un estudio para valorar calidad de vida con el Quality of Life Index (QLI-SP) en su versión al español, en 26 pacientes transexuales antes y después de un año de su intervención psicológica, hormonal y quirúrgica en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunidad Valenciana, el índice de calidad de vida fue analizado por diferencias de medias y con un intervalo de confianza de 95% en este estudio.¹¹

La validación del estudio de la versión en español del Índice de Calidad de Vida (QLI-SP) mostró que este instrumento es eficiente, y fácil de completar (toma menos de 4 minutos en completarse). Habiendo sido utilizado en varios países de Latinoamérica para evaluar la calidad de vida en diferentes situaciones, no así en pacientes con incapacidad permanente, que es ocasionado por accidente de trabajo.⁵

ANTECEDENTES

La incapacidad permanente es un tema que ha sido poco abordado en general incluyendo a la evaluación de la calidad de vida en pacientes con este dictamen por lo que nuestro instrumento tampoco tiene experiencia en estudios acerca de incapacidad permanente, siendo este un grupo de pacientes vulnerables a la afección de su calidad de vida precisamente por la incapacidad que se deriva, encontrando estudios los cuales han incluido a población latinoamericana^{5,6,9,10}.

Diversos estudios han abordado a la incapacidad permanente en otras áreas de la salud y se ha encontrado que el principal sistema afectado es el osteoarticular arrojando un número importante de pacientes afectados como Delgado Serrano (2005) en su estudio fracturas bi-condrales de tibia, tratamiento con fijación interna vs fijación externa en el cual pese a los manejos ofrecidos se presentaron complicaciones funcionales como el 61% que presentó una alineación en valgo, otro 85% presentó algún grado de artrosis, y un 5.3% terminó con dictamen de incapacidad permanente total, y de acuerdo a sus estándares se obtuvieron resultados satisfactorios en el 59% y en el trabajo de Sánchez F. (2007) Patología del manguito rotador en el ambiente laboral, arrojó que su etiopatogenia se debe principalmente a sobrecargas mecánicas a lo largo del tiempo, por lo que son más frecuentes a partir de una mediana edad, alrededor de los 40 años, en varones, hombro derecho y patología de origen laboral y derivando en un 6.1% de los pacientes en incapacidad permanente total lo que nos habla que pese a los tratamientos oportunos, el dictamen de incapacidad permanente se presentó y las actividades básicas y de auto-cuidado del paciente se ven afectadas^{12,13,14}.

Por lo anterior, y dada la importancia de considerar que la incapacidad permanente es una situación que afectará la calidad de vida de los pacientes, dado que es un estado que limita la actividad laboral, siendo ésta el causal de dicha incapacidad, es conveniente mencionar que se considera accidente de trabajo a toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior; o la muerte, producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se preste. También se considera accidente de trabajo el que se produce al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar de trabajo y de éste a aquél^{15,16}.

El accidente del trabajo constituye la base del estudio de la Seguridad Industrial, y lo enfoca desde el punto de vista preventivo, estudiando sus causas (por qué ocurren), sus fuentes (actividades comprometidas en el accidente), sus agentes (medios de trabajo participantes), su tipo (como se producen o se desarrollan los hechos), todo ello con el fin de desarrollar la prevención^{15,16}.

Accidentes de trayecto: son los ocurridos en el trayecto directo entre la habitación y el lugar de trabajo y viceversa. Otros accidentes del trabajo

- Los sufridos por dirigentes sindicales a causa o con ocasión de su cometido gremial.

- El experimentado por el trabajador enviado al extranjero en casos de sismos o catástrofes.
- El experimentado por el trabajador enviado a cursos de capacitación ocupacional

El prototipo legal de accidente de trabajo es el que se produce en el centro de trabajo y dentro del horario laboral o que entre dentro de las condiciones ya explicadas previamente.^{15,16}

De acuerdo a la Ley del Seguro Social en el artículo 55 menciona que los riesgos de trabajo pueden producir incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial o total e incluso la muerte.^{15,16}

Incapacidad permanente total se define como la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.^{15,16}

La incapacidad permanente asociada a accidente de trabajo afecta en un mayor porcentaje a hombres y por grupo de edad se presenta mayormente en los grupos comprendidos entre los 35 y 49 años y para mayores de 50 años, encontrándose dentro de estos grupos un porcentaje muy importante de personas en edad laborar y que resultaran productivas para la sociedad. A nivel internacional el porcentaje de incapacidad permanente varía de acuerdo a la profesión con una variación que va desde el 1.4 hasta el 3.7 por cada 10000 pacientes trabajadores.^{17,18,19,20}

En México la diferencia entre profesiones también es muy marcada y se encuentra desde 1.5 pacientes por cada 10,000 hasta un alto 8.1 por cada 10,000. De este total el 12.4% corresponde al grupo etario de 16-34 años, 29.9% de 35-49 años y el 57% en el grupo de mayores de 50 años^{17,18,19,20}.

En la UMF 33 en el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2008 y 31 de julio del 2010 se obtuvo un 0.56% de la población con dictamen de incapacidad permanente total. Y también están las personas de quienes dependen familiares u otras personas y que ahora se encuentran limitadas en varios puntos de su vida diaria.^{17,18,19,20}

Las consecuencias de estas entidades pueden ser de larga duración, irreversibles e incluso causar la muerte, así como conducir a dificultades en las funciones de la vida diaria, o limitar las posibilidades de participar en las actividades sociales dentro de la familia y la comunidad.²⁰

Como ya se mencionó previamente, si bien no existen estudios enfocados a indagar la calidad de vida de los pacientes con dictamen de incapacidad permanente, existen otras condiciones o entidades biológicas que causan cierto grado de discapacidad en las cuales se ve afectada la calidad de vida²⁰.

En Cuba, realizó un estudio descriptivo para identificar la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas (enfermedades del corazón, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares, utilizando el instrumento

WHOQOL _ BREF. Los resultados que arrojó fueron los siguientes: 51,3 de los enfermos consideraron su calidad de vida relacionada con la salud "ni pobre ni buena" y 33,3 como "buena". 48,6 se valoró "ni satisfecho ni insatisfecho" y 33,3 "satisfecho". La salud psicológica fue calificada "alta" en los tres tipos de enfermedades y el dominio que explora ambiente recibió la calificación de "regular." Las mujeres, en ambos grupos de edades, la consideraron "aceptable". Por tipo de enfermedad, las de 45 y más años, que padecían un tumor, tenían una "alta" calidad de vida relacionada con la salud. Concluyen que el instrumento WHOQOL _ BREF permitió medir correctamente la calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas, lo que supone que es aplicable al contexto cubano. La salud psicológica resultó la mejor valorada en cualesquiera de las enfermedades estudiadas²¹.

Landeró RMR (2004), realizó un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo, en el periodo comprendido del 01 de enero de 2000 al 30 de junio de 2003, con el objetivo de determinar la prevalencia de enfermedades crónicas articulares causantes de pensión en asegurados adscritos a la U.M.F. N°33, encontrando que de un total de 325 pensiones, 60 correspondieron a Enfermedades crónicas articulares (ECA); siendo la media de edad de 43 años, con predominio en el sexo masculino (64%). La ECA más frecuente fue el síndrome doloroso lumbar (52%), seguido de Gonartrosis (13%) y en tercer lugar la Espondiloartrosis (11%). La escolaridad que predominio fue primaria (41.5%). La mayoría de los pensionados desempeñaba ocupación de ayudante general (28.30%), posteriormente afanadores (9.43%), seguido de operador de máquinas y mecánico en un 7.55% cada uno. EL promedio de tiempo laborado fue de 11.47 años, variando en un rango de 4 meses hasta 40 años. El 45% de los casos obtuvieron el dictamen de pensión vía demanda; el 81% fueron definitivas (43 casos)²².

De la Palma E. (2004), realizó un estudio en la UMF N° 33, descriptivo, transversal, observacional y prolectivo, con el objetivo de determinar la calidad de vida en derechohabientes adultos mayores de 60 a 85 años de edad, a los cuales se les aplicó el test para la valoración de la calidad de vida con el Perfil de Salud de Nottingham, lo cual arrojó los siguientes resultados: el sexo femenino es el más afectado en la calidad de vida (más del 50%), siendo las variables más afectadas la de sueño, energía y reacciones emocionales. En cuanto a la edad, se concluye que a mayor edad, peor es la calidad de vida, en este caso el rango de edad más afectado es el que va de 75 a 79 años de edad. El estrato socioeconómico más afectado es el obrero, seguido del medio bajo, en sus variables de movilidad física, sueño, energía y reacciones emocionales; así mismo a más bajo nivel de escolaridad, más afectación en la calidad de vida²³.

En líneas generales, la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. Tomando en cuenta que los pacientes con dictamen de incapacidad permanente total, representan un grupo importante de pacientes que de algún modo dejarán de producir en lo laboral y de no haber una intervención adecuada y a tiempo el paciente corre peligro de caer en estado patológicos y de improductividad en lo que respecta a sus actividades diarias y también de dependencia hacia algún familiar o, incluso, de alguna institución.^{2, 7, 8, 17, 18, 20.}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la discapacidad constituye un asunto de primera importancia por la demanda de servicios especializados y de rehabilitación, los costos de su atención y la expedición de incapacidades y certificados de invalidez.

Los accidentes de trabajo representan un punto importante en lo que refiere a todo tipo de pacientes, en algunos pudiendo incluso causar la imposibilidad de desempeñarse laboralmente parcial o completamente, todo esto en base a la naturaleza del accidente y la gravedad de esta que se manifiesta incluso en la vida diaria del paciente.

Por ello, en el IMSS, los servicios de salud en el trabajo tienen la facultad para dictaminar los estados de incapacidad permanente, ya sea parcial o total. El procedimiento implica confrontar las capacidades residuales del trabajador y los requerimientos de su labor, y determinar si existe o no aptitud para el desempeño laboral.

Este tipo de pacientes representan un grupo importante dentro de la población desde el punto de vista económico y de personal para el IMSS, para los patrones y para el mismo paciente siendo este otro factor que puede acentuar la afectación en su calidad de vida.

Dado que la calidad de vida es un concepto vago en su asociación con la incapacidad permanente, difícil de definir y medir y es de naturaleza multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, accesos a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, empleo, así como situación económica, abarca aspectos relacionados con enfermedad y su tratamiento, toda vez que la incapacidad permanente tiene impacto en cada uno de los tópicos a evaluar en nuestro instrumento, reflejándose en la vida diaria de estos pacientes, por lo que es importante identificar la existencia de afectación en su calidad de vida.

¿Cuál es la Calidad de Vida en pacientes con dictamen de incapacidad permanente total, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 33 El Rosario?

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional con el objetivo de determinar la calidad de vida en pacientes con dictamen de incapacidad permanente.

Siendo criterios de inclusión: Pacientes con dictamen de incapacidad permanente otorgado en el periodo del 1º de enero del 2008 a julio del 2010, que acepten contestar el cuestionario, que estén adscritos a la UMF No 33 El Rosario y pacientes de ambos sexos y cualquier edad. Los criterios de exclusión: Pacientes que estuviera en trámite su dictamen de incapacidad permanente por accidente de trabajo, que no deseen participar en el estudio. Y los criterios de eliminación son los cuestionarios contestados de manera incompleta. Se calculó un tamaño de muestra de 127 pacientes, considerando perdidas, con un tipo de muestreo no probabilístico, por conveniencia.

Se acudió al Servicio de Medicina del Trabajo y accedimos a su base de datos en donde se lleva el registro de todos los pacientes vistos por su servicio, de ahí se obtuvo el total de pacientes con dictamen de incapacidad permanente en el periodo que comprende del 01 de enero del 2008 al 31 de julio de 2010 de los cuales se obtuvo información adicional como nombre, número de seguridad social y numero de consultorio para posteriormente contactarlos cuando acudan a su consulta de control mensual y en caso de no alcanzar la cobertura de la muestra se acudirá a la base de datos de los pacientes con dictamen de incapacidad permanente obtenida del servicio de Medicina del Trabajo para concertar cita en la unidad o realizar visita domiciliaria.

Posterior a la aceptación por parte CLIS local y de las autoridades de la Unidad se invitó a los pacientes a participar y mediante el documento Consentimiento informado se solicita su autorización para ser incluidos en el estudio, toda vez que cumplan con los criterios de inclusión (Anexo 1).

Se les explicó a los pacientes el objetivo del estudio y que su participación consta de responder el cuestionario diseñado para este estudio, basado en el **Quality of Life Spanish versión (QLI-Sp)** cuya versión original fue desarrollada por Mezzich, Cohen y otros colaboradores, el cual es un cuestionario plenamente validado a nivel mundial y desde 1999 fue validado al español, al cual se anexaron una serie de datos generales del paciente: edad que colocó el paciente en años cumplidos al momento del estudio; sexo, en donde marcó si es masculino o femenino, así como si padecen alguna otra enfermedad. La siguiente parte del instrumento, será el **Quality of Life Spanish versión (QLI-Sp)**, del cual los puntos que evalúa son:

- Bienestar psicológico que es el estado de la persona, en el que se hace sensible el buen funcionamiento de su actividad psíquica, sensación del paciente en el cual su autoestima y estado psicológico se encuentran preservados. El cuál se evaluará en el ítem 1.
- Bienestar físico es el estado de la persona humana en el que se hace sensible el buen funcionamiento físico o de otra forma dicho es la sensación experimentada por la persona de sentirse sin dolores, ni

problemas físicos, sentirse lleno de energía. . El cuál se evaluará en el ítem 2.

- Auto cuidado y funcionamiento independiente se refiere a la posibilidad de ejecutar acciones y funciones que son propias de las personas y poder tomar sus propias decisiones. . El cuál se evaluará en el ítem 3.
- Funcionamiento ocupacional que es la capacidad de ejecutar acciones y funciones propias de un empleo sin restricciones. . El cuál se evaluará en el ítem 4.
- Funcionamiento interpersonal es la capacidad de realizar acciones de comunicación sin ninguna restricción social, psicológica o física. . El cuál se evaluará en el ítem 5.
- Apoyo emocional y social que se refiere a la ayuda psicológica, y social por familiares o no con disposición de personas en quien pueda confiar para exponer sus sentimientos, y problemas. . El cuál se evaluará en el ítem 6.
- Apoyo comunitario y de servicios es la protección por parte de la seguridad social y acceso asistencias sociales. . El cuál se evaluará en el ítem 7.
- Autorrealización o plenitud personal es la sensación de Integridad y equilibrio personal, dignidad y solidaridad, disfrutar plenamente de su sexualidad, artes, deporte. . El cuál se evaluará en el ítem 8.
- Satisfacción espiritual es el sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia algo que va más allá de lo material y que contribuye a la paz interior de cada persona. . El cuál se evaluará en el ítem 9.
- Valoración Global de la Calidad de Vida se refiere a la visión en general del paciente de su propia calidad de vida. . El cuál se evaluará en el ítem 10.

Dicho cuestionario califica los diferentes Ítems en una escala del 1 al 10 siendo 1 y 2 muy mala, 3 y 4 mala, 5 y 6 regular, 7 y 8 buena, 9 y 10 muy buena

Mediante un análisis de datos nos dimos una idea del nivel en la calidad de vida de estos pacientes, de este modo se analizaron hasta que punto y que puntos obligatoriamente tendremos que intervenir como médicos familiares.

Todo lo anterior desde un punto de vista personal de cada paciente. Y por último los datos se concentraron en una base de datos para el análisis de los valores.

El estudio se apegó a los Lineamientos éticos de investigación en salud, en seres humanos.

RESULTADOS

Se realizaron 127 encuestas a pacientes con dictamen de incapacidad permanente en la UMF 33, dentro de las cuales no hubo encuestas que excluir, obteniendo los siguientes resultados.

En cuanto a **género** del total de 127 pacientes, 91 pacientes correspondieron al género masculino siendo un 71.6% con un promedio total de los 10 ítems de 8.82 (muy buena) y 46 pacientes correspondieron al género femenino representando un (28.3) con una calificación de 8.65 (muy buena). (Tabla y gráfica No 1 y 2)

En lo que respecta a la **edad** el promedio fue de 43.5 incluyendo a ambos géneros, el promedio dentro del género femenino fue de 46 años y en género masculino fue de 41 años. (Tabla y gráfica No 3).

Respecto a los padecimientos crónico-degenerativos 15 pacientes (11.8%) eran portadores de DM y HAS con una calificación promedio de los 10 ítems de 8.15 (muy buena), otros 22 pacientes (17.3%) eran portadores de DM con una calificación promedio de 7.95 (buena), 33 pacientes (25.9%) eran portadores de HAS con una calificación promedio de 8.2 (muy buena) y por último 4 pacientes (3.14%) eran portadores de Artritis Reumatoide con una calificación de 7.9 (buena). (Tabla y gráfica No 4 y 5).

El ítem número 1 que evalúa el bienestar físico el promedio sin distinción de géneros fue 7.9 (buena), en lo que respecta al género masculino el promedio fue de 7.69 (buena), para el género femenino el promedio fue de 8.3 (muy bueno). (Tabla y gráfica No 6).

El ítem número 2 que evalúa el bienestar psicológico/emocional promedió entre ambos géneros 8.05% (muy bueno), los hombres presentaron una calificación de 7.8 (bueno) y las mujeres arrojaron un 8.36 (muy bueno). (Tabla y gráfica No 7).

El ítem número 3, evalúa el autocuidado y funcionamiento independiente mostro un 8.19 de calificación promedio (muy buena) presentando ligeramente mayor calificación entre el género femenino con 8.25 (muy bueno) por un 8.15 (muy bueno) entre los hombres. (Tabla y gráfica No 8)

El ítem número 4, funcionamiento ocupacional incluyendo a ambos géneros el promedio de calificación fue 7.15 (bueno) con un 6.5 (buena) entre los hombres y 7.8 (buena) entre las mujeres. (Tabla y gráfica No 9).

El Ítem número 5 evalúa el funcionamiento interpersonal dándonos en total una calificación promedio de 8.5, presentando las mujeres una mejor calificación con 8.88 contra un 8.36 entre los hombres. (Tabla y gráfica No 10).

El Ítem número 6 el cual evalúa el apoyo emocional y social mostro un 9.2 (muy buena) de calificación global con un 9.1 (muy buena) de calificación promedio entre los hombres y un 9.3 (muy buena) entre las mujeres. (Tabla y gráfica No 11).

El Ítem número 7 que valora el apoyo comunitario y de servicios mostro una calificación promedio sin distinción de géneros de 9.05 (muy buena), los hombres mostraron 9 de calificación (muy buena) mientras que las mujeres presentaron como calificación promedio 9.15 (muy buena). (Tabla y gráfica No 12).

El Ítem número 8 evaluó la auto realización o plenitud personal arrojó como calificación total un 8.5 (muy buena), los hombres presentaron 8.41 (muy buena) y las mujeres 8.76 (muy buena) (Tabla y gráfica No 13).

El Ítem número 9 el cual valora la satisfacción espiritual nos dio como resultado global 9 (muy buena), por género los hombres presentaron una calificación de 9.2 (Muy buena) y las mujeres 8.86 (muy buena) (Tabla y gráfica No 14).

El Ítem número 10 que evaluó la percepción global de la calidad de vida arrojó una calificación entre ambos géneros de 8.65 (muy buena), con una calificación entre los hombres de 8.5 (muy buena) y en la mujeres de 8.89 (muy buena) (Tabla y gráfica No 15).

TABLAS Y GRAFICAS

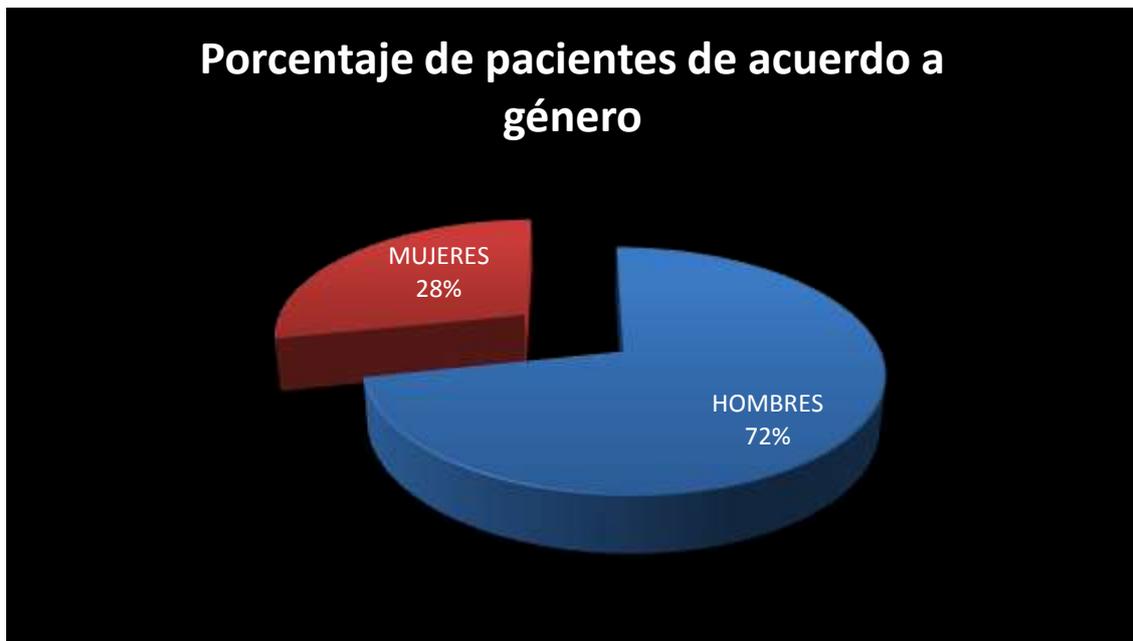
TABLA No 1

Porcentaje de los pacientes de acuerdo a género

HOMBRES	MUJERES
91 (72%)	46 (28%)

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 1



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

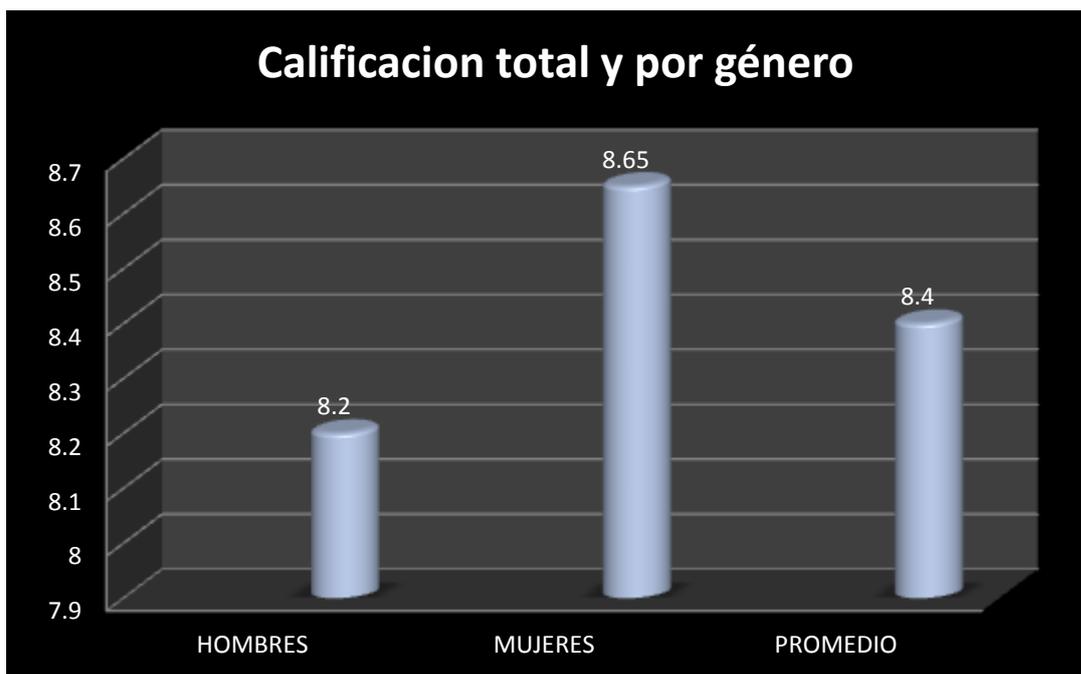
TABLA No 2

Calificación total por género y total

Calificación Total	8.42 (muy buena)
Hombres	8.2 (muy buena)
Mujeres	8.65 (muy buena)

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 2



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

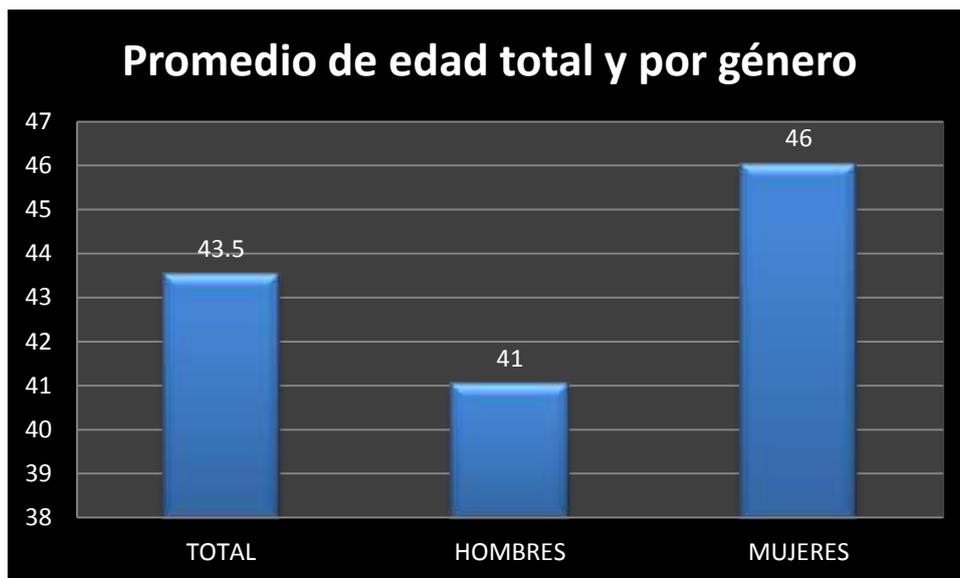
TABLA No 3

Promedio de edad en años

Edad Promedio	43.5
Hombres	41
Mujeres	46

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 3



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

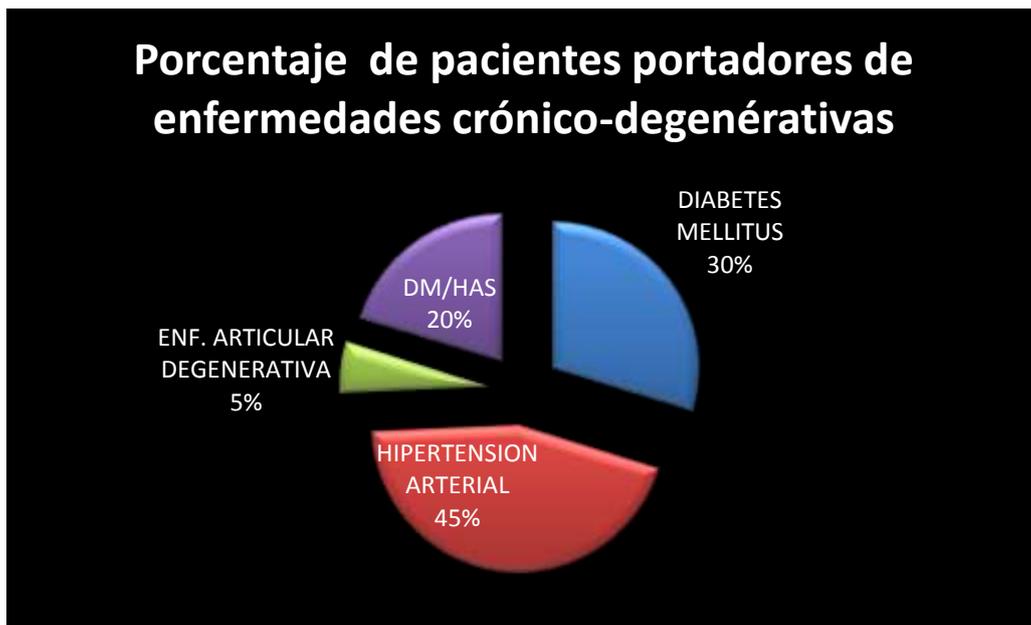
TABLA No 4

Porcentaje de pacientes con padecimientos Crónico-degenerativos

PADECIMIENTO	CASOS / PORCENTAJE
Diabetes Mellitus	22 (17.3%)
Hipertensión Arterial	33 (25.9%)
Diabetes M / Hipertensión	15 (11.8%)
Enf. Articular degenerativa	4 (3.14%)

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 4



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

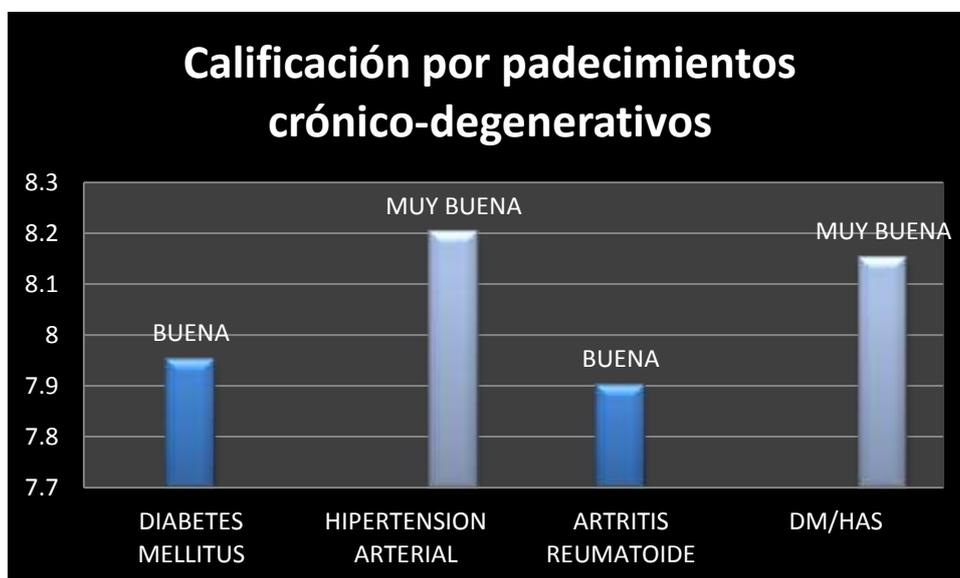
TABLA No 5

Calificación por Padecimientos Crónico-degenerativos.

PADECIMIENTO	CALIFICACION
Diabetes Mellitus	7.95 (buena)
Hipertensión Arterial	8.20 (muy buena)
Diabetes / Hipertensión	8.15 (muy buena)
Artritis Reumatoide	7.90 (buena)

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 5



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

TABLA No 6

Resultados del bienestar físico

ITEM No 1	CALIFICACION	ESCALA
TOTAL	7.9	BUENA
HOMBRES	7.69	BUENA
MUJERES	8.3	MUY BUENA

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 6



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

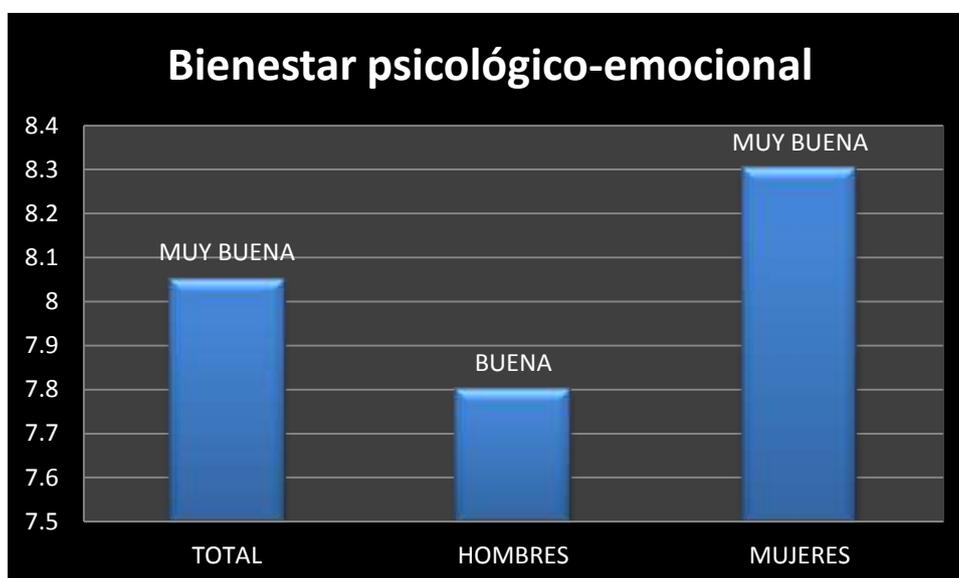
TABLA No 7

Resultados del bienestar psicológico

ÍTEM No 2	CALIFICACION	ESCALA
TOTAL	8.05	MUY BUENA
HOMBRES	7.8	BUENA
MUJERES	8.36	MUY BUENA

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 7



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

TABLA No 8

Resultados del autocuidado y funcionamiento independiente

ITEM No 3	CALIFICACIÓN	ESCALA
TOTAL	8.19	MUY BUENA
HOMBRES	8.14	MUY BUENA
MUJERES	8.25	MUY BUENA

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 8



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

TABLA No 9

Resultados del funcionamiento ocupacional

ITEM No 4	CALIFICACIÓN	ESCALA
TOTAL	7.15	BUENA
HOMBRES	6.5	BUENA
MUJERES	7.8	BUENA

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 9



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

TABLA No 10

Resultados del funcionamiento interpersonal

ITEM No 5	CALIFICACION	ESCALA
TOTAL	8.5	MUY BUENA
HOMBRES	8.36	MUY BUENA
MUJERES	8.88	MUY BUENA

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 10



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

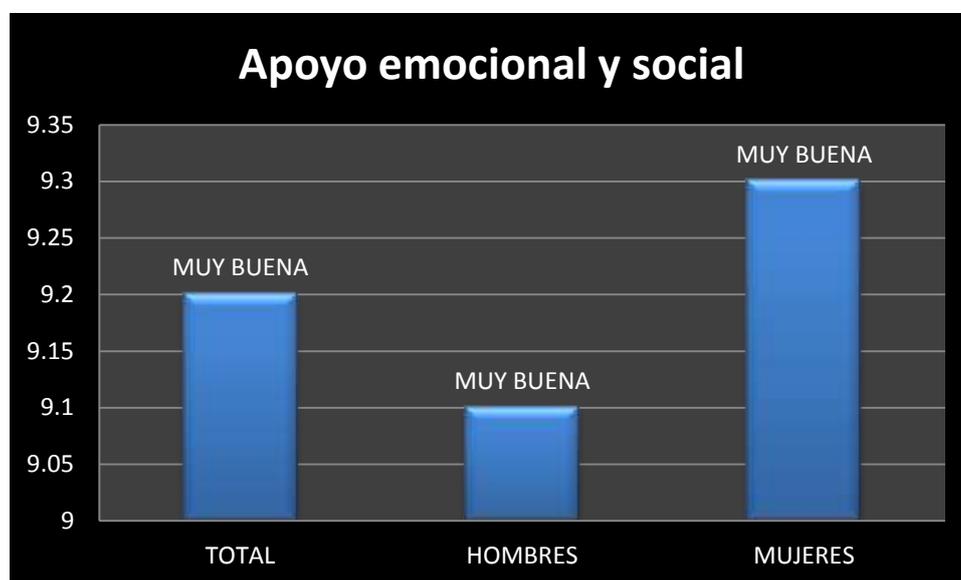
TABLA No 11

Resultados del apoyo emocional y social

ÍTEM No 6	CALIFICACION	ESCALA
TOTAL	9.2	MUY BUENA
HOMBRES	9.1	MUY BUENA
MUJERES	9.3	MUY BUENA

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 11



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

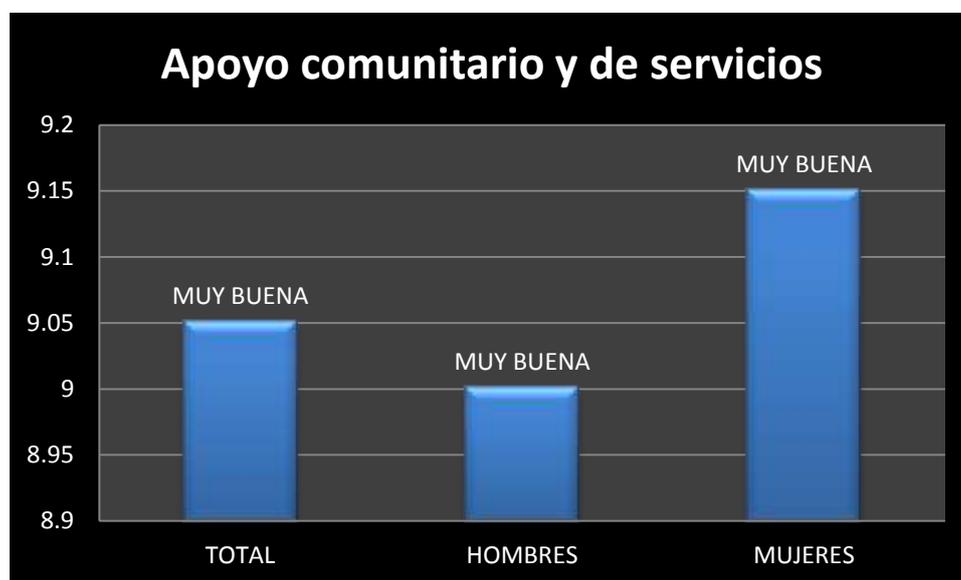
TABLA No 12

Resultados del apoyo comunitario y de servicios

ÍTEM No 7	CALIFICACION	ESCALA
TOTAL	9.05	MUY BUENA
HOMBRES	9	MUY BUENA
MUJERES	9.15	MUY BUENA

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 17



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

TABLA No 13

Resultados de la autorrealización o plenitud personal

ÍTEM 8	CALIFICACIÓN	ESCALA
TOTAL	8.58	MUY BUENA
HOMBRES	8.41	MUY BUENA
MUJERES	8.76	MUY BUENA

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 13



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

TABLA No 14

Resultados de la satisfacción espiritual

ÍTEM 9	CALIFICACIÓN	ESCALA
TOTAL	9	MUY BUENA
HOMBRES	9.2	MUY BUENA
MUJERES	8.8	MUY BUENA

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 14



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

TABLA No 15

Resultados de la percepción global de la calidad de vida

ÍTEM 10	CALIFICACIÓN	ESCALA
TOTAL	8.65	MUY BUENA
HOMBRES	8.5	MUY BUENA
MUJERES	8.8	MUY BUENA

FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

GRAFICA No 15



FUENTE: CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE "

DISCUSION

En este estudio se utilizó el cuestionario denominado Quality of life index-spanish versión el cuál se aplico a un total de 127 pacientes con dictamen de incapacidad permanente en el cuál el porcentaje más alto es entre los hombres con un 72% lo cual coincide con lo encontrado por Landeros en 2004 que realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de enfermedades crónica articulares causantes de pensión en asegurados adscritos a la UMF 33 donde el 64% de los pacientes de su muestra pertenecían al género masculino.

En el presente estudio encontramos en promedio una mejor calidad de vida en el género femeninos, lo cual es opuesto a lo encontrado por De la Palma quien en 2004 realizó un estudio denominado Calidad de vida del adulto mayor derechohabiente del IMSS en un primer nivel de atención de salud en la UMF 33 encontrando que el género que se veía mayormente afectado era el femenino de manera significativa.

En lo referente a la edad obtuvimos que el diagnostico de incapacidad permanente es más frecuente entre los hombres jóvenes con un 72% del total de la muestra que pertenecía a este género con un promedio de edad de 41 años lo cual coincide con el Informe del Comité Mixto OIT/OMS denominado Epidemiología de las enfermedades y accidentes relacionadas con el trabajo del 2010 donde el dictamen se presento mayormente entre hombres de 35 a 45 años.

Arancon en su estudio epidemiológico sobre la incapacidad permanente para el trabajo en 2007 también mostro que los hombres jóvenes de entre 35 y 49 años son la mayoría de los casos representando en este caso un 57% de la muestra total.

Sánchez en su estudio Patología de manguito rotado en el ambiente laboral encontró que la incapacidad permanente se presenta en hombres de aproximadamente 40 años coincidiendo con lo encontrado en nuestro estudio

En lo referente a padecimientos crónico-degenerativos los resultados de nuestro estudio no mostraron diferencia significativa con aquellos que no son portadores de ningún padecimiento de esta naturaleza, manteniéndose los resultados dentro de los rangos de buena y muy buena, en contraparte a lo obtenido por Castillo en 2008 quien en su estudio denominado Calidad de vida relacionado con la salud en personas con enfermedades crónico-degenerativas que un 51% de la muestra obtuvo una calificación de regular contra la calificación promedio de nuestro estudio que estuvo dentro de buena y muy buena.

Sin embargo si se encontró ligeramente una calificación más baja en aquellos pacientes portadores de padecimientos osteoarticulares, lo cual coincide con lo

encontrado por Delgado Serrano en 2005 en su estudio Fracturas bicondeales de tibia, tratamiento con fijación interna versus fijación externa donde el mayor número de complicaciones y recaídas físicas lo presentan sin duda los pacientes portadores de enfermedades osteoarticulares degenerativas, lo cual se refleja en su calidad de vida

En el aspecto psicológico y emocional Castillo encuentra tal y como en nuestro estudio que no se ve afectado de manera importante pero si por abajo del promedio de casi todos los demás Ítems.

En los demás puntos que determinan lo que es la calidad de vida De la Palma si encuentra afectada la calidad de vida de sus pacientes los cuales son todos pacientes de la tercera edad lo que se contrapone a nuestros pacientes que en su mayoría son jóvenes y de reciente diagnostico.

Bulacio uso el mismo instrumento que en nuestro estudio en el 2004 para determinar la calidad de vida en pacientes portadores de trastornos psiquiátricos y los resultados promedios se encontraron dentro del rango de buena y muy buena tal y como en nuestro estudio..

CONCLUSIONES

En cuanto al género sin duda el más afectado fue el masculino lo que demuestra que en general el hombre realiza trabajos que podrían ser considerados más peligrosos que derivan en accidentes de trabajo, sin embargo el número entre las mujeres también resulta considerado.

La edad promedio del dictamen de incapacidad permanente se presentó de manera más precoz en el sexo masculino lo que hace pensar que tal vez las actividades realizadas por los varones sean de mayor riesgo para presentar un accidente de trabajo y en general se presenta en personas que se encuentra en edad laboral ósea en su mayoría personas jóvenes.

Los resultados en lo que respecta a las enfermedades crónico-degenerativas no mostraron diferencias significativas entre los pacientes que padecían Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial o la asociación de estas dos entidades y lo que no, pero si se encuentra ligeramente afectada en los pacientes que eran portadores de padecimientos osteoarticulares crónicos.

La calidad de vida no se encuentra muy afectada debido tal vez a que el dictamen de incapacidad permanente en los pacientes de nuestro estudio fue reciente, debido a esto la calidad de vida aún no se ve afectada de manera importante, opuesto a casos de pacientes adultos mayores los cuales si presentan una mala calidad de vida o al menos se encontraron calificaciones promedios más bajas.

Por lo anterior recomiendo la futura realización de estudios que hagan un seguimiento a estos pacientes en los cuales esperaríamos encontrar una calidad de vida afectada.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Velarde-Jurado E, Ávila FC. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Méx. 2007; 44: 349-361.
- 2.- División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en cifras discapacidad en derechohabientes del IMSS. Encuesta Nacional de Salud 2000. Rev. Med. IMSS 2004; 42 (5): 449-456.
- 3.- Gómez VM, Sabeh EH. Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología Salamanca. 2002; 3: 123-129.
- 4.- Montes CM. Calidad de Vida. Rev. Méx. Med. Fís y Rehabilitación. 2006; 18: 5-16.
- 5.- Mezzich J, Ruipérez MG, Pérez CB, Yoon GI, Liu JJ, Mahmud S. The Spanish Version of the Quality of Life Index (QLI-Sp): Presentation and Validation. The Journal of Nervous and Mental Disease 2000; 188: 310-305.
6. - Schwartz K., Zapata VM, Mezzich J, Mazzotti GL. Validation study of the Multicultural Quality of Life Index (MQLI) in a Peruvian sample. Rev. Bras. Psiquiatr. 2006; 28: 24-28.
- 7.-Gran Diccionario enciclopédico ilustrado de Selecciones del Reader's Digest, 2002; p. 78-350
- 8.-Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 22va ed. España: 2001; p. 56
- 9.-Bulacio JH. Vieyra MA. Álvarez DC, Benatuil D, Mongiello E. Índice de Calidad de Vida: Validación en muestra Argentina. Rev Argen Clin Neuropsiquiatria 2004; 11: 10-16.
- 10.- González MR, Calzadilla FL, Amador MJ, Miguez B, Caravia F, Vargas F. Calidad y Estilo de Vida en estudiantes de Medicina y Enfermería. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana 2004; 1: 11-16.
- 11.- Hurtado MF. Gómez BM. Donat CF. Transexualismo: reasignación de sexo y calidad de vida. Centro de Salud Sexual y Reproductiva de la comunidad Valenciana 2006; 3: 15-20.
12. Delgado SP. Fracturas bicondileas de tibia: tratamiento con fijación interna vs fijación externa. Resultados clínico-laborales. Patología del Aparato Locomotor 2005; 3 (4): 228-237
13. Sánchez S.F. Patología del manguito rotador en el ambiente laboral. Revista del Master Universitario en Medicina Evaluadora 2007; 13 (11): 16-34

14.- Ramón R.S, Función y calidad de vida de los pacientes con gonartrosis antes y después de artroplastia sustitutiva. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2007.

15.- Ley General del Seguro Social. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Última reforma DOF 27-05-2011

16.-Ley Federal del Trabajo. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Última reforma DOF 17-01-2006

17.- Comité Mixto OIT/OMS sobre higiene de trabajo. Epidemiología de las enfermedades y accidentes relacionadas con el trabajo. Organización Mundial de la Salud, serie de informes técnicos. 2010; 7-73.

18.- Arancón VA. Estudio epidemiológico sobre incapacidad permanente para el trabajo. Medicina General. 2002; 45: 462-470.

19.- Salinas TS. Efectos de la calidad de la atención médica en pacientes con fractura de fémur con incapacidad permanente secundaria a accidentes de trabajo. Salud Pública on line. 2011, vol 3 n.2, pp 108-112

20.- Benavides FG. Incidencia de incapacidad permanente en 1 cohorte de trabajadores afiliados a la Seguridad Social. Gac Sanit. 2010; vol.24 núm 05: pp 385-390

21.- Castillo GA, Arocha MC, Armas RNB, Castillo AI, Cueto CME, Herrera GML. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. Rev. Cubana Med Mil [serial online] 2008 [citado 10 sep 2008]; 27(3). Disponible en: URL: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol27_3-4_08/ibi03308.htm

22.- Landero RMR. Prevalencia de las enfermedades crónicas articulares causantes de pensión en los asegurados adscritos a la UMF 33 [Tesis de posgrado]. México, D.F.: UNAM; 2004.

23.- De la Palma GE. Calidad de vida del adulto mayor derechohabiente del IMSS en un primer nivel de atención de salud [Tesis de posgrado]. México, D.F.: UNAM; 2004.

24.- Aguilar BS. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Secretaria de Salud del Estado de Tabasco 2005; 11(1-2):333-38.

ANEXO 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Lugar y fecha _____

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL EN LA UMF
33 EL ROSARIO

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación.
Certifica con el número _____

El objetivo del estudio es

Determinar la calidad de vida en pacientes con dictamen de incapacidad permanente total, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 33 El Rosario

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

Contestar el instrumento de evaluación que se utilizara para el estudio: "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL EN LA UMF 33 EL ROSARIO"

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes

NO HAY RIESGOS Y COMO BENEFICIOS SE ESPERA ESL ESTUDIO TENGA IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ESTOS PACIENTES PUES ES EL OBJETIVO DEL ESTUDIO _____

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

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

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

Nombre y firma del sujeto

Dra Monica Sánchez Corona 99352132
Nombre firma y matrícula del Investigador Responsable

Número (s) telefónico (s) a los cuales puedo comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio

Testigo

Testigo

Nombre y firma

Nombre y firma

